



**ANA MAFALDA
SARAIVA SEABRA**

**EDUCAÇÃO: ESTRATÉGIA PROMOTORA DA
QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS
HOSPITALIZADAS**



**ANA MAFALDA
SARAIVA SEABRA**

**EDUCAÇÃO: ESTRATÉGIA PROMOTORA DA
QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS
HOSPITALIZADAS**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Activação do Desenvolvimento Psicológico sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora auxiliar com agregação do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro

o júri

Luís de Jesus Ventura de Pinho - professor associado da Universidade de Aveiro [presidente]

Anabela Maria Sousa Pereira – professora auxiliar c/ agregação da Universidade de Aveiro [orientador]

Rosa Maria Lopes Martins - professor coordenador da Escola Superior de Saúde de Viseu [arguente]

Agradecimentos

Este trabalho traduz o esforço de um conjunto de pessoas, sem as quais a sua realização não teria sido possível. Seria por isso impensável não lhes prestar aqui a minha homenagem e gratidão. Em especial:

À Senhora Professora Doutora Anabela Pereira, orientadora desta tese de mestrado, pelo seu incentivo e apoio, pela disponibilidade e pelas sempre oportunas opiniões!

A todos os técnicos das escolas hospitalares e às crianças que conosco colaboraram, pois sem eles este estudo não teria sido possível!

A todos os familiares e amigos, os quais, mesmo sem se aperceberem, prestaram um valioso e especial contributo na realização deste trabalho, com o seu carinho, disponibilidade, paciência e sempre com uma preciosa palavra de incentivo para não desistir e na orientação das emoções!

A todos, muito obrigado!

Palavras-chave

Hospitalização, escola hospitalar, qualidade de vida, pedagogia hospitalar.

Resumo

O presente trabalho pretende estudar os projectos desenvolvidos nas escolas hospitalares como processos de ensino e aprendizagem não formal em contexto de hospitalização. Sendo objectivo da presente investigação conhecer os espaços, métodos e interações pedagógicas que promovem a melhoria da qualidade de vida da criança hospitalizada e a forma de encarar a doença.

Foram realizados dois estudos em contexto hospitalar, de modo a identificar as percepções e práticas dos professores, bem como as percepções das crianças hospitalizadas. O Estudo 1 teve como objectivo conhecer a realidade e as práticas das escolas hospitalares e a amostra é constituída por 6 professores responsáveis pelas escolas hospitalares e a recolha de dados foi feita através do questionário *Percepções e práticas dos professores responsáveis* e de uma entrevista semi-estrutura, de modo a identificarmos as práticas e funcionamento da escola hospitalar. O Estudo 2 teve como objectivo conhecer as percepções e preferências das crianças hospitalizadas face à escola hospitalizada, sendo a amostra constituída por 66 alunos das escolas hospitalares, tendo a recolha de dados sido efectuada através do questionário *Percepções das crianças hospitalizada*. Para tratamento estatístico foi utilizado o programa S.P.S.S. Na análise da entrevista e da questão aberta foi utilizada a técnica de análise de conteúdo.

Os resultados salientaram que, na opinião dos professores, as actividades desenvolvidas estão associadas às expressões e às actividades lúdicas, com ênfase na pedagogia individual e grupal. Os alunos da escola hospitalar gostam das actividades desenvolvidas, preferencialmente das actividades lúdicas, do uso das novas tecnologias e das expressões, sentindo que estas os ajudam a esquecer que estão hospitalizados.

Como conclusão do estudo foi salientado um trabalho pedagógico multidimensional, dependente de algumas variáveis, devendo o professor nortear o seu trabalho através de actividades que estimulem a expressão das emoções das crianças. Conseguindo, também, perceber que as actividades desenvolvidas ajudam a criança a esquecer que estão hospitalizadas e no ressignificar do espaço hospitalar.

São referidas algumas implicações do estudo, nomeadamente a criação de directrizes mais específicas para este contexto educativo, bem como incluir nos curricula escolares dos cursos de formação de professores, bem como nas licenciaturas em enfermagem, disciplinas de educação emocional e de educação para a saúde, promotoras de saúde e bem-estar das crianças.

Keywords

Hospitalisation, hospital school, quality of life, hospital pedagogy

Abstract

This paper aims to study the projects developed in hospital schools as tools for non-formal teaching and learning in hospitalization context.

The main objective of this research is to know, in hospital context, the spaces, the teaching methods and the interactions that promote the quality of life of the child in hospital and how to face the disease.

There were two exploratory studies in order to identify the perceptions and practices of teachers, as well as the perceptions of the hospitalized children. Study 1 sample was formed by 6 teachers responsible for the hospital schools and the collection of data was made through the questionnaire *Perceptions and practices of responsible teachers* and a an interview half-structure, in order to identify practices and operation of the hospital school Study 2 sample was formed by 66 students from hospital schools, and the collection of data was conducted by the questionnaire *Perceptions of children hospitalized* to identify the perceptions and preferences of the students. For statistical treatment was used SPSS. To analyze the interview and the open question was used the technique of content analysis, from which we made the categorization of the content.

The results showed that the developed activities are associated with expressions and recreational activities, with emphasis on teaching individual and group. The pupils of the hospital school like those activities mainly the recreational activities, the use of new technologies and expressions, feeling that these help them forget that they are hospitalized. We found that there is no single way to develop pedagogical work in this context, being this dependent on a few variables, the teacher must guide his work through activities that encourage the expression of emotions. We, also, realized that this kind of activities help the child to forget that they are hospitalized.

Some implications of the study are mentioned, as if the creation of more specific guidelines for this educational context, as well as including in teacher training courses school curricula, as well as the degrees in nursing, disciplines of emotional education and health education, promoting health and well-being of children.

ÍNDICE

	Pág
INTRODUÇÃO	11
I PARTE: REVISÃO DA LITERATURA	15
Capítulo 1. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA	15
1.1. Conceito de saúde e de doença	15
1.2. Qualidade de vida e bem-estar subjectivo	19
1.3. Saúde e qualidade de vida: que relações?	20
1.4. Educação e promoção da saúde.....	23
1.5. A escola como cenário singular de educação para a saúde.....	25
Capítulo 2. O “SER” CRIANÇA: UMA IDENTIDADE SINGULAR	29
2.1 O Desenvolvimento cognitivo-afectivo da criança	29
2.2. Resiliência no desenvolvimento humano	32
2.3. A doença na criança e o contexto hospitalar	35
2.4. O brincar em contexto hospitalar	39
Capítulo 3. DO “SER” CRIANÇA AO “SER” PACIENTE: ASPECTOS DA ECOLOGIA HOSPITALAR	45
3.1. A hospitalização numa perspectiva ecológica	45
3.2. Factores psicossociais associados à hospitalização	46
3.3. O educador em contexto e acção hospitalar	48
3.4. Escola hospitalar: um novo desafio.....	52
3.5. Pedagogia hospitalar: processo de articulação entre educação formal e não formal.....	59
II PARTE: CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA	61
Capítulo 4. METODOLOGIA	61
4.1. Objectivos e Questões de investigação	61
4.1.1. Estudo 1	63
4.1.2. Estudo 2	63
4.2 População Alvo e Amostra.....	63
4.3 Instrumentos de Colheita de dados.....	64
4.3. Procedimentos.....	66
4.4. Análise dos dados.....	67
Capítulo 5. RESULTADOS	69
5.1. Estudo 1- Percepções e práticas dos professores responsáveis.....	69
5.1.1. Características sócio-profissionais	69

5.1.3 Percepção dos profissionais face ao desenvolvimento das crianças hospitalizadas	73
5.1.4. Propostas de estratégias a desenvolver pelo hospital para promover e facilitar a adaptação das crianças ao contexto hospitalar	75
5.1.5. Perfil da escola hospitalar, do professor e da criança hospitalizada	77
5.2. Estudo 2- Percepções das crianças	81
5.2.1. Caracterização das crianças internadas	81
5.2.2. Percepções das crianças face às actividades desenvolvidas na escola hospitalar	82
5.2.3. Preferência das crianças relativamente às actividades desenvolvidas na escola hospitalar.....	84
5.2.4. Diagnóstico das crianças internadas	85
Capítulo 6. DISCUSSÃO	89
6.1. Percepções e práticas dos professores em contexto hospitalar	89
6.2. Percepções das crianças que frequentam as escolas hospitalares	93
Síntese crítica	96
Capítulo 4. CONCLUSÃO.....	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

ANEXOS

ANEXO I – Questionário Percepções e práticas dos professores

ANEXO II – Roteiro da entrevista

ANEXO III – Questionário Percepções das crianças

ANEXO IV – Carta de pedido de autorização

ANEXO V – Entrevista

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Constituição da Amostra do estudo 2 por sexo

Quadro 2 – Análise das frequências das categorias hospitalares dos responsáveis pelas escolas hospitalares

Quadro 3 – Análise descritiva da idade e do tempo de serviço dos responsáveis pela escola hospitalar

Quadro 4 – Perfil das escolas hospitalares

Quadro 5 – Pedagogias e actividades

Quadro 6 – Pedagogias e actividades que mais estimulam as crianças na óptica dos professores responsáveis

Quadro 7 – Percepção dos profissionais face ao desenvolvimento das crianças hospitalizadas

Quadro 8 – Dimensões e categorias das estratégias que o hospital pode desenvolver para promover a adaptação das crianças

Quadro 9 – Estatísticas da idade e do número de internamentos

Quadro 10 – Constituição da Amostra por sexo

Quadro 11 – Níveis de escolaridade das crianças hospitalizadas

Quadro 12 – Estatísticas relativas às percepções das crianças face às actividades escolares

Quadro 13 – Comparação de médias de acordo com o número de internamentos

Quadro 14 – Teste T para diferenciação de médias de acordo com número de internamentos

Quadro 15 – Preferências das crianças relativamente às actividades desenvolvidas na escola hospitalar

Quadro 16 – Frequência dos diagnósticos das crianças internadas

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objectivo conhecer, no contexto hospitalar, os espaços, métodos e interacções pedagógicas que promovem a melhoria da qualidade de vida da criança hospitalizada e a forma de encarar a doença.

Está dividido em duas partes: na primeira parte propomo-nos a fazer uma revisão conceptual sobre o tema a estudar, constituída por quatro capítulos, relacionados com as questões em estudo e apresentados de forma a possibilitar uma melhor compreensão da temática, tratando-se, assim, de um suporte para a interpretação e discussão dos resultados obtidos. A segunda parte, designada de contribuição empírica, é constituída por quatro capítulos onde descrevemos a metodologia adoptada, bem como os resultados e as conclusões retiradas.

Assim, no primeiro capítulo apresentamos a revisão da literatura relacionada com os conceitos de Saúde, Doença e Qualidade de Vida, tentando encontrar uma ligação entre os mesmos, enfatizando a importância de uma educação para a saúde.

No segundo capítulo desenvolvemos uma revisão da literatura sobre a identidade e o desenvolvimento cognitivo-afectivo da criança, tentando enquadrar a doença e a hospitalização neste processo de desenvolvimento, realçando a importância do brincar neste processo.

O terceiro capítulo é dedicado ao estudo da ecologia hospitalar, onde incluímos aspectos relacionados com a perspectiva ecológica da hospitalização, os factores psicossociais associados à hospitalização, o educador em contexto e acção hospitalar, o desafio da escola hospitalar e a pedagogia hospitalar enquanto processo de articulação entre a educação formal e não formal.

No que diz respeito à segunda parte deste trabalho, é constituída pelo estudo empírico, sendo o quarto capítulo a descrição da metodologia utilizada: objectivos e questões de investigação que nortearam o estudo, enquadramento da investigação, procedimentos da recolha dos dados e no tratamento dos mesmos, bem como a caracterização da amostra.

No quinto capítulo estão apresentados os dados e a análise dos mesmos. No sexto capítulo apresentamos a discussão dos resultados obtidos, relativamente às questões de investigação que colocámos. Para finalizar, no sétimo capítulo apresentamos as principais conclusões do estudo e algumas sugestões.

Contextualização

A escola hospitalar deve ser encarada como um espaço de educação não formal onde o professor deve trabalhar o currículo de forma flexível e aberta, de modo a responder às necessidades e diversidades de alunos e situações. Assim, as escolas nos hospitais são espaços que devem reinventar a educação.

Chiatonne (1984) alerta-nos para uma perspectiva de medicina rotulada por práticas tecnicistas, onde impera a visão desfragmentada do homem, onde o sofrimento físico está desvinculado do bem-estar emocional. Nesta perspectiva, é urgente reforçar o direito a ser pessoa e a humanização dos serviços de atendimento.

Esta humanização passa pela implementação de espaços pedagógicos com o objectivo de dar continuidade ao processo de aprendizagem da criança. Assim, a função do professor não é apenas de manter as crianças ocupadas, mas deve ser capaz de as motivar, promovendo o seu desenvolvimento e proporcionando condições de aprendizagem.

Nestas idades, as crianças são naturalmente curiosas em relação ao que as rodeia, sendo portanto lamentável que essa curiosidade se extinga por não ter sido encorajada, ou pelo facto de se encontrarem hospitalizadas.

Assim, se a situação de hospitalização é encarado como um stresse, ao qual a criança pode responder de inúmeras formas cabe à escola hospitalar proporcionar às crianças estratégias de envolvimento significativas, tendo em conta os objectivos da educação em contexto hospitalar.

Justificação e pertinência do tema

As preocupações que estão na origem deste trabalho partem do reconhecimento formal de que as crianças hospitalizadas, independentemente do período de permanência na instituição hospitalar, têm necessidades educativas e sociais, necessitando de estratégias que lhes proporcionem o desenvolvimento do bem-estar emocional e da sua qualidade de vida.

O processo de hospitalização pode ser considerado como uma crise no desenvolvimento da criança, uma vez que há um conjunto de aspectos e situações que se alteram na sua vida, podendo provocar défices irreversíveis no seu processo de desenvolvimento. Relativamente a este contexto de hospitalização, Mendéz, Ortigosa e Pedroche (1996) classificam-no a partir dos seguintes aspectos: ambiente físico

‘incomum’, rotinas hospitalares (onde se podem incluir tratamentos invasivos), ruptura com as rotinas quotidianas, ausência dos familiares e amigos, entre outros. Tais aspectos podem provocar situações indutoras de stresse que exigem da criança reacções, que podem ser diversificadas: desde apatia, ao choro...

Assim, a identidade de ser criança é, muitas vezes, esquecida no contexto de hospitalização, onde a criança é confrontada com uma realidade diferente das suas rotinas diárias. A criança passa a ser confrontada com as rotinas e práticas hospitalares onde passa a ser entendida como um paciente que inspira e necessita de cuidados médicos.

A pertinência deste projecto de investigação passa, assim pela análise da educação em contexto hospitalar como fonte de minimização dos sintomas de ansiedade, angústia e stresse, decorrentes da hospitalização, promovendo a qualidade de vida da criança hospitalizada.

Não podemos ignorar que desde a segunda metade do séc. XX que se observou uma preocupação crescente, em países como a Inglaterra e os Estados Unidos, em implementar experiências educativas com crianças e jovens em ambiente de internamento. Países como a Espanha e o Brasil são, nos dias de hoje, impulsionadores desta pedagogia hospitalar e, analisando estes contextos torna-se urgente uma análise e reflexão sobre esta problemática no nosso país.

Torna-se, portanto, fundamental compreender qual o papel da educação no desenvolvimento integral da criança hospitalizada, constituindo, nos dias de hoje, um desafio que requer princípios específicos por parte dos educadores.

I PARTE: REVISÃO DA LITERATURA

Capítulo 1. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

1.1. Conceito de saúde e de doença

Os conceitos de saúde e de doença evoluíram com a história do homem, podendo evidenciar-se períodos distintos para essa evolução. Actualmente o conceito de saúde implica a capacidade dos indivíduos para que se possam desenvolver e actuar activamente no meio envolvente, de forma positiva, através de uma adaptação contínua às exigências do meio, tomando decisões saudáveis.

Sendo, neste sentido, importante apostar na promoção da saúde através da educação, como uma estratégia promotora de mudança de atitudes e comportamentos determinantes da saúde.

Conceito de Saúde

Etimologicamente, o grego antigo tem duas palavras que significam saúde: *Higeya* e *Evexia*. *Higeya*, origem da palavra higiene, *Evexia* significa bons hábitos do corpo. Ambos os termos são dinâmicos, demonstrando actividade, enquanto o termo doença sugere algo estático.

A grande evolução do conceito de saúde ocorre na década de 70 do século XX, onde emergiu a ideia de que as principais causas de mortalidade e doença decorrem do comportamento humano. Neste sentido, o termo saúde passou a estar associado ao conjunto de acções que se podem desenvolver com as pessoas que estão saudáveis, com objectivo de reduzir a probabilidade de virem a adoecer.

Esta foi a segunda revolução que ocorreu na área da saúde, rompendo com uma concepção de saúde centrada na prevenção de doenças (1ª revolução da saúde).

Com esta evolução emerge um novo paradigma, o da *salutogénese*, o qual se centra na descoberta dos factores que mantêm a pessoa com melhor saúde (OPSS, 2003).

A objectivação do conceito de saúde emerge, assim, em 1986 pela Organização Mundial da Saúde, ou seja, a saúde passou a ser entendida como um recurso e uma dimensão da Qualidade de Vida.

Nesta óptica, a noção de saúde deixa de ser restritamente biológica, passando a incluir dimensões psicossociais. Devendo, na perspectiva de Ewles e Simnett (2003), também integrar uma dimensão ambiental, o sentido de que cada pessoa deve estar dotada de uma capacidade de adaptação às constantes alterações do meio. Sendo que, segundo Costa & López (1998) o novo conceito de saúde deve capacitar o indivíduo de forma a que este se desenvolva e possa intervir de forma positiva no meio envolvente, tomando decisões de forma consciente e crítica, respondendo às exigências do meio.

Nesta perspectiva, a saúde torna-se num factor de responsabilidade social, envolvendo activamente as pessoas na melhoria da sua qualidade de vida. Ou seja, torna-se conjuntamente uma responsabilidade individual e social, o que significa que existe uma interacção intrínseca entre os aspectos pessoais e os aspectos ambientais.

A evolução do conceito de saúde transcende de uma realidade objectiva, traduzida pelo bom funcionamento do corpo, para uma realidade subjectiva, associada à capacidade de repensar os nossos comportamentos face ao nosso status de saúde. Uma vez que saúde e ausência de doença não são sinónimos, sendo em certos casos difícil encontrar compatibilidade entre estas duas definições.

Não podemos, no entanto, ignorar, que o conceito de saúde é variável, uma vez que, como defende Giordan (2000), em cada momento da vida a pessoa estrutura a sua própria noção de saúde, a qual se vai ajustando de acordo com as suas concepções e projectos de vida, sendo que cada um, mediante as suas necessidades, cria estratégias para as satisfazer.

Assim, a Carta Otava (1996) define saúde como o processo de *capacitar* as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde, e para a aumentar.

Não podemos ignorar que a necessidade da promoção da saúde surge por um conjunto de vantagens directas (ao nível económico, implicando menos gastos com a doença) e indirectas (ao nível laboral, garantindo mais dias de trabalho, mais energia...)

Falar em promoção da saúde deve implicar a indicação de caminhos para uma melhor qualidade de vida.

Spink (2003) ressalta a relação que emerge entre a psicologia social e saúde, destacando que a construção desta área do saber tem evoluído a partir de uma perspectiva

intra-individual, incorporando, posteriormente, de forma mecânica, o social na tentativa de explicar o processo saúde/doença, assumindo, mais recentemente, sob a óptica da psicologia sócio-histórica, uma postura mais dinâmica face ao social. Para Spink (2003, 47) tal postura implica dois saltos qualitativos:

... Primeiramente porque aborda a doença não apenas como uma experiência individual mas também como fenómeno colectivo sujeito às forças ideológicas da sociedade. Em segundo lugar, por inverter a perspectiva deixando de privilegiar a óptica médica como único padrão de comparação legítimo e passando a legitimar também a óptica do paciente. Esta vertente, portanto, possibilita o confronto entre o significado (social) da experiência e o sentido (pessoal) que lhe é dado pelo indivíduo.

Nesta mesma perspectiva Kahhale (2003, 167) coloca em destaque a dialéctica saúde/doença e a multiplicidade de factores implicados, o que na sua concepção permite *romper com uma visão ideológica de saúde e doença, onde elas aparecem como responsabilidade única e exclusiva do indivíduo.*

Este distanciamento implica, portanto, uma concepção de saúde enquanto projecto social cujas acções se definem em termos de promoção de saúde, numa óptica colectiva de acção, onde todos os agentes devem criar bases de uma educação para a saúde.

Logo, o atendimento pedagógico em ambiente hospitalar insere-se nesta perspectiva de promoção de saúde, contextualizada sob a óptica da promoção da qualidade de vida da criança, propondo uma nova possibilidade de intervenção, ao conceber a educação não apenas como um direito, mas como parte integrante do processo de tratamento. Assim sendo, é importante que se proporcione um ambiente que permita a continuidade do desenvolvimento infantil, ainda que num contexto restritivo, como o ambiente hospitalar. Não na perspectiva de distrair as crianças, mas de as capacitar de forma a serem parte activa no seu processo de desenvolvimento e no próprio processo de tratamento.

Assim, a saúde passa a ser entendida como um recurso quotidiano, implicando um estado completo de bem-estar e não apenas a ausência de enfermidade.

Conceito de doença – o adoecer

Ao contrário da definição portuguesa, a língua inglesa utiliza três termos distintos (*disease, illness, sickness*) para definir diferentes situações de doença que, na nossa língua, poderíamos expressar como *ter uma doença* ou *sentir-se doente*.

Ou seja, dentro da definição de doença podemos identificar vários quadros que a nossa língua não diferencia.

Num primeiro sentido doença – *disease* – pode ser entendida como um acontecimento biológico, caracterizado por um conjunto de manifestações anatómicas, fisiológicas e bioquímicas. Trata-se de uma alteração na estruturação de um sistema ou de uma parte do corpo. Isto significa que o indivíduo tem uma doença.

Doença, num segundo sentido, pode significar sentir-se doente – *illness* – o que significa que não ocorre nenhum fenómeno biológico, mas sim um acontecimento humano. Ou seja, manifesta-se uma desorganização psicossocial que consiste numa sensação de desconforto, resultante das interações do sujeito com o meio ambiente.

Podemos ainda definir doença como *sickness*, ou seja, ter comportamentos como um doente. Esta definição resulta da rotulação das pessoas como *não saudáveis*.

Assim sendo, podemos concluir que é possível sentir-se doente sem estar doente, do mesmo modo que pode existir doença sem que o indivíduo se sinta doente. Apesar de contraditório é possível uma pessoa ter um bom índice de saúde e estar gravemente doente (*disease*).

Assim, a fronteira entre saúde e doença não se torna evidente.

Podemos agrupar um conjunto de situações que estão na raiz da variação do *status* de saúde:

- Sócio-económicos e políticos;
- Ambientais;
- Culturais, familiares e comportamentais;
- Funcionamento dos serviços de saúde;
- Biológicos.

Contudo, não é possível definir a importância de cada um destes factores para a variação do *status* de saúde, doença e qualidade de vida.

O adoecer afecta as actividades psicomotoras, bem como as funções afectivas e cognitivas ficam debilitadas e a referência corporal torna-se ineficaz para responder às necessidades do *eu* infantil.

Esta situação, mesmo quando transitória, pode ser interpretada como uma experiência de fracasso, uma vez que se torna num bloqueio à autonomia, impondo limites à realização das suas tarefas básicas, onde podemos destacar as actividades escolares.

Segundo Moraes (1971) a criança expressa o seu sofrimento perante as suas dificuldades de compreender o que se passa e de se adaptar à nova situação através de comportamentos agressivos, agitação psicomotora, recusa ao tratamento e manifestações depressivas. O acto de adoecer é uma experiência de privações sensório-motoras, afectivas, cognitivas e sociais.

1.2. Qualidade de vida e bem-estar subjectivo

A saúde constitui uma dimensão chave da qualidade de vida e do bem-estar individual.

A experiência de hospitalização é susceptível de contribuir para a agudização dos sintomas físicos e psicológicos. Confinado a uma cama, limitado na sua autonomia e sem referências existenciais, a criança é susceptível de experimentar a triologia básica, *ansiedade, depressão e baixa de Auto-Estima*, ou genericamente, sentimentos de perda de controlo e desespero.

É universalmente aceite a importância da relação entre factores psicológicos e a hospitalização. As características individuais parecem condicionar a atribuição de significados aos acontecimentos de vida e as estratégias que mobiliza para reagir ao adoecer, favorecendo ou não o bem-estar.

Para Diener (1984), o bem-estar é um construto tripartido: é *subjectivo*, variando de acordo com a experiência individual; pressupõe *estratégias positivas* e não apenas a ausência de factores negativos; inclui, ainda, a avaliação global de todos os aspectos das vivências pessoais. O *bem-estar subjectivo* refere-se às avaliações afectivas e cognitivas que as pessoas fazem das suas experiências; compreende a felicidade, infelicidade, assim

como a satisfação com a saúde... Diener e Fujita (1997) consideram que as pessoas de elevado *bem-estar subjectivo* apresentam uma tendência para enfrentar as diferentes situações de forma positiva. As emoções de tonalidade negativa favorecem o desenvolvimento de crenças negativas sobre o *self* e o mundo, estabelecendo-se espirais desadaptadas. As pessoas que tendem a expressar emoções de tonalidade positiva, são mais sensíveis aos sinais compensatórios e tendem a centrar-se nos objectivos a prosseguir conforme refere Lightsey (1996).

O *optimismo* provoca uma maior vontade de viver, melhor saúde e maior estabilidade emocional. O optimismo não é mais do que uma forma de encarar a vida, dependendo dos significados que damos às diferentes situações e experiências. Se olharmos cada situação pelo lado mais positivo, passamos a encarar cada situação como fonte de mudança, como um desafio para mudar.

Assim, podemos concluir que todo o optimismo depende das nossas cognições, ou seja, dos significados que atribuímos a cada experiência. A mente é a base do optimismo e, conseqüentemente do bem-estar e satisfação.

Como proclamava Confúcio no ano 500 a.C., *a nossa maior glória não está em nunca cairmos, mas sim em nos levantarmos de cada vez que caímos*. O que significa que o optimismo pressupõe persistência e estratégias de resiliência em relação à adversidade.

Devemos reconhecer as nossas cognições pessimistas e recodificar os significados das mesmas. É uma capacidade que podemos denominar de uma gestão do auto-reforço positivo.

Não nos podemos, nem devemos esquecer que o optimismo previne a depressão e a ansiedade. Logo, é urgente criar um ambiente optimista em ambiente hospitalar, através do reforço positivo.

1.3. Saúde e qualidade de vida: que relações?

O conceito de Qualidade de vida pode revelar-se ambíguo.

A evolução deste conceito está associada a alguns referenciais teóricos como: satisfação com a vida, felicidade e bem-estar subjectivo, utilizados indiscriminadamente como sinónimos (Frisch, 2000), o que tem dificultado a delimitação científica do mesmo, uma vez que, ainda que relacionados, estes conceitos são estruturalmente diferentes.

A noção de saúde pode ser entendida como uma dimensão independente da doença, a partir da qual se desenvolveram alguns conceitos que estão implicados, tais como a noção de Qualidade de Vida.

Dubos (1976) refere que a qualidade de vida implica a existência de “alegria de viver”, ou seja, uma profunda satisfação pessoal. Por outro lado, Meares considera que a qualidade de vida deve ser entendida como um conjunto de avaliações sobre factores ambientais e socioculturais que se conjugam para a realização pessoal. O que significa que esta perspectiva contém uma dimensão mais grupal do que pessoal.

Os defensores de uma medicina sistémica comungam da ideia de que a qualidade de vida tem impacto sobre a saúde, sendo, por isso, importante analisar os estudos realizados sobre o papel da educação no hospital, como factor promotor da qualidade de vida.

Existem, no entanto, dificuldades no âmbito da definição e conceptualização de qualidade de vida em crianças e jovens hospitalizados.

O interesse deste conceito de Qualidade de Vida na área da saúde advém da definição da O.M.S. (1948) em que esta é entendida como estado complete de bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a ausência de doença.

Esta definição implica que as iniciativas de promoção da saúde não se limitem ao controlo dos sintomas ou diminuição da mortalidade, mas valorizando, de igual modo, aspectos associados ao bem-estar e qualidade de vida.

Nos primeiros documentos do WHOQOL Group, Qualidade de vida surge definida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição de vida, dentro do contexto de sistemas em que está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas e preocupações (1994, 28).

Esta definição define que Qualidade de Vida influenciada de forma complexa pela saúde física e psicológica e pelas relações interpessoais estabelecidas com o meio envolvente em que o indivíduo está inserido.

Contudo, nos dias de hoje é, universalmente, aceite que é um constructo multidimensional (ainda que existam discrepâncias na identificação de domínios específicos), e que incorpora componentes objectivos e subjectivos. Realçando-se, ainda, a necessidade de se considerar a perspectiva de desenvolvimento.

Existem três domínios que parecem consensuais: a *dimensão física*, a *psicológica* e a *social* (Bullinger, Schmidt & Petersen, 2002).

A qualidade de vida associada à saúde inclui, para além do bem-estar psicológico e social, dimensões associadas aos sintomas associados com a doença, ao tratamento, e às percepções de saúde (Spieth & Harris, 1996).

Wallander considera que a Qualidade de Vida em crianças e adolescentes pode ser definida como a combinação do bem-estar subjectivo e objectivo, em múltiplos domínios da vida como o seu contexto cultural, a dimensão intra e inter-pessoal, bem como as percepções de cada indivíduo face ao processo de hospitalização.

No contexto dos cuidados de saúde é importante distinguir a noção qualidade de vida global da qualidade de vida relacionada com a saúde, conceito que, segundo Spieth e Harris (1996), se refere ao impacto objectivo e subjectivo da doença e do tratamento na criança.

A qualidade de vida é, portanto, entendida *como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e os seus objectivos, expectativas...* (WHOQOL Group, 1994). A noção de qualidade de vida assenta num construto subjectivo, multidimensional, composto por dimensões positivas e negativas.

A qualidade de vida associada à saúde pressupõe conceitos ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente (Health-Related Quality of Life). Bullinger (1993) acrescenta que qualidade de vida não se limita às condições de saúde, incluindo um conjunto de condições que podem afectar o indivíduo.

No âmbito das intervenções dirigidas para a promoção da Qualidade de Vida, em crianças e jovens hospitalizados, destacam-se as que focam o incremento da Qualidade de Vida através da melhoria do estado de saúde e da diminuição do peso que o tratamento tem para a criança/o jovem, sendo, provavelmente, as intervenções educacionais as mais frequentemente utilizadas. Estas intervenções visam promover uma melhoria do conhecimento e gestão da doença, ajudando as crianças e jovens a encarar a doença e o hospital de outra forma.

1.4. Educação e promoção da saúde

A educação para a saúde, historicamente, consistia numa instrução sanitária, através de uma abordagem informativa. Os educadores transmitiam conselhos, regras de higiene e de conduta.

Nos dias de hoje, com a evolução do conceito de saúde, a educação para a saúde assenta num processo educativo com uma dimensão participativa das crianças.

Na carta Ottawa (WHO, 1996a) salienta-se que a saúde não se desenvolve ou melhora através dos serviços de saúde, mas resultado da capacidade de actuar no meio envolvente, tomando decisões conscientes e saudáveis.

O meio envolvente e as instituições que nele se dinamizam desempenham um papel precioso na integração de novos conhecimentos.

Silva (2002) refere que a educação para a saúde deve mais do que encarar as exigências da actualidade, é preciso repensar as atitudes e comportamentos numa perspectiva futura. Sendo, neste sentido, que se fala de uma promoção da saúde como uma atitude global, promovendo condições de desenvolvimento que visem um percurso saudável das pessoas.

A educação para a saúde é uma das estratégias integradoras da promoção da saúde. Sendo que, a promoção da saúde integra um conjunto amplo e complexo de estratégias.

A educação para a saúde define-se como o conjunto de processos educativos desenvolvidos, com objectivo de influenciar positivamente a saúde.

Existem, no entanto, diversos modelos de educação para a saúde, desde os *modelos comportamentais*, que visam a mudança de comportamentos pessoais de modo a diminuir a possibilidade de doença, através de acções de informação; *modelos sócio-ecológicos*, que integram os comportamentos intra-pessoais e as influências endógenas.

Neste contexto, o modelo sócio-ecológico integra as características pessoais e as influências sócio-políticas que determinam os comportamentos. Sendo, portanto, um modelo mais amplo, onde o sujeito tem um papel activo e não de mero espectador.

Segundo W.H.O. (1998a) a educação para a saúde não deve estar, restritamente relacionada com a transmissão de informação, mas associada também ao desenvolvimento da auto-estima, da motivação e da capacidade de confiança para agir na melhoria da sua própria saúde.

Torna-se bastante claro que os programas de educação para a saúde não podem limitar-se a um processo informativo à população sobre problemas isolados. É importante observar o sujeito como um todo, integrando os processos intelectuais, afectivos e culturais. Só através deste processo de integração dos valores/dimensões intra e inter-pessoais será possível atingir uma efectiva mudança de atitudes e hábitos. O que significa que a educação para a saúde deve integrar valores e modelos sociais que levem a formas específicas de mudança de práticas (Gazzinelli et al, 2005).

A saúde torna-se, assim, num recurso que deve estar ao alcance de todos, através do *empowerment* individual e colectivo, não esquecendo a importância da legislação e regulamentação política, bem como do reforço da acção comunitária.

Nesta perspectiva, a promoção da saúde está direccionada para a influência sobre os factores determinantes da saúde.

Assim, a educação para a saúde tem como objecto de estudo os comportamentos e os estilos de vida, tentando diminuir os factores de risco e capacitando os indivíduos com factores protectores.

Podemos, assim, destacar três tipos de prevenções: *a prevenção primária*, com a diminuição dos factores de risco e desenvolvimento dos factores protectores; *a prevenção secundária*, que consiste na alteração de comportamentos que permitem o tratamento de doenças precocemente detectadas; *a prevenção terciária*, associada à recuperação da saúde, evitando recaídas.

A educação para a saúde passa por um conjunto de acções desenvolvidas no sentido de capacitar o indivíduo na compreensão das exigências do meio envolvente, na promoção de comportamentos saudáveis, através da tomada de decisões conscientes.

Nesta perspectiva, a educação para a saúde pretende a alteração de comportamentos, através de um incremento de atitudes relacionais. Esta dimensão relacional ganha ainda maior relevo em contexto hospitalar.

A saúde deve ser, portanto, entendida num sentido amplo de bem-estar individual e não só em relação à ausência de doença, sendo considerada um direito humano fundamental. Deve ser, por isso, um objectivo da própria sociedade.

A saúde apresenta, nesta perspectiva, uma dimensão didáctica, sendo o papel da escola fomentar atitudes e criar hábitos, sempre numa perspectiva preventiva. Sendo,

portanto, importante que a escola possibilite vivências salutareas, apelando ao incremento da qualidade de vida.

Esta dimensão pedagógica da saúde pretende a formação e encorajamento de atitudes, comportamentos e estilos de vida saudáveis e conscientes.

1.5. A escola como cenário singular de educação para a saúde

Cenários de educação para a saúde

Assumindo a multiplicidade de factores implicados no conceito de saúde, bem como os valores de ordem intelectual, afectivos e culturais adjacentes ao mesmo, é importante que os projectos de educação para a saúde consigam integrar essa mescla de valores e modelos sociais que influenciam os comportamentos e práticas.

Assim, a educação para a saúde pode assumir diversos contextos de acção. É neste sentido que Ewles e Simnett (2003) referem um conjunto de agentes que podem ser envolvidos neste projecto de promoção da saúde, realçando a sua importância. Neste processo, incluem as organizações internacionais, Governos, Sistema Nacional de Saúde, Organizações Não Governamentais, Serviços Privados de Saúde, poder local, instituições de ensino, os *Mass Media*, entre outros.

Podemos, no entanto, referir outras fontes de educação para a saúde, onde podemos incluir os pares e a comunidade envolvente, uma vez que estes podem proporcionar à criança ou jovem um ambiente indutor de desenvolvimento, bem como podem ter uma influência contrária, originando situações prejudiciais à saúde e ao desenvolvimento (WHO, 2001). O grupo de pares influencia os comportamentos e atitudes de saúde através da forma como afecta as normas, valores e comportamentos, de modo a estabelecer uma identidade social e cultura. Numa perspectiva de saúde, como salientam Settertobulte e Matos (2004), esta influência torna-se complexa, uma vez que pode desencadear quer *comportamentos de protectores*, quer *comportamentos de risco*.

Não podemos ignorar que, nos últimos tempos, a **escola** se tem destacado como um dos principais contextos de Educação para a saúde, num esforço para melhorar os comportamentos e práticas determinantes ao nível da saúde, sendo essencial integrar a

educação para a saúde numa perspectiva de CTS (Ciência, Tecnologia e Sociedade), onde o desenvolvimento dos níveis de literacia científica se assumem como essenciais

A escola como cenário privilegiado de educação para a saúde

A Saúde e a Educação apresentam-se como dois dos principais pilares do desenvolvimento humano, condicionando o futuro e do progresso de cada um, onde a qualidade de vida, individual e colectiva, depende dos níveis de educação e de saúde.

Em contexto escolar, educar para a saúde consiste em capacitar as crianças de conhecimentos, atitudes, valores que as ajudem na tomada de decisões adequadas à saúde.

Pela sua dinâmica de aprendizagem e sociabilidade, bem como pelo espaço saudável, consegue promover através da participação activa e criativa dos alunos, nas relações que estabelecem em sala de aula, o entendimento sobre a importância da auto-estima e da autonomia enquanto factores essenciais na promoção da saúde.

Sendo importante não esquecer que, o desenvolvimento de algumas características da personalidade, bem como de algumas atitudes face à saúde e os comportamentos de riscos, se desenvolvem durante os anos escolares. Sendo essencial estar atento e poder ajudar neste processo de construção de valores e comportamentos, que mais tarde poderão ser determinantes do estado de saúde. Segundo Maes & Lievens (2003) é nesta perspectiva que a escola ocupa uma posição singular na promoção da melhoria do estado de saúde dos jovens, uma vez que tem uma ampla magnitude na vida das crianças e jovens, em termos temporais, visto que o ser humano passa uma longa etapa da sua vida na escola.

A promoção da saúde no âmbito escolar, não passa apenas pela sua inclusão nos currículos escolares, mas envolvendo também o ambiente físico e social, bem como as influências da comunidade, em especial dos pais. Ou seja, deve existir uma integração das experiências das crianças neste processo de promoção da saúde, para que este seja efectivo.

Segundo Pereira (2001: 3) *espera-se que cada aluno, enquanto indivíduo, possa participar e construir o seu projecto de vida pessoal, tendo em vista o seu bem-estar, bem como enquanto agente promotor esse bem-estar em contexto escolar. Sendo, para esse efeito, importante implicar as crianças na identificação dos aspectos que podem ser*

melhorados ou desenvolvidos em contexto escolar, com o objectivo de promover acções de educação para a saúde.

A educação para a saúde em âmbito escolar foi sofrendo alterações de acordo com as exigências do meio, sofrendo, por isso, alterações consideráveis nas últimas décadas. As preocupações com o uso de drogas conduziram a acções em que se advertiam as crianças e os jovens para os riscos e perigos da sua utilização.

A educação para a saúde de forma objectiva e sistemática surge na escola a partir deste momento e tendo como base as dúvidas sobre a eficiência desse tipo de intervenções. É nesta fase que a educação para a saúde escolar se aproxima da noção de saúde positiva, abrangendo temas como a prevenção, primeiros socorros, segurança, entre outros. Com o evoluir da noção de saúde houve, também, um alargamento dos tópicos a desenvolver como a educação alimentar e sexual, a higiene corporal e oral.

Pretende-se, assim, que a educação para a saúde seja cada vez mais uma característica intrínseca da própria escola, indo para além da *integração nos currículos das diferentes áreas e disciplinas... pretende «instalar-se» nas relações e interacções que se estabelecem dentro e fora da escola* (Pereira, 2001: 33).

A importância da educação para a saúde parece clara, uma vez que estudos comprovam que pessoas com baixos níveis de escolaridade têm maior probabilidade de ter uma saúde pobre em adultos, o que significa que a promoção de educação para todos tenta combater uma das causas de desigualdades em saúde (Department of Health, 1999).

A ausência de informação dificulta a tomada de decisões. Daí, a importância da abordagem da Educação para a Saúde em meio escolar.

Os serviços de saúde

Os serviços de saúde, no âmbito da educação para a saúde, ganham maior importância, dada a vulnerabilidade das crianças que a elas recorrem e pelo impacto que a hospitalização tem futuro desenvolvimento saudável (Costa & López, 1998).

A escola em contexto hospitalar configura-se, assim como um espaço para o desenvolvimento de programas de educação para a saúde, junto às crianças e acompanhantes, tendo em vista que a referência imediata à doença se pode tornar num

elemento motivador para a adoção de comportamentos e atitudes que promotores da saúde e conseqüente qualidade de vida. Neste sentido, cabe à escola hospitalar promover a saúde global das crianças e adolescentes, favorecendo o processo de aprendizagem através da potenciação de condições favoráveis à socialização, ao seu desenvolvimento bio-psico-social, bem como ao seu bem-estar.

Capítulo 2. O “SER” CRIANÇA: UMA IDENTIDADE SINGULAR

2.1 O Desenvolvimento cognitivo-afectivo da criança

O desenvolvimento humano é um projecto, que apresenta uma forma espiral, uma vez que em cada momento da nossa vida retomamos tudo o que temos para projectarmos no futuro. O desenvolvimento humano pressupõe uma estrutura humana, a personalidade, que se desenvolve no tempo, de forma progressiva, diferencial e globalizante. O que possibilita e legitima a divisão do desenvolvimento em estádios ou fases mais ou menos estruturadas. Todo este processo assenta na interacção da hereditariedade e do meio.

Existem, portanto, diferentes modelos de análise e de interpretação do desenvolvimento humano.

Wallon (1941) admite que o organismo é a primeira condição do pensamento, uma vez que toda a função psíquica exige um equipamento orgânico. Porém, ressalta que o objecto do pensamento resulta do meio ambiente em que se insere a criança.

Surge, assim, a concepção Walloniana de homem entendido como inteligência-emoção-movimento.

Assim, o desenvolvimento assemelha-se a uma construção progressiva, com a sucessão de fases distintas, onde predomina, alternadamente, uma vertente afectiva e cognitiva.

Nesta perspectiva de Wallon (1942) a emoção é o vínculo social da criança, estando na base da inteligência.

A actividade emocional é simultaneamente biológica e social, sendo por meio desta interacção sócio-cultural que se realiza a transição do biológico ao cognitivo.

Wallon analisa de uma forma dialéctica a génese e as transformações que ocorrem na criança, de modo a proporcionar-lhe uma educação mais objectiva e adequada ao seu desenvolvimento. Para construir o seu modelo de análise baseou-se na emoção, definida como um realidade mista, lugar de convergência entre o biológico e o psíquico. Explica o desenvolvimento através da dialéctica fundamental da interacção entre hereditariedade e o meio, o inato e o adquirido, a natureza e o cultural, o individual e o social, colocando em relevo aspectos de natureza afectiva e relacional.

Este aspecto da emoção da teoria Walloniana ganha ainda maior relevo junto a

crianças hospitalizadas, onde o termómetro emocional se torna mais intenso, o que, *a priori*, poderá influenciar a sua nova compreensão da realidade.

A maior contribuição de Vygotsky no ramo da educação, surge do esforço de tentar compreender a relação entre a aprendizagem e o desenvolvimento

Tanto para Wallon, como para Vygotsky a construção da identidade resulta do processo de socialização, seja afectiva ou linguística. A identidade resulta de um conhecimento inter-subjectivo, efectivado pelo afecto.

A criança hospitalizada, ao ser privada da interacção com o seu grupo social, cria uma barreira à construção do conhecimento e da sua própria subjectividade, gerando conflitos intra-pessoais.

A compreensão da origem e resolução de conflitos esteve sempre associada à compreensão do desenvolvimento humano, bem como à estruturação da personalidade. Autores como Freud (1920, 1929), Erikson (1959/1978), Piaget (1975), Kohlberg (1969) e Vygotsky (1994), ainda que sob diferentes ópticas, viram no conflito, e principalmente nos conflitos infantis, o impulsionador do desenvolvimento humano.

Freud (1920, 1929) deteve-se no estudo do conflito gerado pela dinâmica da energia libidinal. Para Erikson (1959), o desenvolvimento humano é marcado por um conjunto de crises psicossociais esperadas para cada estágio da vida, sendo estas essenciais para a continuidade e sequência do desenvolvimento. Ou seja, esta crise inerente ao desenvolvimento é o momento decisivo *em que se opta por um ou outro rumo, mobilizando os recursos de crescimento, recuperação e nova diferenciação* (Monteiro & Santos, 1998). Para as teorias cognitivas como as de Piaget (1975) e Kohlberg (1969), as noções sociais da criança desenvolvem-se em função da sua maturação biológica e em interacção com o meio envolvente. Vygotsky (1994) foi um dos principais articuladores entre psiquê e actividade. Ou seja, o mecanismo de mudança individual ao longo do desenvolvimento é baseado na sociedade, na cultura e nos sistemas de signos utilizados para solucionar as situações.

A partir deste breve enfoque, pode-se observar que existe uma certa tradição em estudar os conflitos infantis associados ao desenvolvimento. Para alguns estudiosos contemporâneos (Dias, Vikan & Gravas, 2000), a forma como as crianças ultrapassam um conflito está directamente relacionada com a forma como as crianças regulam as suas

emoções, utilizando estratégias específicas, próprias de cada estágio de desenvolvimento.

Ao ser confrontada com a situação de hospitalização, a criança sente-se assustada, principalmente pelo ambiente hostil da instituição hospitalar, gerando-se uma situação de conflito sócio-emocional.

Este ambiente torna-se assustador, uma vez não existe nenhum elemento através do qual a criança se possa identificar com suas experiências anteriores, ao mesmo tempo que a debilitação física e emocional agravam a situação.

Chiattonne (1988) aponta para vários distúrbios resultantes do processo de hospitalização, que muitas vezes estão associados à impossibilidade da criança em lidar com os acontecimentos. Entre esses distúrbios, pode-se salientar culpa e depressão, angústia, personalidade instável, falta de iniciativa, diminuição na vocalização, atraso no desenvolvimento cognitivo e emocional, agressividade e manifestações psicossomáticas.

Muitos autores alertam para os aspectos psicológicos que podem influenciar a evolução do quadro clínico da criança, agravando-o, pelo aumento do nível de *stress*.

As teorias destes autores ajudam-nos a perceber a importância da educação em contexto hospitalar, com objectivo de estimular o bem-estar subjectivo da criança institucionalizada.

De acordo com Barbosa (1991, 36) *a doença e a hospitalização constituem portanto, uma crise na vida da criança. A hospitalização é uma experiência estressante e traumática. Em alguns casos, as reacções à hospitalização podem agravar ou se confundir com os sintomas da própria doença dificultando o diagnóstico e tratamento.*

O reconhecimento de que existem outras necessidades na vida de uma criança hospitalizada, não apenas clínicas, significa reconhecer que outros fenómenos possuem igual relevância no agravamento ou restabelecimento do seu quadro clínico.

Sabe-se que durante a hospitalização a criança sofre um distanciamento ecológico que afecta o seu suporte social, esboçando-se um novo cenário – o hospital e os procedimentos clínicos. O trabalho em contexto hospitalar deve ser elaborado e organizado por uma equipe multidisciplinar, com objectivo de prestar um serviço possibilitador, não

apenas da recomposição do organismo doente, mas também capaz de atender os aspectos cognitivos, psicológicos e socioculturais. Pensar sob esta perspectiva aponta para caminhos que se propõem a buscar novos significados para o atendimento à criança, vista como ser total, possuidora de uma subjetividade, com histórias de vida diferentes. Destaca-se aí a educação, como instrumento de promoção da pessoa humana.

Sob o ponto de vista do desenvolvimento cognitivo-afectivo da criança hospitalizada, enfatiza-se um trabalho educativo a partir da perspectiva da ampliação das possibilidades que permitam à criança compreender melhor sua situação, sob uma concepção da construção activa do conhecimento, que podemos ver focalizado através da teoria cognitiva de Piaget.

Recorre-se ainda aos estágios do desenvolvimento cognitivo como suporte teórico para elaboração e aplicação das atividades pedagógicas (desenvolvidas em contexto hospitalar) adequadas ao desenvolvimento das estruturas cognitivas da criança, a fim de privilegiar o seu envolvimento, estando atentos ao desequilíbrio entre as solicitações do meio clínico e os esquemas presentes em suas estruturas. É necessário desafiar a criança, no sentido de repensar os seus “conflitos cognitivos” (Coutinho, 1999).

2.2. Resiliência no desenvolvimento humano

Vivemos num mundo repleto de situações adversas, potenciadoras de risco para o desenvolvimento humano. Contudo, esta vulnerabilidade não se apresenta como um padrão contextual para o sujeito, uma vez que cada situação adquire significados pessoais diferenciados.

Considera-se que estamos perante uma situação de vulnerabilidade quando um indivíduo não tem capacidade para mobilizar *estratégias de coping* que lhe permitam ultrapassar positivamente a situação. O termo *coping* para White (1985) indica uma necessidade de adaptação em situações difíceis, sendo, no entanto, um conceito multidimensional.

O processo de internamento de uma criança torna-se um factor de risco, aumentando a probabilidade de um desenvolvimento desadequado, uma vez que as

exigências da mudança podem ultrapassar a capacidade adaptativa da criança. Ou seja, a doença e conseqüente internamento tornam-se num período de crise na vida da criança.

O nível de desenvolvimento da criança, perante o internamento, é um dos aspectos que influencia a forma como a situação é vivenciada, uma vez que existem diferentes vulnerabilidades e vários factores protectores mediante o nível de desenvolvimento.

Garnezy (1994) categoriza os factores de risco em *individuais, interpessoais e contextuais*. Esta natureza multicausal tem repercussão ao nível biológico, psicológico e social, devendo ser entendidos como o resultado da interacção entre o indivíduo e o ambiente.

Segundo Schroder (1992) o desenvolvimento humano efectua-se através de um (re)equilíbrio constante entre estabilidade e mudança. Não podemos esquecer que este processo se complexifica de acordo com o carácter qualitativo atribuído a cada situação.

Os novos quadros conceptuais enquadram a noção de resiliência nesta problemática do desenvolvimento humano, atribuindo-lhe um carácter diferencial, sem ignorar a evidência do seu carácter evolutivo.

A resiliência é um processo que se vai desenvolvendo ao longo da vida, sendo adquirida através da educação e pela experiência. Neste sentido, não podemos ignorar que a resiliência se desenvolve a partir das relações que a criança estabelece com o meio.

A componente diferencial explica a razão porque os indivíduos reagem e lidam com as situações adversas de forma diferente. Podendo, no entanto ser activada, mediante intervenções apropriadas, nomeadamente em contextos educativos (Ralha- Simões, 2001).

Citando Tavares (1997), esta capacidade de resiliência não deverá estar associada *ao aumento de carapaças... de mecanismos de defesa que a tornem insensível, passiva, conformada*, mas sim no sentido de a dotar de uma capacidade interventiva, mais equilibrada.

A resiliência pode ser definida como uma característica estrutural que se distingue no decurso do processo de desenvolvimento, sendo susceptível de ser activada em idades precoces, recorrendo ao reforço de determinadas características pessoais e apoio externo.

No fundo, é o factor responsável pela preservação da estabilidade da estrutura psicológica, no decurso de situações de mudança ou de complexificação.

Segundo Rutter (1979, In: Bernard, 2001), esta é uma capacidade com alguma mística e paradoxal para enfrentar circunstâncias adversas, podendo ser prejudiciais ao bem-estar do sujeito.

Neste contexto de elevado nível de desestruturação e de stresse é essencial (re)assumir o interesse por este conceito *de uma realidade antiga* (Tavares, 2001: 43), mas tantas vezes negligenciado.

Torna-se numa capacidade “desconhecida” ou inesperada a situações ou momentos adversos, que se manifesta contra o que seria previsível. De salientar a importância das relações interpessoais, como um área privilegiada para identificar os factores que determinam essa capacidade.

Assim, a activação desta capacidade de resiliência passa pelo proporcionar ao indivíduo certas condições, de acordo com os contextos de acção, estando atentos à escolha das estratégias a implementar.

Segundo Carolina Sousa (2006), resiliência traduz-se pela capacidade de dar resposta às dificuldades com que o sujeito se depara, mediante a diversidade de contextos.

Grotberg (1995) define características pessoais e interpessoais do sujeito, tais como o comportamento social, o temperamento, o carácter e a inteligência, como factores associados à resiliência

Entendendo o acto de educar como uma actividade cognitiva, afectiva e, simultaneamente, social, dependente de uma capacidade de interpretação/reflexão e resolução de problemas constantes, devemos aceitar que a resiliência vai sendo progressivamente construída pelo sujeito, sendo importante planear estratégias de intervenção, fomentadoras de uma identidade positiva e confiante.

Sendo, nesta perspectiva, importante a *promoção da capacidade de resiliência pessoal em contextos escolares* (Pereira, 2001), sendo que os espaços educativos deverão apostar no desenvolvimento pessoal, nos aspectos emocionais e na promoção de relações interpessoais.

Podemos referir que a noção de resiliência pretende *consubstanciar conceptualmente uma especificidade estrutural do desenvolvimento psicológico* (Pereira, 2001: 95).

2.3. A doença na criança e o contexto hospitalar

Segundo Anna Freud (1978), nalguns casos de hospitalização o desenvolvimento da personalidade da criança pode ser perturbado pela doença. A forma como a doença pode afectar a criança depende da fase de desenvolvimento, bem como do processo de construção da sua personalidade. Neste sentido, é necessário que o hospital crie estratégias que ajudem a criança a desenvolver meios de controlo e defesa perante situações adversas.

Durante os últimos anos vários autores têm tentado avaliar os efeitos da hospitalização nas crianças. Em muitos destes estudos a hospitalização tem servido como um protótipo duma primeira separação do seu microsistema.

Estas investigações sobre o processo de hospitalização têm servido como uma demonstração da ansiedade da separação, bem como as suas consequências, contudo, não acrescentam conhecimentos adicionais sobre quais as estratégias que hospital pode criar para diminuir essa ansiedade, na qual a educação, como um espaço institucionalizado no hospital, deve ser encarada.

A doença na infância representa um momento de crise para o alcance progressivo das etapas de desenvolvimento da criança, uma vez que com a hospitalização, a criança se depara com a inibição das suas habilidades motoras e sociais em virtude das condições do local, das limitações da sua patologia e pelo desconhecimento dos profissionais com relação a seu desenvolvimento neuropsicomotor.

A infância é um período de grande importância, onde o potencial de desenvolvimento da criança se enfatiza, tanto nos aspectos biológicos, como psicossociais e cognitivos

A hospitalização pode ter efeitos negativos sobre o desenvolvimento e comportamento infantil, uma vez que o adoecimento favorece alterações na sua vida, como um todo, podendo, muitas vezes, desequilibrar o seu organismo interna e externamente, o qual poderá gerar um bloqueio no seu processo de desenvolvimento e comportamento saudável.

O desenvolvimento infantil é um processo complexo, que envolve as diferenças individuais e específicas de cada período, como mudanças nas características, nos comportamentos, nas possibilidades e limitações de cada fase da vida, indistintamente. Por isso, a singularidade das crianças é conferida por influência de seu ritmo próprio de desenvolvimento e por características pessoais que as diferenciam das demais.

O desenvolvimento de uma criança compreende aspectos referentes a factores emocionais, sociais e intelectuais, que influenciarão a sua qualidade de vida.

Ao adoecer a criança assume um novo papel, modificando a sua posição e relação com os seus contextos. Ou seja, passa de uma condição de saudável em casa, para uma situação de doente, em contexto hospitalar.

A criança perante este novo contexto, não desejado, pode assumir diferentes comportamentos, reacções. Todos estes factores, bem como as novas actividades e relações que estabelecem vão influenciar o seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1980, In: Portugal, 1992).

A criança quando hospitalizada vive experiências novas, onde predominam situações invasivas, nem sempre agradáveis ou toleráveis. Sente que perde o controlo sobre as habilidades que dominava, que não pode exercer livremente as suas actividades motoras... a hospitalização torna-se num processo de descontinuidade no seu processo de desenvolvimento.

O processo de hospitalização coloca a criança em confronto com um mundo desconhecido, onde não encontra nenhuma referência, o qual se torna um lugar de inseguranças. A criança começa a tomar consciência de que não é capaz de resolver os seus conflitos, sentindo a perda do suporte conhecido, predominando o medo de ter perdido a sua realidade próxima.

Soares (2001) relata que um dos problemas existentes na hospitalização infantil deriva do descuido de aspectos psicológicos, pedagógicos e sociológicos envolvidos nesta situação. Na criança, os efeitos da hospitalização podem variar em função de sua idade, das experiências prévias de hospitalização, de determinadas variáveis individuais e,

especialmente, do conjunto de estratégias que utilização para enfrentar cada situação. A hospitalização leva a criança a confrontar-se com um estado de desamparo, ao perceber a sua fragilidade, resultante do adoecimento, bem como do afastamento das suas rotinas.

As reacções das crianças perante o evento de hospitalização e doença merecem citação: *angústia, ansiedade, choro, perda ou excesso de sono, falta ou diminuição de comunicação, apego desesperado aos pais, depressão, medo e sensação de autodestruição*. Todas estas atitudes são o reflexo, em comportamentos, do *stressee* que vivenciam (Ribeiro, 1991).

Este sentimento de depressão funciona como um sinal de perda do controle sobre determinada situação. A capacidade de tolerância de cada criança será fundamental para o processo de adaptação às diferentes situações que surgirem. A idade da criança hospitalizada irá influenciar as estratégias de resposta face à dor física e mental.

A hospitalização torna-se numa ameaça ao corpo da criança, uma vez que os procedimentos são invasivos, invadindo a o seu corpo sem a sua permissão. A capacidade individual de enfrentar estas situações é reconhecida como uma capacidade de resiliência, sendo construída a partir das experiências de cada um.

Quanto aos mecanismos de defesa, o mais comum e mais facilmente observável é a regressão da criança a estágios anteriores ao do seu desenvolvimento.

A educação é entendida, neste contexto, como uma tentativa de transformar o ambiente das enfermarias, proporcionando condições psicológicas melhores para as crianças e adolescentes internados (Junqueira, 1999, 2002). É brincando que a criança expressa as suas necessidades e desenvolve potencialidades (Cunha, 2000). O desenvolvimento infantil está particularmente vinculado ao brincar. O brincar apresenta-se como fundamental tanto ao nível do desenvolvimento cognitivo e motor da criança quanto à sua socialização, sendo um importante instrumento de intervenção em saúde durante a infância (Junqueira, 1999). A recreação no ambiente hospitalar constitui-se num elemento privilegiado para a elaboração de ansiedades decorrentes da situação de desconforto e estranheza decorrentes da hospitalização (Carvalho & Ceccim, 1997).

O mesmo autor cita Biermann (1980) quando alega que a hospitalização, em determinadas situações, constitui um risco igual ou maior que aqueles da própria doença que a originou.

Diversos autores relatam os efeitos negativos decorrentes da hospitalização de crianças. O processo de doença, de tratamento, as privações a que estão sujeitos são factores consideráveis de desajuste, uma vez que podem gerar ou agravar desequilíbrios na criança.

Ao ser hospitalizada, a criança passa a viver num ambiente desconhecido, com pessoas estranhas, podendo sentir-se ameaçada. Surgem medos e fantasias a respeito da sua doença, pode ser a sua realização da fantasia de abandono, de perda de afecto, ou até de castigo pelo incumprimento de regras. Estas fantasias são universais e dificultam o processo de recuperação ou de relação da criança com a equipe médica.

A criança, ao contrário do adulto, dispõe de recursos internos característicos de sua fase de desenvolvimento a serem mobilizados em situações de “stresse”. Ela pode apresentar dificuldades em compreender, aceitar e suportar o sofrimento físico, a limitação de actividades, as dietas alimentares e os procedimentos clínicos, muitas vezes dolorosos e traumatizantes, e por depender emocionalmente do adulto, necessita do apoio de pessoas em quem confie, de explicações simples e concretas sobre o que está acontecendo, de espaço para desenvolver actividades exploradoras e expressar suas dúvidas e sentimentos.

A única característica comum a todas as crianças hospitalizadas que deve ser sempre conservado é o facto de *ser criança*. Toda criança, mesmo doente, tem dentro de si um potencial lúdico que precisa ser explorado: ela pode escrever, desenhar, pintar e brincar.

Essas acções possibilitam o auto-conhecimento, a exploração do meio, a compreensão de situações e a consolidação de relações. Através das actividades lúdico-pedagógicas, a criança pode vir a readquirir a autoconfiança perdida, sendo essencial estimular a criança a persistir e a tentar vencer os obstáculos.

2.4. O brincar em contexto hospitalar

A humanização dos espaços hospitalares possibilitou a inclusão de outros profissionais em contexto hospitalar. Emergindo, assim, um contexto afectivo, onde se realça a importância da emoção no funcionamento do cognitivo.

O brincar é fundamental para o desenvolvimento da saúde física, emocional e intelectual do ser humano. É através do brincar que a criança reconstrói as suas emoções e pode reinventar a realidade.

Esta temática tem vindo a ganhar importante relevo nos estudos realizados acerca da hospitalização infantil. Nestes diversos estudos, diversas são as dimensões do brincar.

É, portanto, importante tentar perceber os limites e possibilidades do brincar em contexto hospitalar, enquanto recurso terapêutico e de relacionamento com a criança hospitalizada.

Diversos autores apontam para a necessidade da presença de actividades lúdicas e do brincar durante o período de internamento.

Freud (1980) ressalta a ideia de que brincar permite à criança, através do plano simbólico, repensar experiências traumáticas, libertando a sua imaginação. O que significa que através do brincar a criança esquece o ambiente onde está inserida, libertando-se dos seus medos e ultrapassando possíveis traumas causados pela hospitalização.

O brincar deve ser entendido pelos educadores das escolas hospitalares como um recurso para melhor compreender a criança. Como refere Alves (1999) o mundo das crianças também é assombrado por medos, emoções confusas, sendo essencial, através do lúdico, transformar esses sentimentos.

Pierrri & Kudo (2001) referem que através do acto de brincar a criança estabelece contacto com o meio, recria situações e desenvolve um modo de vida que a ajuda a desenvolver-se.

A brincadeira está associada à criança, não sendo possível imaginá-la sem esta actividade que acompanha todo o período de infância, ajudando na formação da personalidade e das habilidades intelectuais.

Ou seja, a actividade lúdica na criança surge como sendo algo integrante do ser criança, mas também no sentido social, de uma interacção grupal. O que significa que o brincar confere singularidade e especificidade à criança. Sendo uma marca identitária do seu desenvolvimento.

Neste sentido, a hospitalização dever ser repensada em função da identidade subjectiva do sujeito.

Com a hospitalização a criança passa a ser um paciente com necessidade de cuidados médicos. As actividades lúdicas destacam-se, assim, como um recurso que possibilita o reencontro da criança com a sua própria identidade.

No campo de saúde, no que diz respeito às crianças hospitalizadas, tanto em termos de políticas, quer em relação aos procedimentos para pôr em prática essas políticas é necessário tentar compreender as necessidades das crianças, interpretando sócio-culturalmente as características do ser criança.

Nesta perspectiva, o brincar torna-se numa ferramenta significativa em contexto hospitalar, facilitando a comunicação, a adesão ao tratamento e a (re)significação da doença e da hospitalização por parte das crianças.

Foster e Anderson (1978) relembram-nos que, sem a integração de actividades lúdico-pedagógicas em ambiente hospitalar, a criança passa a ser observada de forma padronizada, distanciada dos seus papéis sociais, tornando-se em mais um caso clínico.

Cabe aos profissionais de saúde promover o brincar nas suas rotinas, de modo a facilitar a comunicação com a criança e uma maior facilidade de adesão aos tratamentos. Não basta, portanto, existir um espaço onde as crianças possam brincar, é importante que as actividades lúdicas sejam planeadas, num esforço crescente de um trabalho em equipa, integrando, para o efeito, profissionais do ramo da educação.

Assim, a promoção do brincar torna-se numa excelente estratégia para conseguir resgatar a condição de criança, apesar do ambiente hospitalar.

Segundo Strauss e al (1963) é importante flexibilizar as regras deste quotidiano hierarquizado, apesar desta discussão de basear nos fundamentos do trabalho hospitalar, é importante esta negociação das regras, de modo a preencher lacunas que possam existir ao nível social e emocional.

A permanência da criança em contexto hospitalar gera uma rotina diferente, com regras e tratamentos por vezes agressivos. Sendo, por isso, que o brincar ajuda a desenvolver a auto-estima, a motivação, permitindo novas oportunidades de desenvolvimento. Este recurso pode ser usado para gerir as abordagens, de modo a ampliar o modelo de assistência à criança.

O brincar funciona, em contexto hospitalar, como um veículo de socialização e interacção com as outras crianças, permitindo a possibilidade da criança sair do isolamento, muitas vezes causado pela hospitalização.

Assim, o lúdico é muitas vezes entendido como uma possibilidade de construir algo positivo, num momento repleto de sentimentos de perda, uma vez que ao brincar a criança reage, não parecendo tão doente.

O brincar passa a ser entendido como um recurso inter-disciplinar e multi-profissional, não sendo exclusivo da escola hospitalar, mas como veículo de comunicação com a equipa de saúde. Não só no sentido de facilitar essa comunicação, mas também para mostrar os procedimentos e permitir a experimentação por parte da criança.

O brincar, em contexto hospitalar, nesta perspectiva, pode-se configurar como terapia, uma vez que possibilita a elaboração de experiências relativas à hospitalização, permitindo tranquilizar as crianças, fazendo com que estas percam o medo.

Não podemos deixar de salientar a complexa associação que existe entre a promoção do brincar e o crescimento. Quer no sentido de estimulação do desenvolvimento e da aprendizagem, quer no sentido de possibilidade de experimentar.

O brincar deve ser entendido como um facilitador da normalidade social da criança, facilitando uma dinâmica interactiva.

Durante a hospitalização o trabalho lúdico permite à criança a expressão de sentimentos de medo e de fantasias decorrentes do adoecer e da ruptura com o seu quotidiano.

Winnicott (1975) considera o brincar como uma terapêutica, podendo ser considerado como um sinal de saúde. No fundo, é a forma que a criança encontra para gerir criativamente a adaptação a esta nova realidade. Segundo Winnicott (1975) esta nova realidade torna-se num *espaço potencial*, uma vez que dá à criança a possibilidade de lidar com a realidade concreta e criativa, permitindo uma inter-relação com o mundo exterior.

A escola hospitalar deve facilitar o brincar e as actividades lúdicas, possibilitando a emergência de conteúdos emocionais. Sendo fundamental, neste contexto, criar mecanismos que promovam um ambiente que facilite o enfrentamento das dificuldades advindas da situação de hospitalização e doença.

Lindquist (1993) apresenta o brinquedo como um recurso associado a actividades estimulantes, que ao mesmo tempo geram segurança na criança, uma vez que se apresentam como uma ponte com as suas rotinas diárias fora do hospital.

Existe ainda a perspectiva do brincar com função de alegrar o ambiente, amenizando os sentimentos negativos. Esta dimensão é, muitas vezes, associada à presença do palhaço no hospital, tornando-o num espaço mais alegre e descontraído.

Assim, o brincar não se pode limitar à ocupação do tempo ocioso das crianças, mas deve ser encarado como um instrumento terapêutico ao dispor da equipa de saúde.

A actividade lúdica deve ser assim encarada como uma estratégia cognitiva-comportamental, através da qual, a criança hospitalizada ganha um controlo sobre a situação a enfrentar.

Diversos relatos de experiências com crianças hospitalizadas têm demonstrado que a dinamização de actividades lúdicas tem efeitos positivos sobre a criança hospitalizada.

Para alguns autores, como Bruner e Vygotsky, o brinquedo é um veículo que estabelece relações entre a criança e o mundo que a rodeia, influenciando a sua forma de agir.

Para Bruner (1978) as actividades lúdicas são promotoras da aprendizagem de regras, permitindo à criança vivenciar comportamentos que não seriam tentados em contexto de acção social normal.

Vygotsky (1994) salienta que o uso de brinquedo ou o recurso a actividades lúdicas não pode ser restringido ao prazer. Acima de tudo, refere que as maiores aquisições de uma criança são conseguidas através do brinquedo. Através do brinquedo, a partir de sistemas simbólicos, a criança recria a realidade.

Nesta perspectiva podemos afirmar que o brinquedo possibilita o desenvolvimento da *zona de desenvolvimento proximal*.

A noção de *zona de desenvolvimento proximal* permite ao professor estimular o desenvolvimento das crianças, a partir das reais necessidades e capacidades das mesmas.

As actividades lúdicas, à luz das teorias de Vygotsky e compreendidas na óptica de brinquedo e criatividade, devem ser concebidas como educação, no sentido de potenciarem o desenvolvimento da criança.

O brincar torna-se, assim, não só numa necessidade básica da criança, como se constitui como um direito de todos. O brincar é uma experiência, rica e complexa, através do qual a criança se desenvolve e é estimulada.

Brincar é uma actividade específica da infância, sendo através do brinquedo que a criança aprende a agir sobre o meio.

Nesta perspectiva, na escola hospitalar, as actividades lúdicas devem ser planificadas, no sentido de que o brincar se torna num instrumento para a aquisição e domínio de habilidades e para o desenvolvimento de competências que contribuem para o processo de aprendizagens.

Capítulo 3. DO “SER” CRIANÇA AO “SER” PACIENTE: ASPECTOS DA ECOLOGIA HOSPITALAR

3.1. A hospitalização numa perspectiva ecológica

Bronfenbrenner (1986, 1996), como estudioso do desenvolvimento humano, analisa o sujeito como um ser activo e dinâmico, em constante interacção com os seus contextos, também eles dinâmicos e interactivos.

Não podemos ignorar que nas *actividades* que o indivíduo realiza, este desempenha *papéis*, estabelecendo, simultaneamente, *relações interpessoais*. Sendo estes três factores essenciais no seu desenvolvimento

Afirma, ainda, que o lar familiar não é o único ambiente de desenvolvimento da criança, sendo as instituições infantis outros locais de desenvolvimento humano. O autor refere a importância do contexto, uma vez que o ambiente em que cada pessoa está inserida interfere no seu processo de desenvolvimento.

O autor supracitado define o ambiente ecológico através de uma série de sistemas, que se encaixam uns nos outros. Uns mais próximos do sujeito, onde este interage directamente, outros mais afastados, onde há uma interacção indirecta, mas que não deixa de influenciar as condições de desenvolvimento do indivíduo: micro-sistema, meso-sistema, exo-sistema e macro-sistema, sendo que cada um está contido no seguinte. O **micro-sistema** é um contexto mais imediato, isto é, o local onde as pessoas experienciam actividades e papéis numa relação directa. O **meso-sistema** é o vínculo entre os contextos em que a pessoa vive, ou seja, para criança as relações entre família e escola, escola e grupo de amigos. Os contextos onde a criança não participa activamente, mas que a afectam ou são afectados por ela referem-se ao **exo-sistema**. O **macro-sistema** engloba todos os sistemas anteriores e contém os valores, a cultura e as subculturas vigentes, que subjazem às estruturas que ocorrem nos vários contextos de acção.

Os sistemas ecológicos alteram-se ao longo da vida, o que significa que não são estanques, comunicando entre si, estando os aspectos ambientais associados ao significado que a pessoa lhes atribui em determinadas situações.

A inserção do sujeito em diferentes contextos gera o desempenho de novas actividades, de novos papéis e a (re)estruturação das relações interpessoais. Estas situações

possibilitam **transições ecológicas**, que se tornam, assim, promotoras do processo de desenvolvimento. Portugal (1992, 40) afirma que a transição ecológica acontece *sempre que a posição do indivíduo se altera em virtude de uma modificação do meio ou nos papéis e actividades desenvolvidas pelo sujeito*.

Nesta perspectiva, Novaes e Portugal (2004) fizeram uma releitura da obra de Bronfenbrenner e salientam que o hospital, bem como os profissionais que trabalham neste contexto e que mantêm contacto directo com a criança hospitalizada, podem passar a constituir o micro-sistema desta criança e de sua família.

Estas autoras consideram que o adoecimento na infância e consequente hospitalização constitui uma transição ecológica. Argumentam que a criança passa a *assumir um novo papel, modificando sua posição em relação aos seus contextos, suas interrelações e também aos outros que com ela interagirão* (Novaes e Portugal, 2004, 223). Desta forma, se antes do adoecimento o hospital e a rede de saúde pertenciam ao exo-sistema, este pode tornar-se no seu micro-sistema. A configuração do micro-sistema anterior sofre alterações a partir desta nova realidade do adoecimento e tratamento da criança.

Neste modelo ecológico considera-se *o hospital como parte integrante do contexto social da criança enferma, na medida em que este acaba interferindo na sua trajectória de desenvolvimento e, em particular, nas suas relações psicossociais com o meio* (Linhares, 2000, 113). Bronfenbrenner (1986) salienta que o cuidado hospitalar pode ser de grande importância na vida e no desenvolvimento da criança. Neste sentido, torna-se importante perceber como funciona o serviço educativo em contexto hospitalar, uma vez que este é fundamental para auxiliar o desenvolvimento infantil.

3.2. Factores psicossociais associados à hospitalização

De acordo com Novaes (2000) *o processo de hospitalização reflecte na criança uma sensação de abandono, de perda de afecto ou até de punição, reacções que podem afectar todo o processo. Na criança hospitalizada, a dor gera ansiedade e medo, que se pode traduzir em alterações de comportamento*

Oremland (1988) defende que tais perturbações podem determinar mudanças marcantes no comportamento psicossocial da criança.

O adoecer é uma situação indutora de stresse, quando associada à hospitalização, podendo, segundo Novaes (2000) provocar um trauma no desenvolvimento da criança. Assim, o processo de hospitalização pode ser devastador para o seu processo de desenvolvimento, tanto físico como psíquico.

Tanto a hospitalização como a doença podem provocar *stresse* na criança. A criança ao ser hospitalizada sofre devido ao afastamento das suas rotinas, aos sintomas da doença e aos procedimentos médicos.

Uma vez que, segundo, Bronfenbrenner, ocorre uma transição do micro-sistema (família) para um exo-sistema (hospital), onde os processos inter-relacionais atravessam as barreiras destes sistemas, podendo ocorrer falhas irreversíveis no processo de comunicação relacional.

Anna Freud (1978), em seu estudo sobre as crianças hospitalizadas nas enfermarias de Hampstead, refere algumas manifestações clínicas que detectou nas suas observações, tais como a diminuição das actividades motoras, alterações na manifestação dos afectos. Estas alterações mostram como o processo de hospitalização se pode configurar como um défice no desenvolvimento da criança.

Diversos são os estudos que nos mostram as reacções das crianças perante o processo de hospitalização. É clássico o estudo de Sptiz (1946), onde são descritos os sintomas decorrentes da ansiedade da separação, tais como o atraso motor, perda de peso, tendência para adoecer pelo enfraquecimento da resistência imunológica.

Pode-se, no entanto, afirmar que as reacções das crianças perante o processo de hospitalização variam directamente da idade, da capacidade de entendimento da situação, do tempo de internamento, bem como da qualidade das interacções com o sistema.

A criança hospitalizada vive uma experiência de privação não só da saúde, bem como da sua liberdade, que resulta num desequilíbrio ao nível sócio-afectivo, podendo, assim, dificultar o tratamento a que é sujeita. O hospital é considerado como um local de proibições, assim, este novo contexto tem, à priori, um significado assustador, pois não há nada nele que possa identificar com as suas experiências anteriores, somado ao facto da criança se encontrar frágil física e emocionalmente.

A hospitalização pode tornar-se, assim, numa experiência aterrorizante para a criança devido à constante exploração do seu corpo, à realização de inúmeros procedimentos clínicos, bem como às restrições inerentes à situação.

Logo, a pedagogia hospitalar torna-se um direito da criança hospitalizada.

3.3. O educador em contexto e acção hospitalar

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, o direito à educação é um dever não só da escola, mas também da sociedade. Assim, destaca-se um novo contexto de acção para os professores: o hospital.

Este novo contexto educativo passa a ser uma relação de suporte para o desenvolvimento da criança., sendo portanto importante a existência de profissionais preparados para trabalhar neste contexto diferenciado de educação, quaisquer que sejam os recursos disponíveis.

Não podemos ignorar que as condições de desenvolvimento e aprendizagem da criança hospitalizada são diferentes das crianças que se encontram no seu micro-sistema, por isso a prática do educador em contexto hospitalar deve ultrapassar as barreiras do ensino tradicional e criar uma ligação saudável entre educação e saúde.

O processo de adaptação da criança a esta nova realidade exige a presença de uma função pedagógica afectiva, que ocorre no espaço da escola hospitalar. Esta adaptação é fundamental para a estabilidade *bio-psico-social* da criança, na promoção do seu bem-estar e qualidade de vida.

Os profissionais em ambiente hospitalar devem estar conscientes das diversidades de contexto, bem como da singularidade das necessidades de cada criança.

A escola hospitalar torna-se, assim, num espaço de resposta tanto ao nível educativo, como ao nível afectivo e terapêutico.

Podemos identificar duas vertentes essenciais no exercício da função docente em âmbito hospitalar: uma *vertente educativa*, onde é necessário dar continuidade às actividades que esta realizava no contexto educativo regular, sendo um espaço onde se criam oportunidades de interacção com outras crianças; e uma *vertente terapêutica*, onde o profissional deve ser capaz de proporcionar à criança momentos onde esta consiga

expressar os seus receios e angústias, sendo para isso necessário diversificar os meios de expressão e comunicação.

Todas estas oportunidades de interacção devem ser encaradas como propulsores do desenvolvimento das crianças, neste sentido, não podemos ignorar a importância da função afectiva.

O profissional, em contexto hospitalar deve assumir uma postura constante de disponibilidade, abertura, observação e reflexão.

Segundo Carvalho (2005), *um educador, num serviço de pediatria de um hospital, deverá ter determinadas competências, quer pessoais, quer profissionais.*

Do ponto de vista pessoal, deverá ser capaz de estabelecer um bom ambiente relacional, espírito de iniciativa e de comunicação, bem como ser capaz de criar um espaço de diálogo e expressão, com base na improvisação.

Ao nível profissional deve ser capaz de planificar actividades e recursos, tendo sempre presente a imprevisibilidade dos contextos, avaliando e reconstruindo a sua actuação.

Podemos salientar que ao professor cabem diversas funções, mas ao analisar todos os aspectos da ecologia hospitalar, ganham maior relevo a disponibilidade, a escuta e o diálogo.

Não podemos ignorar o impacto das emoções nas nossas acções, não podemos continuar com o velho cliché “cogito ergo sum”. *Conhecer a relevância das emoções nos processos de raciocínio não significa que a razão seja menos importante que as emoções. Pelo contrário, ao verificarmos a função alargada das emoções, é possível realçar os seus efeitos positivos e reduzir o seu potencial negativo* (Damásio, 1995).

Assim, podemos afirmar que os sentimentos influenciam a razão na tomada de decisões. Segundo Goleman, a resolução de situações de crise passa por sentimentos e valores como a intuição, a compreensão, o optimismo.

Logo, o espaço da escola hospitalar deve ser entendido como uma oportunidade para as crianças de (re)construírem, através das relações que nela se estabelecem, sendo importante *diferenciar, adequar, e flexibilizar.*

Assim, o professor deve transformar a escola hospitalar numa rede de comunicação, um lugar de afectos, onde cada um, na sua especificidade, tenha o seu papel na construção do conhecimento.

Podemos definir o acto de ensinar como uma actividade interpessoal, assim, a relação educativa é, também ela, uma relação entre pessoas. Que na sua diversidade são a fonte para a construção partilhada.

Esta relação não pode ser reduzida ao simples acto de transmitir saberes, mas essencialmente à capacidade de motivar os alunos, através de um potencial relacional e de disponibilidade afectiva.

O profissional da escola hospitalar deve estabelecer com as crianças um relacionamento aberto, flexível e humano, entendendo cada um como uma pessoa distinta.

Podemos, então, definir o espaço da escola hospitalar como *relação*. Ou seja, é estar com o Outro para melhor o conhecer.

É, portanto, urgente humanizar o espaço hospitalar, tornando a sala de actividades num *espaço mágico de encontros humanos e no qual se cumpre o jogo subtil das seduções afectivas ou endoutrinadoras* (Morais, 1986).

Segundo Sêco (1997), a afectividade constitui-se como um impulso motor da vida, estando, inconscientemente subjacente a toda a actividade humana.

As manifestações dos afectos são antes de mais linguísticas e mímicas (...), mas envolvem corporificação como o aperto de mão, o beijo, o abraço, a palmada no ombro (...) e toda uma gestualidade (...) que tem de ser mobilizada e gerida adequadamente conforme os educandos e as situações que lhes dirão, muito mais do que quaisquer palavras que estamos com eles, que gostamos deles e que podem contar connosco ... (Valente, 1990).

Ao professor exige-se que vá ao encontro de cada aluno com grandes expectativas. Os olhos de cada criança reflectem o brilho de quem implora para não desistirmos, muitas vezes camuflado em atitudes de raiva e agressividade.

O professor nesta relação afectiva e efectiva não desiste de ninguém, adequando estratégias para ir de encontro às necessidades e respostas de cada criança.

Aqui nasce a essência da relação afectiva em ambiente hospitalar, onde o professor desempenha um papel importante: no acompanhar as dificuldades de cada criança, na capacidade de escuta, acolhimento, atenção e implicação efectiva no processo de desenvolvimento pessoal e afectivo das crianças.

Não nos podemos esquecer que no coração aprendemos a desenhar teias de mágoas e de alegrias, mesmo antes de pegarmos num lápis para fazer os primeiros rabiscos.

O trabalho pedagógico no hospital exige, portanto uma reflexão sobre o papel dos professores em ambiente hospitalar.

Regina Taam (1997) sugere o espaço pedagógico em ambiente hospitalar como uma prática pedagógica com características específicas, tendo em conta o contexto e as rotinas hospitalares.

Ou seja, nesta perspectiva defende-se que a educação pode e deve promover o bem-estar físico, psíquico e emocional da criança.

A educação em ambiente hospitalar oferece um vasto leque de oportunidades, que não se deve restringir à avaliação e ao sucesso escolar, é importante ajudar a criança a ressignificar o espaço hospitalar.

Existem, portanto, duas correntes distintas na prática pedagógica hospitalar.

Se por um lado, autores como Ceccim e Fonseca (1999) defende este espaço como um espaço exclusivamente de escolarização, de acordo com as regras da escola regular, tendo como objectivo diminuir o insucesso escolar. Existem outros autores, como Regina Taam, que defende o espaço pedagógico em ambiente hospitalar como um lugar de socialização, promotor de novas oportunidades de expressão e de comunicação.

O professor deve considerar a linguagem silenciosa do corpo como um importante instrumento de comunicação em contexto hospitalar, pela sua espontaneidade.

O papel do professor é ajudar a criança a compreender o espaço hospitalar, ressignificando-o, bem como dar um novo sentido à sua doença e às novas relações. Deve tornar o período de hospitalização num espaço de aprendizagem, propiciando o desenvolvimento.

Wiles (1987) refere que o professor não deve ter como objectivo *manter as crianças ocupadas*, deve estar consciente que o seu papel é estimular o desenvolvimento das crianças, respondendo às suas necessidades. Wiles afirma, ainda, que o professor se torna o elo de ligação com a rotina normal da criança, facilitando o retorno à escola.

Segundo Rejane Fontes (2000) o professor em contexto hospitalar assume um conjunto diversificado de funções:

- *Promover o desenvolvimento integral e a educação da criança hospitalizada;*
- *Promover o desenvolvimento psíquico e cognitivo das crianças, através de actividades lúdico/pedagógicas;*

- *Promover o desenvolvimento sócio-afectivo das crianças, através da partilha de experiências;*
- *Servir como um elemento de suporte, aliviador de stresse e de sentimentos de abandono ou perda;*
- *Estimular a confiança da criança, ajudando a criar estratégias de enfrentamento da situação;*
- *Restabelecer vínculos com a vida escolar da criança, ajudando na construção da sua subjectividade;*
- *Estimular a auto-estima e bem-estar da criança, estando atento às suas necessidades e interesses;*
- *Facilitar o reingresso na vida escolar;*
- *Promover o bem-estar e qualidade de vida da criança, promovendo a sua rápida recuperação, Fonseca (1996) demonstrou que o atendimento sistemático pela classe hospitalar contribui para a redução do tempo de hospitalização;*
- *Facilitar o processo de comunicação entre a criança, pais e os membros da equipe de atendimento.*

No entanto, não podemos ignorar as dificuldades que o profissional em ambiente hospitalar enfrenta devido à impossibilidade de poder planificar a sua actuação, pois o tempo de permanência no hospital é desconhecido, bem como o conseqüente estado físico, psíquico e emocional da criança.

Nas palavras de Ceccim e al. (1997: 82-83), *ao pedagogo cabe a escuta que autoriza o sentimento de aprendizagem, progresso, avanço, transposição do não sei para o agora sei (como na cura), para saber mais e ganhar maior autonomia (...) despertando o desejo de cura como mobilização das necessidade de vida.*

3.4. Escola hospitalar: um novo desafio

As primeiras tentativas de intervenção pedagógica em contexto hospitalar têm lugar em Paris, em 1935, com a inauguração da primeira escola para crianças inadaptadas por

Henri Sellier (Vasconcelos, 2003). Esta experiência serviu de exemplo em muitos países da Europa e nos Estados Unidos da América, que implementaram o mesmo sistema com o objectivo de complementar as dificuldades escolares de crianças tuberculosas (doença fatal na época e altamente contagiosa). Por outro lado, não podemos deixar de considerar a Segunda Guerra Mundial um marco decisivo na implementação deste espaço pedagógico em ambiente hospitalar, devido ao grande número de crianças e adolescentes atingidos e mutilados, que ficam impossibilitados de ir à escola.

Assim, o direito à educação tornou-se um dever que não pode ser confinado somente à escola regular, mas a toda a sociedade, sendo um imperativo procurar alternativas que possam amenizar as dificuldades advindas do processo de internamento hospitalar.

O hospital torna-se, portanto, num novo espaço pedagógico, uma vez que o processo de hospitalização se reflecte também ao nível da vida escolar da criança, que se encontra afastada da sua família, escola e amigos. Esta distância pode causar ansiedade, medo, desânimo, altera a auto-estima, o que pode retardar a recuperação da criança.

O processo de hospitalização torna-se muitas vezes um entrave à identidade do “ser” criança, uma vez que esta é confrontada com uma nova realidade repleta de rotinas específicas, onde esta se torna num paciente com necessidades de tratamento médico.

Num estudo realizado por Ceccim em 1998 constata-se que 12% dos alunos da *classe* hospitalar não frequentavam a escolar regular devido ao seu estado de saúde, enquanto que em 28% dos casos existiam atrasos de um a três anos na sua escolaridade (Ceccim, 1999).

É neste sentido, que os espaços pedagógicos em ambiente hospitalar ganham relevo, enquanto promotores de interacções sócio-afectivas, enfatizando o direito da criança à cidadania, independentemente do seu estado de saúde.

Não podemos ignorar que o processo de aprendizagem é contínuo, estando presente em todos os momentos da nossa vida. Neste sentido, Ceccim et al. (1997) refere que este espaço pedagógico tem como tarefa afirmar a vida, e a sua qualidade, ajudando as crianças a reagir através da interacção pedagógico-social, de modo a que o mundo de fora continue dentro do hospital.

É através da escola hospitalar que se torna possível criar, através de interacções lúdico-pedagógicas, novas possibilidades para dar continuidade ao trabalho escolar da

criança, tentando nesta perspectiva promover a saúde física, mental e emocional da criança. Este trabalho, segundo diversos autores, transforma o espaço hospitalar, tornando-o mais alegre e acolhedor.

Existem diversos estudos, realizados no Brasil, sobre o papel da educação nos hospitais, focando como categorias de análise a linguagem, o brincar, a emoção e o conhecimento, sustentada pelos referenciais teóricos de Wallon e Vygotsky.

Segundo Rejane Fontes, de acordo com as observações realizadas, a educação possibilita à criança ressignificar a sua vida e o espaço hospitalar.

Segundo Snyders (1986) a hospitalização acaba por provocar sensações de confusão entre as noções de continuidade, ruptura e plenitude. Assim, Sandra Vasconcelos defende que a escola hospitalar tenta recuperar a socialização da criança, dando continuidade ao processo de aprendizagem.

A escola hospitalar, de acordo com os estudos existentes, deve ser considerada como um espaço de educação não formal. Gohn (1999) designa educação não formal como um processo que abrange a aprendizagem dos conteúdos escolares em espaços e com metodologias diferenciados.

Gabbal e al. (2000), no seu relato sobre a experiência de um hospital inglês, sublinharam a inclusão do currículo desenvolvido na escola hospitalar, o estudo das ciências, da tecnologia...

Em Portugal, Novaes (2000) desenvolveu um estudo sobre o brincar como instrumento pedagógico no hospital, defendendo que a área da recreação e a área pedagógico-educacional se complementam no que se refere a um programa de promoção integral do desenvolvimento da criança.

Não podemos, no entanto, ignorar que a Carta Europeia (2000) proclama no seu artigo 6º que o ensino no hospital deve englobar *temas relacionados com as necessidades específicas derivadas da doença e da hospitalização*, através de uma metodologia de trabalho individualizada e personalizada.

No entanto, apesar da importância de que se reveste o tema, em Portugal não existe nenhum documento legislativo relativo à educação no hospital. Contudo, a Lei de Bases do Sistema Educativo, no seu artigo 2º ressalta o direito de igualdade de oportunidades no acesso e sucesso escolar, referindo que este direito não cessa quando há interferências, como é o caso da hospitalização.

Por outro lado, Portugal subscreveu a filosofia da educação inclusiva, a partir da Declaração de Salamanca (1994), a qual afirma a necessidade de uma educação para todos, independentemente das condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais e linguísticas de cada um.

Em Portugal, existe a Carta da Criança Hospitalizada (2000), inspirada nos princípios da Carta Europeia da Criança Hospitalizada (1986), que reflecte preocupações com a humanização dos hospitais e com a qualidade de vida das crianças hospitalizadas.

O Instituto de Apoio à criança, foi o representante de Portugal em 1988, aquando da adopção da *Carta da Criança Hospitalizada* por várias associações europeias. Esta carta torna-se num documento síntese dos direitos da criança hospitalizada cujo 7º direito ressalta que *o hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e segurança.* (Mota, 2000: 58)

Neste sentido, a criança tem direito a um acompanhamento escolar durante o seu período de internamento, uma vez que o espaço educativo em ambiente hospitalar se apresenta como uma forma de propiciar a continuidade do desenvolvimento da criança, facilitando a inserção com o meio.

A Pedagogia Hospitalar tem começado a ganhar maior relevo no atendimento à criança hospitalizada. A criança não pode ser entendida como um corpo que necessita de tratamento, mas um ser global, com necessidades físicas, emocionais, afectivas, sociais e cognitivas. Esta pedagogia deverá ser norteadada por um modelo dinâmico e flexível, atento às necessidades das crianças

O profissional em ambiente hospitalar deve promover actividades que favoreçam o desenvolvimento da criança, uma vez que este não pode ser interrompido em função da hospitalização. Ou seja, deve existir uma atenção especial ao desenvolvimento afectivo/emocional da criança, promovendo o seu desenvolvimento integral.

A escola hospitalar deve facilitar todas as oportunidades possíveis para que os processos de desenvolvimento e aprendizagem não sejam suspensos.

A educação em ambiente hospitalar permite às crianças a possibilidade do aprender, do brincar, do manter-se actualizado, com um trabalho que possa proporcionar qualidade de vida e interacção sócio-cultural, diariamente, apesar da doença e da hospitalização, tendo como objectivo a melhoria da qualidade de vida das crianças.

Se por um lado, autores como Ceccim e Fonseca (1999) defende este espaço como um espaço exclusivamente de escolarização, de acordo com as regras da escola regular, tendo como objectivo diminuir o insucesso escolar. Existem outros autores, como Regina Taam, que defende o espaço pedagógico em ambiente hospitalar como um lugar de socialização, promotor de novas oportunidades de expressão e comunicação. A autora supracitada (In: Fontes, 2005:121) sugere o espaço pedagógico em ambiente hospitalar como uma prática pedagógica com características específicas, tendo em conta o contexto e as rotinas hospitalares.

Ou seja, nesta perspectiva defende-se que a educação pode e deve promover o bem-estar físico, psíquico e emocional da criança.

A educação em ambiente hospitalar oferece um vasto leque de oportunidades, que não se deve restringir à avaliação e ao sucesso escolar, é importante ajudar a criança a ressignificar o espaço hospitalar.

Podemos, então, definir escola hospitalar como um espaço distinto da pedagogia tradicional, uma vez que existe a necessidade de construção de conhecimentos baseados na necessidade de promover o bem-estar e qualidade de vida da criança hospitalizada.

Segundo Fontes (2005) a forma como o espaço pedagógico promove o bem-estar da criança hospitalizada revela duas vertentes.

A primeira vertente tem um carácter lúdico, tentando tornar o jogo num canal de comunicação com a criança, de modo a fazê-la esquecer a situação.

A segunda perspectiva, entende a hospitalização como um *espaço de conhecimento a ser explorado* (Fontes, 2005), ou seja, pretende-se através de um conjunto de actividades lúdico-pedagógicas desmistificar as rotinas e vivências hospitalares.

A perspectiva de pedagogia hospitalar surge do afastamento da criança da escola, da necessidade de socialização, de comunicação e expressão dos seus sentimentos. Na nossa perspectiva, constitui-se como um local seguro para as crianças, uma vez que é um espaço fora das invasões terapêuticas ou de procedimentos dolorosos, é um espaço de convívio, de sociabilização, do lúdico e de reencontro de algumas rotinas escolares.

A escola hospitalar torna-se num laboratório, onde as crianças devem ser convidadas a lançar as “mãos à obra”. A criança torna-se, assim, uma investigadora sob tutela, ou seja, a criança tem necessidade de ser guiada pelo questionamento do professor.

Segundo Cardoso (1995) o dia-a-dia na escola hospitalar não pode cair na monotonia de rotinas generalizadas, é por isso essencial utilizar diferentes formas de comunicar (*contar histórias, dramatizar, usar fantoches e outras formas de linguagem*) que despertem a criança para uma nova realidade, o que poderá contribuir para melhorar a sua qualidade de vida.

Algumas pesquisas já apontam para a importância das actividades pedagógicas em ambiente hospitalar na recuperação das crianças hospitalizadas.

Não podemos, no entanto, ignorar que se torna num processo pedagógico singular, uma vez que as crianças internadas têm faixas etárias diferentes, o quadro clínico diferenciado, reacções distintas ao processo de hospitalização, entre outros aspectos.

Todas estas variáveis exigem que o trabalho pedagógico seja planeado, de forma a garantir que as actividades tenham início e fim no mesmo dia.

Assim, o período de hospitalização passa a ser entendido como um período onde a criança possa usufruir de oportunidades de aprendizagem e de sociabilização, promotoras do seu bem-estar.

A atenção pedagógica nestas situações requer um atendimento específico e direccionado para contribuir com o tratamento e abreviar a permanência hospitalar. Mesmo não tendo as características da escola regular, a escola hospitalar procura resgatar a dinâmica escolar através de actividades lúdicas e dos conteúdos programáticos, promovendo um espaço de interacção, desafiando a criança a solucionar problemas, desenvolver o raciocínio, pensar criticamente.

É possível que em diferentes países exista uma discussão acesa sobre a educação nos hospitais, sendo pensada sobre diferentes perspectivas:

- Garantia dos direitos sociais: direito à educação;
- Auxiliar a criança a ultrapassar a situação de hospitalização através das actividades lúdico-pedagógicas;
- Possibilitar a reflexão e acção da criança no ressignificar do ambiente hospitalar.

Toda esta mudança faz-nos pensar que a criança deixa de ser encarada como um doente incapaz, para se tornar num agente activo no seu processo de desenvolvimento e tratamento.

Assim, a escola hospitalar tem como objectivo diminuir a angústia e ansiedade das crianças perante a ausência da sua realidade e a invasão de todos os processos terapêuticos.

Todas estas características que foram sendo descritas são, do nosso ponto de vista, essenciais a um modelo de *escola inclusiva*, imprescindível ao processo de ensino e aprendizagem no hospital, visando os propósitos de uma melhor qualidade de vida e bem-estar da criança hospitalizada.

Assim, segundo diversos autores, os objectivos da educação em ambiente hospitalar seriam os seguintes:

- Proporcionar atenção integral à criança hospitalizada, permitindo a continuidade do seu processo de aprendizagem e desenvolvimento, bem como estimulando a criança ao nível sócio-afectivo;
- Facilitar o regresso da criança à escola regular;
- Auxiliar a criança a criar estratégias de resiliência perante situação de hospitalização;
- Promover o bem-estar e qualidade de vida;

No que diz respeito ao local para o atendimento lúdico-pedagógico em contexto hospitalar, este pode ser um espaço próprio, onde se desenvolvem as actividades, mas também um espaço de convívio e de sociabilização, com horários predeterminados. Porém, nem sempre as crianças se podem deslocar a este espaço pedagógico, por circunstâncias que se prendem com as razões do seu internamento, embora possam e devam ser igualmente apoiadas num processo educativo que ocorre no espaço das enfermarias, onde os educadores se deslocam. Assim, podemos entender este espaço da escola hospitalar também como um *centro de recursos*.

Alguns autores justificam a necessidade de existência de um espaço exclusivo para este atendimento, para formalizar o processo de aprendizagem, com as devidas interacções sociais entre aluno/professor e aluno/aluno. Boyer & Voisin (1999) referem que o *leito hospitalar é o espaço da doença, e a sala de actividades é um lugar de encontros e de acção*.

3.5. Pedagogia hospitalar: processo de articulação entre educação formal e não formal

Não existe uma definição concreta de Pedagogia Hospitalar, contudo ressalta-se que é um novo desafio que se apresenta aos profissionais de educação, uma vez que é um processo educativo que ocorre fora do espaço escolar, mas que deve possibilitar a (re)construção de conhecimentos e atitudes face ao novo espaço, como à saúde.

A pedagogia hospitalar representa uma tarefa complexa, necessitando de um ponto de referência formativo e psicopedagógico. Resulta, portanto da necessidade de dar resposta às necessidades educativas e pedagógicas das crianças hospitalizadas, as quais se encontram ausentes da escola regular.

A continuidade da *escola* dentro do hospital torna-se num estímulo, motivando a criança na sua recuperação, ou seja, promove uma predisposição para a recuperação. Isto significa que o grande objectivo da pedagogia hospitalar não se encerra na continuidade da instrução escolar, mas acima de tudo no orientar da criança sobre o seu internamento.

Em 1939 foi criado, nos arredores de Paris, o *Centro Nacional de Estudos e de Formação para a Infância Inadaptada de Suresne*, que tem como grande objectivo sensibilizar toda a sociedade para o facto de que a escola não é, nem deve ser, um espaço fechado e estanque às quatro paredes do edifício escolar, mas sim um espaço de encontro da criança com novos saberes. Ou seja, encarando o espaço hospitalar com uma nova alternativa de educação, que não substituem o ensino formal, mas complementam-no.

Assim, este é um espaço de educação não formal, uma vez que se trata de uma instituição que procura desenvolver actividades com preocupações pedagógicas. Este espaço pode, portanto, proporcionar à criança a continuidade das aprendizagens escolares, como também uma educação para a saúde, indo de encontro às suas necessidades.

Os contributos da psicologia positiva para a protecção e promoção do bem-estar subjectivo em contexto hospitalar

A escola hospitalar é o espaço físico que facilita a aprendizagem através das complexas interdependências de cada contexto. Este ambiente inclui todo um conjunto complexo e dinâmico de dimensões: sociais, culturais, pessoais, emocionais, psicológicas.

O ambiente da escola hospitalar constrói-se através de um processo de comunicação e desenvolvimento intra e inter-pessoal.

Qual será o lugar da psicologia positiva e quais as suas implicações em ambiente hospitalar?

A psicologia positiva emerge como um movimento de investigação de aspectos potencialmente saudáveis do sujeito, envolvendo conceitos como a felicidade, o optimismo, a satisfação, entre outros. Centra-se, portanto, em aspectos positivos e na possibilidade de que tudo irá correr bem (Carr, 2002).

A psicologia positiva em contexto hospitalar constitui-se como um desafio para a promoção de desenvolvimento humano, no ultrapassar de crises, como é o caso da transição para um novo contexto tão invasivo.

A afectividade é uma atitude positiva de respeito entre o profissional e a criança, sendo um factor importante para a construção das representações que a criança tem do espaço hospitalar.

Segundo Costa ... *a relação afectiva é um pré-requisito para que o processo de ensino e aprendizagem seja efectivado no espaço pedagógico*, para que cada criança descubra as suas qualidades e fraquezas, para que em conjunto, construam um processo de aprendizagem significativo.

Assim, como defende Evangelho (2001: 12) o grupo deve ter sempre uma perspectiva de encontrar soluções positivas para cada uma das suas crises. O que significa que o êxito do grupo está nas atitudes de cada indivíduo.

Temos, portanto, de perspectivar a psicologia positiva como uma estratégia a usar em ambiente hospitalar. Defendendo que cada criança deve ser compreendida na sua essência, o que significa que devemos compreender cada uma na sua personalidade, com todos os seus sentimentos, receios, angústias, desmotivações, bem como na sua dedicação, optimismo, motivação e implicação. Cabe, portanto, ao professor criar um ambiente positivo de compreensão, estando aberto e disponível para as percepções das crianças, ajudando-os na criação de um clima favorável de aprendizagem e expressão.

Logo, a palavra de ordem é observar/compreender para adequar, como nos alerta Maria do Céu Roldão (1999).

II PARTE: CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

Capítulo 4. METODOLOGIA

De acordo com Gil (1989) a metodologia é um processo racional para chegar à demonstração da verdade, de acordo com uma sequência lógica dos assuntos a desenvolver, sendo, portanto, através da metodologia que se descreve e explica os métodos utilizados ao longo do trabalho.

Assim, a metodologia procura escolher a melhor maneira de encontrar soluções, integrando “os conhecimentos a respeito dos métodos em vigor nas diferentes disciplinas científicas e filosóficas” (Barros e Lehfeld, 1986).

Neste sentido, organizámos o presente trabalho em duas partes, sendo que na primeira parte estudámos o referencial teórico sobre o tema em análise. Nesta segunda parte, iremos definir toda a metodologia de investigação que nos possibilitará dar resposta às nossas questões de investigação.

Uma das preocupações fundamentais deste estudo consiste em conhecer os espaços, métodos e interações pedagógicas que promovem a melhoria da qualidade de vida da criança hospitalizada e a forma de encarar a doença, em contexto hospitalar. Sendo, portanto, este o objectivo central do presente estudo.

Consideramos necessário referir que se trata de um estudo do tipo não experimental, transversal, descritivo e analítico.

4.1. Objectivos e Questões de investigação

Foi, portanto, numa perspectiva de poder inferir sobre a acção dos espaços pedagógicos em contexto hospitalar no desenvolvimento afectivo-cognitivo e na Qualidade de Vida das crianças e jovens hospitalizados, que realizámos a nossa investigação, tendo em vista, prestar alguns contributos para a melhoria da sua Qualidade de Vida.

Neste sentido, delineámos os seguintes objectivos:

OBJECTIVO GERAL:

Conhecer, no contexto hospitalar, os espaços, métodos e interacções pedagógicas que promovem a melhoria da qualidade de vida da criança hospitalizada e a forma de encarar a doença.

OBJECTIVOS EXPECÍFICOS:

Identificar, a nível nacional, quais as instituições hospitalares que têm escola hospitalar;

Identificar os recursos humanos, sua formação e horário de funcionamento das escolas hospitalares;

Identificar os métodos e actividades desenvolvidas, bem como a percepção dos professores em relação ao desenvolvimento da criança hospitalizada;

Identificar as estratégias pedagógicas desenvolvidas;

Conhecer as percepções das crianças quanto às actividades desenvolvidas;

Identificar o impacto das estratégias e recursos utilizados na escola hospitalar quanto à atitude das crianças face à doença e à situação de hospitalização;

Perceber o papel do educador neste espaço educativo;

Identificar possíveis estratégias a desenvolver em contexto hospitalar para facilitar a adaptação das crianças.

Para atingir tais objectivos propomos analisar as situações pedagógicas enquanto interacções sociais privilegiadas da criança neste contexto, à luz das percepções e práticas dos professores das escolas hospitalares, bem como das percepções das próprias crianças.

Desenvolvendo, neste sentido, dois estudos distintos, mas complementares para atingir os objectivos específicos desta investigação:

Estudo 1 – percepções e práticas dos professores responsáveis;

Estudo 2 – percepções das crianças;

Assim, e de acordo com o objectivo do estudo, foi possível, definir as seguintes questões de investigação às quais se procura dar resposta:

4.1.1. Estudo 1

Como é que as actividades e os projectos desenvolvidos em ambiente hospitalar podem contribuir para o desenvolvimento do bem-estar emocional e da qualidade de vida da criança?

Que tipo de actividades são desenvolvidas nas escolas hospitalares?

Quais as necessidades residuais das escolas hospitalares?

Quais as actividades mais desenvolvidas pelos educadores neste contexto?

Quais as actividades que mais estimulam as crianças na óptica do educador?

Que estratégias podem ser desenvolvidas pelo hospital de modo a facilitar a adaptação da criança ao contexto hospitalar?

Quais os limites e possibilidades dos educadores neste novo espaço da educação?

4.1.2. Estudo 2

Qual a percepção das crianças em relação às actividades desenvolvidas na escola hospitalar?

Quais as actividades que mais gostam de realizar na escola hospitalar?

4.2. População Alvo e Amostra

Para o nosso estudo utilizámos uma amostra não probabilística não intencionada, que foi seleccionada tendo por base os hospitais com escola hospitalar do país, de acordo com uma listagem do Instituto de Apoio à Criança (2005). Participaram neste os seguintes hospitais: Hospital Infante D. Pedro de Aveiro, Hospital de Angra do Heroísmo – Terceira, Hospital D. Estefânia, Hospital Distrital de Chaves, Hospital Santa Maria, Hospital São Teotónio – Viseu.

A escolha desta amostra prendeu-se com o facto de apenas se possível realizar a nossa investigação nos hospitais que o autorizaram.

Inicialmente foram enviados os questionários para todos os hospitais, com escola hospitalar do país (14), sendo que apenas seis responderam aos questionários.

Os sujeitos desta investigação pertencem a seis hospitais, de entre os catorze a nível nacional, com escola hospitalar (Instituto de Apoio à criança, 2005) e os quais se mostraram disponíveis para participar. Assim, fizeram parte da amostra do estudo 1 os responsáveis pelas escolas hospitalares - *quatro* educadores de infância, *um* professor e *um* coordenador da secção de educação, todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os trinta e três e os cinquenta e quatro.

A amostra do estudo 2 foi constituída por *sessenta e seis* alunos, com idades compreendidas entre os três e os vinte anos, que frequentavam as escolas hospitalares em análise na altura em que foram aplicados os questionários. Como podemos verificar no quadro 1, percentualmente, em relação ao sexo, este grupo é equilibrado, sendo que 50% da amostra é do sexo feminino e 50% do sexo masculino.

Quadro 1: Constituição da Amostra do estudo 2 por sexo

Sexo	Nº	%
Feminino	33	50,0
Masculino	33	50,0
Total	66	100,0

4.3. Instrumentos de Colheita de dados

Qualquer instrumento de pesquisa deve permitir recolher a informação válida e pertinente à realização do trabalho de investigação (Polit e Hungler, 1994).

Os instrumentos de recolha de dados utilizados estão apresentados de acordo com os estudos realizados.

Estudo 1

Questionário compósito pelas percepções dos professores

O instrumento utilizado para a recolha de dados relativamente à percepção dos professores das escolas hospitalares sobre a importância das escolas hospitalares e dos

projectos desenvolvidos para o bem-estar da criança, bem como sobre as estratégias que consideram mais adequadas para otimizar a qualidade de vida das crianças nesta situação foi um questionário misto, intitulado *Percepções e práticas dos professores responsáveis* (anexo 1).

É um questionário compósito por cinco partes:

A primeira parte, constituída por seis tópicos, é relativa aos dados de caracterização da amostra no que diz respeito à instituição hospitalar a que pertence, o cargo que desempenha, o sexo, idade, tempo de serviço.

A segunda parte, constituída por três tópicos, é um questionário do tipo *dicotómico*, cujo objectivo é identificar os recursos humanos e características da escola hospitalar.

A terceira parte pretende recolher dados relativos às práticas educativas em contexto hospitalar, bem como à percepção dos professores em relação às preferências dos alunos neste contexto. Assim, está dividida em dois questionários: um do tipo *likert*, onde os professores podem assinalar de acordo com a escala - discordo totalmente, discordo, não tenho opinião, concordo ou concordo plenamente - mostrando quais as pedagogias e actividades mais utilizadas, e outro do tipo *dicotómico*, onde assinalam quais as pedagogias e actividades que julgam mais estimular as crianças.

A quarta parte pretende conhecer as percepções dos profissionais relativamente ao desenvolvimento da criança hospitalizada e qual o papel da escola hospitalar neste processo, através de um questionário do tipo *likert* onde estão enunciados alguns pressupostos em relação ao desenvolvimento da criança hospitalizada e o papel da interacção na escola hospitalar, perante os quais os professores devem assinalar a sua opinião de acordo com a escala: discordo plenamente, discordo, não tenho opinião, concordo ou concordo plenamente.

A última parte é uma questão aberta, onde se pretende identificar a opinião dos professores sobre quais as estratégias que podem ser desenvolvidas pelo hospital de modo a promover a adaptação da criança neste contexto.

Entrevista semi-estruturada

Para além disso foi realizada um entrevista semi-estruturada (anexo 2) à responsável pela escola hospitalar do Hospital Infante D. Pedro de Aveiro, cujo objectivo

foi traçar o perfil das crianças e do educador em contexto hospitalar, bem como identificar as actividades desenvolvidas e as directrizes existentes.

Estudo 2

Foi construído um questionário para o efeito intitulado *Percepções das crianças*, de modo a caracterizarmos as reacções perante a escola hospitalar e quais as actividades que mais gostam de realizar neste espaço (anexo 3).

É um questionário composto por quatro partes:

A primeira e última partes dizem respeito à caracterização da amostra. A primeira parte é preenchida pela criança e são pedidos dados relativos ao sexo, idade, ano de escolaridade e número de internamentos. A última parte é preenchida pelos professores ou educadores e são pedidos dados de identificação da instituição hospitalar, caracterização do professor (cargo que desempenha, sexo, idade, tempo de serviço) e dados relativos ao aluno que preencheu o questionário (diagnóstico, tempo previsto de permanência no hospital e tempo de frequência da escola hospitalar).

A segunda parte é um questionário do tipo *Likert* onde as crianças podem responder segundo a escala sim, às vezes ou não e pretende perceber se as crianças gostam das actividades realizadas e se sentem que estas as ajudam a esquecer que estão hospitalizadas.

A terceira parte é um questionário do tipo *dicotómico*, onde as crianças assinalam as actividades que mais gostam de realizar na escola hospitalar.

4.3. Procedimentos

Elaboraram-se os dois questionários, acima descritos, posteriormente enviados por correio para os catorze hospitais com escola hospitalar (Hospital D. Pedro de Aveiro, Hospital de Angra do Heroísmo – Terceira, Hospital de Bragança, Hospital D. Estefânia, Hospital Distrital de Chaves, Hospital Distrital do Funchal, Hospital Maria Pia, Hospital Ortopédico do Outão, Hospital Pediátrico de Coimbra, Hospital Santa Maria, Hospital Santo André – Leiria, Hospital São Teotónio – Viseu, Instituto Português de Oncologia – Lisboa e Porto), pedindo a devida autorização para serem realizados pelas

educadoras/professoras da escola hospitalar (anexo 4). Em traços gerais, demos a conhecer os objectivos do trabalho, nomeadamente as implicações práticas do mesmo, solicitando a colaboração dos professores das escolas hospitalares, uma vez que seriam eles a aplicar os questionários às crianças.

Comprometemo-nos, ainda, de que seria garantida a completa confidencialidade e anonimato quaisquer que fossem os resultados, e que, a ser aceite, todo o trabalho seria desenvolvido de modo a não perturbar o normal funcionamento do serviço.

Os professores e restante pessoal envolvido nesta investigação colaboraram seguindo as regras éticas e deontológicas, salvaguardando sempre o consentimento informado quer destes profissionais, quer dos directores de serviço e todos aqueles que trabalham neste contexto.

O anonimato e confidencialidade do estudo foram garantidos.

A recolha teve duração de três meses, desde o dia 30 de Abril de 2007 (dia em que foram enviados os questionários) até dias 16 de Agosto (dia em que recebemos os últimos questionários).

4.4. Análise dos dados

Para a análise dos questionários foi utilizado o programa S.P.S.S., recorrendo a frequências e estatística descritivas e estatística inferencial.

Relativamente à estatística descritiva determinámos:

- 1- Frequências absolutas e percentuais;
- 2- Medidas de tendência central (médias).

No que diz respeito à estatística analítica/inferencial foram usados:

- 1- Teste *t* de student para amostras individuais, no intuito de procurar diferentes Médias entre grupos

Para a análise da questão aberta do questionário *percepções e práticas dos professores responsáveis* foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, a partir da qual fizemos a categorização.

Para a análise da entrevista (anexo 5) foi realizada uma análise descritiva do conteúdo, organizando-a em categorias centrais.

Capítulo 5. RESULTADOS

5.1. Estudo 1- Percepções e práticas dos professores responsáveis

5.1.1. Características sócio-profissionais

Este questionário era dirigido aos professores responsáveis pelas escolas hospitalares, sendo que seis prestaram informações sobre a sua realidade específica, perfazendo um percentual de 42,9% do total de 14 escolas hospitalares existentes.

Quadro 2: Análise das frequências das categorias hospitalares dos responsáveis pelas escolas hospitalares

Categoria Hospitalar	Nº	%
Educadora de infância	4	66,7
Professora	1	16,7
Coordenadora do sector educativo	1	16,7
Total	6	100,0

Os sujeitos da amostra foram quatro educadores de infância, um professor e um coordenador do sector educativo (Quadro 1). Todos os sujeitos são do sexo feminino.

Quadro 3: Análise descritiva da idade e do tempo de serviço dos responsáveis pela escola hospitalar

	N	Min	Max	Média	DP
Idade	6	33,00	54,00	45,3333	7,20185
Tempo de serviço	6	1,00	32,00	18,6667	13,17067
Total	6				

As idades variam entre os 33 e os 54 anos, fazendo uma média de 45,33 anos de idade, com um desvio padrão de 7,20 anos (Quadro 2).

O tempo de serviço dos professores responsáveis pelas escolas hospitalares varia entre 1 e 32 anos, o que faz uma média de aproximadamente 18,67 anos de tempo de serviço, com desvio padrão de 13,17 anos.

Todos os responsáveis pelas escolas hospitalares são efectivos.

Quadro 4: Perfil das escolas hospitalares

Instituição	Número actual de técnicos	Número ideal de técnicos	Grau Académico(educadores e professores)	Horário de funcionamento
Hospital D. Estefânia	Educadores 0 Professores 1º CEB 2 Auxiliares 0	Educadores 0 Professores 1º CEB 2 Auxiliares 0	Bacharelato e licenciatura	Só de tarde
Hospital Distrital de Chaves	Educadores 1 Professores 1º CEB 0 Auxiliares 0	Educadores 1 Professores 1º CEB 0 Auxiliares 0	Licenciatura	Só de manhã
Hospital St.ª Maria	Educadores 8 Professores 1º CEB 3 Auxiliares 1	Educadores 14 Professores 1º CEB 6 Auxiliares 2	Licenciatura	Manhã e de tarde
Hospital Espírito Santo de Angra do Heroísmo	Educadores 2 Professores 1º CEB 0 Auxiliares 0	Educadores 2 Professores 1º CEB 1 Auxiliares 0	Mestranda e doutoranda	Manhã e de tarde
Hospital São Teotónio de Viseu	Educadores 2 Professores 1º CEB 1 Auxiliares 0	Educadores 2 Professores 1º CEB 1 Auxiliares 1	Licenciatura	Manhã e de tarde
Hospital Infante D. Pedro de Aveiro	Educadores 1 Professores 1º CEB 1 Auxiliares 0	Educadores 1 Professores 1º CEB 1 Auxiliares 0	Licenciatura	Manhã e de tarde

No Quadro 4, apresentamos os dados relativos à parte A do questionário no que diz respeito ao número de técnicos e à sua formação, bem como ao horário de funcionamento destes espaços.

Existe um total de 7 professores do 1º CEB em exercício nas escolas hospitalares em análise. Em média há 1 professor para cada escola hospitalar, variando de um mínimo de 1 até 3 professores em cada hospital. No caso dos educadores de infância, existe um total de 14 educadores em funções no contexto hospitalar. Em média há 2 educadores para cada escola hospitalar, variando de um mínimo de 1 até 8 educadores por hospital.

Podemos verificar que 50% das escolas em análise sentem que seriam necessários mais técnicos para melhorar o funcionamento deste serviço. Tanto ao nível de técnicos especializados em educação, como, num dos casos, referem a necessidade de um técnico auxiliar.

No caso do Hospital de St.^a Maria o número ideal de técnicos aproxima-se do dobro dos técnicos actuais.

O nível da formação académica dos profissionais de educação que actuam nas escolas hospitalares varia desde o bacharelato até ao doutoramento, sendo na sua maioria licenciados (82,7%). De notar que não existe nenhum técnico especializado em Necessidades Educativas Especiais.

No que diz respeito ao horário de funcionamento, 66,7% das escolas funcionam em regime normal, ou seja está aberta de manhã e de tarde. Existem apenas duas escolas que desenvolvem as suas actividades ou só de manhã ou só de tarde.

5.1.2. Pedagogias e actividades desenvolvidas em contexto hospitalar

Quadro 5: Pedagogias e actividades

	N	Min	Max	Média	DP
Trabalho de grupo	6	4,00	5,00	4,8333	,40825
Trabalho a pares	4	2,00	4,00	3,5000	1,00000
Trabalho individual	5	5,00	5,00	5,0000	,00000
Expressão Plástica	6	5,00	5,00	5,0000	,00000

Jogos	6	5,00	5,00	5,0000	,00000
Estudo acompanhado	6	4,00	5,00	4,5000	,54772
Histórias	6	5,00	5,00	5,0000	,00000
Filmes	6	4,00	5,00	4,6667	,51640
Fichas de actividades	5	4,00	5,00	4,6000	,54772
Expressão Dramática	6	4,00	5,00	4,6667	,51640
Treino da escrita	6	4,00	5,00	4,5000	,54772
Actividades Experimentais	6	4,00	5,00	4,5000	,54772
N válido (listwise)	3				

A pedagogia que reúne maior consenso é a pedagogia individual, seguida da pedagogia em grupo.

No que se refere às actividades realizadas, a Expressão Plástica, os Jogos e as Histórias foram as actividades com as quais todos os professores concordaram totalmente na sua dinamização neste contexto educativo. O Treino da Escrita, juntamente, com o Estudo Acompanhado e as Actividades Experimentais são as actividades que têm menor concordância por parte dos professores.

Quadro 6: Pedagogias e actividades que mais estimulam as crianças na óptica dos professores responsáveis

Pedagogias	Sim	Não
Trabalho de grupo	5	1
Trabalho a pares	1	5
Trabalho individual	2	4
Actividades	Sim	Não
Expressão plástica	6	0
Jogos	5	1
Estudo acompanhado	0	6
Histórias	4	2

Filmes	5	1
Fichas de actividades	2	4
Expressão dramática	4	2
Treino da escrita	0	6
Actividades experimentais	2	4

No que se refere à pedagogia que julgam estimular maior participação dos alunos, a maioria dos professores responsáveis (83,3%) assinala o trabalho de grupo, sendo que a mesma percentagem assinala que a pedagogia que não estimula as crianças neste contexto é o trabalho a pares.

Em relação à percepção dos professores sobre as actividades que as crianças mais gostam, destaca-se a Expressão Plástica (100%), seguida dos jogos e do visionamento de filmes. Na opinião dos professores, o Estudo Acompanhado, bem como o Treino da Escrita são as actividades que as crianças menos gostam.

5.1.3 Percepção dos profissionais face ao desenvolvimento das crianças hospitalizadas

Neste sentido, tentámos perceber qual a óptica destes profissionais face a um conjunto de pressupostos relacionados com o desenvolvimento das crianças na escola hospitalar.

Quadro 7: Percepção dos profissionais face ao desenvolvimento das crianças hospitalizadas

	N	Min	Max	Média	DP
A escola hospitalar é um espaço propício para o desenvolvimento integral da criança	6	1,00	5,00	3,5000	1,37840
O hospital pode ser entendido como um espaço educacional	6	4,00	5,00	4,5000	,54772
A escola hospitalar “torna-se a ponte “entre a criança e o mundo “saudável” (a escola regular)	6	4,00	5,00	4,6667	,51640
A escola hospitalar facilita o processo de adaptação da criança no hospital	6	4,00	5,00	4,8333	,40825

A escola hospitalar facilita o processo de adaptação da criança na escola regular	6	4,00	5,00	4,3333	,51640
A escola hospitalar promove a qualidade de vida das crianças internadas	6	4,00	5,00	4,8333	,40825
A pedagogia hospitalar deve valorizar um espaço de comunicação e de expressão das emoções	6	4,00	5,00	4,8333	,40825
O papel da educação no hospital contribui para que a criança possa melhor conhecer e compreender o espaço em que se insere	6	4,00	5,00	4,6667	,51640
A escola hospitalar estabelece uma ligação Família/escola regular	6	3,00	5,00	4,1667	,75277
O objectivo da escola hospitalar é promover a inserção e a continuidade do processo de ensino-aprendizagem	6	4,00	5,00	4,6667	,51640
A frequência da escola hospitalar facilita o (re)ingresso e (re)adaptação da criança na escola regular	6	4,00	5,00	4,6667	,51640
N válido (listwise)	6				

Assim, e relativamente à percepção dos profissionais em relação ao desenvolvimento da criança hospitalizada as afirmações com as quais houve uma média mais próxima (4,83) do item *concordo totalmente*, com desvio padrão de 0,41, foram:

A escola hospitalar facilita o processo de adaptação da criança no hospital;

A escola hospitalar promove a qualidade de vida das crianças internadas;

A pedagogia hospitalar deve valorizar um espaço de comunicação e de expressão das emoções.

O pressuposto que obteve uma média mais baixa (3,50), tendo as escolhas variado entre o *discordo totalmente* e o *concordo totalmente* foi:

A escola hospitalar é um espaço propício para o desenvolvimento integral da criança.

A partir dos pressupostos enunciados, conseguimos perceber a relação existente entre a escola hospitalar e o desenvolvimento do aluno, a partir da óptica do professor da escola hospitalar.

Os professores, trabalhando em contacto directo com crianças hospitalizadas, conseguem mais facilmente compreender como funcionam as actividades desenvolvidas nestes espaços e qual a sua influência no desenvolvimento da criança.

5.1.4. Propostas de estratégias a desenvolver pelo hospital para promover e facilitar a adaptação das crianças ao contexto hospitalar

O contexto hospitalar torna-se para a criança, à priori, num espaço de invasão do seu corpo, enquanto paciente que necessita de tratamento. Neste sentido, é importante desenvolver estratégias que facilitem a adaptação da criança ao hospital, ajudando-as a ressignificar o seu conceito de hospitalização.

No Quadro 8 estão organizadas as dimensões e categorias relativas à resposta aberta (parte C) do Questionário aos professores responsáveis pelas escolas hospitalares:

Quais as estratégias que o hospital pode desenvolver para promover e facilitar a adaptação das crianças ao contexto hospitalar? – Onde podemos observar quais as possibilidades de promoção do espaço hospitalar.

Quadro 8: Dimensões e categorias das estratégias que o hospital pode desenvolver para promover a adaptação das crianças

Dimensões	Categorias	Subcategorias	Exemplificação	N	%
Humanizar os espaços pediátricos	Estabelecer uma relação pluridimensional;	Com os médicos e enfermeiros do serviço pediátrico;	“... fomentar a comunicação entre as escolas e o serviço de pediatria...”	2	33,3
		Com a família das	“... criando elos	2	33,3

		crianças hospitalizadas;	de ligação entre o ambiente natural da criança e a instituição...”		
		Com as escolas regulares/comunidade envolvente;	“... articular actividades com a comunidade consoante os recursos que esta oferece...”	2	33,3
	Integração da escola hospitalar no serviço pediátrico;		“... envolver a escola como parte integrante dos serviços prestados à criança...”	2	33,3
Estimular a articulação com as escolas regulares	Escola hospitalar como facilitadora do regresso à escola regular.		“... incentivar a participação das escolas nas festas do serviço...”; “promover visitas de estudo de JI/Escolas... quer para visitar crianças internadas...”	2	33,3

Nesta perspectiva, há um grande ênfase na promoção das interações sociais com as escolas regulares, bem como no papel multidimensional do professor da escola hospitalar que deve estabelecer relações de comunicação com todos os interessados neste processo, desde a equipa de saúde, aos pais até aos professores da escola regular.

5.1.5. Perfil da escola hospitalar, do professor e da criança hospitalizada

É importante conseguirmos traçar um perfil da escola hospitalar, bem como do professor e do aluno em contexto hospitalar, de modo a podermos inferir sobre as possibilidades e limitações desta pedagogia.

Assim, ao analisar a entrevista realizada à responsável pelo serviço educativo do Hospital Infante D. Pedro de Aveiro organizámo-la em categorias, que passamos a descrever e que nos permitirá, posteriormente, perceber quais as linhas orientadoras desta pedagogia.

- Percurso académico e profissional

A entrevistada é licenciada em Educação de Infância e tem trinta e dois anos de tempo de serviço.

Desempenha funções no hospital de Aveiro desde o início da abertura deste espaço educativo. Como explica, inicialmente era um serviço exclusivamente para os filhos dos funcionários, até que surgiu a necessidade de existir um espaço com as características de interação social e educativa no serviço de pediatria.

Realça a importância dos responsáveis pelo serviço de pediatria como visionários desta necessidade educativa, realçando, neste sentido, o trabalho do Dr. Moreira Lopes.

Realçando o percurso evolutivo desta pedagogia, funcionando, inicialmente como um serviço de apoio aos filhos dos funcionários, até tomarem consciência da necessidade deste tipo de intervenção nos serviços de pediatria, como forma de proporcionarem bem-estar à criança.

Esta evolução surge dos responsáveis pelo serviço de pediatria, uma vez que estes trabalham directamente com as crianças, percebendo as suas necessidades e carências ao nível de socialização e de expressão de emoções, sendo importante criar um espaço que dê resposta a esta lacuna.

- *Estruturas de apoio existentes*

Segundo M.T.G. estas estruturas dependem da dinâmica e das iniciativas de cada enfermaria. Realça a urgência de se desenvolverem projectos, de modo a criar linhas orientadoras de apoio ao serviço educativo em contexto hospitalar.

Destaca a existência da Carta da Criança Hospitalizada, mas reforça a importância de se criarem directrizes mais centradas nas necessidades reais e específicas deste contexto educativo, indo para além do direito à educação.

Reforça que as estruturas de apoio dependem dos incentivos que cada hospital, no que diz respeito a este tipo de iniciativas.

- *Actividades que estimulam as crianças*

Define o trabalho em contexto hospitalar como um repensar constante das estratégias, de modo a tentar minimizar o factor hospitalização. Sendo o “estar atento” um passo essencial.

Podemos, então, definir o espaço da escola hospitalar como *relação*. Ou seja, é estar com o Outro para melhor o conhecer.

As actividades mais estimulantes são, do seu ponto de vista, aquelas que as fazem esquecer que estão fora do seu ambiente, minimizando as consequências do facto de estarem “sozinhas”.

Assim, a sala de actividades num *espaço mágico de encontros humanos e no qual se cumpre o jogo subtil das seduções afectivas ou endoutrinadoras* (Morais, 1986).

Na sua opinião, a aprendizagem é possível indo de encontro às necessidades de cada criança, gerindo as estratégias possíveis para tentar criar neste espaço um lugar de aprendizagens significativas. Isto depende do tempo de permanência da criança no hospital.

Realça, ainda, a importância do brincar como veículo de aprendizagem neste contexto.

Refere que esta aprendizagem assume um papel fulcral ao nível da promoção da saúde. Neste parâmetro, o factor educativo estende-se ao nível das enfermarias, não só em relação às crianças, como com os pais.

Existe cada vez mais uma preocupação crescente, por parte do pessoal de enfermagem, de fazer esses ensinamentos de uma forma lúdica e com o apoio dos profissionais de educação.

- Características do profissional de educação

Deve ser um profissional com um espírito aberto e disponível para um trabalho interdisciplinar, onde se é constantemente exigida uma capacidade multi-profissional, na ajuda aos profissionais de saúde, e inter-pessoal, com os próprios pais.

Realça, ainda, o cariz intra-pessoal inerente a este contexto e à carga emotiva que muitas vezes pode transparecer.

Pressupondo que o profissional de educação em contexto hospitalar deve assumir uma postura constante de disponibilidade, abertura, observação e reflexão. Segundo Maria João Carvalho (2005), este profissional *deverá ter determinadas competências, quer pessoais, quer profissionais.*

Do ponto de vista pessoal, deverá ser capaz de estabelecer um bom ambiente relacional e de comunicação, bem como ser capaz de criar um espaço de diálogo e expressão multidimensional. Ao nível profissional deve ser capaz de planificar actividades e recursos, tendo sempre presente a imprevisibilidade do contexto.

- Espaço pedagógico como promotor de estratégias de enfrentamento

Associa a ideia de hospitalização ao sentimento de tristeza. Por isso, julga que as actividades educativas realizadas no espaço da escola hospitalar transformam essa tristeza em vontade de estar ali e realizar as actividades propostas.

Podemos, assim, perspectivar a escola hospitalar como promotor duma capacidade de dar resposta às dificuldades com que a criança se depara.

Ou seja, é o “esquecer”, por instantes, o facto de estar hospitalizado e privado das suas vivências.

Lembra que as crianças que têm períodos de internamento maiores acabam por sentir saudades. A educadora realça que sentem falta do pessoal e “não das dores que lá tiveram”.

Nesta perspectiva, é importante a *promoção da capacidade de resiliência pessoal em contextos escolares* (Pereira, 2001), sendo que os espaços educativos em contexto hospitalar deverão apostar no desenvolvimento pessoal, nos aspectos emocionais e na promoção de relações interpessoais.

- Definição do espaço pedagógico em contexto hospitalar/Como encaram as crianças este espaço

Tem de ser um espaço aberto, não em termos de infra-estruturas, mas em termos de disponibilidade e flexibilidade dos profissionais em transformá-lo num centro de recurso, “deslocando os seus serviços a outras enfermarias” sempre que necessário.

Sendo importante que esteja munido com o material necessário.

A forma como a criança reage à escola hospitalar, depende da forma como cada uma encara a escola regular.

Contudo, a primeira reacção é sempre de surpresa e entusiasmo por existir, no hospital, um espaço onde podem “brincar ou trabalhar”.

Existem crianças que querem dar continuidade ao seu método de estudo, querendo acompanhar a matérias da escola regular. Nesta situação, tenta-se um contacto com a escola regular para tentar proporcionar essa continuidade.

- Limitações e obstáculos

Nesta perspectiva, a grande limitação que evidencia passa pela “carga emotiva” inerente ao processo de hospitalização. Situação que, na nossa opinião, pode gerar um mal-estar docente, que pode ter consequências na gestão e orientação das emoções e, consequentemente, na qualidade das interacções e actividades desenvolvidas (Ferreira, Pereira, & Silva, 2006)

A pedagogia hospitalar passa, não só por levar a criança a brincar ou a realizar as actividades propostas, mas essencialmente no “tentar estimular a calma”, a aceitação dos problemas.

Ou seja, ajudar a criar estratégias de enfrentamento das situações negativas que podem advir de todo o processo, dependendo de cada criança.

5.2. Estudo 2- *Percepções das crianças*

5.2.1. Caracterização das crianças internadas

Este estudo foi realizado com as crianças que frequentavam as escolas hospitalares na época da recolha de dados.

Os sujeitos do estudo foram sessenta e seis alunos, com idades compreendidas entre os 3 e os 20 anos, com uma média de 9,69 anos, com um desvio padrão de 3,75 anos, sendo a média do número de internamentos de, aproximadamente, 3 vezes (Quadro 9).

Quadro 9: Estatísticas da idade e do número de internamentos

	N	Min	Max	Média	DP
Idade	66	3,00	20,00	9,6970	3,75385
Número de internamentos	52	1,00	20,00	2,4808	3,02597
N válido (listwise)	45				

No Quadro 10 notámos que, percentualmente, ambos os grupos são equilibrados, sendo que 50% da amostra é do sexo feminino e 50% do sexo masculino.

Quadro 10: Constituição da Amostra por sexo

Sexo	Nº	%
Feminino	33	50,0
Masculino	33	50,0
Total	66	100,0

Quase metade da amostra frequenta o 1º Ciclo do Ensino Básico (46,7%), somente um aluno frequenta o Ensino Especial, sendo que os restantes alunos frequentam o pré-escolar (11,7%), o 2º Ciclo (20%), o 3º Ciclo (15%) e o secundário (5%), como se pode verificar no Quadro 11.

Quadro 11: Níveis de escolaridade das crianças hospitalizadas

	Nº	%
Ensino Especial	1	1,7
Pré-escolar	7	11,7
1º ciclo	28	46,7
2º ciclo	12	20,0
3º ciclo	9	15,0
Secundário	3	5,0
Total	60	100,0
Omissos	6	
Total	66	

As actividades desenvolvidas na escola hospitalar devem ir de encontro às necessidades das crianças, ajudando-as a *ressignificar* o conceito de hospitalização. Neste sentido, tentámos perceber qual a reacção das crianças face às actividades desenvolvidas, bem como se estas as ajudam a esquecer que estão hospitalizados. Ou seja, quisemos perceber quais os sentimentos das crianças face à escola hospitalar.

5.2.2. Percepções das crianças face às actividades desenvolvidas na escola hospitalar

Foi nossa intenção, conseguir perceber quais os sentimentos da criança face às actividades desenvolvidas, bem como face à própria escola hospitalar, no sentido de percebermos se estas vão de encontro às necessidades de cada uma e se as ajudam a resignificar o espaço hospitalar.

No que diz respeito aos sentimentos das crianças face à escola hospitalar, os valores médios salientam que as crianças gostam das actividades realizadas, tendo as respostas

variado entre o *às vezes* e o *sim*. Os valores médios, no que diz respeito ao facto das actividades os ajudarem a esquecer que estão internados, são ligeiramente mais baixos, ainda que salientem uma resposta afirmativa. Contudo as resposta variam entre o *não* e o *sim*.

Quadro 12: Estatísticas descritivas relativas às percepções das crianças face às actividades escolares

	N	Min	Max	Média	DP
Gostas das actividades da escola hospitalar?	66	2,00	3,00	2,8939	,31027
Estas actividades ajudam-te a esquecer que estás internado no hospital?	66	1,00	3,00	2,5303	,58756
Amostra total	66				

No sentido de comparar os grupos, dos alunos internados pela primeira vez e dos alunos internados mais do que uma vez, foi utilizado o teste T de student (Quadro 13), o qual não apresenta diferenças estatisticamente significativas (Q1a - $t= 1,23$ $gl= 57,87$ $P= 5,05$ e Q1b - $t= 0,84$ $gl= 64$ $P= 0,37$). No entanto, os valores médios tendem a salientar que as crianças internadas pela primeira vez gostam mais das actividades realizadas na escola hospitalar, bem como sentem que estas as ajudam a esquecer que estão internadas (Quadro 13).

Quadro 13: Comparação de médias de acordo com número de internamentos

Nº de internamentos	N	Média	DP
Q1a primeira vez	21	2,9524	,21822
mais do que um internamento	45	2,8667	,34378
Q1b primeira vez	21	2,6190	,58959
mais do que um internamento	45	2,4889	,58861

Quadro 14: Teste T para diferenciação de médias de acordo com número de internamentos

	Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste t para igualdade de médias						Intervalo de confiança de 95% para a diferença	
	P	Significância	t	gl	Significância bilateral	Diferença de médias	Diferença de erro std.	Mínimo	Máximo	
	Q1a	Igualdade de variâncias assumida	5,052	,028	1,046	64	,299	,08571	,08194	-,07798
	Igualdade de variâncias não assumida			1,225	57,870	,225	,08571	,06996	-,05432	,22575
Q1b	Igualdade de variâncias assumida	,374	,543	,836	64	,406	,13016	,15564	-,18076	,44108
	Igualdade de variâncias não assumida			,836	39,088	,408	,13016	,15573	-,18482	,44513

Mais do que manter as crianças ocupadas com actividades, é necessário que o professor planeie as mesmas de acordo com os interesses das crianças, sendo, portanto, necessário que este esteja atento aos gostos da criança, de modo a poder dar uma resposta eficaz às suas necessidades.

5.2.3. Preferência das crianças relativamente às actividades desenvolvidas na escola hospitalar

O ambiente hospitalar apresenta-se, *à priori*, como um espaço de proibições. As actividades desenvolvidas pela escola hospitalar vêm dar resposta a este pressuposto, abrindo um espaço onde a criança pode estar com outras crianças, brincar, trabalhar diferenciadamente, mediante as suas capacidades e necessidades.

Assim, no quadro 15, estão organizadas as actividades preferidas da nossa amostra.

Quadro 15: Preferência das crianças relativamente às actividades desenvolvidas na escola hospitalar

Actividades	Sim	Não
Expressão plástica	43	23
Jogos	58	7
Estudo acompanhado	12	53
Histórias	25	41
Filmes	37	29
Fichas de actividades	17	49
Expressão dramática	8	58
Treino da escrita	9	57
Actividades experimentais	11	55
Outras	27	39

De entre as actividades que as crianças mais gostam de realizar, destacam-se a Expressão Plásticas, os Jogos e o visionamento de filmes. 40,9% dos alunos assinala ainda outras actividades para além das referidas, onde se destaca o uso do computador.

As actividades que menos estimulam a participação das crianças são o Estudo acompanhado, a Expressão dramática, o Treino da escrita, as Actividades experimentais e as Fichas de actividades.

Estas actividades dão a possibilidade de a criança passar de uma posição passiva – a de paciente – para uma mais activa – onde se implica no seu processo de desenvolvimento.

5.2.4. Diagnóstico das crianças internadas

O diagnóstico de cada criança influenciará a sua dinâmica ou até mesmo a sua frequência regular nas actividades desenvolvidas na escola hospitalar. Sendo por isso importante organizar estas patologias, de modo a perceber como podem influenciar essas dinâmicas.

No quadro 16, estão organizadas as informações sobre os diagnósticos das crianças envolvidas no estudo. Estas informações foram retiradas do questionário Percepções das crianças hospitalizadas, tendo sido preenchida pelos professores responsáveis.

Quadro 16: Frequência dos diagnósticos das crianças internadas

Diagnóstico	Nº	%
Sem diagnóstico	11	16,7
Gastrite	1	1,5
Virose	4	6,1
Problemas respiratórios	1	1,5
Diabetes	3	4,5
Apendicite	4	6,1
Ortopedia	9	13,6
I.R.C.	1	1,5
Pneumonia	5	7,6
Fibrose quística	1	1,5
Mordedura de cão	1	1,5
Escaras	1	1,5
Lesões cutâneas	1	1,5
Doença crónica	4	6,1
Cirurgia	11	16,7
Poli traumatizado	1	1,5
Dispneia	1	1,5
Infecção	2	3,0
Obstipação	1	1,5
Hemofilia	1	1,5
Otite	1	1,5
Transfusão	1	1,5
Total	66	100,0

Assim, no que diz respeito à situação clínica das crianças, o diagnóstico mais frequente são cirurgias diversas (16,7%). Em segundo lugar, problemas ortopédicos (13,6%), seguidos por viroses, apendicite ou doenças crónicas (6,1%).

Dos demais 57,7% dos diagnósticos, 16,7% não referem as razões do internamento e os restantes 30,8% referem-se a diversas problemáticas de saúde.

Dos resultados apresentados salientamos:

A formação dos técnicos educativos em contexto hospitalar, onde se destaca a formação em Educação de Infância, não existindo técnicos com especialização em Necessidades Educativas Especiais.

O método de trabalho neste contexto baseia-se num trabalho individual, de acordo com as necessidades e especificidades de cada criança, mas sempre numa lógica de interacção grupal.

As actividades que reúnem maior consenso, por parte dos técnicos educativos, quer do ponto de vista das suas práticas, quer no que diz respeito à sua percepção em relação às actividades das quais as crianças mais gostam, destacam-se as actividades expressivas, como a Expressão Plástica, os Jogos e as Histórias. Estas actividades, juntamente com o uso do computador destacam-se nas preferências dos alunos.

Assim, os professores entendem a escola hospitalar como um espaço que facilita a adaptação da criança ao hospital, promovendo a sua qualidade de vida, valorizando as actividades que promovam a comunicação e a expressão das emoções. Nesta perspectiva de adaptação, os professores julgam que o hospital deve promover interacções sociais com as escolas regulares.

Por seu lado, os alunos da escola hospitalar sentem que as actividades desenvolvidas os ajudam a esquecer que estão hospitalizados.

Sendo que o diagnóstico das crianças internadas é diversificado, podendo, através das suas características, influenciar as dinâmicas da escola hospitalar.

Capítulo 6. DISCUSSÃO

No capítulo anterior já foram comentados e analisados alguns dos resultados obtidos. Assim, neste capítulo, é nossa intenção sintetizar e tentar relacionar globalmente os resultados obtidos com o estudo empírico, procurando encontrar linhas de orientação que nos pareçam importantes para melhor compreendermos a acção da escola hospitalar face à qualidade de vida das crianças e jovens hospitalizados.

A educação em contexto hospitalar é um direito de toda a criança ou adolescente, dando continuidade ao processo de aprendizagem. No entanto, os resultados apresentados evidenciam que, na prática, este direito nem sempre é respeitado, uma vez que existem sessenta hospitais com serviço de pediatria, sendo que apenas vinte e nove dos mesmos atendem todas as crianças, qualquer que seja a patologia e destes, segundo os dados que nos foram fornecidos pelo Instituto de Apoio à Criança, só 14 têm escola hospitalar.

Sendo, portanto, importante questionarmo-nos sobre esta situação, uma vez que estes espaços pedagógicos são apontados como fonte não só de aprendizagem, mas também como importante factor terapêutico, enfatizando a importância dos factores psicológicos e da qualidade de vida como factores promotores de saúde, uma vez que podem influenciar o quadro clínico da criança.

6.1. Percepções e práticas dos professores em contexto hospitalar

Quanto ao corpo docente, parece relevante considerar a sua formação académica. A maioria são licenciados, não existindo nenhum com especialização em necessidades educativas especiais, e não se pode ignorar que, ainda que por um período provisório, a criança hospitalizada não deixa de requerer necessidades educativas especiais, uma vez que as crianças se encontram limitadas no seu processo individual de aprendizagem e de participação na vivência escolar, familiar e comunitário.

A maioria dos professores responsáveis pelas escolas hospitalares é licenciada em Educação de Infância, o que poderá ter influenciado os resultados das respostas, de acordo com as suas práticas educativas, reflexo dos níveis etários com os quais trabalham.

Esta actuação do professor na escola hospitalar precisa de ser estudada e discutida de uma forma interdisciplinar, sendo importante repensar a sua formação.

O número de técnicos da escola hospitalar varia de acordo com a instituição, onde podemos destacar para estas diferenças factores de ordem temporal (de acordo com o tempo de internamento das crianças), de diagnóstico e da capacidade de cada hospital.

A maioria das escolas funciona a tempo integral, somente duas funcionam a tempo parcial, ou só de manhã, ou só de tarde. Este parâmetro pode variar de acordo com as rotinas hospitalares, uma vez que as rotinas médicas podem-se intensificar mais numas das partes do dia (manhã ou tarde), o que poderá justificar este funcionamento parcial de algumas escolas.

As pedagogias mais utilizadas variam de acordo com o estado clínico do doente. Sendo que, se o doente estiver impossibilitado de se deslocar ao espaço da sala de actividades, há a necessidade de se utilizar uma pedagogia individual, sendo o professor a deslocar-se até à criança.

A pedagogia de grupo reveste-se de uma dinâmica de socialização e de referência aos padrões de convívio da escola regular. Segundo a literatura, estas oportunidades de interacção são promotoras do desenvolvimento das crianças, enfatizando a afectividade.

Nos resultados obtidos, a pedagogia individual, apresenta níveis mais elevados, uma vez que, apesar da interacção grupal, as tarefas devem ser individualizadas, de acordo com as necessidades e especificidades de cada criança.

Gonçalves e Bresan (1999) referem que as actividades devem ser adequadas à situação peculiar de cada aluno, de modo a promover novas aprendizagens.

O suporte social, promovendo o relacionamento com outras crianças e jovens, pode ajudar o doente a fazer face aos seus problemas, podendo facilitar a mobilização de recursos psíquicos, fazendo crescer a motivação individual em situações particularmente difíceis, que melhorem a sua recuperação, proporcionando uma melhor Qualidade de Vida (Rook, 1984).

As actividades que reúnem maior consenso, por partes dos técnicos educativos, resultam, na nossa opinião, da observação da reacção das crianças às actividades.

Estas actividades seguem a dinâmica de uma sala de aula regular, dando-se maior ênfase às expressões e actividades lúdicas, sendo na nossa opinião, actividades que permitem ao professor promover a expressão das emoções das crianças, ajudando-as a

comunicar, o que facilita a adaptação ao novo contexto. Ou seja, dando uma atenção especial ao desenvolvimento afectivo/emocional da criança, desmistificando as rotinas hospitalares.

Por outro lado, disponibiliza actividades que promovem a continuidade do processo de aprendizagem, numa óptica de escolarização.

Assim, a escola hospitalar deve ser entendida como um lugar de socialização, promovendo oportunidades de expressão e comunicação. Rompendo, deste modo, com a filosofia de Ceccim e Fonseca (1999) que defendem este espaço como exclusivo de escolarização.

A importância desta dinâmica lúdica é importante na promoção da saúde, através de ensinamentos associados às rotinas clínicas da criança.

Os professores responsáveis percebem a escola hospitalar como um *espaço*, em muitos dos casos estes espaços educativos não se designam por *escola hospitalar*, mas sim por sala de actividades.

Todos os professores concordaram totalmente com o facto de que este espaço facilita o processo de adaptação da criança ao hospital, promovendo a sua qualidade de vida, através da valorização da comunicação e da expressão emotiva. Ou seja, defendem, portanto, que estes espaços pedagógicos devem ser encarados como um jogo de afectos, onde o professor deve estimular o desenvolvimento das crianças, através da partilha de experiências. Investindo e valorizando, na nossa opinião, no desenvolvimento de competências de ajuda (Ferreira, Pereira, & Silva, 2006).

O único pressuposto que criou alguma divergência na opinião dos professores refere-se ao facto da escola hospitalar ser um espaço propício para o desenvolvimento integral da criança. Julgamos que esta divergência se deve ao facto do hospital não ser um contexto regular de desenvolvimento, contudo, apesar disso, a escola hospitalar torna-se num espaço que, pelas suas características, propicia o desenvolvimento da criança.

A existência das escolas hospitalares surge da necessidade de se criarem espaços de interacção social e educativa em contexto hospitalar e depende das iniciativas individuais ou colectivas de cada enfermaria. Como defende Vasconcelos (2003), surge da necessidade de tentar recuperar e dar continuidade ao processo de socialização da criança. Esta questão faz-nos reflectir sobre a inexistência de linhas orientadoras de apoio específico ao serviço educativo em contexto hospitalar, uma vez que em Portugal apenas

existe a Carta da Criança Hospitalizada, onde se ressalva que o hospital tem de oferecer às crianças um ambiente que responda às suas necessidades, integralmente. Para além do direito à educação, é importante realçar que, as instituições hospitalares poderão ser um espaço privilegiado de educação para a saúde das crianças que estão hospitalizadas (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005).

As limitações desta pedagogia surgem do cariz intra-pessoal e da carga emotiva associada ao processo de adoecer e conseqüente hospitalização. A equipa de saúde, que contacta directamente com as crianças, muitas vezes não está preparada para lidar com as emoções que emerge deste contexto. Estes profissionais lidam, todos os dias, com a vida e a morte e com a possibilidade de nem sempre ser possível encontrar uma solução. Além disso, são, constantemente, pressionados para executar bem a sua função. Em consequência destas situações, frequentemente apresentam sintomas de stresse (Almeida, Pereira, Pedrosa, 2006).

O que significa que o principal objectivo das actividades desenvolvidas é ajudar as crianças a criarem estratégias de *coping*.

Tendo em conta as estratégias a desenvolver pelos hospitais, sugeridas pelos professores responsáveis, para facilitar a adaptação da criança ao contexto hospitalar, podemos identificar três vertentes na actuação do professor, a acrescentar à vertente educativa:

- Uma vertente terapêutica – na ajuda dos técnicos de saúde, intervindo sempre que necessário na promoção de uma educação para a saúde;

- Uma vertente socializadora – criando estratégias de socialização com a comunidade;

- Uma vertente multidimensional – na comunicação e articulação com todos os implicados neste processo. Este trabalho multifacetado entre a equipa pedagógica e a equipa de saúde torna-se, do nosso ponto de vista, um enorme passo para a humanização crescente do espaço hospitalar, ajudando no improvisado de alternativas para o seu trabalho, que passa muitas vezes pelo acto de brincar.

O professor da escola hospitalar

Os professores da escola hospitalar são na sua maioria licenciados, sendo 66,6% Educadores de Infância, enfatizando a característica e importância do brincar e das actividades lúdicas neste contexto, como veículo de expressão de emoções. Por outro lado, poderá revelar uma tendência de um maior número de internamentos em crianças com idades entre os dois e os cinco anos.

Como refere a professor responsável pela sala de actividades e brincadeiras do Hospital Infante D. Pedro de Aveiro, trabalhar neste contexto torna-se num barómetro de emoções, sendo que nem sempre é fácil gerir e orientar as mesmas. Esta situação pode gerar um mal-estar docente, na gestão da relação com as crianças, podem ter consequências na qualidade das suas acções educativas (Pereira, Figueiredo, Francisco, Jardim, Rodrigues, Monteiro & Pereira, 2006).

Na maioria das escolas em análise os professores trabalham em horário integral (de manhã e de tarde), sendo portanto muitas vezes chamados a auxiliar os profissionais de saúde nas suas rotinas médicas. Ou seja, existe uma dimensão pluridimensional na actividade docente em contexto hospitalar.

6.2. Percepções das crianças que frequentam as escolas hospitalares

A maioria das crianças que frequentam a escola hospitalar são crianças com idades compreendidas entre os seis e os dez anos, que frequentam as escolas do 1º CEB. Contudo, os alunos abrangem o leque de idades entre os três e os vinte anos.

Ou seja, a escola hospitalar recebe alunos desde o pré-escolar até ao secundário, o que nos faz reflectir sobre a dinâmica de trabalho deste espaço e sobre os profissionais que nele exercem.

Cada ciclo de aprendizagem tem as suas dinâmicas e exigências, sendo necessário dar respostas qualitativas às reais necessidades de cada doente.

Esta divergência de idades faz-nos questionar sobre o papel destes espaços pedagógicos, não podendo ser apenas espaços de ocupação do tempo. Ao professor é exigido que se torne um elo de ligação com a rotina normal das crianças. Wiles (1987)

refere que o professor não deve ter como objectivo *manter as crianças ocupadas*, mas sim estimular o seu desenvolvimento, respondendo às suas necessidades

Podemos, então realçar a importância dos estágios do desenvolvimento cognitivo como suporte teórico para elaboração e aplicação de actividades pedagógicas adequadas ao desenvolvimento das estruturas cognitivas da criança, a fim de privilegiar seu envolvimento activo e significativo. Estando atento ao desequilíbrio existente entre as solicitações do meio e os esquemas presentes em suas estruturas mentais, de acordo com as suas vivências anteriores. É, portanto, necessário desafiar a criança, no sentido de repensar os seus *conflitos cognitivos*. (Coutinho, 1999).

Por outro lado, faz-nos repensar sobre a existência destes espaços pedagógicos em ambiente hospitalar como uma perspectiva de ampliação da formação dos professores para responder às necessidades educativas de cada criança e numa afirmação da importância da contribuição das ciências da educação ao trabalho da pediatria.

As crianças gostam das actividades realizadas em contexto hospitalar e sentem que estas as ajudam a esquecer que estão em ambiente distante da sua rotina. Isto porque, a escola hospitalar é de facto um ponto de referência com o contexto escolar regular, através do convívio com outras crianças e com as rotinas normais, fazendo, por momentos, esquecer as rotinas hospitalares a que estão sujeitos.

Esta situação realça a teoria do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner, uma vez que nos mostra que a criança se adapta ao novo contexto, tornando-o no seu *micro-sistema*. A hospitalização constitui-se como uma transição ecológica, onde a escola hospitalar tem grande influência, uma vez que ajuda a criança a esquecer as rotinas hospitalares, onde a criança passa a assumir um novo papel e a modificar a sua posição perante o novo contexto.

Ou seja, leva a criança hospitalizada a desvincular-se da dor e da doença, envolvendo-se em actividades semelhantes à das suas rotinas habituais, como estar com os colegas, ir à escola, brincar.

É nesta perspectiva que Crepaldi (1999) refere que a hospitalização pode gerar na criança consequências psicológicas ou sociais que interferem no seu desenvolvimento.

Assim, Gonçalves & Valle (1999) realçam a importância da criança doente estar envolvida em actividades semelhantes às desenvolvidas nas escolas regulares. Ao frequentarem as actividades pedagógicas-educacionais propostas na escola hospitalar, a

possibilidade de atenuar a expectativa de prejuízos causados pela hospitalização na infância ou adolescência é bastante significativa.

As actividades preferidas são a Expressão Plásticas, os Jogos, os Filmes e o uso da Novas Tecnologias (como o computador). As novas tecnologias surgem, muitas vezes, como fonte de comunicação com o exterior, existindo em vários hospitais projectos de articulação com as escolas regulares, para propiciar a continuidade do processo de aprendizagem.

Denota-se, ainda, que as actividades directamente relacionadas com as dinâmicas escolares (estudo acompanhado, fichas de actividades, treino da escrita) reflectem menos interesse por parte das crianças. Contudo, esta situação depende da forma como cada criança encara a escola regular. Não esquecendo que, na escola regular, as actividades ligadas às expressões, ou à utilização das novas tecnologias são muitas vezes um escape às rotinas escolares.

Segundo Cardoso (1995) é essencial utilizar, neste contexto, diferentes formas de comunicar que despertem a crianças para a nova realidade. No fundo, as actividades desenvolvidas são oportunidades de aprendizagem e de socialização que promovem o bem-estar da criança, cada uma com seus gostos e necessidades.

Segundo Fontes e Weller (1998), quanto maior for o envolvimento da criança com as actividades, menos traumático se tornará a sua hospitalização, podendo ter um significado importante no seu processo de desenvolvimento.

As actividades lúdicas são importantes para a criança ocupar o tempo livre no hospital, contudo é importante transformar esses momentos em tempos de aprendizagem.

Analisando o quadro clínico dos alunos podemos referir que esta variável pode interferir na relação do aluno com a escola hospitalar. Sendo que cabe ao professor dispor de condições ambientais que lhe permitam facilitar a relação do aluno com o meio, independentemente das limitações inerentes a cada patologia (Skinner, 1972).

O diagnóstico acaba por influenciar a sua frequência na escola hospitalar e na participação das actividades propostas, uma vez que podem estar impedidos de se deslocar com facilidade. É neste sentido que a escola hospitalar tem de ter uma postura flexível e de abertura, funcionando como um centro de recursos que se pode deslocar às enfermarias, sempre que o diagnóstico não permita que o doente o faça.

Assim, as características de cada patologia, vão influenciar a escolha das actividades a desenvolver com cada criança, de acordo com a especificidade de necessidades de cada uma. Sendo, portanto, importante manter um diálogo constante com a equipe de saúde, de modo a perceber estas necessidades específicas.

O aluno da escola hospitalar

É um aluno com idade compreendida entre os três e os vinte anos. Na sua maioria frequenta o 1º Ciclo do Ensino Básico, contudo existem (como se pode verificar pela amplitude de idades) alunos a frequentar outros níveis de aprendizagem. Têm preferência por actividades lúdicas, o que pode advir do facto de 68,4% da amostra frequentar níveis de escolaridade onde essas actividades têm influência.

Síntese crítica

Esta situação faz-nos pensar sobre o contexto interdisciplinar de actuação dos docentes, uma vez que os educadores/professores têm de ser dinâmicos e flexíveis com as diferentes faixas etárias.

Neste sentido, o professor tem de estar atento aos gostos e necessidades de cada criança, de modo a responder eficazmente ao seu processo de aprendizagem e desenvolvimento. É, portanto, um espaço pedagógico singular.

Assim, a escola hospitalar torna-se para o aluno numa resposta tanto educativa, como afectiva e terapêutica, a escola hospitalar é entendida, pelas crianças, como um instrumento redutor dos efeitos traumáticos da hospitalização e do distanciamento do seu quotidiano.

O grande objectivo das escolas hospitalares é, por isso, transformar ao tempo de hospitalização, em tempo de construção.

As actividades lúdicas fazem parte do quotidiano das crianças, sendo por isso, o ponto de partida para a planificação de actividades que partem do interesse e necessidades das crianças, permitindo assim uma experiência de descoberta.

Estes dados, apesar de úteis, apresentam ainda fragilidades que podem ser superadas se houver investimento e apoio ao nível quer de técnicos e infra-estruturas, indo

de encontro à definição que é defendida pela O.M.S. de que devemos dotar os indivíduos com recursos e *empowerment* (Pereira, 2006), para lidar com as adversidades da vida.

Capítulo 4. CONCLUSÃO

A questão que norteou o desenvolvimento do presente estudo prende-se com a forma como a educação pode contribuir para a promoção da qualidade de vida da criança hospitalizada.

Assim, e de acordo com o quadro conceptual em que baseámos as questões de investigação do presente estudo, pretendíamos conhecer, em contexto hospitalar, os espaços, métodos e interacções pedagógicas que promovem a melhoria da qualidade e vida da criança hospitalizada e a forma de encarar a doença. Este nosso objectivo está, intimamente relacionado com uma nova concepção de escola inclusiva e contínua, uma vez que o processo de desenvolvimento da criança não é estanque.

Ao enveredarmos por um estudo que tem como base de investigação empírica a “escola” hospitalar, fizemo-lo por duas ordens de razões: a primeira de ordem profissional, uma vez que se trata de um novo contexto de actuação dos docentes, tratando-se, portanto, numa nova perspectiva da nossa área de formação (Licenciatura em Ensino Básico 1º Ciclo); a segunda, porque no âmbito do Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico, nos parece perfeitamente justificável o desenvolvimento de um estudo no sentido da “escola” hospitalar se tornar um veículo promotor da activação do desenvolvimento.

Ao concluirmos este estudo, pensamos que atingimos os objectivos inicialmente propostos, uma vez que conseguimos, através dos instrumentos utilizados (entrevista e questionários), conhecer os espaços, métodos e interacções pedagógicas que se desenvolvem em contexto hospitalar e que, na nossa opinião, pela forma como se desenvolvem, promovem a melhoria da qualidade de vida da criança hospitalizada e a forma de encarar o hospital.

Mais especificamente, conseguimos:

Identificar, a nível nacional, quais as instituições hospitalares que têm escola hospitalar, com base nos dados de um estudo realizado pelo Instituto de Apoio à Criança Hospitalizada (2005) - Hospital D. Pedro de Aveiro, Hospital de Angra do Heroísmo – Terceira, Hospital de Bragança, Hospital D. Estefânia, Hospital Distrital de Chaves, Hospital Distrital do Funchal, Hospital Maria Pia, Hospital Ortopédico do Outão, Hospital Pediátrico de Coimbra, Hospital Santa Maria, Hospital Santo André – Leiria, Hospital São Teotónio – Viseu, Instituto Português de Oncologia – Lisboa e Porto.

Identificar os recursos humanos, sua formação e horário de funcionamento das escolas hospitalares envolvidas no estudo, percebendo que não há uniformidade em relação ao horário de funcionamento das mesmas, bem como não existe nenhum técnico especializado em Necessidades Educativas Especiais.

Identificar os métodos e actividades desenvolvidas, bem como a percepção dos professores em relação ao desenvolvimento da criança hospitalizada, tomando consciência que as actividades mais desenvolvidas realçam a importância das actividades associadas às expressões e da comunicação.

Conhecer as percepções das crianças quanto às actividades desenvolvidas, bem como identificar as suas preferências e a relação que estas têm ao ajudá-la a esquecer que está hospitalizada, ou seja, ausente do seu contexto regular de acção.

Identificar o impacto das estratégias e recursos utilizados na escola hospitalar quanto à atitude das crianças face à doença e à situação de hospitalização, no resignificar do contexto de hospitalização, tornando-se o seu micro-sistema.

Perceber o papel do educador neste espaço educativo, através de um relato de experiência da professora responsável pela escola hospitalar do Hospital Infante D. Pedro de Aveiro.

Identificar possíveis estratégias a desenvolver em contexto hospitalar para facilitar a adaptação das crianças, percebendo que esse caminho passa pela importância da interacção das crianças hospitalizadas com crianças das escolas regulares e pela capacidade de diálogo multidimensional do professor da escola hospitalar.

Uma vez que, conseguimos perceber o funcionamento destes espaços, ao mesmo tempo que concluímos, através das respostas das crianças aos questionários, que as actividades desenvolvidas no espaço da escola hospitalar as ajudam a esquecer que estão hospitalizadas. Logo, na nossa opinião, isto demonstra que estes espaços desenvolvem actividades no sentido de fazerem com que as crianças sintam alguma “normalidade”.

As actividades utilizadas na escola hospitalar podem ajudar a aliviar a tensão, possibilitando uma maior adaptação ao contexto, evitando, assim, o agudizar da situação de doença.

Acreditamos, de acordo com o a base teórica e os resultados dos estudos realizados, que as actividades lúdicas ajudam a criança a reequilibrar as emoções, ajudando a

reestruturar as cognições das crianças sobre o ambiente hospitalar e amenizando o sofrimento.

O lúdico está, assim, directamente relacionado com a recuperação ou superação dos medos na criança hospitalizada. Assim, as actividades lúdicas podem, do nosso ponto de vista, ser entendidas como uma terapia de ajuda à criança no encarar do espaço hospitalar, esquecendo que estão numa situação de internamento.

Perante tais resultados, podemos inferir que os espaços pedagógicos em ambiente hospitalar têm influência no bem-estar e na Qualidade de Vida das crianças hospitalizadas, uma vez que as ajudam a esquecer as rotinas hospitalares, ao mesmo tempo que desenvolvem actividades que promovem o seu desenvolvimento.

Apesar de ser um estudo exploratório o desenho metodológico e os instrumentos utilizados mostraram ser adequados.

Os resultados deste estudo são de elevada utilidade, contudo importa também referir algumas limitações inerentes à realização do projecto e das quais temos consciência. Assim, salientamos algumas das limitações face à realização do presente estudo, uma vez que é um estudo exploratório, com as limitações inerentes a este tipo de estudo, pela vulnerabilidade e difícil acesso da amostra, bem como por não existirem instrumentos para a população portuguesa, tendo sido necessário a construção dos mesmos.

Implicações práticas

Neste sentido, deveriam ser criadas directrizes, linhas orientadoras mais específicas para o contexto educativo em contexto hospitalar, como já existem legisladas noutros países. Por outro lado, seria importante e necessário poder incluir nos curricula escolares dos cursos de formação de professores, bem como nas licenciaturas em enfermagem, disciplinas de educação emocional e de educação para a saúde, tendo como objective uma formação eficaz dos nossos estudantes e visando a educação para a saúde das crianças hospitalizadas, no sentido de orientar as suas emoções. No âmbito do desenvolvimento de competências na relação de ajuda.

Para além desta necessidade de ampliar a educação para a saúde ao nível da formação inicial, o trabalho dos professores nas escolas hospitalares, bem como da equipa de saúde deve ser apoiada por um percurso de formação contínua, o que significa que é importante apostar em formação especializada, relativamente a concepções e práticas em contexto hospitalar, partindo da dinâmica da identidade do “ser criança” para a implementação de estratégias de optimização, que ajudem a criança a superar os seus medos.

O processo de hospitalização gera na criança efeitos, por vezes traumáticos, causando medos, ansiedade, um turbilhão de emoções confusas. Sendo, portanto, essencial transformar esses sentimentos. Assim, as actividades lúdicas, sendo as preferidas das crianças neste contexto, do nosso ponto de vista, podem ser entendidas como uma terapia de ajuda à criança no encarar do espaço hospitalar, esquecendo que estão numa situação de internamento.

O lúdico está, assim, directamente relacionado com a recuperação e superação dos medos e ânsias da criança hospitalização.

Tentámos, desta forma, alertar para a importância das escolas hospitalares, como uma necessidade básica dos hospitais, para a promoção da qualidade de vida, bem como do desenvolvimento integral da criança. Pelo que as instituições hospitalares deverão ponderar sobre a implementação deste tipo de projectos, uma vez que as actividades desenvolvidas são uma estratégia que ajuda a criança hospitalizada a ganhar um controlo sobre a situação a enfrentar, ao mesmo tempo que, através do brincar e de outras actividades desenvolvidas animam o ambiente hospitalar.

Investigações futuras

Assim, o presente estudo fornece alguns elementos de reflexão sobre o papel do educador em contexto hospitalar e sobre este novo contexto de actuação. Porque se trata de uma problemática geradora de uma preocupação crescente, parece-nos útil desenvolver mais investigações neste âmbito, se possível envolvendo um maior número de professores (deixando de ser dirigido exclusivamente aos professores responsáveis) e um maior

número de crianças (de todas as escolas hospitalares existentes), a fim de se poderem extrapolar os dados encontrados.

Alguns dos resultados podem deixar questões em aberto para estudos posteriores, igualmente pertinentes, e algumas sugestões que passamos a indicar.

Seria importante realizar um estudo identificativo da formação dos técnicos das escolas hospitalares face aos níveis etários dos alunos que a frequentam, no sendo de perceber se existe um real equilíbrio entre a formação dos técnicos e os níveis escolares das crianças.

Por outro lado, seria complementar fazer um estudo longitudinal, nomeadamente ao nível da Qualidade de Vida de crianças hospitalizadas a frequentar a escola hospitalar, identificando estratégias de optimização e o papel da escola hospitalar neste processo.

Para finalizar, gostaríamos de acrescentar que, apesar de ser um estudo exploratório, temos noção que de algum modo, com ele podemos prestar alguns contributos à Qualidade de Vida das crianças e jovens hospitalizados, mas e, sobretudo, podemos também sensibilizar os técnicos da educação para esta problemática.

Assim, tentámos alertar para a importância das escolas hospitalares, como uma necessidade básica dos hospitais, para a promoção da qualidade de vida, bem como do desenvolvimento integral da criança.

Foi para nós bastante gratificante poder realizar este estudo e perceber a dinâmica de funcionamento das escolas hospitalares e poder dar um contributo, ainda que singelo para que a educação possa ser cada vez mais uma estratégia promotora da qualidade de vida das crianças hospitalizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, T.; Pereira, A.M.S.; Pedrosa, H. (2006). Sintomas de stresse e impacto na saúde no ensino clínico de enfermagem. In I. Leal, J.P. Ribeiro e S.N. Jesus (Orgs), *Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Faro: Universidade do Algarve, pp. 769-774.
- ALVES, R. (1999). *A História dos Três Porquinhos Recontada por Rubem Alves*. São Paulo: Paulus
- Barbosa, M. (1991) *Atendimento pedagógico às crianças em idade escolar internados no HCPA*. Prospectivo nº 20.
- Barros, A. J. P.; Lehfeld, N. A. S. (1986). *Fundamentos da metodologia: um guia para a inovação científica*. São Paulo: Macgraw-Hill.
- Bernard, B. (2001). Turning it round for all youth: from risk to resilience. In <http://resilnet.uiuc/libarry/digl26.html>.
- Bierman. (1980). In Ceccim, R. & Carvalho, P. (org). (1997). *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: Editora UFRGS.
- Boyer, L. & Voisin, H. (1999). Une école dans l'hôpital. In *Soins Pédiatrie puériculture*, 186, 7-9.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artmed.
- Bruner, J.S. (1978). *O processo de Educação*. São Paulo: Nacional.
- Bullinger (1993). In: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>. Acedido em 30.05.06;
- Bullinger, M., Schmidt, S., Peterson, C., & The DISABKIDS Group (2002). *Assessing quality of life of children with chronic health conditions and disabilities: A European approach*.
- Cardoso, C. M. (1995). *Uma visão holística da educação*. São Paulo: Summus.
- Carvalho, M. J. (2005). Educadoras de infância em contexto hospitalar. *Revista Sonhar*, 2, 347-360.
- Ceccim, R. B. (1999). Classe hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. In *Pátio Revista Pedagógica*, 3 (10), 41-44.

- Ceccim, R. & Carvalho, P. (org). (1997). *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: Editora UFRGS.
- Chiatonne, H.B.C. (1984). Relato de experiência de intervenção psicológica junto a crianças hospitalizadas. In Angerami-Calmon, V.A. (Org). *Psicologia hospitalar: a actuação do psicólogo no contexto hospitalar* (pp. 15-57). São Paulo: Traço Editora.
- Costa, F. (2001). *Implicações do mal-estar docente: estudo comparativo entre professores e professoras da Universidade de Cruz Alta*. Santa Maria: UFSM.
- Costa, M. & López, E. (1998). *Educacion para la salud. Una estratégia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Coutinho, M. & Moreira, M. (1999). *Psicologia da educação: um estudo dos processos psicológicos de desenvolvimento e aprendizagem humanos, voltados para a educação: ênfase na abordagem construtivista*. Belo Horizonte: MG. Ed.;
- Crepaldi, M.A. (1999). *Hospitalização na infância: representações sociais sobre a doença e hospitalização de seus filhos*. São Paulo: Cabral Editora Universitária;
- Cunha, N.H. (2000). Brinquedo e desenvolvimento infantil. In *Sinopse de Pediatria*, 2.
- Damásio, A. (1995). *O erro de Descartes*. Lisboa: Livros Horizonte;
- Dias, M. G., Vikan, A. & Gravas, S. (2000). Tentativa de crianças em lidar com as emoções de raiva e tristeza. In *Estudos de Psicologia*, 5, 49-70.
- Diener, E., & Fujita, F. (1997). Social comparisons and subjective well-being. In: Buunk, B. & Gibbons, F. (Eds.), *Health, Coping, and Well-Being. Perspectives From Social Comparison Theory*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers;
- Diener, R. E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575;
- Evangelho, J.A. (2001). Acedido em 30 de Junho de 2007 em <http://www.nead.uncnet.br/2004/revistas/psicologia/1/2.pdf>.
- Ewles, L. & Simnett, I. (2003). *Promoting health. A practical guide*. New York: Ballière Tindall;
- Ferreira, M.J.; Pereira, A.M.S. & Silva, D. (2006). Desenvolvimento de Competências na relação de ajuda e a supervisão clínica. In J. Tavares (Eds), *Ativação do Desenvolvimento Psicológico. Actas do Simpósio Internacional*. Aveiro: Universidade de Aveiro, pp. 370-375.

- Fonseca, E. & Ceccim R. (1999, Jan./Fev.). Atendimento pedagógico-educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada. *Revista Temas sobre Desenvolvimento*, 42 (vol. 7, pp. 24-36). São Paulo.
- Fontes, R.S. & Weller, L.H. (1998). Classe hospitalar: não interrompendo o processo de escolarização (Resumo). In *Anis do III Congresso Ibero-Americano de Educação Especial*. Foz do Iguaço: Qualidade, pp.368-370.
- Fontes, R. (2005). A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. In *Revista Brasileira de Educação*, 29, 119-138. Acedido a 14 de Maio de 2007 em <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n29/n29a10.pdf>.
- Foster, G. & Anderson, B. (1978). *Medical anthropology*. Nova York: NEwbery Award Records.
- Freud, A. (1978). In: Bergman, T. (1978). *A criança, a doença e o hospital*. Lisboa: Moraes.
- Freud. (1980). Inibições, sintomas e ansiedade. In *ESB, vol.20*. Salomão, J. (Trad.). Rio de Janeiro: Imago.
- Frisch, M. B. (2000). Improving mental and physical health care through Quality of Life Therapy and assessment. In E. Diener & D. R. Rahtz (Eds.). *Advances in Quality of Life Theory and Research*. Kluwer Academic Publishers, 207-241;
- Gazzinelli, M.F., Gazinelli, A., Reis, D.C. & Penna, C.M.M. (2005). Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 200-206.
- Gil, A. C. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas Ed.
- Giordan, A. (2000). Health Education, Recent and future trends. *Men. Inst. Oswaldo Cruz*, 95, 53-58.
- Gohn, M. G. (1999). *Educação não-formal e cultura política: impactos sobre o associativismo do terceiro sector*. São Paulo: Cortez.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Gonçalves, AG. & Bresan, T.R.T. (1999). Atuação do pedagogo em ambiente hospitalar: relato de uma experiência (Resumo). In *Anais do II Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Educação Especial*. Londrina: Uel, p.157;

- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. The Hague, Bernard Van Leer Foundation. Early childhood development. Practice and reflections, 8;
- Junqueira, M.F. (Dez. 1999). O brincar e o desenvolvimento infantil. In *Pediatria Moderna*. 35, 12.
- Junqueira, M.F. (Jan./Fev. 2002). A relação mãe-criança hospitalizada e o brincar. In *Pediatria Moderna*, 38, 1/2.
- Kahhale, E. M. P. (2003). Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In: A. M. B. Bock (Org.), *A Perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia* (pp. 161- 191). Rio de Janeiro: Ed Vozes.
- Kudo, A. & Pierri, S. (1990). Terapia ocupacional com crianças hospitalizadas. In Kudo, A. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria*, 232-245. São Paulo: Editora Sarvier.
- Langley, M.B. (1985). Selecting, adapting and applying toys as learning tools for handicapped children. *Topics in early childhood special education*, 5, 131-148.
- Lightsey, O. (1996). What leads to wellness? The role of psychological resources in wellbeing. *Counseling Psychologist*, 2, 589-735.
- Lindquist, L. (1993). *A criança no hospital: terapia pelo brinquedo* (Altman, R. Z., trad.). São Paulo: Scritta.
- Linhares, M. (2000). Psicologia Pediátrica: aspectos históricos e conceituais. *Anais do VII Ciclo em Saúde Mental* (pp. 112-115).
- Maes, L. & Lieviens, J. (2003). Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behavior. *Social Science & medicine*, 56, 517-529.
- Mendéz, F. X.; Ortigos, J. M. & Pedroche, S. (1996). *Preparación de la hospitalización infantil (I): afrontamiento del estrés*. *Psicología Conductual*, 4 (2). Pp.: 193-209.
- Moraes, E. (1971). Manifestações de tensão e comportamento de adaptação de crianças hospitalizadas. *Revista da escola de enfermagem da USP*, 1 (Vol. 5, pp. 44-57).
- Morais, R. (1986). *Sala de aula que espaço é esse?* São Paulo: Papyrus Livraria Editora;
- Mota, C. Princípio 7. In. Santos, L.; Jorge, A. & Antunes, I. (2000). *Carta da criança hospitalizada: comentários* (pp.: 59-60). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, Caderno I.

- Novaes, L. (2000). *O brincar como instrumento pedagógico no hospital*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Novaes, L. & Portugal, G. (2004). Ecologia do desenvolvimento da criança hospitalizada.
- OPSS. (2003). *A salutogénese e o cidadão*. Acedido em 20 de Outubro de 2007 em <http://www.observaport.org/OPSS/Menu/Cidadao/Salutogenese+e+o+cidadao/Estado+da+arte/estado+da+arte.htm>. *Revista Paulista de Pediatria*, 22 (4), 221- 229.
- Oremland, E. (1988). Mastering developmental and critical experiences through Play and other expressive behaviors in childhood. In *Child Health Care*, 16, 150-156.
- Pereira, A.M.S. (2001). *Para uma melhor compreensão da área de opção: educação para a saúde*. Coimbra: Faculdade de Ciência do Desporto e Educação Física da universidade de Coimbra (Policopiada, texto de circulação restrita).
- Pereira, A.M.S. (2001). Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In Tavares, J. (org). *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortêz Editora.
- Pereira, A.M.S.; Figueiredo, F.; Francisco, C.; Jardim, J.; Rodrigues, M.J.; Monteiro, S.; Pereira, G. (2006). O mal-estar docente: suas consequências na qualidade de educação. In *Anais do Congresso Sul Brasileiro da Qualidade na Educação*. Joinville: Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional, Gerência de Educação Ciência e Tecnologia, pp. 290-294;
- Polit, D. & Hungler, B. P. (1994). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: Interamericana;
- Rodrigues, M.; Pereira, A.M.S. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde. Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Edição Formasau - Formação e Saúde Lda;
- Roldão, M.C. (1999). *Gestão curricular - Fundamentos e práticas*. Lisboa: DEB.
- Rook, K. (1984). The Negative Side of Social Interaction: Impact on Psychological Well-Being. In *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(5), (pp. 1097-1108).
- ScoderR, E. (1992). Modeling qualitative change in individual developmet. In Asendorpf, J. B. & Valsiner, J. (ed.). (1992). *Stability and change in development – a study of methodological reasoning*. Newbury Park: Sage: 1-20.

- Sêco, J. (1997). *Chamados pelo nome: da importância da afetividade na educação da adolescência*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional;
- Settertobulte, W. & Matos, M.G. (2004). Peers and health. In Currie e al. (Eds), *Health and health behavior among young people. Health behavior in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 178-183). Health Policy for Children and Adolescence, N.º 4. WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>.
- Simões-ralha, H. (2001). Resiliência e desenvolvimento pessoal. In Tavares, J. (org.) *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez.
- Skinner, B.F. (1972) *Tecnologia do ensino*. (Azzi, R., Trad.). São Paulo: Herder
- Snyders,G. (1996). *La joie à l'école*. Paris: PUF.
- Soares, M. R. (Nov. 2001). Hospitalização infantil: análise do comportamento da criança e do papel da psicologia da saúde. In *Pediatria Moderna*, 37, 11.
- Sousa, C. (2006). *Educação para activação da resiliência no adulto*. In Tavares, J. et all. (org). *Activação do Desenvolvimento Psicológico – Actas do Simpósio Internacional* (pp. 43-55). Aveiro: Universidade de Aveiro;
- Silva, L.F. (2002). *Promoção da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Spiehl, L.E., & Harris, C.V. (1996). Assessment of health-related quality of life in children and adolescents: An integrative review. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 175-193.
- Spink, M. J. (2003). A construção social do saber sobre a saúde e a doença. In Spink, M. J. *Psicologia Social e Saúde- práticas, saberes e sentidos* (pp. 40-60). Petrópolis: Editora Vozes.
- Spitz, R.A. (1980). *O Primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetivas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Strauss, A. Schatzman, L. Ehrlich, D., Bucher, R. & Sabshin, M. (1963). The hospital and its negotiated order. In Friedson, E. (org). *The hospital in modern society*, 147-169. Londres: The Free Press of Glencoe.
- Taam, R. (1997). Educação em enfermarias pediátricas. In *Ciência Hoje*, v. 23, nº 133, 74-75. Rio de Janeiro.

- Tavares, J. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez.
- Vasconcelos, S. (s/d). Classe hospitalar no mundo: um desafio à infância em sofrimento. In http://www.reacao.com.br/programa_sbpc57ra/sbpccontrole/textos/sandramaia-hospitalar.htm.
- Vasconcelos, S. (2003). *Penser l'école et la construction des savoirs: étude menée auprès d'adolescents cancéreux au Brésil*. Tese de doutoramento. França : Universidade de Nantes.
- Vygotsky, I. (1994). O papel do brinquedo no desenvolvimento. In Cole, M., Steiner, V.J., Scribner, S. & Souberman, E. (Orgs). *A formação social da mente* (pp. 121-138). São Paulo: Martins Fontes.
- Wallander, J.L. (2001). Theoretical and developmental issues in quality of life for children and adolescents. In Koot, H. M. & Wallander, J. L. (Eds.). *Quality of life in child and adolescent illness: Concepts, methods and findings* (pp. 23-45). New York: Brunner-Routledge.
- Wallon, H. (1941). *A evolução psicológica da criança*. Rio de Janeiro: Andes.
- WHO. (1986a). *Health promotion: concepts and principles in action, a policy Framework*. Genève: WHO.
- WHO. (1986b). *Ottawa charter for health promotion*. Genève: WHO.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- WHOQOL Group (1995). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409.
- Wiles, P. M. (1987). The schoolteacher on the hospital ward. *Journal of Advanced Nursing*, 12, pp.: 631-640. Londres.
- Winnicott, D.W. (1978). *Pediatria e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Zannon. (1999). In Gorayeb, R. (2002). *Intervenção psicológica realizada em crianças submetidas a cirurgias electivas e suas mães*. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Negro.

Instituição: _____		Cargo ou categoria hospitalar _____	
Sexo: M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
Idade: _____		Tempo de serviço: _____	
Efectivo	<input type="checkbox"/>	Destacado	<input type="checkbox"/>
		Contratado	<input type="checkbox"/>

A- Relativamente aos técnicos da escola hospitalar

Indique o número de técnicos actuais da escola hospitalar

Educadores	<input type="checkbox"/>
Professores do 1º C.E.B.	<input type="checkbox"/>
Auxiliares	<input type="checkbox"/>

Outros _____

Indique o número ideal de técnicos da escola hospitalar

Educadores	<input type="checkbox"/>
Professores do 1º C.E.B.	<input type="checkbox"/>
Auxiliares	<input type="checkbox"/>

Outros _____

Assinale com uma cruz o grau académico dos técnicos hospitalares da escola hospitalar

Educadores	<input type="checkbox"/>
Bacharelato	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Especialização em N.E.E.	<input type="checkbox"/>
Outra _____	<input type="checkbox"/>

Professores do 1º C.E.B.

Bacharelato	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Especialização em N.E.E.	<input type="checkbox"/>
Outra _____	<input type="checkbox"/>

Assinale com uma cruz o horário de funcionamento da escola hospitalar

Só de manhã	<input type="checkbox"/>
Só de tarde	<input type="checkbox"/>
De manhã e de tarde	<input type="checkbox"/>
À noite	<input type="checkbox"/>
Outro _____	<input type="checkbox"/>

B- Relativamente às metodologias utilizadas

Para cada uma das situações que assinale com uma cruz a que melhor descreve a sua prática.

Responda de acordo com a seguinte chave:

1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Não tenho opinião; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente

Pedagogia utilizada					
Trabalho de grupo	1	2	3	4	5
Trabalho a pares	1	2	3	4	5
Trabalho individual	1	2	3	4	5
Actividades realizadas					
Expressão Plástica	1	2	3	4	5
Jogos	1	2	3	4	5
Estudo acompanhado	1	2	3	4	5
Histórias	1	2	3	4	5
Filmes	1	2	3	4	5
Fichas de actividades	1	2	3	4	5
Expressão dramática	1	2	3	4	5
Treino da escrita	1	2	3	4	5
Actividades experimentais	1	2	3	4	5

Assinale com uma cruz a pedagogia que julga estimular a maior participação das crianças

Trabalho de grupo	
Trabalho a pares	
Trabalho individual	
Assinale com uma cruz a sua percepção sobre quais as actividades das quais as crianças mais gostam	
Expressão Plástica	
Jogos	
Estudo acompanhado	
Histórias	
Filmes	
Fichas de actividades	
Expressão dramática	
Treino da escrita	
Actividades experimentais	

C- Relativamente à percepção que os profissionais têm em relação ao desenvolvimento da criança hospitalizada

Assinale com uma cruz a sua opinião relativamente a cada uma das seguintes afirmações. Responda de acordo com a seguinte chave:

1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Não tenho opinião; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente

A escola hospitalar é um espaço propício para o desenvolvimento integral da criança	1	2	3	4	5
O hospital pode ser entendido como um espaço educacional	1	2	3	4	5
A escola hospitalar “torna-se a ponte “entre a criança e o mundo “saudável” (a escola regular)	1	2	3	4	5
A escola hospitalar facilita o processo de adaptação da criança no hospital	1	2	3	4	5
A escola hospitalar facilita o processo de adaptação da criança na escola regular	1	2	3	4	5
A escola hospitalar promove a qualidade de vida das crianças internadas	1	2	3	4	5
A pedagogia hospitalar deve valorizar um espaço de comunicação e de expressão das emoções	1	2	3	4	5
O papel da educação no hospital contribui para que a criança possa melhor conhecer e compreender o espaço em que se insere	1	2	3	4	5
A escola hospitalar estabelece uma ligação Família/escola regular	1	2	3	4	5
O objectivo da escola hospitalar é promover a inserção e a continuidade do processo de ensino-aprendizagem	1	2	3	4	5
A frequência da escola hospitalar facilita o (re)ingresso e (re)adaptação da criança na escola regular	1	2	3	4	5

D- Na sua opinião, que estratégias poderá o hospital desenvolver para promover e facilitar a adaptação das crianças nesse contexto?

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Dados de identificação (nome, idade, tempo de serviço, categoria e tempo de serviço hospitalar).
2. Onde e qual foi a sua formação profissional?
3. Quais as suas experiências profissionais?
4. Quando iniciou o seu trabalho no hospital como era o serviço de pediatria?
5. Como era o serviço de pediatria nessa altura?
6. Que outras estruturas de apoio à criança hospitalizada existiam, e quais existem?
7. Que actividades julga estimular maior interesse das crianças em contexto hospitalar?
8. Quais são as actividades/funções dos professores/educadores neste espaço pedagógico em contexto hospitalar?
9. Quais as características que pontuaria como necessárias para um professor/educador trabalhar em contexto hospitalar?
10. Qual a sua opinião sobre a possibilidade de aprendizagem para as crianças neste tipo de intervenção?
11. Esta aprendizagem pode incluir a promoção/prevenção da saúde?
12. Qual a sua opinião sobre a escola hospitalar enquanto estratégia promotora do bem-estar e qualidade de vida das crianças hospitalizadas?
13. Quais as directrizes que existem a nível nacional em relação à escola hospitalar?
14. Sente que as actividades realizadas ajudam as crianças a criar estratégias de enfrentamento da situação de hospitalização?
15. Como define o espaço pedagógico em contexto hospitalar?
16. Uma espécie de centro de recursos?
17. Como julga que as crianças encaram este espaço?
18. Na sua opinião, quais os obstáculos e limitações da pedagogia hospitalar?
19. Que medidas são necessárias para promover a escola hospitalar?
20. Espaço para críticas, sugestões, ideias.

Gostávamos de pedir a tua ajuda!

Queremos que saibas que não há respostas certas, nem erradas, só queremos saber aquilo que tu sentes.

Sexo: Masculino Feminino Idade: _____ Ano de escolaridade: _____

É a primeira vez que estás internado?

Sim Não Se **não**, quantas vezes já estiveste internado? _____

1. Para cada uma das perguntas pinta o boneco que melhor indica aquilo que sentes. Pinta de acordo com as seguintes indicações.



Sim



Às vezes



Não

Gostas das actividades da escola hospitalar?



Sim



Às vezes



Não

Estas actividades ajudam-te a esquecer que estás internado no hospital?



Sim



Às vezes



Não

2. Assinala com uma cruz as actividades que mais gostas de fazer na escola do hospital?

Expressão plástica

Fichas de trabalho

Jogos

Expressão dramática

Estudo acompanhado

Treino da escrita

Histórias

Actividades experimentais

Filmes

Outras _____

A preencher pelo professor ou educador responsável

Instituição: _____ Cargo ou categoria hospitalar _____

Sexo: M F Idade: _____ Tempo de serviço: _____

Efectivo Destacado Contratado

Relativamente ao aluno que preencheu o questionário:

Diagnóstico: _____ Tempo previsto de permanência no hospital: _____

Tempo de frequência da escola hospitalar: _____

Ex.mo/a Sr./a Director/a
Do Serviço de Pediatria

Aveiro, 30 de Abril de 2007

Estamos a realizar um projecto de investigação na área da Activação do Desenvolvimento Psicológico, na Universidade de Aveiro, cujo tema é: “*Educação – estratégia promotora da qualidade de vida em crianças hospitalizadas*”.

Nesse sentido, vimos solicitar a colaboração de V. Ex.^a para que autorize que o responsável pela escola hospitalar possa preencher o questionário – Anexo A, bem como autorize que as educadoras possam, conjuntamente com as crianças, responder ao questionário – Anexo B.

Todas as informações serão confidenciais e anónimas. Pretendemos dar o nosso contributo para uma melhor compreensão da situação da criança hospitalizada, bem como da sua qualidade de vida, pelo que, desde já nos comprometemos a dar o *feedback* dos seus resultados.

Para facilitar o processo de comunicação junto envio um envelope-resposta, já endereçado e selado, que agradecemos que nos seja reenviado com a brevidade possível.

Com os melhores cumprimentos

Pede deferimento

A equipa de investigação

(Dra. Ana Mafalda Seabra)

(Prof. Doutora Anabela Pereira)

Contactos

Ana Mafalda Seabra
Rua da Bandarada, n.º 149
Qt.ª do Picado 3810-468 Aveiro
mafa202@gmail.com

Departamento Ciências da Educação
Campus Universitário de Santiago
3810-193 Aveiro
apereira@dce.ua.pt

ENTREVISTA

1. Dados de identificação (nome, idade, tempo de serviço, categoria e tempo de serviço hospitalar).

M. T. M. G.

54 anos

32 de tempo de serviço

Educadora de infância, sou a responsável, porque na há mais nenhuma.

2. Onde e qual foi a sua formação profissional?

Eu tirei o meu curso de educadora de infância em Angola e tirei a licenciatura aqui na Universidade de Aveiro.

3. Quais as suas experiências profissionais?

Antes trabalhei um ano em Angola, vários estágios, também, porque nós estagiávamos desde o primeiro ano do curso. E tive depois um ano em Arouca antes de vir para o hospital.

4. Quando iniciou o seu trabalho no hospital como era o serviço de pediatria?

Em mil novecentos e... faz este ano, fez agora em Setembro trinta e dois anos... por isso foi em mil novecentos e setenta ... trinta e dois anos, agora em Setembro.

5. Como era o serviço de pediatria nessa altura?

Já havia pediatria. Não, quando eu entrei tínhamos a creche. Era eu com outra educadora, abriu creche aqui no hospital, para as funcionárias do hospital. Depois abriu o jardim, um mês ou dois depois e entretanto, um ano, mais ou menos, já estava o Dr. Moreira Lopes, na altura o pediatra responsável pela pediatria e abriu aqui uma sala, um espaço para educação para as crianças. E foi ele que começou mesmo a incentivar a abertura e depois o hospital então colocou cá uma educadora e entretanto veio outra educadora que já tínhamos lá em baixo.

A creche e o jardim eram para os filhos dos funcionários e aqui já havia uma pediatria aberta, com espaço educativo, com uma sala, não sei se era já esta sala de actividades, mas se não era esta, era uma outra. Mas já era cá em cima.

6. Que outras estruturas de apoio à criança hospitalizada existiam, e quais existem?

Quando a creche abriu não havia, mas, um ano depois, penso que depois.... Outras estruturas não sei... depende de cada enfermaria.

7. Que actividades julga estimular maior interesse das criança em contexto hospitalar?

É tudo o que as faz divertir, esquecer que estão num ambiente hospitalar, mais parecido com o ambiente donde vieram, para minimizar o estar sozinha... sozinha, não é bem... na altura, a mãe só poderia estar de dia, à noite iam embora e vinham outra vez de manhã, agora não, estão o dia inteiro. E também, como não tinham, antes desta sala abrir não tinham um espaço lúdico seria mais complicado, do que a partir do momento em que tinham um espaço.

8. Quais são as actividades/funções dos professores/educadores neste espaço pedagógico em contexto hospitalar?

Penso que é isso, procurar estratégias e actividades para minimizar o cariz da hospitalização, portanto a criança pode estar sozinha ou não, mesmo não estando sozinhas elas deixam o ambiente delas, amigos, família, a casa, a escola e estão num ambiente completamente estranho.

9. Quais as características que pontuaria como necessárias para um professor/educador trabalhar em contexto hospitalar?

Se calhar, gostar bastante dos meninos, ter um espírito muito aberto, tem que trabalhar com muitos profissionais, é uma integração que nem sempre é das mais fáceis, além de que tem também os pais, não só os outros profissionais, como também os pais. E depois toda a carga emotiva inerente, que eles têm. E deveria ter um bom relacionamento humano, estar atento a todas as situações, ser uma pessoa aberta, sempre para poder movimentar, e não

digo só aberto, mas disponível, e também polivalente, porque muitas vezes nós somos solicitados a ajudar a outra parte, que é a parte dos profissionais de saúde.

10. Qual a sua opinião sobre a possibilidade de aprendizagem para as crianças neste tipo de intervenção?

É assim, é preciso ir de encontro a eles levar as aprendizagens de uma forma, se calhar, mais lúdica e não do... porque no fundo, embora eles deixem a escola e se calhar também não... ficam fora do ambiente deles e têm saudades, mas estão num ambiente muito diferente, para serem levadas à aprendizagem, à continuação, dependendo do tempo que cá estão, não é? E depois do problema com que estão, porque se têm dor é mais complicado. Se calhar, levá-las de forma mais lúdica de forma a elas a brincar a brincar e a praticar vão aprendendo.

11. Esta aprendizagem pode incluir a promoção/prevenção da saúde?

Tudo, tudo, tudo. Isso também é feito a nível da enfermagem... e de... para os pais e para as crianças, ao nível das estagiárias de enfermagem, muitas vezes, constantemente, fazem esses ensinamentos e essas práticas, de uma forma lúdica, mas para os pais e para as crianças também.

12. Qual a sua opinião sobre a escola hospitalar enquanto estratégia promotora do bem-estar e qualidade de vida das crianças hospitalizadas?

É isso. Quase que vem completar a de trás, porque através da escola, dos ensinamentos pode-se levar a isso, pode-se lhes dar muitas, quer dizer pode promover o bem-estar das crianças, não só aqui como dá muitas noções que podem levar para casa. O tempo de internamento agora é que é muito mais curto do que o era antigamente, agora é muito mais complicado fazer isso, mas pode-se conseguir fazer isso e aprende quem aprende.

13. Quais as directrizes que existem a nível nacional em relação à escola hospitalar?

Há a carta da criança hospitalizada e depois não sei muito bem. Acho que cada hospital, se calhar, promove ou não as actividades, ou incentiva, pondo pessoal e dando espaço, e depois deixando, se calhar, penso que à criatividade penso que sim que quem entra num

espaço destes deve ser algo criativo para promover e continuar e desenvolver essas actividades.

14. Sente que as actividades realizadas ajudam as crianças a criar estratégias de enfrentamento da situação de hospitalização?

Sim, sim, sim muito, porque elas entram tristes e depois não querem sair. Ainda estão meias combalidas mas já estão melhores e já não querem sair daqui, têm muitas saudades. As crianças que têm hospitalizações grandes sentem muitas saudades do pessoal, pelo menos, não é das dores que aqui tiveram.

15. Como define o espaço pedagógico em contexto hospitalar?

Eu acho que, não sei como iria definir porque aqui este, na minha óptica corre muito bem, não é? Tem não só, por exemplo a sala não é uma sala fechada, porque nós podemos ir às enfermarias e muitas vezes esta sala quase que se desloca a outros serviços, se tiver crianças, a partir dos 14, 15, ainda são crianças, levando os materiais, ou deixando que o... tem que ser é um espaço assim aberto, onde se possa levar e trazer. Só fechado na sala não dá.

16. Uma espécie de centro de recursos?

Sim, também e isso acontece muito, porque este espaço serve esta e a outra pediatria, claro que se houvesse internamentos maiores, como já houve teria que haver, como já houve no refeitório, outro espaço, lá fazia-se refeitório de dia, nas horas da refeição e fora disso era sala de actividades, os miúdos, as crianças eram muitas e não cabiam aqui. Este espaço, tanto está assim, como está com camas, depende da situação, ou cadeiras de roda ou... eu penso que é isso, tem que ser aberto nunca fechado e tem que ser munido do material necessário, não pode estar estanque. O material tem que se ir adaptando às características das crianças e às necessidades deles. E tem que ter animadores à altura

17. Como julga que as crianças encaram este espaço?

Ai para elas é cinco estrelas, porque quando eles vêm “aqui no hospital também podemos brincar, ou podemos trabalhar?”, muitos são crianças que estudam e têm um método muito seguro e então chegam aqui e querem dar continuidade, a não ser que estejam numa fase

muito dorida, não. Mas fora disso eles querem continuar o estudo e não querem perder nada da escola, querem saber o que deram e depois, dependendo da professora que estiver, há o contacto com a escola e que matérias é que estão a dar para podermos proporcionar à criança essa continuidade.

18. Na sua opinião, quais os obstáculos e limitações da pedagogia hospitalar?

Muitas vezes, são mais as emoções, a parte emotiva, como é que eu hei-de dizer, cada criança é uma criança e cada situação é uma situação. A pedagogia não é só exercida levando a criança a brincar como também levando mais à calma, à aceitação dos problemas, mas também com a família.

E, às vezes isso é complicado, quer dizer, embora todo o pessoal

Mas tem de ser conjuntamente com todos os técnicos, minimizar esses obstáculos, porque

19. Que medidas são necessárias para promover a escola hospitalar?

Haver um espaço, quando não houver, haver um espaço para guardar alguns materiais e pronto, nós nas enfermarias também podemos fazer muita coisa, fora do espaço das visitas médicas, podemos também estar, intervir.

Há momentos em que a criança já foi operada está tudo bem, já está melhor, já podemos começar a agir. Antes devemos agir para que a criança não fique numa situação de ansiedade muito grande e esteja distraída até ao momento... e uma coisa que é muito importante, é tanto os pais como os técnicos, começando pelos pais, informem e que a criança saiba aquilo que está a fazer ou que veio fazer, porque é que está aqui, o que é que tem, como é que vai tratar... essas informações é que a criança deve saber à medida da sua idade, mas deve ser informada de toda a sua situação, porque a criança depois aceita melhor, “é isto que eu tenho, é isto que eu vou fazer, mas mesmo assim eu posso brincar, eu posso estudar”, tanto faz estar na cama, como na cadeira de rodas...

Quer dizer, imaginemos que o hospital não tinha nada, como é que se ia promover... se calhar teria que se trabalhar com as , arranjar alguém que começasse a demonstrar que isso era bom, que era possível...

20. Espaço para críticas, sugestões, ideias.

Sugestões, é que todos os hospitais deveriam ter penso que a maioria tem. Porque penso que

Ser criativas e arranjar material, e depois os pais ajudam muito e há também muita forma de reciclar o material.