

Associação Península Norte de Educação Ciência e Cultura - Faculdade CECAP

PEDAGOGIA

PROJETO DE PESQUISA

**A EDUCAÇÃO COMO FATOR DE INTEGRAÇÃO E
HUMANIZAÇÃO NO APOIO ÀS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS
DE CRIANÇAS INTERNADAS E ATENDIDAS NA CLASSE
HOSPITALAR DO HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE.**

Autor (a): Viviane Alves Anacleto

Orientadora: Prof^ª MsC Maria Ângela dos Reis Silva Tanno

Brasília - 2007



Associação Península Norte de Educação Ciência e Cultura
Faculdade CECAP

Autor (a): Viviane Alves Anacleto

**A EDUCAÇÃO COMO FATOR DE INTEGRAÇÃO E
HUMANIZAÇÃO NO APOIO ÀS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS
DE CRIANÇAS INTERNADAS E ATENDIDAS NA CLASSE
HOSPITALAR DO HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE.**

Brasília, 2007

ROL DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CONANDA	Conselho Nacional Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados
MEC	Ministério da Educação
ONG	Organização Não Governamental
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SEESP	Secretaria de Educação Especial
SESPA	Secretaria Estadual de Saúde do Pará

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 Tema	5
1.2 Questão-problema	5
1.3 Objetivo Geral	5
1.4 Objetivo Específico	5
2. JUSTIFICATIVA	6
3. REFERENCIAL TEÓRICO	8
3.1 Breve Histórico entre Saúde e a Educação	8
3.2 Realidade Social no Ambiente Hospitalar e o Trabalho Voluntário	11
3.3 Classe Hospitalar	14
3.4 A Intervenção Pedagógica Hospitalar	18
4. REFERENCIAL METODOLÓGICO	21
4.1 Modalidade da Pesquisa	21
4.2 População e amostragem	22
4.3 Local da Pesquisa	22
4.4 Técnicas empregadas	22
4.5 Materiais a serem utilizados	22
5. CRONOGRAMA	23
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

INTRODUÇÃO

1.1 Tema

O estudo da educação como fator de integração e humanização no apoio às práticas pedagógicas de crianças internadas e atendidas na classe hospitalar do Hospital Regional da Asa Norte.

1.2 Problema

Em que medida a classe hospitalar pode contribuir para a integração e humanização das práticas pedagógica de crianças internadas e atendidas no Hospital Regional da Asa Norte?

1.3 Objetivo Geral

Identificar os fatores que contribuem para a integração e humanização das práticas pedagógicas desenvolvidas com crianças internadas e atendidas na classe hospitalar do Hospital Regional da Asa Norte.

1.4 Objetivo Específico

1.4.1 Analisar o envolvimento da classe hospitalar com os diferentes segmentos do hospital.

1.4.2. Identificar como se dá a interação do pedagogo com as crianças internas e atendidas na classe hospitalar.

1.4.3. Reconhecer os métodos pedagógicos utilizados no desempenho das atividades desenvolvidas na classe hospitalar.

1.4.4. Verificar as etapas do desenvolvimento cognitivo das crianças internadas e assistidas na classe hospitalar.

JUSTIFICATIVA

Atualmente, a teoria respeitante ao tema está embasada em Matos e Mugiatti (2007), Amaral e Silva (2007), nos direitos da criança e do adolescente hospitalizado (2007), além de Fonseca (1999) e Oliveira (2003), que enfatizam a Educação Hospitalar com a atual realidade, ampliando seu conhecimento e contribuindo para sua expansão.

O estudo do tema exposto por meio da pesquisa a ser realizada poderá ser de grande relevância para a ciência e de extrema importância na área hospitalar e educacional que queira ver refletida em suas práticas diárias sobre a motivação das crianças que passam pela experiência da internação. O estudo pretende acrescentar sobremaneira, tanto no aspecto científico com educacional, a consciência sobre a necessidade de humanização no processo da educação implantada dentro do ambiente hospitalar.

A pesquisa visa contribuir com a sociedade, acrescentando um conhecimento, ainda que tímido, mas, de grande valia no que se refere às mudanças que poderão ocorrer no meio educacional e hospitalar, por meio dos resultados obtidos com o estudo aqui pretendido.

A escolha do tema tem íntima ligação no âmbito da experiência pessoal, onde desde a infância, a doença esteve muito presente na realidade da pesquisadora. O apoio familiar dado às pessoas carentes, o acolhimento afetivo, emocional e financeiro, foram sem dúvida, a mola mestra para o desejo de se voltar um olhar para o aprofundamento desse tema. Um outro aspecto que certamente contribui para o desejo da realização dessa pesquisa está relacionado a uma intervenção cirúrgica no ano de 2007, acompanhado do período de reabilitação hospitalar – momento onde foi possível perceber o desenvolvimento das classes hospitalares.

Ainda sobre a motivação pessoal, a causa que seguramente direcionou ao desejo de se aprofundar sobre o tema, volta-se para um trabalho da linguagem do palhaço realizado no interior do Hospital Regional de Brasília. A proximidade com a realidade do ser humano na situação de doença, a necessidade de superação dentro do ambiente hospitalar, principalmente para as crianças comprometidas fisicamente, que estão em processo de aprendizagem, passando pela experiência da doença na fase escolar.

Em relação ao meio acadêmico, o estudo almeja possibilitar à expansão de pesquisas voltadas ao tema, podendo contribuir para o avanço teórico da classe hospitalar como também para a formação de profissionais especializados na pedagogia hospitalar, haja vista a carência de estudos nessa área.

Para tanto, a pesquisa pretende buscar a caracterização da intervenção pedagógica no meio hospitalar, acompanhando e verificando a percepção da equipe médica acerca da

motivação do paciente, neste contexto. Por acreditar na importância do pedagogo no processo de humanização das classes escolares é que se pretende realizar o estudo em tela.

REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE A SAÚDE E A EDUCAÇÃO

A análise aqui exposta, baseada em fatores teóricos, destaca que, ao longo dos anos a relação entre a educação e a saúde transcorreu em passos curtos, na busca da integração.

A história relata fatos desde os primórdios da antiguidade onde as pessoas percebiam e se preocupavam com a saúde dos indivíduos em diferentes épocas e em diferentes aspectos. A concentração de pessoas formando as grandes cidades, na época Medieval, trazia as doenças que se alastravam com muita facilidade.

As diferenças se estabeleciam de acordo com status da classe social, determinando ao indivíduo que tipo de atendimento médico receberia. A negligência na prevenção e no tratamento ocorria com grande incidência com relação às pessoas escravas e pobres, que não possuíam circunstâncias favoráveis para a sua realização. (Mattos e Mugiatti 2007:51)

Os fatores sociais, culturais e educacionais, nessa época, foram fortemente ligados aos aspectos da saúde e segundo Mattos e Mugiatti (2007:51), “a doença, como processo biológico, sempre existiu, representando a instabilidade entre as várias relações do todo do indivíduo com o ambiente externo, este em permanente mudança”. A partir dos séculos XVII e XVIII, no período da Renascença, Bernardini Ramazini (1713), identificando-se com a linha política, predominante em vários países que tinham como objetivo o vínculo da vida social e econômica aos poderes políticos do Estado, sugeriu novas observações relacionadas aos fatores sociais e condições de saúde, conceituando a Medicina Social, considerando o fator social, no qual o indivíduo estava inserido, na sua relação com a saúde e sua condição de vida. Esses países tinham como sistema econômico da época o Mercantilismo, prática econômica desenvolvida na Europa após a época Medieval, com a imposição de gerar riqueza e poder ao Estado, por meio do trabalho, tido como o principal meio para o progresso gerando a riqueza nacional. Notando o grande desperdício da mão-de-obra e da produtividade, em consequência do grande número de doenças e das mortes, essa foi uma fase de grande expansão com criação de hospitais, laboratórios e centros de pesquisa e o atendimento a pessoas pobres, conceituada como “Polícia Médica”, onde o governo tinha como função impor os regulamentos para o bem estar do povo e do país. (Mattos e Mugiatti 2007:53).

O trabalho apresentado por Johan Peter Frank, conhecido como o pioneiro da Medicina Social, foi de grande contribuição sociofilosófica, apontando a Polícia Médica, voltada ao sentido humanitário, influenciando vários países de acordo com suas políticas.

Revolucionárias, essas idéias se alastraram de maneira estrondosa onde Salomon Neumann, em 1847, enfatizou que, “a ciência médica é intrínseca e essencialmente social, e, enquanto isso não for reconhecido na prática, não seremos capazes de desfrutar os seus benefícios e teremos que nos satisfazer com um vazio e uma mistificação”, (Mattos e Mugiatti 2007:54).

Apesar do reconhecimento de que os fatores sociais teriam influencias na saúde e na doença, somente no ano de 1940, é que os Estados Unidos efetivamente se interessou pela Medicina Social, alargando a composição dos quadros clínicos nos hospitais recebendo a contribuição de várias áreas médicas. Como faz notar, ainda nesta mesma linha de considerações Ryle (1947) teceu comentário, enfocando a Patologia Social e a nova era da Medicina Social. Ao referir-se ao assunto Mattos e Mugiatti (2007:56) afirmaram que,

(...) A Medicina Social apropriadamente coloca no interior de sua área a totalidade de um departamento moderno de serviço social. Isto inclui diagnóstico social e terapêutico social – a investigação das condições encontradas, a organização dos cuidados pós-tratamento e readaptação dos indivíduos e famílias perturbadas ou modificadas pela doença. O assistente social que trabalha em hospitais também desempenha um importante papel no ensino e assistência ao paciente de uma unidade clínica de pesquisa.

A desigualdade na assistência à Saúde da população brasileira, levou o governo brasileiro à criação do SUS, com o intuito de amenizar as diferenças sociais nos ambientes hospitalares. O portal da Sespa (2007) afirma que,

Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto

No Brasil o serviço de saúde é mantido pelos impostos de recursos arrecadados por meio de impostos e contribuições pagos pelo cidadão e ainda recursos dos municípios, estados e governo federal. O SUS tem como meta a oferta do serviço de qualidade, que atenda a população promovendo saúde, focando a prevenção. Tem a responsabilidade de informar a população sobre os direitos que possui tratar da epidemia de doenças e o seu controle. Cabe

ainda ao SUS controlar a qualidade dos exames, dos remédios, da alimentação e adequação apropriada para o atendimento da população.

Conforme Mattos e Mugiatti (2007:19),

Especificamente na área da Saúde, a história mostra já antigas preocupações referentes ao processo saúde-doença e à sua prática. As respectivas análises, entretanto, foram sempre frágeis, superficiais e fragmentadas, vindo suscitar, a partir de determinado momento, a necessidade de um repensar sobre a visão essencialmente biológica, portanto, insuficiente desse processo.

Dados alarmantes mostram a decadência do modelo de saúde, que traz até a atualidade conseqüências históricas, onde nos deparamos com hospitais decadentes ou obras inacabadas. O atendimento é precário, o número de profissionais da área é reduzido e os que trabalham estão sobrecarregados e mal remunerados. Os móveis estão sucateados, maquinários defasados, nem sempre tem materiais para o uso médico. Filas infindáveis, pacientes esperam anos para a realização de cirurgias e muitas vezes precisam comprar o seu próprio remédio. Para Mattos e Muggiati (2007:64),

A ciência pelos seus avanços tecnológicos, vem acrescentando maiores e melhores recursos em relação à precisão diagnóstica e aos demais procedimentos. Por outro lado, a crise do sistema da Saúde desencadeada no país tem cerceado, até certo ponto, a ação médica, colocando dificuldades, de caráter econômico, que se somam a outras de natureza cultural e religiosa, todas decorrentes de possíveis bloqueios socioculturais e ambientais.

3.2 REALIDADE SOCIAL NO AMBIENTE HOSPITALAR E O TRABALHO DO VOLUNTARIADO

A realidade hospitalar nos remete a calamidades e ao caos em que está instalada a saúde da atualidade, onde a qualidade e a quantidade são oferecidas insuficientemente para a demanda populacional.

O descaso das autoridades governamentais e a corrupção enraizada em nosso país, são fatores determinantes que influenciam profundamente e revelam que a Saúde Pública se encontra em estágio deplorável.

As diferenças sociais reformulam padrões existentes, como o fornecimento e o acesso à saúde particular, onde os indivíduos com poder aquisitivo fazem a opção pelo plano de saúde, desistindo de esperar pelo serviço público, que é seu direito constitucional, crescendo assim, a comercialização do que é primordial na vida do ser humano, a saúde.

O que se pode notar é que, para minimizar as conseqüências mediante fatos históricos passados e atuais, um dos meios encontrados foi sistematizar o tratamento da socialização e humanização no hospital, onde o indivíduo é visto em sua amplitude social. Segundo Mattos e Mugiatti (2007:29)

O momento pede que se mude o enfoque construído em torno da noção de doença, a fim de que se comece a dar maior prioridade à saúde. Essa atenção induzirá os indivíduos a se tornarem mais participativos, ativos, envolvidos e comprometidos. Chega-se assim a um determinado momento imperativo de mudanças, com novas direções e alternativas para a área de saúde e com impressionantes resultados, como: maior aceitação e participação no tratamento médico, diminuição da ansiedade da internação, redimensionamento da visão da hospitalização, interação com a equipe médica e conhecimento da respectiva doença.

O Serviço Social em sua amplitude inova o ambiente hospitalar, possibilitando ao paciente perspectiva diante da debilidade. Dentre eles está os trabalhos voluntários, onde pessoas se colocam à disposição visitando hospitais. O estilo de trabalho é diversificado e amplo. O voluntariado parte muitas vezes da iniciativa dos próprios servidores dos hospitais, que se comovem com a dificuldade do outro e dentro de suas limitações, tentam de alguma maneira modificar um pouco dessa realidade sofrida pelo paciente. Ainda nessa mesma linha de considerações Mattos e Mugiatti (2007:164) afirmam que,

Essa polêmica realidade, de ordem política, social, psicológica e educacional, como imensuráveis dimensões, veio, assim, se constituir em incontestes argumentos à necessidade de se buscarem alternativas de complementação e aprimoramento científico. A Pedagogia Hospitalar representa a segura resposta ao desafio que se instalou. Os salutareos efeitos desse empreendimento se constituem, assim, no marco histórico de uma inédita e inusitada caminhada, com envolvimento não só de profissionais diretamente vinculados a tão atraente assunto, como também de elementos da comunidade, pelas promissoras possibilidades de solução a um antigo problema que se fixava em solução de continuidade, obviamente perturbando aos que dele se apercebiam e permanecendo, insolitamente sem qualquer previsão de possíveis soluções.

A soma dos esforços de profissionais da área da saúde, como médicos, motoristas, analistas de sistemas, enfermeiros, atendentes, seguranças, auxiliares, técnicos de laboratórios, radiologistas, serviços gerais, secretários, legistas entre outros, conduzem a sociedade na busca pela qualidade de vida.

Em outro aspecto da realidade hospitalar, encontram-se pessoas que não estão ligadas à área de saúde, mas que exercem funções especiais contribuindo com seu trabalho.

Nas alas hospitalares podemos encontrar pessoas que ensinam aos familiares que acompanham os pacientes, trabalhos manuais como o artesanato, mostrando a cultura e repassando conhecimento, mudando o quadro de ociosidade.

As visitas regulares feitas por esses voluntários é de extrema importância na vida dos pacientes que muitas vezes ficam meses dentro do hospital em tratamento ou até mesmo se encontram em fase terminal. Apesar disso, Oliveira (2003:5) afirma que,

Nos tempos da grande velocidade das inovações tecnológicas e do intenso renascimento cultural, o indivíduo é a unidade básica de mudança. É ele quem administra a tecnologia num mundo de complexidades em que as relações são fundamentais para os bons resultados. O desenvolvimento pleno da pessoa para a vida para sua capacidade de lidar com seus sentimentos e elaborar suas experiências em busca de competência individual e equipe.

Ainda no tratamento do trabalho voluntário pode-se aqui mencionar os vários grupos que se formam com a intenção exclusiva de contar histórias aos pacientes internos em várias pediatrias, levando os mesmos ao encontro com a imaginação, vivenciando algo inimaginável, que é ter alegria mesmo estando doente. Outro aspecto levantado por Oliveira (2003:18) enfatiza que,

Na educação da criança, a imaginação não pode deixar de ser valorizada. Se dermos às crianças oportunidade de “viver” os seus personagens e episódios, o exercício da ginástica historiada será útil e proveitoso, pois favorecerá, conjuntamente, o desenvolvimento físico, a imaginação, a atenção, a memória, a formação de bons hábitos e outras qualidades pessoais e sociais.

Cabe ressaltar, o trabalho de palhaços que se vestem de médicos para alegrar crianças hospitalizadas, levou à criação no ano de 1991, de uma ONG – denominada “Doutores da Alegria” que tem como finalidade principal, visitar crianças internadas em vários hospitais, em alguns estados brasileiros, levando a alegria e a irreverência do palhaço, mostrando que apesar da situação de debilidade é possível se sentir feliz no ato de brincar. Dentro desse contexto Oliveira (2003:4) sustenta que,

Lidar com os sentimentos aflitivos, mantendo entusiasmo e perseverança diante dos desafios aumenta nossa capacidade de empatia e envolvimento com nossos semelhantes. Assim se estabelece uma sociedade de direitos individuais e de relações independentes. Brincar e jogar são exercícios prazerosos da administração de nossa realidade, por meio dos quais adquirimos autoconsciência, estabelecemos regras básicas de convivência e mudamos nós mesmos e a sociedade.

Trabalham hoje no Brasil, cerca de 150 grupos de palhaços inspirados nos Doutores da Alegria, que expandem o movimento de humanização nos hospitais onde o terreno social é árido e o palhaço pode assim continuar sendo um marco nessa atividade, além do benefício de um melhor conhecimento de novas comunidades que muitas vezes são deixadas em segundo plano. Considerando esse assunto, Oliveira (2003:131) reforça que,

A brincadeira oferece uma ampla estrutura básica para alterações das necessidades infantis e da consciência. Isso porque nela está presente a imaginação, que lhe possibilita libertar-se dos limites espaço-temporais. A atividade lúdica propicia que a criança se distancie do que vive na realidade para viver algo mais. O que, conseqüentemente, amplia suas experiências e faz com que ela se desenvolva.

3.3 CLASSE HOSPITALAR

O avanço da ciência transcorrido a partir da década de 60 até a atualidade, confirma a evolução da Medicina não somente no âmbito científico, mas também em sua plenitude social, que intensificou o desenvolvimento da sociedade.

No Brasil, o Hospital Municipal de Jesus, localizado na cidade do Rio de Janeiro, iniciou oficialmente as atividades pedagógicas hospitalares, dia 14 do mês de agosto, do ano de 1950, sendo a primeira Classe Hospitalar implantada no Brasil, mediante o esforço da professora Eneida Simões Fonseca.

Na mesma época o país enfrentava o surto de poliomielite, sendo a responsável pelo grande número de crianças internadas.

No contexto da criação das Classes Hospitalares, Amaral e Silva (2007:1) afirmam que,

“A criação de classes escolares em hospitais é resultado do reconhecimento formal de que crianças hospitalizadas, independentemente do período de permanência na instituição ou de outro fator qualquer, têm necessidades educativas e direitos de cidadania, onde se inclui a escolarização.”

A despeito disso, Fonseca (1999:5) afirma que,

Apesar de limitações que podem decorrer de sua situação médica, a menina e o menino internados (o) tem interesses, desejos e necessidades semelhantes aos de qualquer jovem saudável. E está provado que o contato com os semelhantes contribui para o desenvolvimento social dos pequenos enfermos, que ajustam melhor à vida no hospital. Há casos em que a doença chega até a ser esquecida, o que acelera a recuperação e a reintegração à vida normal.

De acordo com as leis que vigoram em nosso país carregamos a certeza de que a educação é um direito de todos, podendo ultrapassar os muros escolares na busca de alternativas para a realidade em que vivemos alterando resultados, trazendo benefícios grandiosos à sociedade. No trato das leis, Amaral e Silva (2007:1) relataram que,

A legislação brasileira reconhece o direito de crianças e adolescentes hospitalizados ao atendimento pedagógico-educacional. A esse respeito, merece destaque a formulação da Política Nacional de Educação Especial (MEC/SEESP, 1994 e

1995). Essa propõe que a educação em hospital seja realizada através da organização de classes hospitalares, devendo-se assegurar oferta educacional não só aos pequenos pacientes com transtornos do desenvolvimento, mas, também, às crianças e adolescentes em situações de risco, como é o caso da internação hospitalar.

A partir do Estatuto da Criança e do Adolescente, as crianças e adolescentes brasileiros adquiriram direitos, independentes da cultura, raça ou classe social. A Criação da Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente tem por finalidade assegurar os direitos das crianças, começando por ter uma vida digna, em seus aspectos físicos, emocionais e psíquicos, considerando principalmente o seu desenvolvimento, tendo prioridade absoluta na formulação de políticas públicas. O Documento Científico do Departamento de Cuidados Hospitalares e do Departamento de Defesa dos Direitos da Criança através do Diário Oficial (1995:319-320) assegura que,

Visando nortear a conduta dos profissionais de saúde no ambiente hospitalar a SBP elaborou e apresentou o texto abaixo, na vigésima sétima Assembléia Ordinária do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA - com sede no Ministério da Justiça em Brasília, aprovado por unanimidade e transformado em resolução de número 41 em 17 de outubro de 1995.

1. Direito a proteção à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.
2. Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa.
3. Direito a não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento de sua enfermidade.
4. Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.
5. Direito a não ser separado de sua mãe ao nascer.
6. Direito a receber aleitamento materno sem restrições.
7. Direito a não sentir dor, quando existam meios para evitá-la.
8. Direito a ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico, quando se fizer necessário.
9. Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar, durante sua permanência hospitalar.
10. Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido.
11. Direito a receber apoio espiritual e religioso conforme prática de sua família.
12. Direito a não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.
13. Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para sua cura, reabilitação e ou prevenção secundária e terciária.
14. Direito a proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos.
15. Direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral.

16. Direito a prevenção de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais.
17. Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis, ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética.
18. Direito a confidência dos seus dados clínicos, bem como Direito a tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na Instituição, pelo prazo estipulado por lei.
19. Direito a ter seus Direitos Constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e Adolescente, respeitados pelos hospitais integralmente.
20. Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Ao referir-se a esse assunto Amaral e Silva (2007:1) reforçam que,

A despeito da justiça social dessa iniciativa, verificamos que, em nosso país, a escolarização de crianças e adolescentes hospitalizados não tem merecido atenção suficiente, por parte do poder público, seja em nível municipal, estadual ou federal. Na verdade, a ampliação dessa modalidade de educação ainda é incipiente em nosso país.

Em assembléia definiu-se que, ocorrendo à necessidade de hospitalizações prolongadas ou de atendimentos da criança ou do adolescente, Amaral e Silva (2007:1) destacam que,

No âmbito das organizações da sociedade civil, temos algumas indicações da preocupação com o respeito aos direitos dessas crianças e adolescentes. O Departamento de Defesa dos Direitos da Criança, da Sociedade Brasileira de Pediatria, através dos participantes na 27^a Assembléia Ordinária do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), ocorrida em Brasília, em 17 de outubro de 1995, elaborou um documento, aprovado por unanimidade e transformado em Resolução nº 41. Entre os 20 itens que se referem aos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados encontra-se o de nº 9, o qual preconiza: Direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programa de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar, durante sua permanência hospitalar.

A despeito da justiça social, deverão existir os cuidados primordiais que são indispensáveis na questão da educação e da saúde em relação às crianças e adolescentes hospitalizados. Referindo-se ao assunto, Amaral e Silva (2007:1) consideram que,

Na necessidade de hospitalizações prolongadas ou de atendimentos múltiplos da criança e do adolescente, tais direitos essenciais contraditoriamente se encontram na

mais plena desproteção, diante do impasse com que se deparam: ou o tratamento, ou a escola, ou, então, prejuízo a ambos; ou ainda acomodação ou conformismo. A criação de classes escolares em hospitais é resultado do reconhecimento formal de que crianças hospitalizadas, independentemente do período de permanência na instituição ou de outro fator qualquer, têm necessidades educativas e direitos de cidadania, onde se inclui a escolarização.

A Classe Hospitalar, através das práticas pedagógicas e a ludicidade busca socializar o paciente humanizando o seu tratamento, para que estabelecido possa se reintegrar ao mundo exterior se adaptando com maior facilidade após o processo de internação. Esse aspecto levantado por Amaral e Silva (2007:1), que identifica que,

Educar significa utilizar práticas pedagógicas que desenvolvam simultaneamente razão, sensação, sentimento e intuição e que estimulem a integração intercultural e a visão planetária das coisas, em nome da paz e da unidade do mundo. Assim, a educação – além de transmitir e construir o saber sistematizado – assume um sentido terapêutico ao despertar no educando uma nova consciência que transcenda do eu individual para o eu transpessoal.

3.4 A INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA HOSPITALAR

Muitos hospitais já aderiram o projeto de HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR, o qual pretende tratar diferenciadamente a situação de doença do paciente.

A ação Pedagógica se insere nesse contexto exatamente procurando a interação entre a educação e saúde. As práticas expostas na Classe Hospitalar são de grande valor, não somente no que diz respeito à fase escolar do paciente, mas também em sua formação integral enquanto passa pela experiência da hospitalização.

A Pedagogia inserida no ambiente hospitalar tem suas peculiaridades, principalmente por que ela trabalha com crianças e adolescentes que estão com a fase física comprometida.

Para tanto é imprescindível que haja o diálogo entre ambas as partes, a área educacional e a área da saúde, que compreende o Pedagogo e o corpo Clínico Hospitalar. Este dirá ao professor em que condições a criança se encontra para a execução das tarefas. Amaral e Silva (2007:1) ressaltam que,

Percebe-se, nesta contribuição, a importância da interação profissional entre os elementos das equipes. É por meio destes enfoques médico, psicológico, social e pedagógico, que estas intervenções se tornam aptas para o atendimento integral à criança ou ao adolescente, com realce à saúde física e mental, com vistas a que o enfermo venha a receber apoio e se envolver como um agente ativo. Neste processo de adaptação ao hospital reside uma proposta de contínua evolução de seu potencial de saúde física e mental como um todo. Ou seja, pelo desenvolvimento de atividades específicas realizadas no ambiente hospitalar possibilita-se, à criança (ou adolescente) hospitalizada, crescimento em muitos aspectos de evolução para sua aprendizagem, envolvendo o seu ser, seu sentir, com ressonância em seu estado geral de ânimo, frente ao quadro da enfermidade/hospitalização.

Cabe ainda ao profissional da educação ter a percepção da situação do paciente, no qual é muito diferente da realidade que se trata dentro de um ambiente escolar, onde as práticas pedagógicas podem ser executadas dentro do parâmetro da normalidade.

Outro aspecto levantando por Oliveira (2003:4) destaca que,

Lidar com os sentimentos aflitivos, mantendo entusiasmo e perseverança diante dos desafios aumenta nossa capacidade de empatia e envolvimento com nossos semelhantes. Assim se estabelece uma sociedade de direitos individuais e de relações independentes. Brincar e jogar são exercícios prazerosos da administração de nossa realidade, por meio dos quais adquirimos autoconsciência, estabelecemos regras básicas de convivência e mudamos nós mesmos e a sociedade.

A Família tem papel importantíssimo em todos os aspectos. Mas considerando experiência da dor, do trauma, da fragilidade, em que ambos estão envolvidos, tanto a família quanto o paciente, o olhar deve ser extremamente cuidadoso para com as duas circunstâncias.

O trabalho pedagógico a ser desenvolvido dentro da Classe Hospitalar precisa passar por todas as nuances até chegar à criança hospitalizada.

O envolvimento de todas as áreas trará maior atenção e desenvolvimento para a finalidade a que se destina. Amaral e Silva (2007:1) relatam que,

A construção do saber implica, necessariamente, na comunicação entre professores e alunos. A exploração, o diagnóstico e o tratamento da criança (ou adolescente) hospitalizada exigem, de forma efetiva, a comunicação entre a equipe de saúde e a criança/adolescente hospitalizados. Ambos os tipos de comunicação não se sobrepõem, pois têm perfis e características muito diferentes de acordo com suas finalidades e funções a que se dirigem, por meio de cada uma das seletivas atividades que se integram em suas respectivas profissões.

A realidade encontrada pelo professor hospitalar é vasta. E em seu preparo ele precisa estar disposto a transpor várias circunstâncias de conflitos, lidar com várias situações de doenças e em vários estágios e aspectos escolares.

O professor poderá encontrar crianças que nunca frequentaram uma escola, crianças que passam a semana no hospital e voltam para casa no final de semana. Há crianças que passam meses no hospital, crianças com o histórico de repetência e desistência.

Referente a esse assunto, Amaral e Silva (2007:1) destacam que,

Considera-se, portanto, que o envolvimento da atuante equipe profissional e sua integração é fator essencial e ao mesmo tempo crucial para o sucesso desse trabalho. Esta integração deve, com a devida prevalência, favorecer e conciliar as situações problematizadoras, com ênfase nesse processo de cura.

Essa inovação educacional dentro do ambiente do hospital, através da Classe Hospitalar, traz a sociedade o conhecimento de seus direitos enquanto cidadãos plenos, adquirindo nova consciência no contexto diário da educação. Amaral e Silva (2007:1) mencionam que,

Este enfoque educativo e de aprendizagem deu origem à ação pedagógica em hospitais pediátricos, nascendo de uma convicção de que a criança e o adolescente hospitalizados, em idade escolar, que não devem interromper, na medida do possível, seu processo de aprendizagem, seu processo curricular educativo. Trata-se de estímulo e da continuidade dos seus estudos, a fim de que não percam seu curso e não se convertam em repetentes, ou venham a interromper o ritmo de aprendizagem, assim dificultando, conseqüentemente, a recuperação da sua saúde. A necessidade de continuidade, exigida pelo processo de escolarização, é algo tão notório que salta à vista dos pais, professores e mesmo das próprias crianças e adolescentes.

A configuração com a qual é trabalhada a educação hospitalar diz respeito a todo o processo de recuperação e desenvolvimento desse paciente. Amaral e Silva (2007:1) identificam que,

“A educação que se processa, por meio da Pedagogia Hospitalar, não pode ser identificada como simples instrumentação (transmissão de alguns conhecimentos formalizados). É muito mais que isto. É um suporte psico-sócio-pedagógico dos mais importantes, porque não isola o escolar na condição pura de doente, mas, sim, o mantém integrado em suas atividades da escola e da família e apoiado pedagogicamente na sua condição de doente.”

REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 Modalidade da Pesquisa

O projeto insere-se no paradigma da pesquisa qualitativa, modalidade que não se preocupa em medir ou qualificar os dados coletados. A pesquisa qualitativa busca identificar a presença ou não de certo atributo ou objeto no fenômeno sendo observado. Este tipo de pesquisa é mais interpretativa e subjetiva, dependendo do ponto de vista do pesquisador, o mesmo busca as nuances, os motivos e meios na observação do fenômeno (Ruiz, 2004:37).

O estudo exposto centra-se ainda no método de procedimento voltado para uma pesquisa de estudo de campo. Para Ruiz (2002:50),

A pesquisa de campo consiste na observação de fatos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados e no registro de variáveis presumivelmente relevantes para posteriores análises. Esta espécie de pesquisa não permite o isolamento e o controle das variáveis supostamente relevantes, mas permite o estabelecimento de relações constantes entre determinadas condições – variáveis independentes – e determinados eventos – variáveis dependentes, observadas e comprovadas.

Para a realização do referido estudo pretende-se ainda, utilizar as técnicas de entrevista semi estruturada, além do emprego de questionário fechado, incluindo-se também, a observação não participante. Para Ruiz (2002:51), ao referir-se à técnica da entrevista, o autor destaca que,

Consiste no diálogo com o objetivo de colher, de determinada fonte, de determinada pessoa ou informante, dados relevantes para a pesquisa em andamento. Portanto, não só os quesitos da pesquisa devem ser muito bem elaborados, mas também o informante deve ser criteriosamente selecionado.

Na entrevista o informante fala; na técnica do questionário, o informante escreve ou responde por escrito a um elenco de questões cuidadosamente elaboradas. Tem a vantagem de poder ser aplicado simultaneamente a um grande número de informantes; seu anonimato pode representar uma segunda vantagem muito apreciável sobre a entrevista. Deve apresentar todos os seus itens com clareza, de tal sorte que o informante possa responder com precisão, sem ambigüidade. As questões devem ser bem articuladas. É importante que haja explicações iniciais sobre a seriedade da pesquisa, sobre a importância da colaboração dos que foram selecionados para participar do trabalho como informantes e, principalmente, sobre a maneira correta de preencher o questionário e de devolvê-lo.

4.2 População e amostragem

O pesquisa pretendida almeja também, estudar uma amostra composta por 10 sujeitos, sendo 2 crianças do gênero feminino, 2 crianças do gênero masculino e suas respectivas famílias, no caso, a mãe ou acompanhante das crianças pesquisadas, 1 adulto no caso a Pedagoga da Classe Hospitalar que atua diretamente com estas crianças na educação formal e 1 adulto sendo um médico pertencente ao corpo clínico do Hospital.

4.3 O local da pesquisa

O local a ser estudado é o Hospital Regional da Asa Norte, localizado no Setor Hospitalar Norte, quadra 1, área especial, Brasília-DF. Suas obras começaram no ano de 1972 e sua inauguração ocorreu no dia 04 de dezembro de 1984. O Hospital abrange o atendimento nas seguintes especialidades: Alergia Adulta e Infantil, Audiometria, Alto Risco Pré-Natal, Cardiologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Ginecológica, Climatério, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Fisiatria, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Hematologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Odontologia, Oftalmologia, Oncologia, Otorrino, Pediatria, Psiquiatria, Psicologia, Pneumologia, Planejamento Familiar, Queimados Sequelados, Reprodução Humana, Reumatologia, Urologia.

4.4 Técnicas empregadas

No tratamento dos dados para a realização da pesquisa, pretende-se utilizar a análise individual de dados obtidos na coleta das informações por meio da aplicação da entrevista, a fim de se conhecer os resultados obtidos. No caso dos dados coletados com a aplicação dos questionários, será utilizada a planilha Excel para a análise das informações registradas no referido documento. Para a apresentação das informações recolhidas pretende-se ainda empregar gráficos, tabelas e quadros para a exposição dos dados analisados.

4.5 Materiais a serem utilizados

O estudo contará ainda com materiais essenciais como caderneta de campo, gravador de voz, máquina fotográfica e filmadora para que se processe o registro das informações que subsidiarão a pesquisa pretendida.

CRONOGRAMA

Atividades	Agosto			Setembro				Outubro				Novembro		
Seleção do Objeto de Estudo	x													
Elaboração de fichamentos		x	x											
Elaboração da primeira etapa (tema, problema, objetivos geral e específicos, justificativa)				x	x	x		x						
Construção do Referencial Teórico								x	x	x				
Construção do Referencial Metodológico											x	x	x	
Revisão Metodológica													x	x
Revisão Ortográfica														x
Preparação para a qualificação do projeto														x
Qualificação do projeto														x

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Daniela Patti; SILVA, Maria Teresinha Pereira. **Formação e Prática Pedagógica em Classes Hospitalares:** Respeitando a cidadania de crianças e jovens enfermos. (Disponível em www.malhatlantica.pt/ecae-cm/daniela.htm. Acesso em 10/09/2007)

BRASIL. CONSTITUIÇÃO 1988: Texto Constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 26/00 e Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Edição atualizada em 2000. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2000.

CONANDA – Conselho Nacional Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Diretrizes Nacionais para a Educação Básica. *Diário Oficial*, Brasília, 17 out. 1995. Seção 1, pp. 319-320. (Disponível em www.somape.com.br/doc_crianças_hosp.pdf) Acesso em 10/09/2007. Documento Científico do Departamento de Cuidados Hospitalares e do Departamento de Defesa dos Direitos da Criança.

FONSECA, Eneida Simões. **Muito mais forte do que a doença:** professora ajuda crianças e jovens internados em hospitais a continuar os seus estudos. Rio de Janeiro, RJ: Revista Nova Escola, Março 1999.

LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL (Disponível em <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>). Acesso em 10/09/2007.

MATOS, Elizete Lúcia Moreira; MUGIATTI, Margarida Maria Texeira de Freitas. **Pedagogia Hospitalar:** a humanização integrando educação e saúde. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, Denise Soares. **Oficinas de Recreio.** São Paulo: Paulinas, 2003.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ (Disponível em www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus/sus_oquee.htm). Acesso em 10/09/2007.

RUIZ, Fernando Martinson. **Pesquisa qualitativa e pesquisa quantitativa: complementaridade cada vez mais enriquecedora.** Mestrando em Administração de Empresas na FEA-USP. Administração de Empresas em Revista. Curitiba, 2004.

RUIZ, João Álvaro. **Metodologia Científica:** Guia para eficiência nos estudos. 5.ed. São Paulo, SP: Atlas, 2002.