

APARECIDA MEIRE CALEGARI

AS INTER-RELAÇÕES ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE: IMPLICAÇÕES DO
TRABALHO PEDAGÓGICO NO CONTEXTO HOSPITALAR

MARINGÁ

2003

APARECIDA MEIRE CALEGARI

AS INTER-RELAÇÕES ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE: IMPLICAÇÕES DO
TRABALHO PEDAGÓGICO NO CONTEXTO HOSPITALAR

Dissertação apresentada à banca examinadora da Universidade Estadual de Maringá, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação na Área de Concentração: Aprendizagem e Ação Docente, sob a orientação da Prof^a Dr^a Solange Franci Raimundo Yaegashi.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

MARINGÁ- 2003

COMISSÃO JULGADORA

Prof^a Dr^a Solange Franci Raimundo Yaegashi (Orientadora)

Prof^a Dr^a Neide Arrias Bittencourt

Prof^a Dr^a Maria Rita Zoega Soares

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, exemplo de abdicação, que acompanhou meu crescimento, sonhou o meu sonho, se realiza na minha realização. Que abdicou de seus sonhos para que os meus pudessem se realizar.

Ao meu filho Gustavo, essência do meu amor e do meu existir, que se privou a tantos momentos de convívio, em prol do meu conhecimento e crescimento.

Ao José Ricardo, meu querido companheiro, presente que a vida me reservou para resgatar a essência do amor e da confiança do caminhar junto.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Solange Franci, pela sua dedicação e ensinamento, orientação, estímulo e amizade. Paciente com os percalços que a vida me reservou, depositando sempre confiança e apoio.

À professora Dr^a Áurea Maria Paes Leme Goulart, pela suas preciosas contribuições no exame de qualificação, apontando caminhos que somente uma verdadeira educadora poderia fazê-lo com tamanha humildade e confiança.

À professora Dr^a Neide Arrias Bittencourt, pela alegria de vermos nossos caminhos se cruzarem novamente. Professora exemplar na graduação agora contribuindo de maneira ímpar em mais uma etapa na minha formação profissional.

À professora Dr^a Rosa Maria Junqueira Scchictano, pela atenção e contribuição dada no exame de qualificação.

Ao professor Dr Ricardo Burg Ceccim, pelo presente (seu livro), que com certeza contribuiu imensamente para minha pesquisa, contagiando-me com seu entusiasmo e dedicação pela causa da criança hospitalizada. Guardando um desejo de ainda trabalharmos juntos por essa causa.

Aos meus especiais amigos Amauri, Helena Ritt, Sheila, Silvana e Rita pelo apoio e motivação quando as forças iam se exaurindo.

Às minhas companheiras de aula e de estrada Rúbia e Margarete pela amizade, cumplicidade e pelas ricas discussões que travávamos acerca dos nossos trabalhos (as três mosqueteiras – uma por todas e todas por uma).

Aos demais mestres, amigos e familiares que contribuíram direta ou indiretamente, fazendo parte desta minha formação.

E

Principalmente a DEUS, que me deu força e vida para superar todos os obstáculos do caminho, me dando a certeza dessa vitória.

RESUMO

O estudo que apresentamos, tem por objetivo compreender de que forma a atuação do pedagogo no ambiente hospitalar, vindo a contribuir para o bem-estar da criança, que privada das interações sociais próprias da infância, pode ter seu desenvolvimento comprometido, principalmente em casos de doenças graves ou crônicas, com reinternações constantes. A retomada da função do hospital ao longo da história, nos possibilitou vislumbrar seu papel na sociedade hoje, onde em nome de uma racionalidade técnica busca priorizar a doença e não o doente, negligenciando o aspecto integral da pessoa humana. Sob a perspectiva da teoria histórico-cultural de Lev Semyonovitch Vygotsky, buscamos fundamentar nosso entendimento acerca do desenvolvimento infantil, uma vez que, a partir de seus postulados, reafirmamos a necessidade das interações sociais e da aprendizagem junto à criança hospitalizada. Visto que mesmo em situação de adoecimento a mesma continua se desenvolvendo e se torna imprescindível, ações que permita a ela elaborar os efeitos negativos decorrente da hospitalização. Chegou-se à conclusão que a intervenção do pedagogo é essencial nesse contexto, visto que suas ações contribuiu de forma ímpar para o atendimento integral à criança hospitalizada.

Palavras-chave: Pedagogia-hospitalar, adoecer, aprendizagem, desenvolvimento infantil.

ABSTRACT

The study presented aims to understand in which ways the educator's performance in the hospital atmosphere can be committed (remembering that it can contribute to the well-being of the child who is temporarily deprived of the own social interactions of the childhood), mainly in cases of serious or chronic diseases, when the kid is admitted to the hospital again and again. The retaking of the hospital function along the history permitted us to glimpse its role in the society today, where on behalf of a technical rationality looks for prioritizing the disease not the patient, neglecting the human person's integral aspect. Under the perspective of the historical-cultural theory of Lev Semyonovitch Vygotsky, we tried to base our understanding concerning the infantile development, once, starting from their postulates, we reaffirmed that a hospitalized child needs social interactions and learning, because even sick he/she continues developing and it is quite important to put the child face to face with actions that allow him/her to elaborate the negative effects due to the hospitalization. We concluded that the educator's intervention is essential in the context mentioned above, since his/her actions may contribute in a unique way to the whole care of a child in the hospital.

Key-words: Hospital pedagogy, apprenticeship, sicken, infantile development.

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUÇÃO..... | 09 |
| CAPÍTULO I - O PAPEL SOCIAL DO HOSPITAL AO LONGO DA HISTÓRIA..... | 17 |
| 1.1 - ASPECTOS LEGAIS E DIREITOS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA..... | 39 |
| CAPÍTULO II - O ADOECER E SUAS IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL..... | 45 |
| 2.1 APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO INFANTIL..... | 53 |
| CAPÍTULO III - O TRABALHO PEDAGÓGICO NO CONTEXTO HOSPITALAR: POSSIBILIDADES E LIMITES | 70 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 99 |
| REFERÊNCIAS..... | 104 |

INTRODUÇÃO

Ao trabalharmos como professora, da disciplina de Prática de Ensino no Curso de Pedagogia, de uma Faculdade Estadual, passamos pela experiência da necessidade de orientar um projeto de estágio final de curso, cujo tema era inédito tanto para nós quanto para os demais docentes do Departamento de Pedagogia. Tratava-se do Atendimento Pedagógico à Crianças Hospitalizadas.

Essa tarefa nos levou a buscar subsídios teóricos para dar conta do nosso papel enquanto orientadora do referido estágio, uma vez que em nossa formação, durante a graduação, bem como nos demais cursos que visam formar o pedagogo, a palavra EDUCAÇÃO sempre apareceu ligada à ESCOLA, como se fossem "irmãs xipófogas" (Taam, 2000). Entretanto, diante dessa realidade tomamos consciência da lacuna existente nos Cursos de Pedagogia, uma vez que não contemplam conhecimentos específicos da realidade do adoecimento, das suas conseqüências, o espaço hospitalar bem como o papel do pedagogo nesse contexto, a fim de que o mesmo possa atuar no sentido de contribuir para a recuperação da criança no que tange aos seus aspectos biopsicosociais.

Outra limitação que nos deparamos, decorre da pequena produção de estudos na área da pedagogia referente ao tema de nosso estudo. Podemos confirmar essa premissa com a análise feita por Nunes (apud Taam, 2002), na 20^a

Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Educação – ANPED, acerca da produção de teses e dissertações na área. O estudo acabou por evidenciar uma lacuna nas investigações sobre a criança hospitalizada. Neste sentido, esperamos que esse estudo venha suscitar análises críticas e novas pesquisas, com o objetivo de contemplar um assunto de tamanha importância educacional e social.

Dessa forma, o estudo que ora nos propomos a realizar é de natureza teórica e visa, por meio do levantamento bibliográfico, responder às indagações sobre a atuação do pedagogo no contexto hospitalar, bem como compreender de que forma o mesmo pode efetivamente contribuir para o bem estar da criança doente. Conforme afirma Wallon (apud Taam, 2000, p.09) "*Aprender é algo que alivia a dor infantil*", portanto, o hospital pode ser um lugar para o professor. Wallon, enquanto médico, psicólogo e pedagogo, pôde avaliar de perto a necessidade precípua da relação Educação e Saúde enquanto ação terapêutica.

A doença pode levar a uma situação de isolamento, causando vários efeitos à pessoa. Como consequência da hospitalização ela pode apresentar ansiedade, depressão, solidão, busca de proteção e atrasos de ordem emocional e cognitiva, principalmente em se tratando de crianças.

Neste contexto, a intervenção do pedagogo talvez seja uma alternativa, não que ele vá substituir o trabalho clínico, mas sua atuação pode prevenir o aparecimento dos conflitos citados anteriormente. Além disso, ele pode

promover o bem estar geral das crianças, uma vez que um grande número de crianças enfermas ficam excluídas das atividades pedagógicas e das interações comuns de suas idades, acabando por lesar relações sociais e intelectuais importantes na vida infantil.

As crianças ao serem hospitalizadas, distanciam-se das atividades do seu dia a dia, inclusive das atividades escolares, principalmente quando são acometidas por doenças graves ou crônicas, acabando por passar grande parte de seu tempo hospitalizadas, interrompendo, dessa forma, sua vida escolar. Existe ainda, por outro lado, as crianças hospitalizadas que não estão matriculadas na rede escolar e é nesses casos que a ação pedagógica mais se justifica, seja do ponto de vista legal, seja do ponto de vista social e psicológico (Taam, 2000).

Para a criança, a escola e tudo o que ela significa tem grande importância, tanto no que diz respeito à compreensão da realidade, quanto na construção da personalidade da mesma, dessa forma, é importante que a doença e conseqüentemente a hospitalização não venha a prejudicar esse elo com o saber e o "mundo lá fora".

Para Novaes (1998), a hospitalização de uma criança é um evento estressante, e potencialmente traumático, uma vez que a escola, o lar, o cotidiano da mesma são substituídos por ambientes desconhecidos e frios que acabam por potencializar situações que geram insegurança e desconforto.

Na maioria das vezes, o atendimento hospitalar baseia-se num conceito de saúde que tem a doença como referência. A prioridade é dada à erradicação da doença e não à assistência geral aos pacientes, visando qualidade de vida, um estado de saúde e de equilíbrio físico e mental. Dificilmente a doença é vista como uma aliada da saúde, capaz de denunciar moléstias sociais, que levanta questões políticas das condições precárias de vida e que aponta as dificuldades emocionais através dos sintomas psicossomáticos (Ribeiro,1993).

Nesse sentido, procuramos abordar o termo saúde como um conceito mais amplo, que se relaciona com a cultura de um povo e das condições materiais de vida, e que por isso, não pode ser visto em termos absolutos e fechados.

Para atingir os objetivos deste estudo, o mesmo foi subdividido em três capítulos. No primeiro capítulo, procurou-se resgatar historicamente o papel e a importância do hospital enquanto instituição social, para que possamos compreender as diferentes funções que assumiu ao longo dos tempos e mais especificamente na atualidade. Buscou-se ainda apresentar os aspectos legais que cerceiam o direito da criança hospitalizada, buscando enfatizar a efetivação ou não das políticas públicas, que amparam esse atendimento.

Na contemporaneidade, a racionalidade no trato com a doença e a morte passou a fazer parte da instituição hospitalar, deixando de ser um local de assistência de andarilhos, leprosos e necessitados, controlada por religiosos, para tornar-se uma empresa com finalidade de curar as doenças e prolongar a

vida biológica, em detrimento da consideração da qualidade de outras dimensões de vida. Sendo assim, a instituição hospitalar sente-se responsável pela assepsia, eliminação da doença, mas não pela experiência subjetiva das pessoas com relação à vivência hospitalar (Ribeiro, 1993).

No segundo capítulo, buscou-se abordar a singularidade do adoecimento humano, enfocando os aspectos da implicação da doença no desenvolvimento infantil, visto que é necessário compreender as questões que envolvem o adoecer humano, suas implicações biopsicosociais e de que forma a proposta da intervenção pedagógica hospitalar pode contribuir favoravelmente para o bem estar da criança doente.

Os efeitos da institucionalização no desenvolvimento da criança foram apontados por Spitz (1972) e Bowlby (1968), mostrando os riscos que essa condição pode trazer à mesma. Os efeitos desastrosos observados por esses pesquisadores, decorre, segundo eles, da qualidade das interações substitutivas bastante precária nestas instituições.

Buscamos compreender o desenvolvimento infantil, sob a perspectiva da teoria de Lev Semyonovitch Vygotsky, uma vez que em sua teoria, o mesmo propõe que são as condições de vida que determinam diretamente o desenvolvimento de uma criança. O que nos leva a refletir sobre o que oferecemos na prática para as crianças, que estão afastadas de suas interações sociais quando estão hospitalizadas. Em outros termos, sobre o efeitos dessa negligência.

Na situação de hospitalização, a literatura indica a passividade dos doentes durante o internamento, as poucas possibilidades do paciente decidir sobre seu destino e de se inteirar ativamente no novo ambiente. Alerta sobre o comprometimento decorrente do internamento, que acaba por gerar medo do desconhecido, angústia e depressão e sugere medidas humanizadoras que ajudariam a promover a saúde do paciente (Chiattonne, 1984).

A partir dessa realidade, é necessário refletir em que medida o período de doença e hospitalização poderia, ser de fato, um entrave ao desenvolvimento infantil? Sabemos que no hospital, o movimento próprio da vida é interrompido, espera-se o restabelecimento da saúde para retomar a história pessoal do sujeito. Reflitamos novamente. É necessário esperar o restabelecimento da saúde para que a criança possa continuar se desenvolvendo? Atividades lúdicas, aprendizagem sistemática e outras interações podem contribuir para a recuperação da criança hospitalizada?

Buscamos as referidas considerações nas palavras de Ribeiro (1993, p. 23):

"[...] Perguntávamo-nos se a criança doente, sofrendo a proximidade real ou fantasiada da morte, estaria disposta a aprender. Aprender implica investir na vida. As crianças aceitaram o convite [...]"

Finalmente, no terceiro capítulo, procurou-se enfatizar o papel do pedagogo em ambientes clínicos, que tende a vencer o desafio de exercer uma mediação

constante entre a criança hospitalizada e o mundo que a rodeia, acompanhando-a em seu processo de recuperação e socialização.

Considerando que o processo de desenvolvimento da criança, embora hospitalizada, continua ocorrendo, procuramos pensar o hospital como um local de oportunidade de aprendizagens. Nesse sentido, acreditamos que a pedagogia pode oferecer sua contribuição, propiciando medidas pedagógicas que poderão favorecer o período de internamento, contribuindo para que o fluxo de desenvolvimento da criança prossiga como vinha ocorrendo e até seja enriquecido pelas novas experiências.

Acreditamos então, que a atuação pedagógica em ambiente hospitalar deve aproveitar qualquer experiência por mais dolorosa que possa ser, para enriquecer e mudar o sofrimento em aprendizagem. A dimensão terapêutica da intervenção do pedagogo é, sem dúvida, uma possibilidade de reestruturação do universo infantil rompido com sua marcha “natural”, possibilitando a continuidade do desenvolvimento infantil mesmo estando a criança hospitalizada. Assim, segundo Fonseca e Ceccim (apud Taam, 2000, p. 10):

As crianças que receberam atendimento pedagógico-educacional no hospital pareceram entender e aceitar ativamente a necessidade da hospitalização, como, também, se recuperaram e obtiveram alta da internação pediátrica mais precocemente do que aquelas que não contaram com essa oportunidade.

Dessa forma, caberia aos cursos de formação de educadores pensar o campo de atuação desse profissional numa vertente mais ampla, uma vez que educação não está relacionada diretamente à escola, ensino sistematizado. É necessário pensar a educação vinculando a saúde e tantos outros campos onde o fazer pedagógico se faz necessário. Como objeto específico de nosso estudo, a educação e saúde estão intrinsecamente ligadas.

CAPÍTULO I

O PAPEL SOCIAL DO HOSPITAL AO LONGO DA HISTÓRIA

Quando se busca compreender o atendimento hospitalar na contemporaneidade, sua estrutura, objetivos e política, necessitamos resgatar historicamente como esta instituição chegou ao nível de organização tal como a conhecemos hoje, um espaço estratificado, fragmentado e burocratizado, onde o hospital acaba dando menos voz ao paciente, para centrar-se na doença.

A doença é um processo biológico mais antigo que o homem. Antigo como a própria vida, pois é um atributo da mesma. Um organismo vivo é uma entidade lábil em um mundo de fluxo e mudança. No homem, a doença não existe como 'natureza pura', ela é mediada e modificada pela atividade social e pelo ambiente cultural que tal atividade cria (Rosen,1979, p.77).

Nessas condições, são verificadas situações de despersonalização do doente, este é identificado por uma determinada doença, é tomado, por vezes, como instrumento de pesquisa.

O resgate histórico que se pretende realizar procura superar a visão de evolução linear, e evidenciar as lógicas de ordenação que estiveram presentes em diferentes momentos, imprimindo-lhes caracteres religiosos, tecnológicos, políticos, econômicos e ideológicos (Antunes, 1991).

"O que fazer com o doente?", segundo Antunes (1991), essa é uma questão bastante antiga e complexa, que tem implicações diversas na tentativa de solucionar tal problemática.

Para esse autor, essa questão se desdobra nos seguintes níveis:

- a) Primário, que considera como evitar que as pessoas sadias, tidas por doentes em potencial, ainda que submetidas a graus variáveis de risco, venham a sê-lo efetivamente;
- b) Secundário, que congrega esforços em identificar a enfermidade desde suas primeiras manifestações e em conduzir à cura quem experimenta os desconfortos inerentes aos fenômenos mórbidos ;
- c) Terciário, que almeja a readequação das capacidades remanescentes do ex-doente nos casos que, uma vez finda a doença, tenham-se instaurados defeitos ou seqüelas que não permitam sua plena reabilitação (Antunes,1991, p.11).

Em virtude da extensa amplitude do tema bem como da multiplicidade de tipos hospitalares, faremos menção às instituições da Antigüidade, o culto de Asclépio, deus grego da medicina; do período medieval, os hospitais cristãos entre eles os leprosários; da Idade Moderna, as instituições denominadas lazaretos bem como as instituições de prestação de serviço na área da saúde na contemporaneidade.

Segundo Antunes (1991), na literatura grega da antigüidade Asclépio era considerado o deus da medicina. O culto a esse deus, como divindade curadora data do século VI aC. Na Tessália, de onde se expandiu por toda

Grécia, foram registrados mais de duzentos templos destinados ao culto de Asclépio, os quais os doentes recorriam na esperança de serem curados por intercessão divina.

É importante destacar, ainda, outra forma social e urbana, de atenção aos doentes enquanto costume dos babilônios:

[...] Não têm médicos, e quando alguém adoece trazem-no à praça pública, onde os passantes conferenciam com ele a respeito de sua doença, para descobrir se eles mesmos já não a contraíram, ou se conhecem alguém que sofrera de mal semelhante [...] ou que testemunham já haver curado outras pessoas. E não lhes é permitido passar por um doente em silêncio, sem inquirir a natureza de seu desconforto (Heródoto-"Clio" apud Antunes, 1991, p.22).

Concomitante ao culto de Asclépio, a Grécia antiga conhecera também a medicina leiga que era exercida por peregrinos que preparavam e vendiam seus medicamentos de cidade em cidade, outros que se ocupavam com os remédios feitos com ervas e raízes medicinais. No século V aC todos esses "médicos" assistiam aos doentes em um tipo de dispensário (estabelecimento de beneficência) chamado *latreion*, onde albergavam os enfermos submetidos a intervenções cirúrgicas (Antunes, 1991).

De acordo com Rosen (1994), os médicos da Grécia eram também filósofos naturais, tinham como objetivo indagar a constituição do Universo bem como a relação do homem com a natureza, não priorizavam apenas lidar com os problemas de saúde. Atribuía saúde e doença à natureza, a falta de saúde

teria origem na desarmonia entre homem e ambiente. Na obra *Ares, Águas e Lugares*, o autor procurou estabelecer as relações causais entre fatores do meio físico e a doença, sendo por mais de dois mil anos, o referencial teórico para compreensão das doenças endêmicas e epidêmicas. É importante ressaltar que até o final do século XIX, não se deu nenhuma mudança fundamental, quando as novas ciências da Bacteriologia e Imunologia se instituíram.

Os escritos de Hipócrates de Cós (460-377aC), considerado o pai da Medicina, começaram a ser reunidos na Biblioteca de Alexandria, no século II aC, cuja obra e atenção se concentrava em doenças endêmicas, que se constituíram fonte de pesquisa para toda a humanidade (Rosen, 1994).

Ao conquistar o mundo mediterrâneo, Roma aceitou a medicina e as idéias sanitárias helênicas. Dessa forma, como engenheiros e administradores, construíram sistemas de esgoto, suprimento de água para as cidades, banhos e outras instalações sanitárias que serviram de exemplo para outros povos, bem como melhorando a condição sanitária das cidades gregas e conseqüentemente as condições de vida da população.

Entre os séculos I aC e I dC, foram instaladas em Roma as primeiras instituições médicas especificamente dedicadas ao abrigo e tratamento de doentes: os *Valetudinaria*, algo como hospitais militares, visto que um Império

expansionista tinha como necessidade estratégica a recuperação dessa classe de doentes, para reaproveitá-los para a guerra (Antunes, 1991).

De acordo com Antunes (1991), os *Asklepieia* templos de Asclépio foram fechados em decorrência de um édito (decreto) firmado em 335 dC pelo Imperador Constantino, para serem rapidamente substituídos por hospitais cristãos.

Para Cisneros (apud Antunes, 1991), a justificativa do sucesso e a manutenção dos templos por tantos anos, mesmo na transposição para os domínios romanos, foi devido aos *Asklepieia* terem sido favorecidos graças aos vínculos estabelecidos entre os conhecimentos médicos da época e a classe sacerdotal que ali atuava, compatibilizando os rituais de purificação e os tratamentos prescritos com a crescente eficácia terapêutica dos conhecimentos médicos e farmacêuticos da civilização helênica.

A partir do século IV dC, vários estabelecimentos que se destinavam a cuidar e abrigar doentes e necessitados foram fundados pelo clero e passaram a prestar diversas modalidades de assistência social em nome da nova fé cristã. Foram regulamentados asilos que recebiam crianças enjeitadas pelos pais, órfãos, idosos, pobres e desamparados e os *Nosocomia*, eram estabelecimentos para se receber doentes em geral.

No entanto, esses estabelecimentos destinados aos cuidados com doentes, eram divididos em locais que recebiam doentes sem esperança de cura, que procuravam apenas abrandar-lhes o sofrimento, os doentes mais comuns nesses locais eram os leprosos, esses estabelecimentos eram chamados de *Lobotrophia* (Antunes, 1991).

Os *Xenodochia*, eram estabelecimentos criados para atender peregrinos e estrangeiros, mas com a necessidade de serviços de enfermagem os deveres da hospitalidade foram se transformando em *Nosocomia* (hospitais), que se constituíam como "[...] *uma casa de campo para receber pessoas doentes, enfermas e desafortunadas que foram afastadas do convívio público; onde elas seriam providas de alimentos regular e dos remédios necessários*" (Faxon apud Antunes, 1991, p. 43).

Ao contrário da medicina grega, o cristianismo primevo não se propugnava a origem natural das doenças, encarava-as como castigos divinos ou para pôr em prova os fiéis. O cuidado com os corpos doentes era visto como complemento à condução das almas; para cura, mais do que medicamentos seriam necessários o arrependimento dos pecados e a oração. Segundo Tavares de Sousa (apud Antunes, 1991), os conhecimentos médicos da antigüidade dificilmente teriam sido transmitidos às gerações seguintes, caso não tivessem sido preservadas pelos seguidores de atitudes consideradas heréticas. Atribui-se particularmente aos nestorianos o processo de difusão da cultura grega, a partir do século V, onde o Arcebispo Nestor rompeu teologicamente com a doutrina cristã.

Rosen (1994) argumenta que os hospitais monásticos na Idade Média tinham pouco em comum com as modernas instituições de mesmo nome, e muitas vezes não passavam de pequenas casas onde se oferecia alguma espécie de enfermagem. Em virtude da dualidade de sua natureza e de sua função, é difícil estimar o quanto serviam realmente para o cuidado dos doentes. Desde o século VIII até o século XII, esses hospitais representavam praticamente a única instituição que se destinava à atenção com a pessoa enferma.

A necessidade de expansão dos hospitais era evidente diante da procura dos serviços oferecidos por essas instituições, era costume usar camas coletivas (1,4x1,9 metros) que em casos de superlotação, chegavam a abrigar de uma só vez até seis pessoas, o que propiciava a propagação de doenças, entre os já debilitados (Antunes, 1991).

Após o século XII, as cidades européias floresceram a tal ponto, que sua prosperidade pôde refletir-se na iniciativa de reis, príncipes e municipalidades que edificaram hospitais de cunho estatal. Além disso, as corporações de artesãos e negociantes passaram a atuar no campo da assistência social: as guildas mais ricas providenciaram pavilhões hospitalares para atender seus associados (Thompson e Goldin apud Antunes, 1991). O hospital começou a sair das mãos de religiosos e serem assumidos pela medicina leiga, no entanto, os monges e freiras ainda se dedicavam aos cuidados dos doentes.

Rosen (1994) nos mostra que, o Renascimento é significativo por representar um novo período da História, o período moderno, no qual a Saúde Pública, como conhecemos hoje, se desenvolveu. O desejo de riqueza como motivo da guerra, e a consciência da utilidade da tecnologia para se alcançar o poder, levaram os soberanos e estadistas a incentivar homens de engenhosidade inventiva e saber técnico. Dessa forma, a revolução técnica refletiu na prática da medicina na Modernidade, que contou com o uso crescente da experimentação. Crescia nesse contexto a tendência em individualizar as doenças.

Com o crescimento da indústria, na Inglaterra do século XVII, começou-se a considerar a produção como a atividade central na economia, dessa forma, o trabalho passou a ser essencial na geração da riqueza de uma nação. Assim, qualquer perda na produtividade de trabalho, decorrente de enfermidade ou morte, tornava-se um problema econômico. Uma população grande e sadia estava no centro de interesses dos políticos, homens de negócio, estadistas, legisladores e médicos uma vez que era um meio para aumento da riqueza e do poder de uma nação. Fazia-se necessário assumir responsabilidades ante ao povo, implementando, dessa forma, uma Política Nacional de Assistência à Saúde (Rosen, 1994).

A Revolução Industrial trouxe benefícios para a saúde, como os métodos de preservação de alimentos, destacando-se a pasteurização e a refrigeração, no entanto, trouxe também muitos problemas, como o crescimento rápido das cidades e áreas industriais, sem quaisquer planejamento, com carência do

mais elementar equipamento sanitário, que consistia em abastecimento de água, esgoto, coleta de lixo e higiene da habitação, além do proletário ter uma carga horária excessiva de trabalho e condições insalubres no ambiente das indústrias, *"era necessário um novo olhar cada vez mais crítico para o complexo corpo social da sociedade moderna"* (Scliar, 1987, p. 72).

Conforme abordado anteriormente, a saúde do trabalhador representava produtividade. Em função disso, iniciou-se a preocupação com as doenças ocupacionais, principalmente com o trabalho nas minas, no entanto, o trabalho fabril também era alvo de preocupações. Tem-se em 1833, na Inglaterra, a aprovação do primeiro Ato Fabril, que consistia em proibir o emprego de crianças menores de nove anos de idade. Às crianças entre nove e treze anos se determinava uma jornada de 48 horas semanais e às pessoas entre treze e dezesseis anos a uma jornada de 69 horas semanais. Proibiu-se limpar as máquinas em funcionamento. Os industriais eram obrigados a garantir duas horas de escola, por dia, para todas as crianças empregadas em suas fábricas. Para desapontamento dos trabalhadores, somente o trabalho infantil recebeu tais proteções (Rosen, 1994).

Em 1850, um novo Ato Fabril, estabeleceu a jornada de trabalho, para mulheres e pessoas jovens, de seis horas da manhã até às seis horas da tarde, com intervalo de uma hora e meia para as refeições. Assim, em meados do século XIX, tinham sido tomadas algumas medidas, embora limitadas, para regular as condições de trabalho nas indústrias e nas minas. O advento do industrialismo foi acompanhado da exploração de mulheres e crianças em

tristes e insalubres fábricas. Contudo, somente no final de século XIX e durante todo o século XX, foram tomadas medidas relativas à proteção do homem trabalhador. Para tanto, usava-se o testemunho médico sobre as carências de saúde dos trabalhadores das indústrias para apoiar a causa das reformas no âmbito do trabalho (Rosen, 1994).

A repugnância diante do sofrimento humano não era nova e tinha sido elemento da luta pela reforma sanitária e fabril. Segundo os princípios do liberalismo econômico, porém, durante a maior parte do século XIX acreditava-se que o aumento da produção iria banir a escassez. Assim, seria eliminada a pobreza e reduzido, conseqüentemente, o sofrimento. No entanto, a realidade mostrou o contrário, na virada do século, a pobreza, as doenças, o vício e o sofrimento eram evidentes e representavam sintomas de uma moléstia social de raízes mais fundas (Rosen, 1994).

A necessidade do olhar social do Estado para com as conseqüências da industrialização é verificada em Scliar (1987, p. 76):

A 'questão social', surgida como efeito da Revolução Industrial, representou o fim da concepção orgânica, hegeliana, da sociedade e do Estado. O desenvolvimento social não podia ser autônomo, com o Estado intervindo às vezes sob a forma de polícia. Impunha-se a necessidade de uma tecnologia da intervenção social.

Já não se podia mais ignorar a necessidade de uma política de Bem Estar Social, que tem como precursor, paradoxalmente, a Alemanha, uma vez que

não se constituía, na sua época, num país dos mais avançados da Europa. No entanto, Otto Von Bismarck, príncipe alemão, conhecido como "chanceler de ferro", devido ao seu autoritarismo, ao invés de reprimir o descontentamento dos operários, apaziguou-os com uma legislação social que incluía habitação gratuita, seguro para velhice e assistência médica.

O modelo previdenciário alemão foi implantado em diversos países europeus após a Primeira Guerra Mundial. No entanto, somente após a Segunda Guerra Mundial, a política de Bem Estar Social sofreria mudanças substanciais, iniciada pela Grã-Bretanha, que tinha seus recursos provenientes diretamente dos cofres públicos. Os benefícios trazidos à população, pelo seguro social, eram expressivos. A assistência médica deixou de ser uma questão de caridade, passando a ser um direito adquirido através do trabalho, tal como as pensões e a aposentadoria. Os empresários também eram beneficiados, à medida que era disponibilizada uma mão-de-obra mais sadia (Scliar, 1987).

No Brasil, o seguro social surge com Getúlio Vargas nos anos 30-40, com a fase da industrialização e urbanização que ocorreu nesse período. *"É quando começa a se falar de 'povo'; até então tal categoria praticamente não existia"* (Scliar, 1987, p.78). No Estado populista de Vargas, o seguro social é parte das medidas adotadas na área trabalhista.

No Brasil, a criação do seguro social teria grandes repercussões na área de assistência médica, que pouco havia evoluído desde a descoberta: até o século 18 praticamente não houve medicina oficial no país; os doentes eram cuidados pelos jesuítas, curandeiros, e feiticeiros [...]. Os raros

profissionais tinham de ser habilitados na metrópole portuguesa. A assistência hospitalar estava a cargo das Santas Casas, dos lazaretos para hansenianos, dos hospitais militares. Os médicos exercem em geral a clínica privada ou trabalham em instituições filantrópicas, notadamente as Santas Casas, instituídas no Brasil-Colônia (Scliar, 1987, p.80).

Nesse período vão se consolidando os Institutos de Aposentadoria e Pensões, os IAPs, divididos segundo as diversas categorias profissionais. Paulatinamente os IAPs passaram a oferecer assistência médica, tal medida, além de uma necessidade da classe trabalhadora, era também do sistema previdenciário que teria que arcar com o ônus da doença não tratada (Scliar, 1987).

Em 1967, os vários IAPs se unificaram no Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, e atualmente se organiza através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS, além do Instituto Nacional de Seguro Social, o INSS.

Dubos (apud Contini, 2001) defende sua tese com relação à visão social da saúde, para ele, o homem é, mais um produto do meio em que vive do que de sua carga genética, ou seja, a saúde não é determinada por sua raça e sim pelas condições de vida em que está inserido.

No entanto, Rosen (1980), nos mostra que a Medicina Social apareceu como resposta aos problemas de doenças criados pela industrialização, sendo

bastante estreita sua história com a Política Social de Bem-Estar. Inicialmente preocupada com a classe dos trabalhadores industriais e seus problemas, pode hoje ser concebida em um sentido mais amplo, incluindo vários outros grupos sociais. Preocupa-se fundamentalmente com a saúde do homem, que tem sua origem na vida comunitária, para tanto caminha estreitamente ligada às Ciências Sociais como a Antropologia, a Sociologia, a Psicologia e a Economia.

O resgate histórico que se buscou empreender, se deu pela necessidade em compreender as diversas ações defendidas na área da saúde, como a recente divulgação pelo Ministério da Saúde, do seu Programa Nacional de Humanização no Atendimento Hospitalar (PNHAH), que contempla ações visando resgatar a importância dos aspectos humanos e não apenas o científico e biomédico, o que tem sido o elemento norteador do trabalho na área da saúde na atualidade, centrando-se mais na doença do que no próprio doente como um todo. Para tanto, passaremos a seguir, a detalhar o programa já referendado.

Segundo documentos do Ministério da Saúde, a experiência cotidiana do atendimento ao público nos serviços de saúde e os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos.

Evidentemente, todos esses aspectos são importantes para a qualidade do sistema, no entanto, as tecnologias bem como os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento.

O PNHAH busca desenvolver ações que não se restrinja somente à busca de melhorias na instituição hospitalar, mas também estender-se à formação educacional dos profissionais de saúde - atualmente bastante deficiente no que se refere à questão da humanização do atendimento. É no processo de formação que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde.

O programa propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições.

Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma re-qualificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade.

No campo das relações humanas que caracterizam qualquer atendimento à saúde, é essencial agregar à eficiência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e imprevisível, que aceite os limites de cada situação.

O grande número de iniciativas de humanização em andamento nos hospitais, das mais simples às mais criativas e complexas, demonstra que esta necessidade de mudança na forma de gerir a relação entre usuário e profissional de saúde e na forma de gerir a própria instituição de saúde, vem sendo amplamente reconhecida. No entanto, todas as iniciativas encontradas são setoriais, uma vez que pelo próprio conceito de Humanização utilizado nas instituições, se concentram em áreas, departamentos ou atenções específicas, sem conseguir o envolvimento do todo das organizações. Nestes casos, a despeito dos resultados favoráveis das ações de humanização, persiste um desconhecimento destas propostas pelas próprias instituições e pelo público que o utiliza, bem como uma impossibilidade de mudança da cultura institucional em relação à Humanização, mudança essa vital para que seja dado um passo definitivo na transformação do atendimento em saúde no Brasil.

Para tanto o P.N.H.A.H possui os seguintes objetivos, onde busca efetivar sua proposta:

- Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira;
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil;
- Capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania;
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde;
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública;
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área;
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado;
- Modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade;

O Público Alvo do programa contempla:

- Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;

- Hospitais da rede pública de saúde do Brasil;

A metodologia escolhida prevê a multiplicação progressiva do Programa de Humanização para um conjunto cada vez maior de hospitais da rede pública, através do apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dos hospitais já capacitados e que serão transformados em Centros de Referência em Humanização.

A primeira fase transcorreu entre maio de 2001 a abril de 2002 e alcançou 93 hospitais.

A segunda fase, de maio a dezembro de 2002, buscou estender o Programa a um número estimado de 450 novos hospitais, selecionados pelos seguintes critérios:

1. Hospitais que participaram da Rede Nacional de Humanização na 1ª fase.
2. Hospitais indicados pelas Secretarias de Saúde e pelos hospitais que participaram da primeira fase.

A implantação do PNHAH é compartilhada pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde (municípios que possuem hospitais participantes do Programa com gestão plena).

O processo de intervenção dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar se expressa em quatro planos distintos:

- No plano pedagógico: contribuir para a educação continuada, promoção de eventos educativos, treinamento de áreas ou profissionais, divulgação de temas de interesse da coletividade;
- No plano político: propiciar a democratização das relações de trabalho, concedendo voz aos setores que normalmente não teriam condições de superar as barreiras de hierarquia e competência técnica. Para isso, deverá manter um relacionamento estrito com cada setor, ouvindo reclamações, sugestões e buscando soluções para problemas específicos;
- No plano subjetivo: sustentar um processo de reflexão contínua sobre as vivências no mundo do trabalho, o *como* e *para quê* se trabalha numa organização hospitalar;
- No plano comunicativo: criando fluxos de informações relevantes para profissionais, dando a conhecer os projetos de humanização em curso no hospital;

A evolução do conhecimento técnico-científico não tem sido acompanhada por um correspondente avanço na qualidade do contato humano presente em toda intervenção de atendimento à saúde.

O planejamento em saúde, na maioria das vezes, desconsidera as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas ligadas à saúde e à doença, e as formas de intervenção para seu atendimento são, muitas vezes, subestimadas e até mesmo desconsideradas. De modo geral, a avaliação de um grande número de usuários do sistema de saúde revela a percepção do seguinte fato: a qualidade positiva do conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde não se faz acompanhar por uma correspondente qualidade nos aspectos, como: grau de profissionalismo, respeito, modo de atender e de comunicação, atenção e tempo dispensados ao usuário, prestação de informações e empatia com a necessidade alheia. De fato, a qualidade do contato pessoal entre profissional e usuário é responsável por uma infinidade de mal-entendidos e dificuldades no tratamento dos pacientes, condição que favorece o erro médico.

Neste sentido, a humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber.

A razão de existência de um hospital é cuidar da saúde da comunidade. Este cuidar acontece sempre dentro de um campo de relações em que nem tudo pode ser codificável e previsível, nem tudo pode ser respondido com técnicas objetivas e passíveis de se repetirem todo o tempo, da mesma forma. Está-se, portanto, em um campo em que estão presentes modos singulares de existência, requerendo, assim, uma atenção especial às formas de execução de qualquer trabalho.

Portanto, humanizar é aceitar esta necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites.

O ponto-chave do trabalho de humanização está em fortalecer este comportamento ético de articular o cuidado técnico-científico, já construído, conhecido e dominado, com o cuidado que incorpora a necessidade de explorar e acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular. Trata-se de um agir inspirado em uma disposição de acolher e de respeitar o outro como um ser autônomo e digno. É necessário repensar as práticas das instituições de saúde, buscando opções de diferentes formas de atendimento e de trabalho que preservem este posicionamento ético no contato pessoal e no desenvolvimento de competências relacionais.

No processo de habilitação dos profissionais de saúde, devemos considerar a fragilização física e emocional provocada pela doença e as suas conseqüências na relação entre o profissional e o usuário. Sentimentos como afeição, respeito, simpatia, empatia, angústia, raiva, medo, erotismo, compaixão, etc. são inevitáveis em qualquer contato humano. Estarão, portanto, presentes nas relações nos serviços de saúde. Para que haja profissionalismo e bom atendimento, esses aspectos precisam ser reconhecidos, estar sob controle e a serviço da compreensão das necessidades do usuário e dos profissionais. Na verdade, esses sentimentos, mesmo que intensos e imprevisíveis, quando incorporados adequadamente à atividade do profissional, podem se tornar instrumentos valiosos no atendimento à saúde. Da mesma forma, considerar os aspectos de condições de vida, de condições de trabalho, de relações familiares, culturais e sociais, pode contribuir para o cuidado do usuário e o restabelecimento do seu bem-estar.

O desenvolvimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar implica necessariamente o fortalecimento de uma política de resgate do valor da vida humana, do cuidado ético para com ela e de valores fundamentais, como alteridade, respeito, coerência e responsabilidade social. Portanto, a implantação ampla do Programa deverá, especialmente, considerar a participação ativa e responsável do maior número de pessoas (profissionais e usuários) empenhadas, direta ou indiretamente, de forma que sejam respeitadas, ouvidas e valorizadas.

É conhecida de todos os que trabalham na área da saúde a noção de que os hospitais encontram-se entre as organizações mais complexas que existem. Complexidade esta que deriva não apenas dos desafios impostos pela organização do trabalho em si, da necessidade de harmonizar o processo com o produto final almejado (promoção de saúde e bem-estar), mas também das exigências da condução deste processo, que significa coordenar as ações específicas de cada parte envolvida no trabalho, dando a cada uma delas um sentido geral.

A noção de qualidade em saúde precisa transcender o senso comum de adequação técnica dos agentes sobre o objeto de prática (o paciente), para considerar que este ato é também um ato moral. Uma ação técnica se realiza na dependência de uma relação intersubjetiva que repercute intensamente em todos que dela participam.

Diante do exposto, podemos verificar que iniciativas, inclusive por parte dos poderes públicos, foram iniciadas recentemente pelo Ministério da Saúde, demonstrando dessa forma, a necessidade que tais problemas demandam. Acreditamos, fundamentados no percurso histórico das mudanças em nossa sociedade, que as mesmas são lentas, uma vez que necessário rever posturas firmemente arraigadas.

Selecionamos as principais leis que amparam a criança e o adolescente, tanto no que tange aos seus direitos fundamentais quanto a alguns destacados, pela sua especificidade ao atendimento educacional à criança hospitalizada.

1.1 ASPECTOS LEGAIS E DIREITOS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

As Políticas Públicas, que visam a qualidade de vida dos cidadãos, nem sempre se efetivam na prática. A distância entre o que se proclama e as efetivas ações são enormes. Para Aquino (2001, p.25), existe "[...] *uma situação ambígua presente hoje no país, que se aplica também ao caso do atendimento pedagógico-hospitalar: o 'arrojo' legal em contraste com o anacronismo das práticas sociais*".

Apresentaremos abaixo, por ordem cronológica, textos chancelados legalmente pelo Ministério da Justiça, que amparam quanto ao atendimento à pessoa hospitalizada, enfocando mais especificamente o objeto do nosso estudo, a criança e o atendimento pedagógico no contexto hospitalar.

A Declaração dos Direitos do Doente e do Médico (apud Cavalcanti, 1997, p.5) afirma em seu artigo 11º, conforme nos apresenta Cavalcanti (1997, p. 05) que: "*O doente tem direito [...] a todos os meios culturais que podem ajudá-lo a recuperar sua saúde física e moral*".

Cavalcanti (1997, p. 06) argumenta ainda que:

[...] em todas as circunstâncias, o doente permanece uma pessoa cujos direitos e necessidades básicas são os mesmos que os de uma pessoa saudável. Unicamente a impossibilidade de fato pode impedi-lo de usufruir de seus direitos ou de satisfazer suas necessidades [...]. Não se pode limitar seus direitos ou suas necessidades em matéria de cultura ou de distração, por causa de sua doença. A única limitação permitida é de ordem médica, ou quando a equipe encarregada do tratamento considera que a utilização desse direito constitui um obstáculo à cura. Em contrapartida, a limitação do direito à vida recreativa, por qualquer razão que não seja de ordem médica, constitui um grave atentado às prerrogativas do homem que sofre.

Já o Estatuto da Criança e do Adolescente, regimentado pela Lei Nº 8069 de 13 de Junho de 1990, dispõe garantias de direitos para a criança e o adolescente, com relação à situação especial de hospitalização. Isso pode ser observado em seus artigos abaixo apresentados:

Art.4º- Parágrafo Único:

- a) Primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) Precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) Preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e juventude.

Art. 7º- A criança e o adolescente têm o direito à proteção e à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitem o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Art. 11º- É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 57º- O Poder Público estimulará pesquisas, experiências e novas propostas relativas a calendário, seriação, currículo, metodologia, didática e avaliação, com vistas à inserção de crianças e adolescentes excluídos do ensino fundamental obrigatório.

É importante notar que na lei apresentada, temos especificamente o artigo 57º, que ampara a iniciativa quanto a novas propostas que visem atender crianças e adolescentes excluídos do sistema de ensino fundamental obrigatório. Vale ressaltar que a hospitalização é uma das causas de exclusão da vida escolar, uma vez que a criança portadora de doença grave ou crônica não consegue se adaptar ao sistema regular de ensino. Cabendo então, ter seu direito atendido através de iniciativas flexíveis que atendam tanto a necessidade do tratamento médico quanto a necessidade de aprender e se desenvolver de maneira mais “normal” possível.

Temos ainda a publicação da Resolução Nº 41 de 13 de outubro de 1995, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, chancelada pelo Ministério da Justiça, que trata dos direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, estende o direito à proteção integral à infância e adolescência aos eventos de hospitalização expressando essa normativa dentro da esfera jurídica e política, eximindo assim, de qualquer questão de julgamento moral.

Conforme Ceccim e Carvalho (1997, p. 185 a 190), tais direitos são descritos da seguinte forma:

- 1- Direito à proteção à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação;
- 2- Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa;
- 3- Direito a não permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade;
- 4- Direito de ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas;
- 5- Direito de não ser separado de sua mãe ao nascer;
- 6- Direito de receber aleitamento materno sem restrições;
- 7- Direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la;
- 8- Direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados e 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 submetida;
- 11- Direito a receber apoio espiritual/religioso, conforme a prática de sua família;

- 12- Direito de não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal;
- 13- Direito de receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária;
- 14- Direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus-tratos;
- 15- Direito ao respeito à sua integridade física, psíquica e moral;
- 16- Direito à preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais;
- 17- Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação de massa, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética;
- 18- Direito à confidência de seus dados clínicos, bem como direito a tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na Instituição, pelo prazo estipulado em lei;
- 19- Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente;
- 20- Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Chamamos a atenção para o item 9, pois vemos nessa lei especificamente o amparo legal do atendimento, ao menos recreativo, quando a criança se encontra hospitalizada. A lei é clara e objetiva quanto a esse direito do doente.

A *integralidade* da assistência é, sem dúvida, um dos princípios que regem, moral e legalmente, as ações e serviços de saúde (Lei Orgânica da Saúde, 1990). Essa atenção integral é entendida como a articulação e a integração simultâneas das ações e serviços, sejam eles preventivos ou curativos, individuais ou coletivos, no que se refere à complexidade do Sistema de Saúde (Ceccim e Carvalho, 1997).

Como se pode perceber, não é pela omissão de textos legais que não se realizam ações educativas nos hospitais pediátricos. A criança doente tem direitos legalmente reconhecidos mas que não vêm sendo aplicados. Existe uma distância entre o que se fala e as efetivas ações empreendidas.

CAPÍTULO II

O ADOECER E SUAS IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A grande maioria da comunidade civilizada concebe o adoecer como sendo o sofrimento cujo produto é uma causa, do qual o médico se ocupa para diagnosticar, tratar e curar, se possível.

Segundo Chiozza (1987), existem duas formas de adoecer. Uma é a doença aguda, que é transitória e breve, e outra a crônica, mais prolongada e lenta, que pode progredir, estacionar ou retroceder. O curso, desta última, pode ser benigno ou maligno, e as moléstias que ocasionam podem ser leves ou graves. A necessidade do médico se dá quando crê-se que a doença não alivia ou não se cura sozinha.

Para Contini (2001), desde os tempos mais remotos, a saúde sempre esteve presente enquanto uma das maiores preocupações do homem. Talvez pela própria necessidade da conservação da vida e um bem comum desejável a todas as pessoas, essa temática foi e continua sendo questão importante a ser discutida.

Para essa autora, é difícil estabelecer um consenso acerca da definição do termo Saúde. Buscando rever essas definições, desde a Antigüidade até os

dias atuais, os estudiosos nesse assunto classificaram definições diferentes no Ocidente e no Oriente. No entanto, a conceituação da saúde, no seu início, estava ligada diretamente à religião e à filosofia, para caminhar depois para aproximação das práticas da medicina hipocrática e desembocar no desenvolvimento das ciências fisiológicas e biológicas. O homem, portanto, em sua trajetória buscou diferentes respostas quanto ao fenômeno da saúde, doença e da cura.

No percurso histórico da doença, de acordo com Oliveiri (1985), os estudos antropológicos demonstram que já na Grécia antiga, as concepções mágico-animistas dominaram as questões do adoecer. Hipócrates, pai da medicina, influencia nas concepções que cederam espaço a uma visão humoral: a doença seria um desequilíbrio de humores corporais em consequência das disposições naturais e ações atuais do paciente, bem como as influências do meio ambiente sobre ele. Com isso, as relações entre corpo e mente passaram a ser considerados pela medicina, naquele contexto histórico.

Para Contini (2001), a definição de saúde exposta nos escritos hipocráticos já apontavam para a busca do equilíbrio entre o ambiente, o modo de vida e os vários componentes da natureza do ser humano. Portanto, é possível observar que há mais de 2.500 anos já havia sido considerada a inter-relação entre meio ambiente, corpo e a mente com relação às questões relacionadas à saúde e doença do ser humano.

Na Idade Média, as concepções teóricas e práticas da medicina, sofreram forte influência religiosa, uma vez que funções mentais ficaram sob o domínio dos

sacerdotes e os problemas do corpo sob os cuidados do médico. Iniciou-se uma conceituação negativa da saúde, enquanto ausência de doença, uma vez que a medicina passou a cumular mais conhecimentos sobre a doença *“do que os indicadores e atributos da sanidade física e mental”* (Moura apud Contini, 2001, p.19).

O Renascimento com sua orientação humanística, focou tais temas para o modelo das ciências naturais, onde o homem e tudo que se relacionava a ele, era então justificado conforme as relações explicativo-causais que esse novo enfoque permitia dentro de um racionalismo cartesiano.

Somente em meados do século XX começaram a surgir definições de saúde que não estivessem estritamente ligada aos aspectos orgânicos, mas procurando considerar o homem em sua totalidade, o que parece ser um retorno ao tratado de Hipócrates. Somente em 1946, a Organização Mundial da Saúde, na publicação de seus documentos, define que *“a saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de distúrbios ou doença”* (Contini, 2001, p. 19).

Apesar do avanço quanto à definição de saúde pela Organização Mundial de Saúde, ocorre muitas insatisfações quanto a esse conceito, considerando-o como algo inatingível e utópico, uma vez que não leva em conta as imperfeições da pessoa humana, bem como na subjetividade contida na

expressão “ completo bem estar”, difícil de ser traduzida em ações concretas em busca de melhoria da saúde para a população.

[...] parece óbvio que a saúde seja condicionada pela nutrição, moradia, vestuário, higiene, de água e dos esgotos, salubridade no trabalho, remuneração e capacidade aquisitiva satisfatória, fruição de lazer, educação cultura e por outros fatores relacionados com o ambiente físico e social onde vive o ser humano. (Moura apud Contini, 2001, p. 21).

É necessário levar em conta também que a cultura, assim como o nível econômico, influenciam a percepção e identificação da doença, bem como o seu grau de gravidade. Isso pode ser constatado nas palavras de Berlinguer (apud Taam, 2001, p.17):

Alguns fenômenos como a dor nas costas e o emagrecimento são considerados nas classes pobres como quase normais [...] não eram reconhecidos com freqüência como suficientemente graves para necessitar de tratamento.

Conforme buscou-se resgatar, sumariamente, o conceito de saúde foi sofrendo alterações ao longo da história da humanidade e vai se conceituando de forma singular em diferentes momentos históricos.

No entanto, no que se refere ao aspecto individual a doença para cada ser humano vem carregada de significado para ele próprio. Sua forma de reagir, maneira de lidar consigo mesmo e com o mundo que o cerca, assim como aponta sua forma de lidar com sua própria vida.

A doença é algo novo que imprime mudanças, tanto de ordem objetiva quanto subjetiva. Objetiva, pois o indivíduo terá que se adaptar a novas rotinas, horários e hábitos. Subjetiva, porque envolve o medo, a fragilidade, a dependência e a auto-imagem rebaixada.

Na hospitalização tais mudanças ficam ainda mais evidentes, uma vez que as transformações ocorrem de maneira brusca, o sujeito "muda de residência", utiliza recintos comuns e usa trajes padronizados. São adotados muitos procedimentos dolorosos e, nesse ambiente não familiar, o indivíduo se sente passivo e impotente diante de uma nova realidade em que foi inserido.

A maneira como acontecerá a superação ou melhor adequação a essa nova realidade, se dará em função da forma de encarar a própria vida, como já foi dito anteriormente e pelas condições "externas" do indivíduo na elaboração da hospitalização e da própria doença, de uma maneira menos dolorosa e traumática. Dessa forma, programas que buscam contribuir para essa elaboração são de suma importância e hoje já se revela tal preocupação, como podemos verificar nas iniciativas do P.N.H.A.H., como já descrito no capítulo anterior.

Spitz (1972) aponta os efeitos da institucionalização no desenvolvimento mental da criança, objeto central dessa pesquisa, mostrando os riscos que tal condição pode acarretar para o desenvolvimento emocional das mesmas, de acordo com o estágio em que estas se encontram. Os efeitos negativos da

separação da mãe para o seu desenvolvimento, são decorrentes da qualidade das interações substitutivas dos cuidados maternos, que se apresentam bastante deficientes nas instituições por ele relatadas.

Os estudos sobre desenvolvimento infantil e principalmente sobre a importância de contato que a criança pequena requer, aqui não referido atendimento das necessidades básicas como higiene e alimentação, revelaram que o recebimento de atenção e carinho são elementos essenciais para o desenvolvimento emocional o que também acaba por contribuir para um desenvolvimento global saudável.

Spitz (1972) formulou o conceito de “síndrome do hospitalismo” para designar um conjunto de distúrbios e efeitos prejudiciais que a hospitalização prolongada traz ao desenvolvimento emocional das crianças hospitalizadas privadas de laços afetivos. Enfatizou-se o aspecto do vínculo que a criança estabelece com quem dela cuida e com ela interage de forma sistemática. Goffman (1961), aponta em sua obra a perda de autonomia imposta ao indivíduo por instituições como o hospital.

Os avanços recentes em Pediatria, Puericultura e Pedagogia têm nos levado à novas descobertas, que permite-nos falar em necessidades pedagógico-educacionais da criança para que seja assegurado seu desenvolvimento de maneira mais efetiva, uma vez que estas necessidades não só se mantêm,

como são acentuadas quando a criança requer cuidados em um hospital, já que se rompe os laços com seu cotidiano.

Bruner e Suddart (apud Ribeiro, 1993), apontam diversas reações que a criança apresenta durante a hospitalização, chamando a atenção para as preocupações infantis, como a possibilidade de perdas de habilidades adquiridas, ou mesmo do seu próprio corpo, uma vez que passa a ser *“comandado por médicos e enfermeiras”*.

Chiattonne (apud Ribeiro, 1993), centrando-se nos fatores emocionais ao abordar o desenvolvimento infantil, faz referência ao ataque que a criança sofre, quanto à sua integridade, ao ser hospitalizada, alertando para o fato da geração de sentimentos como o medo do desconhecido, angústia e depressão e acaba por sugerir ações humanizadoras que viriam a promover a saúde do paciente infantil.

Entre os questionamentos necessários para elucidação do nosso estudo, um deles é: Qual a viabilidade de um espaço de saúde e de desenvolvimento integral da criança num hospital? Por que um lugar destinado a crianças é tão destituído de indícios infantis? De que forma o pedagogo pode contribuir para construir uma atmosfera terapêutica num ambiente clínico?

Pensando nisso, nos reportemos a Vygotsky (1989) quando propõe que são as condições concretas de vida que determinam diretamente o desenvolvimento

do psique de uma criança, o que nos faz constatar que é justamente o que oferecemos à criança, enquanto prática real, que vai determinar o seu desenvolvimento, dessa forma, é importante pensar o hospital enquanto um espaço de aprendizagem e de desenvolvimento infantil.

Não pensamos que tais considerações possam negar os aspectos dolorosos que diariamente se constitui no ambiente hospitalar, como separações, dores físicas, procedimentos incômodos e morte. No entanto, nosso questionamento é sobre o pouco investimento nos aspectos prazerosos, de vida e de desenvolvimento apesar de ser um ambiente clínico.

De acordo com Ribeiro (1993), durante a hospitalização todo cenário em que vinha ocorrendo a vida altera-se drasticamente. Mudam as pessoas, as atividades e o ambiente, sendo portanto, uma alteração radical, onde pouquíssimos elementos de sua vida, anterior ao internamento, são preservados, causando dessa forma, insegurança, medo e solidão.

Considerando que as condições favoráveis de desenvolvimento na infância implicam um relacionamento com outras crianças, adultos, brincadeiras e situações de aprendizagem, onde o sujeito é interativo e constrói seu pensamento e seu modo de agir num ambiente que é histórico e social, pensamos o pedagogo como articulador desses processos, para que a criança tenha a possibilidade de expressar as situações que está vivenciando, como tratamentos dolorosos, cirurgias, entre outros procedimentos médico-

hospitalares; o contato com os companheiros e o pedagogo, parecem repercutir favoravelmente na convalescença da criança (Ribeiro, 1993).

Sabendo que o contato com aspectos dolorosos e depressivos são inerentes à própria vida, apesar do sofrimento que trazem, vivenciá-los pode enriquecer o indivíduo a fim de enfrentar outras situações. No entanto, quando são negadas as condições necessárias para superá-las, acaba-se por contribuir para produção de um estado de fragilização e empobrecimento de estratégias para o enfrentamento da vida (Ribeiro, 1993).

Nessa perspectiva, procuramos entender como se processa o desenvolvimento infantil, uma vez que é necessário compreender tais processos, a fim de propiciar as condições favoráveis para que ele ocorra, já que hospitalizada ou não a criança continua tendo suas necessidades de desenvolvimento mantidas.

2.1 APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

De acordo com o eixo norteador de nosso estudo, criança hospitalizada e a possível contribuição pedagógica junto à mesma, esboçaremos a seguir, acerca do desenvolvimento infantil segundo o referencial da teoria histórico-cultural de Lev Semyonovitch Vygotsky, uma vez que, este autor postula a importância atribuída aos processos sociais na formação dos processos cognitivos, afetivos e psicológicos do ser humano.

Dessa forma, acreditamos que tal teoria venha de encontro com a nossa necessidade de compreender a importância das interações sociais, mesmo quando a criança se encontra em estado de adoecimento, privada do seu convívio social cotidiano, ou seja, esteja ela hospitalizada.

A convivência social em um ambiente essencialmente histórico, permite ao homem apropriar-se de instrumentos, quer sejam eles físicos ou simbólicos, desenvolvidos por outras gerações que o antecederam, dessa forma, os homens tornam-se homens através do convívio com outros homens, mesmo assim, a individualidade do ser é construída a partir das relações sociais que se estabelecem numa sociedade.

Na teoria vygotskyana, os pressupostos de contínua interação entre as condições sociais e biológicas que vão construir o comportamento humano é muito presente, uma vez que considera que é a partir das estruturas orgânicas elementares em processo de maturação é que vão se formando as funções mentais mais complexas, sendo as interações sociais que regula o comportamento da criança e seu desenvolvimento mental. Para esse teórico a caracterização desse desenvolvimento está diretamente ligada ao mundo material e às formas de vida que os homens vão construindo no decorrer da história da humanidade (Bock et al., 2000).

Para melhor compreender sua teoria é necessário pontuar seu contexto histórico que muito contribuiu para construção de seus postulados. Vygotsky

viveu na Rússia pós-revolucionária de 1917 e contou com profunda influência marxista. Seu percurso acadêmico foi marcado pela interdisciplinaridade, uma vez que transitou por diversas áreas do conhecimento desde artes, literatura, lingüística, antropologia, cultura, ciências sociais, psicologia, filosofia e posteriormente medicina. Apresentou uma formação bastante eclética, assim como uma atuação profissional diversificada (Rego, 1998).

O interesse em compreender o desenvolvimento psicológico do ser humano, levou o teórico a questionar teorias que eram defendidas até então, de um lado um grupo que baseado em pressupostos da filosofia empirista, concebia a psicologia enquanto ciência natural, onde a mesma devia se deter na descrição das formas exteriores do comportamento, entendidas única e exclusivamente como habilidades mecanicamente constituídas. Limitava-se à análise dos processos mais elementares ignorando os fenômenos mais complexos do ser humano. Numa outra vertente, outro grupo inspirado na filosofia idealista, entendia a psicologia enquanto ciência mental, acreditando que a vida psíquica não poderia ser objeto de estudo de uma ciência objetiva, uma vez que era uma manifestação do espírito. Vale ressaltar que esse grupo não ignorava as funções mais complexas do ser humano mas se detinha na descrição subjetiva de tais fenômenos (Rego, 1998).

Para Vygotsky (1989), as duas tendências difundidas na época, não possibilitavam a fundamentação necessária para a construção de uma teoria consistente para compreensão dos processos tipicamente humanos. Buscava superar tais teorias através da aplicação dos métodos e princípios do

materialismo dialético, para compreender o pensamento humano, acreditava que através dessa abordagem seria possível não só descrever como explicar o comportamento do homem. Como podemos verificar nas palavras do próprio autor, *“o verdadeiro curso do desenvolvimento do pensamento não vai do individual para o socializado, mas do social para o individual”* (1989, p. 18).

Vygotsky (1989) dedicou-se a compreender as *funções psicológicas superiores* que, para ele, consistem no modo de funcionamento tipicamente humano. Cita como exemplo, capacidades como planejamento, memória voluntária, imaginação entre outras, as quais são capacidades exclusivamente humanas. São consideradas por ele “superiores”, pois referem-se a mecanismos intencionais, ações conscientes e controladas que capacitam o indivíduo a possibilidade de independência no que se refere ao momento presente. Esses processos não são inatos, pelo contrário, são originados nas relações que se estabelecem socialmente. Faz distinção, dos processos psicológicos elementares, que são presentes na criança pequena e nos animais, uma vez que são reações automáticas, ações reflexas de origem biológica.

É importante destacar que, ao se basear nos princípios do materialismo dialético, Vygotsky (apud Rego, 1998, p.41) procurou construir uma teoria do desenvolvimento, com o objetivo de integrar *“numa mesma perspectiva, o homem enquanto corpo e mente, enquanto ser biológico e social, enquanto membro da espécie humana e participante de um processo histórico”*.

Nessa mesma direção, também buscamos a sustentação necessária, para afirmar a necessidade em compreender a criança em sua totalidade, não desvinculando-a de seu corpo e mente, de seu direito à educação e à saúde de forma integral. A doença não pode ser um empecilho e uma justificativa para práticas hospitalares puramente corpórea.

Vygotsky (1989), no entanto, se opôs a tais teorias fundamentando seus pressupostos a partir de seus conhecimentos ecléticos bem como nas concepções do materialismo-histórico. Suas pesquisas consistiam na tentativa de estudar e compreender os processos de transformação do desenvolvimento humano na sua dimensão filogenética, histórico-social e ontogenética. Para ele, a cultura tornava-se parte da natureza humana.

O autor se dedicou mais especificamente, ao que ele próprio denominou, de Pedologia (ciência da criança, que integra os aspectos biológicos, psicológicos e antropológicos), segundo ele, era a ciência básica do desenvolvimento humano, uma síntese das diferentes disciplinas que estudam a criança (Rego, 1998).

Vale aqui ressaltar, que a preocupação principal de Vygotsky não era a de elaborar uma teoria do desenvolvimento infantil, no entanto, recorre à infância como forma de entender o comportamento humano de modo geral. Justifica essa necessidade em estudar a criança, uma vez que a mesma “*está no centro*

da pré-história do desenvolvimento cultural devido ao surgimento do uso de instrumentos e da fala humana” (Rego, 1998, p.25).

O ponto central da teoria vygotskiana, é sem dúvida, que as funções psicológicas superiores são de origem sócio-cultural e emergem de processos psicológicos elementares de origem biológica. Com isso, a complexidade da estrutura da pessoa deriva do processo entre a história individual e a história social.

De acordo com essas premissas, acreditamos que os postulados de Vygotsky (1989) venham de encontro com nossa necessidade em compreender e reafirmar, a importância da intervenção pedagógica junto à criança hospitalizada, por entender que seja essencial que a mesma continue tendo acesso às diversas formas de interação social, fundamentais ao desenvolvimento infantil. Mesmo a criança estando em um ambiente destituído *a priori* de condições específicas para uma intervenção educativa, como é no caso o hospital.

É importante destacar que Vygotsky (1984) estabeleceu teses básicas, que tem por objetivo reafirmar seus postulados acerca do desenvolvimento do ser humano, conforme apresentaremos a seguir:

A primeira delas, se refere à relação indivíduo/sociedade. Nessa proposição, Vygotsky (1984) afirma que as características tipicamente humanas não estão

presentes desde o nascimento, nem tão pouco são resultado da ação do meio externo. Estas características resultam da interação dialética do homem e de seu meio sócio-cultural. Portanto, ao transformar seu meio, transforma-se a si mesmo.

A segunda tese proposta se refere quanto a origem cultural das funções psíquicas. Para Vygotsky (1984), as funções psicológicas especificamente humanas vão se originando das relações que são estabelecidas entre o indivíduo e seu contexto social e cultural. A cultura é vista como parte constitutiva da natureza humana, uma vez que os processos de internalização dos modos historicamente determinados são utilizados pelo indivíduo.

A terceira tese discute acerca da importância biológica do funcionamento psicológico da pessoa humana: O cérebro, é tido como órgão principal da atividade mental do homem, visto como produto de uma longa evolução, dada a plasticidade e as mudanças no funcionamento decorrentes de novas funções criadas pelas necessidades materiais e intelectuais do homem histórico. O que é inato não é suficiente para produzir o indivíduo humano, na ausência de um ambiente social e histórico.

A quarta tese trata acerca da mediação presente em toda atividade humana. Essas mediações, são instrumentos técnicos bem como o sistema de signos, construídos ao longo da história do homem, que tem por objetivo fazer a mediação entre os homens. Utiliza como exemplo a linguagem, por se

constituir num signo mediador uma vez que carrega em si conceitos generalizados pela cultura humana. Essa tese particularmente, é largamente considerada por representar a importância da mediação através de signos convencionalmente construídos pelos homens em sociedade. A linguagem possui um papel de destaque no processo do pensamento.

O exemplo clássico para demonstrar essa premissa, é o caso verídico de duas crianças (“meninas-lobas”) que foram encontradas na Índia, vivendo no meio de uma manada de lobos, não conseguiam permanecer em pé, não falavam, andavam com o apoio das mãos, se alimentavam de carne crua ou podre, praticamente não apresentavam nenhuma característica de comportamentos tipicamente humano. Esse caso demonstra claramente que o indivíduo para se humanizar precisa crescer num ambiente social e interagir com outras pessoas, uma vez que privado do contato com outros seres, entregue apenas a suas próprias condições, somente a favor dos recursos da natureza, o homem é fraco e insuficiente (Davis e Oliveira apud Rego, 1998).

Por último, a quinta tese postula que a análise psicológica deve conservar as características básicas dos processos psicológicos humanos. Esses processos psicológicos complexos se diferenciam, substancialmente dos mecanismos elementares (reflexos), portanto, ao abordar a consciência humana enquanto produto histórico é necessário compreendê-la a partir das condições materiais efetivas que as influenciaram.

É fundamental na teoria histórico-cultural de desenvolvimento humano, a compreensão de que a maior parte dos atos humanos não se baseia em inclinações puramente biológicas, tais atos são movidos por complexas necessidades produzidas nas relações sociais que o indivíduo estabelece como o meio externo (Vygotsky, 1984).

A teoria em estudo, procura compreender a evolução da cultura humana (aspecto sociogenético), o processo de desenvolvimento individual (aspecto ontogenético) e procura se deter especificamente na compreensão do desenvolvimento infantil, uma vez que esse período marca a apreensão dos instrumentos simbólicos sociais pela criança, como por exemplo a própria fala humana.

Desde o nascimento a criança está em constante interação com os adultos, que além de assegurar os meios necessários para sua sobrevivência, acabam por mediar as relações que permitem sua relação com o mundo, uma vez que vão sendo incorporados aspectos da cultura que a rodeia. Vão assimilando habilidades construídas socialmente ao longo da história, uma vez internalizados, esses processos começam a ocorrer sem a intermediação de outros sujeitos.

Dessa forma, a ação que antes necessitou ser mediada (regulação interpsicológica), entre pessoas, passa então a se constituir num processo voluntário e independente (regulação intrapsicológica), no interior da criança.

Como podemos confirmar nas palavras do próprio Vygotsky: “[...] a transformação de um processo interpessoal num processo intrapessoal é o resultado de uma longa série de eventos ocorridos ao longo do desenvolvimento [...] salto qualitativo da psicologia animal para a psicologia humana” (1984, p. 75,76).

A fala humana tem um papel de fundamental importância como organizadora da atividade prática, assim como das funções psicológicas, enquanto signo ou instrumento. Por isso, Vygotsky (1984) se preocupa em pesquisar o desenvolvimento da inteligência prática da criança, momento em que a mesma começa a falar.

O momento de maior significado no curso do desenvolvimento intelectual, que dá origem às formas puramente humanas de inteligência prática e abstrata, acontece quando a fala e a atividade prática, então duas linhas completamente independentes de desenvolvimento, convergem (Vygotsky, 1984, p.27).

Portanto, o desenvolvimento das funções intelectuais humanas é mediado pelos signos, construídos historicamente, e pelo outro. Ao internalizar as experiências fornecidas culturalmente, a criança reconstrói individualmente seus modos de ação, deixando de se basear em signos externos e começa a se basear em recursos já internalizados.

Devido a tais considerações e de acordo com as premissas dos postulados de Vygotsky, não é possível conceber o desenvolvimento humano como um processo previsível, universal e linear. Está antes de tudo, relacionado as

relações dinâmicas e dialéticas que o indivíduo trava com seu meio social (Oliveira, 1993).

Vygostky (1984) considera o aprendizado necessário e fundamental no processo de desenvolvimento das funções psicológicas superiores na criança, uma vez que esse desenvolvimento vai depender das interações com outros indivíduos da sua espécie. Nesse sentido, “ *o aprendizado pressupõe uma natureza social específica e um processo através do qual as crianças penetram na vida intelectual daqueles que as cercam*” (p. 99). É justamente pensando nesse aspecto, que sua teoria atribui grande valor ao aprendizado e ao desenvolvimento.

Sem negar os limites e as possibilidades que o desenvolvimento impõe à aprendizagem, a teoria permite derivar implicações educacionais no sentido de que se deve dar atenção aos processos de desenvolvimento em formação, os quais podem ser ricamente ampliados pela aprendizagem. Vygotsky (1989, p.115) esclarece que:

A aprendizagem não é em si mesma desenvolvimento, mas uma correta organização da aprendizagem da criança conduz ao desenvolvimento, ativa todo um grupo de processos de desenvolvimento esta ativação não poderia produzir-se sem aprendizagem. Por isso, a aprendizagem é um momento intrinsecamente necessária e universal para que se desenvolvam na criança essas características humanas não naturais mas formadas historicamente.

Dessa forma, ao analisar a questão do aprendizado, a teoria vygotskyana o considera sob dois ângulos diferentes: um é o aprendizado espontâneo, construído na experiência pessoal, a partir da observação concreta e cotidiana das crianças; o outro é adquirido por meio do ensino sistemático, elaborado na escola, não acessível à observação direta ou a ação imediata que denominou de conhecimento científico. Embora diferentes, os dois tipos de aprendizado estão intimamente relacionados e influenciados mutuamente.

O teórico se preocupa também, em estabelecer dois níveis de desenvolvimento: um deles se refere às conquistas já alcançadas, que ele denomina de *nível de desenvolvimento real ou efetivo*, que pode ser entendido como referente àquelas conquistas que já estão consolidadas na criança, capacidades ou funções que domina, sem a necessidade de ajuda de outra pessoa mais experiente (pais, professor, criança mais velha etc.), este nível se caracteriza por ciclos de desenvolvimento que já se completaram.

O outro, por sua vez, é denominado de *nível de desenvolvimento potencial*, que se relaciona às capacidades ainda em vias de construção, se refere àquilo que a criança é capaz de fazer mediante a ajuda de outra pessoa (adultos ou crianças mais experientes). Realiza tarefas, soluciona problemas através da colaboração, imitação e da experiência compartilhada. Cabe aqui ressaltar, que para Vygotsky (1984), este nível é mais significativo de seu desenvolvimento do que as ações ele já consegue executar sozinha.

Estabelece ainda, a chamada *zona de desenvolvimento potencial ou proximal*, como a distância entre as ações que a criança consegue realizar sozinha (desenvolvimento real) e as ações que necessita da colaboração de outros (desenvolvimento potencial). Define como funções que ainda são “brotos” do desenvolvimento (Vygotsky, 1984).

A compreensão do conceito de *zona de desenvolvimento proximal* é de fundamental importância, uma vez que permite o entendimento da dinâmica do desenvolvimento infantil, sendo possível verificar, não somente os ciclos já completados, como aqueles em formação, assim como elaborar estratégias pedagógicas que venham auxiliar a criança nesse processo (Rego, 1998).

Segundo Vygotsky, o aprendizado e, em especial o escolar, não só possibilitam como orientam e estimulam processos de desenvolvimento, como podemos verificar em sua afirmação:

Ressalta ainda, que, se o meio não oferecer desafios, exigir e estimular o intelecto, esse processo poderá se atrasar ou mesmo não se completar, ou seja, poderá não chegar a conquistar estágios mais elevados de raciocínio. Isto quer dizer que o pensamento conceitual é uma conquista que depende não somente do esforço individual mas principalmente do contexto em que o indivíduo se insere, que define, aliás, seu ponto de chegada (Vygotsky Rego, 1998, p.79)

Nessa perspectiva, nos sentimos, de certa forma, avalizados pela teoria em questão, uma vez que defendemos o pressuposto da necessidade da intervenção do pedagogo no ambiente hospitalar. Sua mediação neste contexto

é imprescindível, para que o processo de desenvolvimento da criança não seja interrompido, quer esteja ele em idade escolar ou não, para que a mesma tenha a possibilidade de continuar de seus estudos na classe hospitalar. Contudo esse assunto será abordado especificamente no terceiro capítulo desse trabalho, objetivando o não rompimento com os laços intelectuais, afetivos e sociais.

Outra possibilidade de intervenção pedagógica em ambiente hospitalar, com crianças que ainda não se encontram em idade escolar, é o planejamento atividades lúdicas, que além de propiciar o alívio do estresse causado pela doença e a hospitalização, propicia sem dúvida o desenvolvimento infantil.

É interessante notar que, para Vygotsky (1984), o ensino sistematizado não é o único fator responsável por alargar os horizontes da *zona de desenvolvimento proximal*. O brincar estimula a imaginação que é um modo de funcionamento psicológico especificamente humano. Através do brincar a criança aprende a atuar numa esfera cognitiva que depende de motivações internas. A criança brinca pela necessidade de agir em relação ao mundo, e o faz de maneira superior ao nível em que se encontra. No *“brinquedo a criança sempre se comporta além do comportamento habitual de sua idade, além de seu comportamento diário: no brinquedo é como se ele fosse maior do que é na realidade”* (Vygotsky, 1984, p.117).

Considerando a distância entre o real e o imaginário, estimulado pelo brinquedo, mesmo assim a atuação nesse mundo de imaginação e o estabelecimento de regras a serem seguidas criam uma *zona de desenvolvimento proximal*, uma vez que impulsionam conceitos e processos em desenvolvimento.

Do mesmo modo, Dasen (apud Magnani, 1998,p. 23,24) defende que :

a idéia de jogo pelo fato de ele fazer parte da medicina preventiva e de ser um direito básico de cada criança, independente de sua situação social ou econômica. Neste brincar, segundo o autor, a criança está em ação, exercita-se, atua, experimenta, reproduz, lê e transforma sua realidade social.

No contexto da criança hospitalizada, o brincar se constitui como mais um elemento terapêutico, uma vez que seu efeito catártico de elaboração imediata, propiciando uma descarga do conteúdo psíquico e a possibilidade de compreensão da sua realidade. Além de provocar o alívio do estresse possibilita o desenvolvimento da criança, proporcionando uma atmosfera curativa (Taam, 2000).

Vemos também em Ribeiro (1993), que o brincar procura recuperar parte do fluxo normal de vida que vinham tendo, e até acrescentar outras oportunidades se possível, acreditando que o internamento não precisaria necessariamente barrar esse fluxo. É necessário, no entanto, promover medidas que possam possibilitar essa atmosfera de desenvolvimento e aprendizagem.

É com esse intuito que iremos discutir, no capítulo a seguir, algumas possibilidades de intervenção do pedagogo num contexto que tem como objetivo primordial a cura física, no entanto, ao pensar a saúde num âmbito mais abrangente veremos a necessidade desse profissional num contexto clínico, compondo assim uma equipe multidisciplinar, uma vez que também o ser humano é múltiplo e necessita ver atendido seus diversos aspectos.

Como afirma Minayo (apud Alves e Rabello, 1998), a própria polissemia do termo Saúde escapa do objeto de qualquer disciplina. Assim, é de se esperar que a transdisciplinaridade ou a interdisciplinaridade se constitua em um projeto, ao mesmo tempo, um grande desafio para as ciências sociais em saúde.

Para Jeammet, Reynaud e Consoli (apud Ongaro, 1993, p.10) “[...] *na relação médica o papel de tudo o que está no âmbito da psique, quer dizer tudo que diz respeito ao funcionamento do doente e do médico ou de todos os que ocupam uma função terapêutica*”.

De acordo com a análise de Ongaro (1993), a organização da Psicologia Médica como disciplina autônoma se deve aos progressos realizados nas ciências psicológicas bem como às descobertas daí decorrentes, além da constatação dos limites do enfoque do método anátomo-clínico.

Em síntese, não podemos esfacelar o homem, torná-lo como partes, uma vez, que deve ser visto em sua integralidade. É buscando compreender essa necessidade que abordaremos no capítulo seguinte, no qual enfocamos a importância da educação no processo de entendimento do homem, principalmente da criança em situação de doença e hospitalização.

CAPÍTULO III

O TRABALHO PEDAGÓGICO NO CONTEXTO HOSPITALAR:

POSSIBILIDADES E LIMITES

A hospitalização infantil tem sido tema de interesse dos profissionais da saúde, preocupados no restabelecimento da criança enferma sob seus cuidados. Além da equipe médica, outros profissionais também têm apresentado tal interesse, um deles é o pedagogo. Vimos que a criança afastada de seu contexto social devido à hospitalização está sujeita a sofrer situações estressantes e potencialmente traumatizadoras que podem ser minimizadas pela intervenção pedagógica que coadjuvam com a equipe de saúde, buscando o bem-estar da criança em situação de adoecimento.

O trabalho pedagógico em ambientes hospitalares possui seu reconhecimento enquanto fator positivo em diversos estabelecimentos clínicos, objetivando o restabelecimento da criança doente e hospitalizada. Está sendo pesquisado sobre sua contribuição fora do contexto escolar, ambiente sistematizado onde ocorre o ensino-aprendizagem de maneira formal (Ceccim e Carvalho, 1997).

Nas palavras de Santa Roza (apud Novaes,1998), a ciência moderna, responsável pelos progressos da Medicina na prevenção, diagnóstico e no tratamento das doenças, é também responsável pelo esfacelamento dos pacientes e, principalmente, pela "tecnologização" de uma prática

eminentemente humanística desde suas origens. Na modernidade, a doença passou a ser mais importante que o doente e, em nome dessa pretensa objetividade científica, a clínica médica tornou-se hegemonicamente um discurso técnico-laboratorial despersonalizado, destituído de subjetividade tanto dos pacientes como dos médicos e equipe de apoio médico. A medicina foi perdendo pouco a pouco sua humanidade e com ela, um dos aspectos mais importantes na arte de curar: o potencial terapêutico da relação médico-paciente.

Sem dúvida, estamos inseridos no novo espírito científico da chamada "pós-modernidade", onde a ciência é obrigada a aceitar suas limitações, a abrir mão do sonho moderno de domar inteiramente a natureza. Prigogine (1996, p.57), prêmio Nobel de Química, inserido na categoria dos pesquisadores das chamadas 'ciências hard', nos diz que *"assistimos ao surgimento de uma ciência que não mais se limita a situações simplificadas, idealizadas, mas nos põe diante da complexidade do mundo real, uma ciência que permite que se viva a criatividade humana como expressão singular de um traço fundamental comum a todos os níveis da natureza"*.

O resgate da humanização no atendimento à saúde, não tem sido discutido somente no âmbito das ciências humanas e sociais, mais especificamente pela Pedagogia e Psicologia, mas sem dúvida, são elas que desencadearam a necessidade do repensar as relações que se estabelecem na área da saúde, como podemos verificar nas ações empreendidas pelo P.N.H.A.H. já abordado anteriormente.

Segundo Novaes (1998), a criança ao ser hospitalizada se vê envolvida em uma grande aventura, com ameaça a seu bem-estar físico e emocional, junto com sua família e os profissionais de saúde. É reconhecido o vínculo existente entre a mente e o corpo, emoção e o sintoma físico, em que o mais importante é a criança doente e não a doença da criança.

Nesta perspectiva, a intervenção pedagógica em ambientes hospitalares pode então, ser imprescindível no caso da criança, uma vez que sua formação ainda não está completa. Suas capacidades são, por hora, meras potencialidades a formar todo um projeto de vida e pode depender de uma ação positiva da intervenção pedagógica para que não venha a sofrer seqüelas no futuro da criança.

Por suas peculiaridades e características, a Pedagogia Hospitalar, situa-se próxima da Medicina embora seus objetivos específicos se diferenciem de forma significativa. É Pedagogia enquanto constitui um conjunto de meios postos em ação para proceder a educação e é hospitalar enquanto se realiza neste contexto (Simancas e Lorente, 1990).

Nesse sentido, a ação educativa de que se ocupa a Pedagogia Hospitalar não pode ser identificada como simples instrução, ou transmissão de conhecimentos formalizados. Além de preservar este aspecto de transmissão de conhecimentos formais da educação, que a criança hospitalizada pode e

deve aprender, a Pedagogia Hospitalar reconhece que neste ambiente o seu trabalho é importante, mas não é o principal.

Portanto, é correto afirmar que a Pedagogia Hospitalar está mais intimamente ligada com a saúde e com a vida da criança do que com sua instrução e aprendizagem. Não se mantém fechada no seu formalismo sistemático, em que a criança deve adaptar-se ao currículo previamente proposto, flexibiliza-se este currículo, adaptando-o ao estado biopsicosocial em que a criança se encontra. Sob esse ponto de vista, a Pedagogia Hospitalar aparece como uma Pedagogia do presente, do momento.

Os programas destinados ao Atendimento Pedagógico à Criança Hospitalizada, segundo Simancas e Lorente (1990), têm por objetivo contribuir para melhora geral do doente, sendo destinado prioritariamente à clientela infantil. Problemas como os de ordem afetiva, cognitiva, social e motora tendem a ser aliviados, uma vez que a hospitalização impõe tais limitações.

É necessário pensar a Pedagogia Hospitalar numa vertente epistemológica que permite vislumbrá-la como uma área científica articulada com uma práxis e não como uma visão puramente assistencialista e caritativa. Dessa forma, conforme afirmam Simancas e Lorente (1990), é preciso realizar os seguintes questionamentos:

a) Para que e qual a finalidade da Pedagogia Hospitalar ?

- b) Por que se justifica a emergencial atuação da Pedagogia Hospitalar?
- c) Quais os tipos de intervenções que devem ser priorizadas na Pedagogia Hospitalar?
- d) Quando, onde e quais as condições imprescindíveis para se estabelecer o atendimento pedagógico hospitalar?
- e) Quem deve desempenhar e qual a formação que se requer dos profissionais pedagogos hospitalares?
- f) Quais as perspectivas existentes na sociedade atual que validam a eficácia social do profissional nessa área ?

As respostas a essas perguntas podem, contudo, nortear a questão central que consiste em definir o que seja exatamente Pedagogia Hospitalar e quais as questões epistemológicas que a fundamentam, nesse sentido, é necessário refletir sobre as afirmações de Simancas e Lorente:

Medicina e pedagogia, obviamente são muito diferentes por suas finalidades, no entanto ambas servem ao núcleo central de um mesmo trabalho, a atuação e cuidado com o paciente, apesar de suas diferenças e precisamente por elas, coincidem e se complementam (1990, p.79, tradução nossa).

Vale ressaltar, que a finalidade primeira do atendimento pedagógico hospitalar é contribuir para a melhora geral do ser humano, pois a medida que o indivíduo tem a oportunidade de passar da situação de objeto para sujeito pode interagir

nas atividades pedagógicas propostas, quando antes era apenas mero espectador em seu leito hospitalar (Ceccim e Carvalho ,1997).

É importante que se esclareça que o trabalho pedagógico hospitalar possui sua autonomia, embora deva estar subordinado ao contexto hospitalar, a fim de não criar adversidades no processo de tratamento do paciente ao invés de contribuir de forma geral para sua melhora. Deve-se, dessa forma , considerar as limitações que cada doença impõe em sua especificidade.

É portanto, a mais atual das Pedagogias, uma vez que sua atuação tem por objetivo atender primeiro e sobretudo a situação presente em que se encontra a criança ou mesmo o enfermo adulto, conforme relatam Simancas e Lorente (1990, p. 73, tradução nossa):

A Pedagogia Hospitalar é uma pedagogia vitalizada, uma pedagogia da Vida e que por ser um processo vital, constitui uma constante comunicação experimental entre a vida do educando e a vida do educador, cujo diálogo em torno de questões de viver, do sofrimento e do prazer, não finaliza nunca.

A atuação pedagógica em ambiente hospitalar aproveita qualquer experiência por dolorosa que possa ser, para enriquecer e mudar sofrimento em aprendizagem. Esta atuação, segundo Simancas e Lorente (1990) se dá sob três enfoques:

a) Enfoque Formativo: Ajuda o aperfeiçoamento integral da pessoa, ainda que em situação específica, possibilitando a ocupação deste tempo de hospitalização com tarefas úteis e formativas, que além do relaxamento psíquico colaborem em muitos casos no processo de desenvolvimento humano;

b) Enfoque Instrutivo ou Educativo: Destaca a necessidade de não interromper ou prejudicar, na medida do possível, o processo educativo, desenvolvido em ambiente escolar, e a aplicação de atividades de ensino/aprendizagem, que facilitem a reintegração posterior no ambiente escolar;

c) Enfoque Psicopedagógico: Ação que visa proporcionar uma eficaz adaptação às condições em que a criança se encontra e também para diminuir os possíveis conflitos psíquicos que possam aparecer. O objetivo principal da intervenção médica é o restabelecimento da saúde física e psíquica. O objetivo da intervenção psicopedagógica é a aquisição de certas aprendizagens diretas ou indiretamente relacionadas com a manutenção e cuidado da saúde psíquica e da prevenção.

A pretensão da atuação pedagógica é, antes de mais nada, ajudar a criança ou adulto enfermo hospitalizado para que o mesmo vivendo um período difícil, consiga continuar se desenvolvendo em todos os aspectos, com maior normalidade possível. Para que esta ação se concretize, três áreas de

atividades são englobadas reunindo os objetivos específicos da atuação da Pedagogia Hospitalar:

a) Área de Atividade Escolar: De maneira geral, uma grande maioria de crianças hospitalizadas encontram-se em idade escolar e, por isso mesmo, a ação pedagógica pretende diminuir o prejuízo causado por esta interrupção, de certa maneira brusca e inesperada, evitando que a criança se desinteresse pelas atividades escolares. Nesse ambiente, a criança continua aprendendo e se desenvolvendo, interagindo e submetida a novas experiências, enfim, continua vivendo, no entanto é necessário questionar que qualidade de experiências estão sendo oferecidas às crianças hospitalizadas.

b) Área de Atividade Recreativa: Tal como a atividade escolar, a atividade recreativa supõe um fim educativo. Constitui-se de atividades que se propõem ao entretenimento no seu sentido mais profundo, proporcionando alegria, distração, relaxamento das tensões, e fomentando o convívio amável e amistoso entre as crianças hospitalizadas. Nas palavras de Chiattonne (apud Ribeiro, 1993, p.33,34):

[...] o objetivo não é fazer com que as crianças brinquem por brincar, mas sim que através do brinquedo verbalizem e elaborem seus sentimentos enquanto paciente. Dessa forma, passamos a organizar as atividades com o objetivo de facilitar às crianças esses elementos primordiais para que suportem da melhor forma possível esse período tão difícil.

c) Área de Atividade de Orientação: Esta área de atuação foge de toda e qualquer organização. Consiste, principalmente, em fazer companhia, escutar, estabelecer uma relação afetuosa e amável com o enfermo. São aqueles momentos em que se precisa estar presente sem fazer aparentemente nada. Saber calar com serenidade, delicadeza e intuição.

Com o intuito de ver atendidas tais propostas, uma das formas de trabalho pedagógico no hospital consiste na organização de Classes Hospitalares. Tais contribuem para que estas crianças ou adolescentes, e suas famílias, mantenham o elo com o mundo lá de fora na medida em que eles podem, como se não estivessem doentes, participar e aprender desfrutando, assim, do direito básico ao desenvolvimento pleno, independente de suas dificuldades mas direcionado para o seu potencial.

A importância da Classe Hospitalar transcende o conteúdo programático pois este mesmo conteúdo quando tratado de forma lúdica e prazerosa leva a criança a viver (inventar relações, inventar textos, inventar jogos didáticos). Num ambiente que pode parecer frio e provocador de desconforto, o hospital se ressignifica com a implantação de Classes Hospitalares. As classes hospitalares têm imenso valor para as crianças e suas famílias uma vez que as atividades pedagógico-educacionais vivenciadas fazem grande diferença em suas vidas. A criança aprende através da doença e do hospital, esquece as idealizações e constrói sua vida com novas ênfases e sem ressentimentos. Da mesma forma, sua família estabelece novas expectativas quanto ao ambiente hospitalar.

O profissional da classe hospitalar também vivencia sensações e emoções de forma intensa e lida com elas na medida em que auxilia o aluno, da melhor forma possível, no convívio com a doença e o ambiente hospitalar. Aprender com essas sensações e emoções redimensiona o ensino e as ênfases cognitivas com que se opera o processo ensino-aprendizagem.

No que se refere particularmente às atividades escolares, a criança ou adolescente que na classe hospitalar chega, é recebida não apenas como alguém que deve ter seu potencial intelectual trabalhado mas, visto como um ser inteiro que traz consigo diversas experiências as quais inclui a vivência hospitalar devido a uma situação de adoecimento, crônico ou temporário, grave ou simples, um caso ainda sem cura ou com intervenções médicas consagradas.

O contato com outras crianças, contribui para seu desenvolvimento social. Em muitos casos, a enfermidade é esquecida. Isto demonstra que a criança, mesmo doente, pode ter outros interesses e se "desligar" do problema. Tal fato contribui para seu melhor ajustamento hospitalar e recuperação.

O trabalho profissional de Classe Hospitalar é o de restaurar os laços com o cotidiano escolar (característico das vivências infantis em sociedades escolarizadas) e operar pedagogicamente com o desenvolvimento psíquico e cognitivo destas crianças e adolescentes.

Apesar das inegáveis contribuições que a ação pedagógica em ambientes clínicos pode trazer, alguns pesquisadores dessa temática são categoricamente contra esse tipo de intervenção específica, uma vez que, para eles, a criança estando debilitada pela doença e privada de seu convívio social (escola, lar, amigos, etc.) se encontra em situação potencialmente estressante e que o formalismo dessa intervenção com (cadernos, conteúdos escolares, tarefa para se fazer no quarto entre outras cobranças), não contribui para que a finalidade do trabalho pedagógico nesse contexto.

Para esses pesquisadores, somente o enfoque Formativo e Psicopedagógico junto às atividades recreativas e de orientação é que devem ser priorizadas no contexto hospitalar, uma vez que somente essas atividades trariam bem-estar, pois se caracterizam por atividades “descomprometidas” e lúdicas.

Acreditamos que tais posições não levam em conta que a aprendizagem não tem lugar e hora para acontecer, além disso as intervenções pedagógicas em ambientes clínicos, pela sua própria finalidade se adequa às condições da criança, permite em suas “cobranças” que a mesma possa dar continuidade aos seus projetos, seus estudos e seu desenvolvimento enfim.

Para reafirmar nossa posição temos nas palavras de Fonseca (2000, p.47) a seguinte colocação: *“o tempo de aprender é o tempo do aluno [...] a sala de aula é do tamanho do mundo, no caso da sala de aula da classe hospitalar,*

serve como mediadora à possibilidade da criança de plugar-se com o mundo fora do hospital”.

Aquino (2000, p. 25), por sua vez, se contrapõe aos pesquisadores contrários às Classes Hospitalares. Nas palavras do autor:

[...] já ouvi dizer que tais práticas poderiam redundar numa penalização da criança doente, já em situação de desconforto e sofrimento. Discordo em gênero, número e grau [...] creio que o trabalho pedagógico representa uma experiência vital ímpar, no que diz respeito à possibilidade de recodificação simbólica do contexto e da vivência hospitalar. Afinal de contas, não são os remédios apenas que curam. O conhecimento e a continência de “um professor” também o fazem.

Silva (2001, p.43,44) posiciona-se favoravelmente às atividades pedagógicas desenvolvidas no hospital, conforme podemos verificar em sua fala: *“[...] estas atividades objetivam minimizar os efeitos da hospitalização[...], a possibilidade da criança estudar no hospital evita a defasagem de conteúdos e uma possível exclusão escolar”.*

Segundo Simancas e Lorente (1990), o estado psicológico da criança ao ser hospitalizada fica abalado, podendo a mesma experimentar, quatro principais grandes experiências:

- 1) Experiência de privação (da saúde) – a criança é privada de se sentir bem, como é o seu desejo natural e isso é muito difícil para ela;

- 2) Experiência de frustração (impedimento e impossibilidade) – a liberdade da criança é bloqueada, ela é impedida em relação ao seu projeto pessoal. Suas necessidades básicas não podem ser realizadas por sua própria vontade;
- 3) Experiência dolorosa – a moléstia e a dor tomam conta do corpo e há sentimentos que oscilam entre solidão, isolamento e medo de tudo o que está à volta;
- 4) Experiência do afastamento do lar – a separação da família e afastamento do ambiente escolar (se for o caso), a frieza do ambiente hospitalar, o medo, isso para um adulto é até aceitável, mas para uma criança indefesa é realmente traumático.

Como é lógico supor, a medicina é técnica, apesar de todos os avanços e inovações, e precisamente por isso, não tem conseguido resolver tais experiências citadas anteriormente, nem ao menos amenizá-las. É aí justamente que a Pedagogia Hospitalar atua, na minimização das mesmas, no suprimento da afetividade que a criança foi privada. Conforme Simancas e Lorente (1990, p. 95, tradução nossa):

A finalidade da Pedagogia Hospitalar é antes de mais nada implantar e aplicar princípios, critérios e condições, gerais e específicos, que sem renunciar a nada que lhe é próprio, permita-lhe adaptar-se às condições específicas do ambiente hospitalar, com um objetivo muito específico que é o benefício dos enfermos, qualquer que seja a idade, sexo ou condições.

Para Mistral (apud Simancas e Lorente, 1990, tradução nossa), a prática pedagógica Hospitalar é uma pedagogia do agora, do instantâneo em que o indivíduo encontra-se no hospital, é a pedagogia da imediatez, que aproveita qualquer experiência, por dolorosa que aparentemente possa parecer, para enriquecer aquele que padece, mudando o sofrimento em aprendizado.

É necessário não perder de vista o caráter que a intervenção pedagógica deve assumir num ambiente hospitalar, uma vez que não pode priorizar a educação sistematizada, pois não é intenção transformar o hospital em escola. O profissional deve compreender o estado psicobiológico do enfermo, colaborando com a equipe médico-hospitalar, devendo, portanto, ter a consciência que a cura é prioritária e deve se subordinar a qualquer outro propósito imediato.

Por isso, as preocupações atuais com as crianças hospitalizadas são muitas, uma vez que *“além das necessidades médicas e de enfermagem, reconhecidas quando se fala de hospitalização, existem outras, não menos relevantes quando se pretende a proteção à vida de crianças”* (Fonseca e Ceccim, 2001, p.24).

Apesar dos avanços na visão da saúde/doença, apontados pela literatura, podemos dizer que são poucos os programas pedagógicos em ambientes clínicos, que se efetivam na prática. Isto acontece, segundo Simancas e Lorente (1990), por diversos fatores dentre os quais destacam-se:

- 1) Resistência por parte da equipe médico-hospitalar em relação à programas pedagógicos que buscam contribuir para melhora geral do enfermo, prevalece ainda, em muitos casos, a visão da ênfase somente no tratamento físico;
- 2) Por não ser considerado importante na recuperação da saúde do enfermo, os ambientes hospitalares, em sua maioria, não dispõem de espaço físico destinado a esse trabalho;
- 3) Não existe uma política de financiamento que subsidie os recursos humanos e materiais para esse tipo de trabalho;
- 4) Os programas existentes contam, na sua maioria com ações empreendidas por instituições educacionais, sob forma de estágios ou mesmo de trabalho voluntário. Não havendo regularidade na contratação desse profissional de Educação e Saúde;
- 5) Os programas de formação dos profissionais que acabam por atuar nos ambientes hospitalares, mesmo nas condições descritas acima, não possuem uma qualificação específica para lidar com situações adversas mais comuns, que são muitas vezes, além do enfoque pedagógico imediato, deparar-se com a finitude dor ser humano.
- 6) Os cursos de formação dos profissionais da área da saúde, na maioria recebem conteúdos mínimos relacionados à sua atuação em hospitais. Outras, mesmo com intensa formação nessa área, buscam uma alta eficiência técnica, sem se preocuparem com o exercício das relações interpessoais ou da atenção integral à criança e sua família.

Como vimos no item anterior, a problemática dos cursos de formação dos profissionais que deverão atuar em ambientes clínicos, o problema se acentua nos cursos de formação na área educacional, uma vez que as grades não contemplam esse campo de atuação para o pedagogo. O preenchimento dessa lacuna é buscado através de cursos de extensão ou mesmo ao nível de pós-graduação, mas que acaba por tornar uma formação mais verticalizada, não cumprindo, dessa forma, a necessária formação de base.

Conforme afirma Calegari (2002), é necessário pensar programas que venham de encontro ao atendimento das deficiências encontradas nos cursos de formação do pedagogo, para que possa suprir um cabedal de conhecimentos a fim de atender as necessidades subjetivas do hospitalizado, principalmente o infantil, propiciando com isso uma *escuta pedagógica*, capacitando o pedagogo a atuar enquanto membro de uma equipe multidisciplinar que atuam na busca da saúde e bem estar da criança hospitalizada, olhando o sujeito em sua totalidade.

É importante ressaltar que o termo *Escuta Pedagógica*, foi proposto por Ceccim em 1997 ao organizar o livro *Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Ceccim (2001,p.15) justifica o termo da seguinte forma:

A palavra escuta diferencia-se da palavra audição. Enquanto a última se refere a um dos órgãos do sentido, a captação dos sons ou a sensibilidade do ouvir, a primeira se refere à

captação das sensações do outro, realizando a integração ouvir-ver-sentir. A associação com a palavra pedagógica sugere que este ouvir-ver-sentir decorre de uma sensibilidade aos processos psíquicos e cognitivos experimentados pelo outro.

Nesse sentido é necessário refletirmos qual a nossa disposição de olhar a criança hospitalizada? Qual a disposição de ouvi-lá? A doença da criança é exatamente a mesma diagnosticada pela equipe médica?

Ceccim (2001), ainda nos alerta sobre os “pedidos” das crianças, alegando que as mesmas pedem para brincar, ir à escola e ter amigos, ou seja, pedem atenção à dimensão vivencial de sua experiência de adoecer e ser hospitalizada e não somente atenção às dimensões biológicas, que podem ser atendidas através da tecnologia médica e de enfermagem tradicional como também as dimensões psicológicas, que podem ser ouvida através do psicodiagnóstico. No entanto, a dimensão vivencial não pode ser diagnosticada, somente pode ser sentida junto com a criança, quando nos medimos por ela, quando nos permitimos escutar seus processos afetivos e cognitivos.

É justamente procurando *escutar* as necessidades dessas crianças privadas das interações sociais necessárias para o seu desenvolvimento de forma integral, que a presença do pedagogo se justifica nesse ambiente clínico, marcado na maioria das vezes, pela frieza e despersonalização do doente.

Ceccim (2001), ainda questiona, em que lugar de um hospital é possível colocar mesinha, lápis, caderno, jogos, livros, computador, caderno de freqüência? Onde cabe um professor, nesse espaço, que ensina, corrige, devolve trabalhos, manda tarefas para fazer no quarto, que faz reunião com pais, que quer olhar os cadernos da escola, quer saber da professora de classe, o que a criança já aprendeu e o que gostaria de aprender? Ajudar a trocar correspondências com os colegas e com a professora da classe regular?

Com que saúde opera um professor? Não é a mesma dos médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e recreacionistas. Isto só quer dizer que não existe mesmo uma única saúde, existem muitas e precisamos ouvir e atender ao conjunto delas para promover a saúde integral, de tal forma que cada uma carregue cada outra (Ceccim, 2001, p. 17)

A escuta pedagógica precisa de uma “escola”, de conteúdos curriculares e de prática docente, mas não para cumprir programas conteudistas, mas para assegurar a continuidade dos laços sociais do aprender bem como as conexões com os potenciais infantis de criação, invenção e fantasia. Requer, o que Ceccim (2001) denomina de QG, espaço que possibilite à criança ir e vir à “escola” e ter seus cadernos e murais, requer seus objetos de aprender (brinquedos, sucatas, etc.). O mais importante é propiciar condições de crescimento, desenvolvimento e a conquista de outras saúdes, onde a cura passa a ser uma parte e não um fim. Por isso, a necessidade de uma visão mais abrangente, por parte do pedagogo, bem como de toda equipe médico-

hospitalar, uma vez que é necessário essa atitude mesmo quando a morte é previsível e próxima, não se pode negar à criança a possibilidade de crescimento qualquer que seja o espaço e tempo de vida que a mesma possua.

É primordial o engajamento do pedagogo aos demais profissionais da equipe médico-hospitalar, pois precisam estar permanentemente informados sobre a evolução da doença bem como os efeitos dos medicamentos.

Somente um trabalho em equipe assegura como alvo a criança. Não é mais a criança que é paciente, ela é impertinente ao hospital, nós é que temos que ser pacientes, nós é que pertencemos ao hospital para torná-lo lugar de tratamento e cuidados [...] Uma escuta pedagógica em saúde decorre da defesa da vida como valor maior (Ceccim, 2001, p. 17,18).

A necessidade da atuação conjunta de equipes interdisciplinares atuando no hospital, se verifica também nas palavras de Santa Roza (apud Cavalcanti, 1997, p. 3):

Se pretendemos uma eficácia terapêutica hospitalar, com crianças, é necessário considerar tanto os benefícios que esta prática pode trazer aos pacientes, quanto aos fatores adversos à saúde implicados no hospital, desde as infecções hospitalares até os agentes estressores, do ponto de vista psíquico. Isto implica levar-se em conta a hospitalização em seu aspecto paradoxal, ou seja, uma situação de risco para a saúde, em que se faz necessário revisar as estratégias de

intervenção. É neste campo que se inscrevem as propostas de trabalho interdisciplinares e a formação de equipes com diversas perspectivas disciplinares.

A inserção do pedagogo, atuando profissionalmente em ambientes clínicos não é de agora, ao rastreamos sua história vemos que a mesma está posta em prática desde 1979, tendo iniciado na Clínica Universitária de Navarra, na Espanha, quando uma acadêmica do curso de pedagogia, ao acompanhar sua irmã ao ser hospitalizada, inicia uma série de práticas pedagógicas desenvolvidas naquele ambiente, que mais tarde servirão para subsidiar outras experiências semelhantes. As pesquisas demonstraram os efeitos positivos dessa intervenção. A partir de 1982, na Espanha, a assistência pedagógica em ambiente hospitalar passou a constar do programa de curso de formação de pedagogos naquele país (Simancas e Lorente, 1990).

No Brasil, a primeira Classe Hospitalar, data de 14 de agosto de 1950 no Hospital Estadual Jesus, no Rio de Janeiro. O hospital possuía, na época, cerca de 200 leitos e uma média de 80 crianças em idade escolar. A assistência educativa era dada individualmente nas enfermarias por não dispor o hospital de local apropriado ao trabalho escolar. Em 1963, a assistência educativa à criança hospitalizada atingiu seu apogeu, contando com seis professoras para o trabalho educativo no Hospital Estadual Jesus. Em 1982 foi criado o projeto BARRAM (B - Biblioteca; A - Artes; R - Recreação; R - Religião; A - Artesanato; M - Música), cada uma das atividades ficava sob a responsabilidade de uma professora, procuravam além das atividades desenvolvidas em sala, proporcionar festividades relativas ao Calendário Cívico

Escolar, atrações como: teatro infantil, mágicos, palhaços, etc. (Rittmeyer et al., 2001).

De acordo com informações levantadas por Ceccim e Fonseca (2001), o Hospital Estadual Jesus, pioneiro nesse trabalho, conta ainda hoje com o atendimento pedagógico à criança hospitalizada, no entanto, não temos informações mais específicas sobre as atividades pedagógicas que desenvolvem atualmente como as descritas no parágrafo anterior.

Segundo pesquisas realizadas por Ceccim e Fonseca (2001), sobre a realidade do atendimento à criança hospitalizada, temos os seguintes dados:

1- Dados de freqüência na hospitalização de crianças :

a) Dos 5 aos 12 anos:

- maioria meninos;
- faixa etária mais comum entre 6 e 10 anos;
- duração média das internações de 11 dias;
- atraso escolar idade/série em 33% das crianças internadas (5% atraso maior de 3 anos na relação idade/série escolar, 16% atraso de 1 a 3 anos na relação idade/série escolar e 12% evasão escolar);
- 20% de casos de reinternação.

b) Menores de 5 anos:

- maioria de meninos;
 - faixa etária mais comum de menores de 2 anos;
 - duração média das internações de 22 dias.
- c) Relação tempo de internação e atendimento em classe hospitalar:
- redução de 30% no número de dias de internação quando há atendimento pedagógico;
 - satisfação da criança e dos pais pelo atendimento pedagógico, mesmo nas internações muito breves.

2) As classes hospitalares no Brasil:

a) quanto à forma de atendimento:

- atendimento escolar: ênfase na aprendizagem escolar e construção dos processos de aprendizagem;
- atendimento recreativo: educação lúdica e lazer;
- atendimento psicossocial: ludoterapia e jogos de socialização;
- atendimento clínico psicopedagógico: ênfase nas condutas emocionais.

b) quanto ao vínculo dos professores:

- professores contratados pelos hospitais;
- professores cedidos pelas Secretarias Estaduais de Educação;

- professores cedidos pelas Secretarias Municipais de Educação;
- professores vinculados aos projetos de pesquisa e extensão universitária;
- professores pertencentes aos projetos de voluntariado.

c) quanto à estrutura escolar hospitalar:

- atendimento exclusivamente no leito;
- atendimento com salas de aula na unidade de internação;
- atendimento com salas de aula na unidade de internação, mais salas de apoio e sala de direção escolar.

3- Hospitais com atendimento escolar no Brasil:

a) Região Norte:

- Acre: Hospital Infantil de Rio Branco; Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre; Fundação Hospitalar do Acre; Lar dos Vicentinos; Hospital Souza Araújo e Hospital Infantil Yolanda Costa e Silva.

b) Região Nordeste:

- Bahia: Hospital Sarah de Salvador e Hospital Infantil Maryag;
- Ceará: Hospital Infantil Albert Sabin, Instituto do Rim e Hospital do Coração;
- Maranhão: Hospital Sarah de São Luis.

c) Região Centro-Oeste:

- Distrito Federal: Hospital de Base de Brasília, Hospital Materno Infantil, Hospital de Reabilitação Asa Norte, Hospital de Apoio (oncologia), Hospital Gama, Hospital Regional de Ceilândia, Hospital de Taguatinga e Hospital Sarah de Brasília;
- Goiás: Hospital do Câncer de Goiânia;
- Mato Grosso do Sul: Hospital Santa Casa de Campo Grande e Hospital Universitário de Campo Grande.

d) Região Sudeste:

- Espírito Santo: Hospital de Clínicas de Vitória;
- Minas Gerais: Hospital Sarah de Belo Horizonte, Hospital Universitário de Juiz de Fora, Hospital Municipal de Governador Valadares e Hospital Sofia Feldman
- Rio de Janeiro: Hospital Estadual Jesus, Hospital São Zacarias, Hospital de Jacarepaguá, Hospital da Lagoa, Hospital de Bom Sucesso, Instituto Nacional do Câncer, Hospital dos Servidores do Estado, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Hospital Universitário Antônio Pedro, Hospital Getúlio Vargas Filho e Hospital em Itaboraí;
- São Paulo: Hospital da Santa Casa, Hospital Pênfigo Foliáceo, Hospital do Câncer (A. C Camargo), Hospital de Clínicas de São Paulo, Instituto de Oncologia Pediátrica, Hospital Infantil Darcy Vargas, Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto, Hospital de Defeitos da Face em Bauru, SOBRAPAR

Anomalias Craniofaciais, Hospital Baldrini, Hospital de Clínicas da Unicamp, Hospital Mário Gatti, Hospital de Marília, Hospital de Base de São João do Rio Preto, Hospital Municipal de Paulínea, Instituto do Coração.

e) Região Sul:

- Paraná: Hospital Pequeno Príncipe e Hospital Erasto Gaertner.
- Santa Catarina: Hospital Infantil Joana de Gusmão, Hospital Universitário de Santa Catarina e Hospital Infantil Seara do Bem.
- Rio Grande do Sul: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Santo Antônio, Hospital Universitário de Santa Maria e Hospital de Guaíba.

As classes hospitalares que tiveram ou estão tendo sua implantação geridas por ONGs são: Casa Peter Pan (CE), Núcleo de Apoio à Criança com Câncer (MA), Núcleo de Apoio à Criança com Câncer (PE), Associação de Assistência à Criança com AIDS – LALEC (SP), Associação de Assistência à Criança com Câncer (SP), Casa Hope (SP), COA (PR).

Os dois hospitais em vias de implantação do atendimento escolar são: Hospital Santa Terezinha em Erechim (RS) e o Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (ES).

Como podemos analisar através dos dados da pesquisa, embora em número insuficiente, o atendimento pedagógico à criança hospitalizada já está

acontecendo e justificando sua existência. No Paraná, essa iniciativa é bastante incipiente, evidenciando que temos “muito chão” a percorrer em busca do reconhecimento dessa modalidade de atuação do pedagogo.

Não podemos deixar de lado a necessidade de repensar também os cursos de formação, para que os mesmos possam contemplar em seus programas conhecimentos relativos à especificidade de um ambiente clínico, assim como o vivenciar a doença no ser humano, principalmente na criança, conhecendo dessa forma, as implicações que o adoecer e a hospitalização podem trazer ao desenvolvimento infantil, para que possam minimizar os efeitos negativos. Portanto, é necessário investir em um educador com sensibilidade de acolhimento das crianças em sua singularidade, de *escutá-las* e de inclui-las em novos e diferenciados ambientes de aprendizagem.

Procuramos demonstrar em diversas passagens deste trabalho, a importância que a atividade pedagógica pode assumir num ambiente clínico. Em nosso estudo no entanto, por ser essencialmente teórico, não tivemos a oportunidade de constatar empiricamente os benefícios apontados pela intervenção educativa junto à criança hospitalizada, por isso, selecionamos para encerrar o este capítulo algumas experiências vividas empiricamente.

Em estudo realizado por Ribeiro (1993, p. 140, 141), a autora observou que:

[...] além de freqüentar assiduamente o grupo, as crianças sugeriam que o horário de permanência no mesmo se estendesse, assim como reivindicavam sessões mais

freqüentes [...] Participaram com interesse das atividades, absorvendo-se de tal maneira, que continuavam realizando-as mesmo quando enfermeiros ou médicos interrompiam as sessões para ministrar-lhes cuidados. Ou ainda, quando tinham que se ausentar para algum exame de rotina, voltavam assim que liberados.[...] Durante os trabalhos no grupo, manifestavam suas opiniões acerca do hospital e de sua condição de hospitalizados. Percebemos, em alguns casos, mudanças marcantes na elaboração de sua própria condição de paciente em que uma posição de desânimo, de distanciamento do seu próprio quadro clínico era substituída por uma postura de investigação de sua doença e por maior atividade no decorrer do dia, estendendo os momentos vivenciados no grupo para o interior dos quartos. [...] Apesar de se queixarem de dores ou mal-estar nas enfermarias, as crianças envolviam-se de tal modo na interação grupal que, se não fosse o local, as roupas, curativos e anexos hospitalares (suportes para soros, macas, etc.), poderíamos imaginar que as filmagens referiam-se a crianças perfeitamente saudáveis em uma situação qualquer de aprendizagem [...] É interessante notar que as atividades do grupo começaram a ser vistas como parte da própria hospitalização, fazendo com que algumas crianças se ressentissem da alta hospitalar, por terem que deixar de freqüentar as atividades.

Outro estudo empírico que gostaríamos de apresentar é de Taam (2000), por sua relevância em nossa fundamentação teórica. A autora cita depoimentos da equipe médico-hospitalar do Hospital Universitário de Maringá, sobre o trabalho pedagógico realizado naquela instituição:

O auxiliar de enfermagem Emerson disse que o trabalho das professoras deixa as crianças mais calmas: “parece que sofrem menos” [...] Viviane, médica-residente, deu o seguinte depoimento: “É visível a recuperação mais acelerada das

crianças, quando recebem assistência das professoras”. Disse, ainda, que a criança internada que se ocupa de uma atividade “esquece a dor”. O trabalho e a atenção das professoras “toma o lugar da dor e da tristeza, e isso ajuda muito na recuperação das crianças” [...] outra médica-residente, disse: “Apesar desse trabalho ser novidade dentro do hospital, é positivamente relevante na recuperação das crianças internadas [...] Do pediatra, ouvimos que o trabalho das professoras é muito importante porque ajuda a criança a esquecer que está fechada num hospital [...] outra auxiliar de enfermagem disse: “Quando a criança fica paradinha no leito, apática, demora mais a reagir ao tratamento” (taam, 2002,p. 170,171).

Por último, um trabalho desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Rio de Janeiro de elevada relevância em nível nacional é citado por Fonseca e Ceccim (2001). De acordo como os autores:

As crianças que recebem atendimento pedagógico-educacional no hospital pareceram entender e aceitar ativamente a necessidade da hospitalização, como, também, se recuperaram e obtiveram alta da internação pediátrica mais precocemente do que aquelas que não contaram com esta oportunidade (p.23) [...] Uma energia interna parece mobilizada pela criança em prol de sua recuperação e enfrentamento da doença quando ela recebe um atendimento pedagógico-educacional que se assemelha à escola e que mobiliza suas aprendizagens e aquisições cognitivas. Este atendimento potencializa os esforços pediátricos pela cura e redução do tempo de permanência de uma criança no hospital (p.35).

Apesar dos benefícios comprovados pelas pesquisas empíricas apresentadas, bem como pela literatura abordada nesse estudo teórico, podemos considerar que a pedagogia, terapêutica ou não, não pode se negar a prestar seus

benefícios à criança hospitalizada, que não pode ser lesada em seu direito inalienável à educação e saúde, sem que precise abdicar de um em detrimento ao outro, uma vez que é seu direito de criança cidadã.

CAPÍTULO I

O PAPEL SOCIAL DO HOSPITAL AO LONGO DA HISTÓRIA

Quando se busca compreender o atendimento hospitalar na contemporaneidade, sua estrutura, objetivos e política, necessitamos resgatar historicamente como esta instituição chegou ao nível de organização tal como a conhecemos hoje, um espaço estratificado, fragmentado e burocratizado, onde o hospital acaba dando menos voz ao paciente, para centrar-se na doença.

A doença é um processo biológico mais antigo que o homem. Antigo como a própria vida, pois é um atributo da mesma. Um organismo vivo é uma entidade lábil em um mundo de fluxo e mudança. No homem, a doença não existe como 'natureza pura', ela é mediada e modificada pela atividade social e pelo ambiente cultural que tal atividade cria (Rosen,1979, p.77).

Nessas condições, são verificadas situações de despersonalização do doente, este é identificado por uma determinada doença, é tomado, por vezes, como instrumento de pesquisa.

O resgate histórico que se pretende realizar procura superar a visão de evolução linear, e evidenciar as lógicas de ordenação que estiveram presentes em diferentes momentos, imprimindo-lhes caracteres religiosos, tecnológicos, políticos, econômicos e ideológicos (Antunes, 1991).

"O que fazer com o doente?", segundo Antunes (1991), essa é uma questão bastante antiga e complexa, que tem implicações diversas na tentativa de solucionar tal problemática.

Para esse autor (1991, p.11), essa questão se desdobra nos seguintes níveis:

- d) Primário, que considera como evitar que as pessoas sadias, tidas por doentes em potencial, ainda que submetidas a graus variáveis de risco, venham a sê-lo efetivamente;
- e) Secundário, que congrega esforços em identificar a enfermidade desde suas primeiras manifestações e em conduzir à cura quem experimenta os desconfortos inerentes aos fenômenos mórbidos ;
- f) Terciário, que almeja a readequação das capacidades remanescentes do ex-doente nos casos que, uma vez finda a doença, tenham-se instaurados defeitos ou seqüelas que não permitam sua plena reabilitação.

Em virtude da extensa amplitude do tema bem como da multiplicidade de tipos hospitalares, faremos menção às instituições da Antigüidade, o culto de Asclépio, deus grego da medicina; do período medieval, os hospitais cristãos entre eles os leprosários; da Idade Moderna, as instituições denominadas lazaretos bem como as instituições de prestação de serviço na área da saúde na contemporaneidade (Antunes,1991).

Segundo Antunes (1991), na literatura grega da antigüidade Asclépio era considerado o deus da medicina. O culto a esse deus, como divindade curadora data do século VI aC. Na Tessália de onde se expandiu por toda Grécia, foram registrados mais de duzentos templos destinados ao culto de Asclépio, os quais os doentes recorriam na esperança de serem curados por intercessão divina.

É importante destacar, ainda, outra forma social e urbana, de atenção aos doentes enquanto costume dos babilônios:

(...) Não têm médicos, e quando alguém adoece trazem-no à praça pública, onde os passantes conferenciam com ele a respeito de sua doença, para descobrir se eles mesmos já não a contraíram, ou se conhecem alguém que sofrera de mal semelhante (..) ou que testemunham já haver curado outras pessoas. E não lhes é permitido passar por um doente em silêncio, sem inquirir a natureza de seu desconforto. (Heródoto-"Clio", apud Antunes, 1991, p.22).

Concomitante ao culto de Asclépio, a Grécia antiga conhecera também a medicina leiga que era exercida por peregrinos que preparavam e vendiam seus medicamentos de cidade em cidade, outros que se ocupavam com os remédios feitos com ervas e raízes medicinais. No século V aC todos esses "médicos" assistiam aos doentes em um tipo de dispensário (estabelecimento de beneficência) chamado *latreion*, onde albergavam os enfermos submetidos a intervenções cirúrgicas (Antunes, 1991).

Segundo Rosen (1994), os médicos da Grécia eram também filósofos naturais, tinham como objetivo indagar a constituição do Universo bem como a relação do homem com a natureza, não priorizavam apenas lidar com os problemas de saúde. Atribuíam saúde e doença à natureza, a falta de saúde teria origem na desarmonia entre homem e ambiente. Na obra *Ares, Águas e Lugares*, o autor procurou estabelecer as relações causais entre fatores do meio físico e a doença, sendo por mais de dois mil anos, o referencial teórico para compreensão das doenças endêmicas e epidêmicas. É importante ressaltar que até o final do século XIX, não se deu nenhuma mudança fundamental, quando as novas ciências da Bacteriologia e Imunologia se instituíram.

Os escritos de Hipócrates de Cós (460-377aC), considerado o pai da Medicina, começaram a ser reunidos na Biblioteca de Alexandria, no século II aC, em cuja obra a atenção se concentrava em doenças endêmicas, que se constituíram fonte de pesquisa para toda a humanidade (Rosen, 1994).

Ao conquistar o mundo mediterrâneo, Roma aceitou a medicina e as idéias sanitárias helênicas. Dessa forma, como engenheiros e administradores, construíram sistemas de esgoto, suprimento de água para as cidades, banhos e outras instalações sanitárias que serviram de exemplo para outros povos, bem como melhorando a condição sanitária das cidades gregas e conseqüentemente as condições de vida da população.

Entre os séculos I aC e I dC, foram instaladas em Roma as primeiras instituições médicas especificamente dedicadas ao abrigo e tratamento de doentes: os *Valetudinaria*, algo como hospitais militares, visto que um Império expansionista tinha como necessidade estratégica a recuperação dessa classe de doentes, para reaproveitá-los para a guerra (Antunes, 1991).

De acordo com Antunes (1991), os *Asklepieia* templos de Asclépio foram fechados em decorrência de um édito (decreto) firmado em 335 dC pelo Imperador Constantino, para serem rapidamente substituídos por hospitais cristãos.

Para Cisneros (apud Antunes, 1991), a justificativa do sucesso e a manutenção dos templos por tantos anos, mesmo na transposição para os domínios romanos, se deve aos *Asklepieia* terem sido favorecidos graças aos vínculos estabelecidos entre os conhecimentos médicos da época e a classe sacerdotal que ali atuava, compatibilizando os rituais de purificação e os tratamentos prescritos com a crescente eficácia terapêutica dos conhecimentos médicos e farmacêuticos da civilização helênica.

A partir do século IV dC, vários estabelecimentos que se destinavam a cuidar e abrigar doentes e necessitados foram fundados pelo clero e passaram a prestar diversas modalidades de assistência social em nome da nova fé cristã. Foram regulamentados asilos que recebiam crianças enjeitadas pelos pais,

órfãos, idosos, pobres e desamparados e os *Nosocomia*, eram estabelecimentos para se receber doentes em geral.

No entanto, esses estabelecimentos destinados aos cuidados com doentes, eram divididos em locais que recebiam doentes sem esperança de cura, que procuravam apenas abrandar-lhes o sofrimento, os doentes mais comuns nesses locais eram os leprosos, esses estabelecimentos eram chamados de *Lobotrophia* (Antunes, 1991).

Os *Xenodochia*, eram estabelecimentos criados para atender peregrinos e estrangeiros, mas com a necessidade de serviços de enfermagem os deveres da hospitalidade foram se transformando em *Nosocomia* (hospitais), que se constituíam como "(...) uma casa de campo para receber pessoas doentes, enfermas e desafortunadas que foram afastadas do convívio público; onde elas seriam providas de alimentos regular e dos remédios necessários" (Faxon apud Antunes, 1991, p. 43).

Ao contrário da medicina grega, o cristianismo primevo não se propugnava a origem natural das doenças, encarava-as como castigos divinos ou para pôr em prova os fiéis. O cuidado com os corpos doentes era visto como complemento à condução das almas; para cura, mais do que medicamentos seriam necessários o arrependimento dos pecados e a oração. Segundo Tavares de Sousa (apud Antunes, 1991), os conhecimentos médicos da antigüidade dificilmente teriam sido transmitidos às gerações seguintes, caso

não tivessem sido preservadas pelos seguidores de atitudes consideradas heréticas. Atribui-se particularmente aos nestorianos o processo de difusão da cultura grega, a partir do século V, onde o Arcebispo Nestor rompeu teologicamente com a doutrina cristã.

Rosen (1994) argumenta que os hospitais monásticos na Idade Média tinham pouco em comum com as modernas instituições de mesmo nome, e muitas vezes não passavam de pequenas casas onde se oferecia alguma espécie de enfermagem. Em virtude da dualidade de sua natureza e de sua função, é difícil estimar o quanto serviam realmente para o cuidado dos doentes. Desde o século VIII até o século XII, esses hospitais representavam praticamente a única instituição que se destinava à atenção com a pessoa enferma.

A necessidade de expansão dos hospitais era evidente diante da procura dos serviços oferecidos por essas instituições, era costume usar camas coletivas (1,4x1,9 metros) que em casos de superlotação, chegavam a abrigar de uma só vez até seis pessoas, o que propiciava a propagação de doenças, entre os já debilitados (Antunes, 1991).

Após o século XII, as cidades européias floresceram a tal ponto, que sua prosperidade pôde refletir-se na iniciativa de reis, príncipes e municipalidades que edificaram hospitais de cunho estatal. Além disso, as corporações de artesãos e negociantes passaram a atuar no campo da assistência social: as guildas mais ricas providenciaram pavilhões hospitalares para atender seus

associados (Thompson e Goldin apud Antunes,1991). O hospital começou a sair das mãos de religiosos e serem assumidos pela medicina leiga, no entanto, os monges e freiras ainda se dedicavam aos cuidados dos doentes.

Rosen (1994) nos mostra que, o Renascimento é significativo por representar um novo período da História, o período moderno, no qual a Saúde Pública, como conhecemos hoje, se desenvolveu. O desejo de riqueza como motivo da guerra, e a consciência da utilidade da tecnologia para se alcançar o poder, levaram os soberanos e estadistas a incentivar homens de engenhosidade inventiva e saber técnico. Dessa forma, a revolução técnica refletiu na prática da medicina na Modernidade, que contou com o uso crescente da experimentação. Crescia nesse contexto a tendência em individualizar as doenças.

Com o crescimento da indústria, na Inglaterra do século XVII, começou-se a considerar a produção como a atividade central na economia, dessa forma, o trabalho passou a ser essencial na geração da riqueza de uma nação. Assim, qualquer perda na produtividade de trabalho, decorrente de enfermidade ou morte, tornava-se um problema econômico. Uma população grande e sadia estava no centro de interesses dos políticos, homens de negócio, estadistas, legisladores e médicos uma vez que era um meio para aumento da riqueza e do poder de uma nação. Fazia-se necessário assumir responsabilidades ante ao povo, implementando, dessa forma, uma Política Nacional de Assistência à Saúde (Rosen,1994).

A Revolução Industrial trouxe benefícios para a saúde, como os métodos de preservação de alimentos, destacando-se a pasteurização e a refrigeração, no entanto, trouxe também muitos problemas, como o crescimento rápido das cidades e áreas industriais, sem quaisquer planejamento, com carência do mais elementar equipamento sanitário, que consistia em abastecimento de água, esgoto, coleta de lixo e higiene da habitação, além do proletário ter uma carga horária excessiva de trabalho e condições insalubres no ambiente das indústrias, "era necessário um novo olhar cada vez mais crítico para o complexo corpo social da sociedade moderna" (Scliar,1987, p. 72).

Conforme abordado anteriormente, a saúde do trabalhador representava produtividade. Em função disso, iniciou-se a preocupação com as doenças ocupacionais, principalmente com o trabalho nas minas, no entanto o trabalho fabril também era alvo de preocupações. Tem-se em 1833, na Inglaterra, a aprovação do primeiro Ato Fabril, que consistia em proibir o emprego de crianças menores de nove anos de idade. Às crianças entre nove e treze anos se determinava uma jornada de 48 horas semanais e às pessoas entre treze e dezesseis anos a uma jornada de 69 horas semanais. Proibiu-se limpar as máquinas em funcionamento. Os industriais eram obrigados a garantir duas horas de escola, por dia, para todas as crianças empregadas em suas fábricas. Para desapontamento dos trabalhadores, somente o trabalho infantil recebeu tais proteções (Rosen,1994).

Em 1850, um novo Ato Fabril, estabeleceu a jornada de trabalho, para mulheres e pessoas jovens, de seis horas da manhã até às seis horas da tarde,

com intervalo de uma hora e meia para as refeições. Assim, em meados do século XIX, tinham sido tomadas algumas medidas, embora limitadas, para regular as condições de trabalho nas indústrias e nas minas. O advento do industrialismo foi acompanhado da exploração de mulheres e crianças em tristes e insalubres fábricas. Contudo, somente no final de século XIX e durante todo o século XX, foram tomadas medidas relativas à proteção do homem trabalhador. Para tanto, usava-se o testemunho médico sobre as carências de saúde dos trabalhadores das indústrias para apoiar a causa das reformas no âmbito do trabalho (Rosen, 1994).

A repugnância diante do sofrimento humano não era nova e tinha sido elemento da luta pela reforma sanitária e fabril. Segundo os princípios do liberalismo econômico, porém, durante a maior parte do século XIX acreditava-se que o aumento da produção iria banir a escassez. Assim, seria eliminada a pobreza e reduzido, conseqüentemente, o sofrimento. No entanto, a realidade mostrou o contrário, na virada do século, a pobreza, as doenças, o vício e o sofrimento eram evidentes e representavam sintomas de uma moléstia social de raízes mais fundas (Rosen, 1994).

A necessidade do olhar social do Estado para com as conseqüências da industrialização é verificada em Scliar (1987,p. 76):

A 'questão social', surgida como efeito da Revolução Industrial, representou o fim da concepção orgânica, hegeliana, da sociedade e do Estado. O desenvolvimento social não podia ser autônomo, com o Estado intervindo às vezes sob a forma

de polícia. Impunha-se a necessidade de uma tecnologia da intervenção social.

Já não se podia mais ignorar a necessidade de uma política de Bem Estar Social, que tem como precursor, paradoxalmente, a Alemanha, uma vez que não se constituía, na sua época, num país dos mais avançados da Europa. No entanto, Otto von Bismarck, príncipe alemão, conhecido como "chanceler de ferro", devido ao seu autoritarismo, ao invés de reprimir o descontentamento dos operários, apaziguou-os com uma legislação social que incluía habitação gratuita, seguro para velhice e assistência médica.

O modelo previdenciário alemão foi implantado em diversos países europeus após a Primeira Guerra Mundial. No entanto, somente após a Segunda Guerra Mundial, a política de Bem Estar Social sofreria mudanças substanciais, iniciada pela Grã-Bretanha, que tinha seus recursos provenientes diretamente dos cofres públicos.

Os benefícios trazidos à população, pelo seguro social, eram expressivos. A assistência médica deixou de ser uma questão de caridade, passando a ser um direito adquirido através do trabalho, tal como as pensões e a aposentadoria. Os empresários também eram beneficiados, à medida que era disponibilizada uma mão-de-obra mais sadia (Scliar,1987).

No Brasil, o seguro social surge com Getúlio Vargas nos anos 30-40, com a fase da industrialização e urbanização que ocorreu nesse período. "É quando começa a se falar de 'povo'; até então tal categoria praticamente não existia"

(Scliar,1987, p.78). No Estado populista de Vargas, o seguro social é parte das medidas adotadas na área trabalhista.

No Brasil, a criação do seguro social teria grandes repercussões na área de assistência médica, que pouco havia evoluído desde a descoberta: até o século 18 praticamente não houve medicina oficial no país; os doentes eram cuidados pelos jesuítas, curandeiros, e feiticeiros (...). Os raros profissionais tinham de ser habilitados na metrópole portuguesa. A assistência hospitalar estava a cargo das Santas Casas, dos lazaretos para hansenianos, dos hospitais militares. Os médicos exercem em geral a clínica privada ou trabalham em instituições filantrópicas, notadamente as Santas Casas, instituídas no Brasil-Colônia (op.cit. p.80).

Nesse período vão se consolidando os Institutos de Aposentadoria e Pensões, os IAPs, divididos segundo as diversas categorias profissionais. Paulatinamente os IAPs passaram a oferecer assistência médica, tal medida, além de uma necessidade da classe trabalhadora, era também do sistema previdenciário que teria que arcar com o ônus da doença não tratada (Scliar,1987).

Em 1967 os vários IAPs se unificaram no Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, e atualmente se organiza através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS, além do Instituto Nacional de Seguro Social, o INSS.

Dubos¹ (apud Contini, 2001) defende sua tese com relação a visão social da saúde, para ele, o homem é, mais um produto do meio em que vive do que de sua carga genética, ou seja, a saúde não é determinada por sua raça e sim pelas condições de vida em que está inserido.

Para Rosen (1980), a Medicina Social apareceu como resposta aos problemas de doenças criados pela industrialização, sendo bastante estreita sua história com a Política Social de Bem-Estar. Inicialmente preocupada com a classe dos trabalhadores industriais e seus problemas, pode hoje ser concebida em um sentido mais amplo, incluindo vários outros grupos sociais. Se preocupa fundamentalmente com a saúde do homem, que tem sua origem na vida comunitária, para tanto caminha estreitamente ligada às Ciências Sociais como a Antropologia, a Sociologia, a Psicologia e a Economia.

Ainda para esse autor (1980, p.138), o alcance da Medicina Social se delimita em três importantes aspectos sociológicos:

- 1) Saúde em relação à comunidade: se interessa pela relação da saúde e da doença com as instituições comunitárias, com os movimentos populacionais no interior de comunidades mais amplas, com os padrões étnicos e raciais, com padrões de vida e com situação social e econômica de diferentes grupos;
- 2) Saúde como Valor Social: é importante saber como este valor tem sido definido por vários grupos sociais, a natureza

¹ DUBOS, R. O homem e seu ambiente. Washington, Organização Pan-Americana de Saúde, Publicação Científica. nº 131,1996.

dos desejos e expectativas dos diferentes grupos em relação à saúde e até onde estes objetivos foram realizados ou frustrados. Envolve uma compreensão de valores em nossa sociedade e do lugar que a saúde ocupa nas diferentes classes sociais;

3) Saúde e Política Social: Contribui para a formação da política social, no entanto, é importante salientar que a legislação muda no mesmo ritmo que o saber sobre as relações entre saúde e outros aspectos da vida social.

O resgate histórico que se buscou empreender, deu-se pela necessidade em compreender diversas ações defendidas na área da saúde, como a recente divulgação pelo Ministério da Saúde, do seu Programa Nacional de Humanização no Atendimento Hospitalar (PNHAH), que contempla ações visando resgatar a importância dos aspectos humanos e não apenas o científico e biomédico, o que tem sido o elemento norteador do trabalho na área da saúde na atualidade, centrando-se mais na doença do que no próprio doente como um todo.

Passaremos a apresentar o programa mais detalhado, acima referendado, visando explorar um programa recente que visa a busca do atendimento do doente como um todo.

Segundo documentos do Ministério da Saúde, a experiência cotidiana do atendimento ao público nos serviços de saúde e os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos. Evidentemente, todos esses aspectos são importantes para a qualidade do sistema, no entanto, as tecnologias bem como os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento.

O PNHAH busca desenvolver ações que não se restrinja somente à busca de melhorias na instituição hospitalar, mas também estender-se à formação educacional dos profissionais de saúde - atualmente bastante deficiente no que se refere à questão da humanização do atendimento. É no processo de formação que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde.

Propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições.

Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma re-qualificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade.

No campo das relações humanas que caracterizam qualquer atendimento à saúde, é essencial agregar à eficiência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e imprevisível, que aceite os limites de cada situação.

O grande número de iniciativas de humanização em andamento nos hospitais, das mais simples às mais criativas e complexas, demonstra que esta necessidade de mudança na forma de gerir a relação entre usuário e profissional de saúde e na forma de gerir a própria instituição de saúde, vem sendo amplamente reconhecida. No entanto, todas as iniciativas encontradas são setoriais, uma vez que pelo próprio conceito de Humanização utilizado nas instituições, se concentram em áreas, departamentos ou atenções específicas, sem conseguir o envolvimento do todo das organizações. Nestes casos, a

despeito dos resultados favoráveis das ações de humanização, persiste um desconhecimento destas propostas pelas próprias instituições e pelo público que o utiliza, bem como uma impossibilidade de mudança da cultura institucional em relação à Humanização, mudança essa vital para darmos um passo definitivo na transformação do atendimento em saúde no Brasil.

Objetivos

- Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira.
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil.
- Capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania.
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde.
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública.
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área.
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado.

- Modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade.

Público Alvo

- Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.
- Hospitais da rede pública de saúde do Brasil:

Metodologia

A metodologia escolhida prevê a multiplicação progressiva do Programa de Humanização para um conjunto cada vez maior de hospitais da rede pública, através do apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dos hospitais já capacitados e que serão transformados em Centros de Referência em Humanização.

A primeira fase transcorrerá entre maio de 2001 a abril de 2002 e alcançará 93 hospitais.

A segunda fase, de maio a dezembro de 2002, pretende estender o Programa a um número estimado de 450 novos hospitais, selecionados pelo seguinte critério:

Hospitais que tenham participado da Rede Nacional de Humanização na 1ª fase.

Hospitais indicados pelas Secretarias de Saúde e pelos hospitais que participaram da primeira fase.

A implantação do PNHAH será compartilhada pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde (municípios que possuem hospitais participantes do Programa com gestão plena).

Planos de Intervenção

O processo de intervenção dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar se expressa em quatro planos distintos:

- No plano pedagógico: contribuir para a educação continuada, promoção de eventos educativos, treinamento de áreas ou profissionais, divulgação de temas de interesse da coletividade.
- No plano político: propiciar a democratização das relações de trabalho, concedendo voz aos setores que normalmente não teriam condições de superar as barreiras de hierarquia e competência técnica. Para isso, deverá manter um relacionamento estrito com cada setor, ouvindo reclamações, sugestões e buscando soluções para problemas específicos.
- No plano subjetivo: sustentar um processo de reflexão contínua sobre as vivências no mundo do trabalho, o *como* e *para quê* se trabalha numa organização hospitalar.
- No plano comunicativo: criando fluxos de informações relevantes para profissionais, dando a conhecer os projetos de humanização em curso no hospital.

A evolução do conhecimento técnico-científico não tem sido acompanhada por um correspondente avanço na qualidade do contato humano presente em toda intervenção de atendimento à saúde.

O planejamento em saúde, na maioria das vezes, desconsidera as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas ligadas à saúde e à doença, e as formas de intervenção para seu atendimento são, muitas vezes, subestimadas e até mesmo desconsideradas. De modo geral, a avaliação de um grande número de usuários do sistema de saúde revela a percepção do seguinte fato: a qualidade positiva do conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde não se faz acompanhar por uma correspondente qualidade nos aspectos, como: grau de profissionalismo, respeito, modo de atender e de comunicação, atenção e tempo dispensados ao usuário, prestação de informações e empatia com a necessidade alheia. De fato, a qualidade do contato pessoal entre profissional e usuário é responsável por uma infinidade de mal-entendidos e dificuldades no tratamento dos pacientes, condição que favorece o erro médico.

O que significa humanizar?

A humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que

privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber.

Humanização em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano.

A razão de existência de um hospital é cuidar da saúde da comunidade. Este cuidar acontece sempre dentro de um campo de relações em que nem tudo pode ser codificável e previsível, nem tudo pode ser respondido com técnicas objetivas e passíveis de se repetirem todo o tempo, da mesma forma. Está-se, portanto, em um campo em que estão presentes modos singulares de existência, requerendo, assim, uma atenção especial às formas de execução de qualquer trabalho.

Humanizar é aceitar esta necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites.

O ponto-chave do trabalho de humanização está em fortalecer este comportamento ético de articular o cuidado técnico-científico, já construído, conhecido e dominado, com o cuidado que incorpora a necessidade de explorar e acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular. Trata-se de um agir inspirado em uma disposição de acolher e de respeitar o outro como um ser autônomo e digno. É necessário repensar as práticas das instituições de saúde, buscando opções de diferentes formas de atendimento e de trabalho que preservem este posicionamento ético no contato pessoal e no desenvolvimento de competências relacionais.

No processo de habilitação dos profissionais de saúde, devemos considerar a fragilização física e emocional provocada pela doença e as suas conseqüências na relação entre o profissional e o usuário. Sentimentos como afeição, respeito, simpatia, empatia, angústia, raiva, medo, erotismo, compaixão, etc. são inevitáveis em qualquer contato humano. Estarão, portanto, presentes nas relações nos serviços de saúde. Para que haja profissionalismo e bom atendimento, esses aspectos precisam ser reconhecidos, estar sob controle e a serviço da compreensão das necessidades do usuário e dos profissionais. Na verdade, esses sentimentos, mesmo que intensos e imprevisíveis, quando incorporados adequadamente à atividade do profissional, podem se tornar instrumentos valiosos no atendimento à saúde. Da mesma forma, considerar os aspectos de condições de vida, de condições de trabalho, de relações familiares, culturais e sociais, pode contribuir para o cuidado do usuário e o restabelecimento do seu bem-estar.

O desenvolvimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar implica necessariamente o fortalecimento de uma política de resgate do valor da vida humana, do cuidado ético para com ela e de valores fundamentais, como alteridade, respeito, coerência e responsabilidade social. Portanto, a implantação ampla do Programa deverá, especialmente, considerar a participação ativa e responsável do maior número de pessoas (profissionais e usuários) empenhadas, direta ou indiretamente, de forma que sejam respeitadas, ouvidas e valorizadas.

É conhecida de todos os que trabalham na área da saúde a noção de que os hospitais encontram-se entre as organizações mais complexas que existem. Complexidade esta que deriva não apenas dos desafios impostos pela organização do trabalho em si, da necessidade de harmonizar o processo com o produto final almejado (promoção de saúde e bem-estar), mas também das exigências da condução deste processo, que significa coordenar as ações específicas de cada parte envolvida no trabalho, dando a cada uma delas um sentido geral.

A noção de qualidade em saúde precisa transcender o senso comum de adequação técnica dos agentes sobre o objeto de prática (o paciente), para considerar que este ato é também um ato moral. Uma ação técnica se realiza na dependência de uma relação intersubjetiva que repercute intensamente em todos que dela participam.

ASPECTOS LEGAIS - DIREITOS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

As Políticas Públicas, que visam a qualidade de vida dos cidadãos, nem sempre se efetivam na prática. A distância entre o que se proclama e as efetivas ações são enormes. Para Aquino (2001, p.25), existe "*(...) uma situação ambígua presente hoje no país, que se aplica também ao caso do atendimento pedagógico-hospitalar: o 'arrojo' legal em contraste com o anacronismo das práticas sociais*".

Apresentaremos abaixo, por ordem cronológica, textos chancelados legalmente pelo Ministério da Justiça, que apresentam amparo quanto ao atendimento à pessoa hospitalizada, enfocando mais especificamente o objeto do nosso estudo, a criança e o atendimento pedagógico no contexto hospitalar.

A Declaração dos Direitos do Doente e do Médico (1975) afirma em seu artigo 11º, conforme nos apresenta Cavalcanti (1997, p. 05) que: "*O doente tem direito (...) a todos os meios culturais que podem ajudá-lo a recuperar sua saúde física e moral*".

Cavalcanti (1997,p. 06) argumenta ainda que:

(...) em todas as circunstâncias, o doente permanece uma pessoa cujos direitos e necessidades básicas são os mesmos que os de uma pessoa saudável. Unicamente a impossibilidade de fato pode impedi-lo de usufruir de seus direitos ou de satisfazer suas necessidades (...). Não se pode limitar seus

direitos ou suas necessidades em matéria de cultura ou de distração, por causa de sua doença. A única limitação permitida é de ordem médica, ou quando a equipe encarregada do tratamento considera que a utilização desse direito constitui um obstáculo à cura. Em contrapartida, a limitação do direito à vida recreativa, por qualquer razão que não seja de ordem médica, constitui um grave atentado às prerrogativas do homem que sofre.

Já o Estatuto da Criança e do Adolescente, regimentado pela Lei Nº 8069 de 13 de Junho de 1990, dispõe garantias de direitos para a criança e o adolescente, com relação à situação especial de hospitalização. Isso pode ser observado em seus artigos abaixo apresentados:

Art.4º- Parágrafo Único:

- e) Primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- f) Precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- g) Preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- h) Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e juventude.

Art. 7º- A criança e o adolescente têm o direito à proteção e à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitem o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Art. 11º- É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 57º- O Poder Público estimulará pesquisas, experiências e novas propostas relativas a calendário, seriação, currículo, metodologia, didática e avaliação, com vistas à inserção de crianças e adolescentes excluídos do ensino fundamental obrigatório. Explorar na discussão.

Após a publicação da Resolução Nº 41 de 13 de outubro de 1995, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, chancelada pelo Ministério da Justiça, que trata dos direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, estende o direito à proteção integral à infância e adolescência aos eventos de hospitalização expressando essa normativa dentro da esfera jurídica e política, eximindo assim, de qualquer questão de julgamento moral. Conforme Ceccim e Carvalho (1997, p. 185 a 190), tais direitos são descritos da seguinte forma:

- 21- Direito à proteção à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.
- 22- Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa.
- 23- Direito a não ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade. REVER
- 24- Direito de ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.
- 25- Direito de não ser separado de sua mãe ao nascer.
- 26- Direito de receber aleitamento materno sem restrições.
- 27- Direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la.

28- Direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados e do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário.

29- Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar.
EXPLORAR mais

30- Direito a que seus pais, ou responsáveis, participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida.

31- Direito a receber apoio espiritual/religioso, conforme a prática de sua família.

32- Direito de não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.

33- Direito de receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária.

34- Direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus-tratos.

35- Direito ao respeito à sua integridade física, psíquica e moral.

36- Direito à preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais.

37- Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação de massa, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética.

38- Direito à confidência de seus dados clínicos, bem como direito a tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na Instituição, pelo prazo estipulado em lei.

39- Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente.

40- Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

A *integralidade* da assistência é, sem dúvida, um dos princípios que regem, moral e legalmente, as ações e serviços de saúde (Lei Orgânica da Saúde, 1990). Essa atenção integral é entendida como a articulação e a integração simultâneas das ações e serviços, sejam eles preventivos ou curativos, individuais ou coletivos, no que se refere à complexidade do Sistema de Saúde (Ceccim e Carvalho, 1997).

Como se pode perceber, não é pela omissão de textos legais que não se realizam ações educativas nos hospitais pediátricos. A criança doente tem direitos legalmente reconhecidos mas que não vêm sendo aplicados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Objetivando pesquisar acerca da importância da intervenção do pedagogo junto à criança hospitalizada, a fim de que o mesmo possa atuar no sentido de contribuir para recuperação da criança no que tange aos seus aspectos biopsicossociais. Verificamos que o hospital tem sido apontado como ameaça ao desenvolvimento integral da criança, uma vez que dela é excluída sua família, os amigos, os brinquedos, a escola, enfim as relações que a mesma estabelecia antes da doença e da hospitalização.

A literatura aponta os efeitos nocivos do hospital, bem como o quadro de lesões psicológicas expressas pela vivência da perda, da insegurança, medo, entre outras situações estressantes e potencialmente traumáticas.

O reconhecimento de que as crianças hospitalizadas apresentam necessidades educativas próprias dessa situação de adoecimento é traduzida pelos programas implantados em muitos hospitais, que buscam atender não apenas uma demanda social, moral e ética como também aos aspectos legais que amparam esse tipo de intervenção junto à criança.

Contudo, podemos constatar que o número de programas efetivamente implantados é incipiente frente à demanda a essa parcela da população

infantil, que na maioria da vezes, vêm seus direitos de criança cidadã serem desrespeitados, direitos esses que se expressam ao acesso à educação e saúde, conforme podemos constatar em diversas leis chanceladas pelo Ministério da Justiça. No entanto, poucas são as políticas públicas que buscam atender as determinações legais.

As necessidades educacionais se traduzem em desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança, dessa forma, o atendimento pedagógico realizado no ambiente clínico estaria operando com processos de ordem cognitiva e afetiva, processos esses que não só se interrompem frente ao adoecimento e à hospitalização, como ganham contornos próprios nessa situação e acabam por gerar outras necessidades (Ceccim e Fonseca, 2001).

Necessidades essas de proteção emocional e de desenvolvimento psíquico e cognitivo, que a intervenção do pedagogo poderá ser muito importante no preenchimento dessa lacuna, quando a criança necessita ser afastada de seu meio para o cuidado com a saúde.

Em nosso estudo, procuramos estabelecer um conceito de saúde, que supera a visão puramente corpórea e biológica, para priorizarmos seu sentido mais amplo, considerando o sujeito como um todo, “juntando” o homem em seu aspecto corporal e emocional, como aliás já era visto por Hipócrates, na Grécia antiga, e que foi postergado pela medicina moderna em nome de um

racionalismo cartesiano e na medicina contemporânea em nome de uma racionalidade tecnológica.

As críticas dirigidas aos profissionais que atuam no hospital, na verdade, relacionam-se com uma formação estritamente técnica, que não fornece ao estudante o exercício da reflexão e análise como os fatores sociais, psicológicos, econômicos, políticos e pedagógicos, que constituem a realidade em deverá atuar (Ribeiro, 1993).

Em se tratando especificamente da formação do pedagogo, também apontamos uma lacuna preocupante, uma vez que priorizam conhecimentos estreitamente relacionados à Escola. Não são vislumbrados, outros contextos onde a educação é também necessária.

Um desses contextos é sem dúvida o hospital, visto a necessidade da criança se desenvolver embora estando hospitalizada. Nesse momento, mais do que nunca a pedagogia hospitalar se justifica pela sua especificidade e contribuição ao desenvolvimento infantil.

A criança hospitalizada, em geral, não está inibida em sua capacidade de aprendizagem e o internamento não impede a disposição para atividades, podendo sim beneficiar-se das mediações que o ambiente hospitalar acaba por proporcionar (Ribeiro, 1993).

É importante ressaltar, que a atuação do pedagogo no ambiente hospitalar deve ter um caráter mais abrangente do que o estudo aqui apresentado, uma vez que nesse contexto diversos aspectos podem se apresentar, devido à singularidade da pessoa humana, que são agentes de uma relação: equipe médico-hospitalar x doente, pautada na subjetividade que envolve ambas as partes. O trabalho em hospitais representa, sem dúvida, o cruzamento de inúmeras questões que merecem ser investigadas de forma bastante cuidadosa. Conhecer o homem, suas criações, explicações acerca de si e do mundo, assim como o desejo de contribuir de alguma forma para alterar a realidade que nos cerca (Ribeiro,1993).

Atentamos para a necessidade de considerar o presente estudo enquanto contribuição para um campo de pesquisa que se abre, e que necessita de estudos numa vertente epistemológica, a fim de possibilitar uma compreensão maior do assunto em debate.

Dada a escassez de trabalhos publicados nessa área, como podemos conferir em levantamento realizado e discutido na 20ª reunião anual da ANPED de 1997 (ver introdução), fica justificado o nosso alerta.

O hospital tem funcionado de modo a criar uma situação na qual parece que a vida fica suspensa e a pessoa deixa de ter as possibilidades normalmente oferecidas a ela, prevalecendo o embate da doença com a saúde. Dependendo

do resultado desse embate é que se retoma, ou não, a vida além do internamento. Procuramos no nosso trabalho, discutir a necessidade de romper com essa situação e recuperar com as crianças o fluxo da sua história.

Diante do exposto, gostaríamos de concluir acreditando na importância da intervenção pedagógica em ambiente hospitalar, com a finalidade precípua para que a criança seja atendida em sua integralidade e que as condições necessárias sejam disponibilizadas, para que seu desenvolvimento continue acontecendo mesmo num ambiente clínico.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, Arminda et al. **A percepção da morte na criança e outros escritos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

ALVES, Paulo César; RABELLO, Maria Cristina (orgs). **Antropologia da Saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Relume Dumará,1998.

ANGERAMI-CAMON,Valdemar Augusto (org). **Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Editora Traço,1984.

_____. (org). **Psicossomática e a Psicologia da Dor**. São Paulo: Editora Pioneira Thomsom Learning,2001.

ANTUNES, José Leopoldo. **Hospital**: Instituição e História Social. São Paulo: Letras&Letras,1991.

AQUINO, Júlio Groppa. **O professor, o aluno, a diferença e a hospitalização**. In: FONSECA, Eneida S. (org). **Atendimento Escolar Hospitalar. O trabalho pedagógico no ambiente hospitalar**: a criança doente também estuda e aprende. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ,2001.

BENJAMIN, Walter. **Reflexões**: a criança, o brinquedo e a educação. São Paulo: Summus,1984.

BOCK, Ana Mercês B., et al. **Psicologias**: uma introdução ao estudo de psicologia. São Paulo: Editora Saraiva, 2000.

BOWLBY, S. **Los cuidados maternos y la salud mental**. 2ª ed. s.l. Latino americana. Organization Mundial de la salud, 1968.

BRASIL. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais**. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos e do Adolescente/ Imprensa Oficial, 1995.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei Federal 8069 de 13/07/90**. Brasília: Ministério da Ação Social/Centro Brasileiro para Infância e Adolescência,1990.

_____. **Expansão e Melhoria da Educação Especial nos Municípios Brasileiros**. Brasília: MEC-Secretaria de Educação Especial,1995, livro 4.

_____. **Lei Orgânica da Saúde (LOS)**. Lei Federal 8080 de 19/09/1990. Brasília: Ministério da saúde/ Assessoria de Comunicação Social, 1990.

CALEGARI, Aparecida Meire **Atendimento pedagógico à criança hospitalizada**. In: I Seminário Internacional de Educação. Cianorte: Universidade Estadual de Maringá, 2001.

_____. **O trabalho do pedagogo no contexto hospitalar**. In: XIX ENPAESP- Encontro Paranaense dos Estudantes de Pedagogia: O pedagogo no mercado de trabalho. UNESPAR: Campus de Campo Mourão, 2002.

CAMPOS, Dinah Martins de Souza. **Psicologia e desenvolvimento humano**. Rio de Janeiro: Petrópolis, Vozes, 1997.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Editora Cultrix, 1995.

CARVALHO, Rosita Edler; TELLES, Maria de Fátima Cardoso. **Políticas Públicas e Classe Hospitalar**. In: FONSECA, Eneida S. (org.). **Atendimento Escolar Hospitalar. O trabalho pedagógico no ambiente hospitalar: a criança doente também estuda e aprende**. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2001.

CASTIEL, Luís David. **O Buraco e o Avestruz**: a singularidade do adoecer humano. Campinas/São Paulo: Papyrus, 1994.

CAVALCANTI, Regina T. Kosinski. **Projeto Assistência Pedagógica à Criança Hospitalizada**. Maringá: Pró-Reitoria de Extensão e Cultura, 1997.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. Antonacci. **Criança Hospitalizada**: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997.

_____. **A escuta pedagógica no ambiente hospitalar**. In: FONSECA, Eneida S. (org.) **Atendimento Escolar Hospitalar. O trabalho pedagógico no ambiente hospitalar: a criança doente também estuda e aprende**. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg; FONSECA, Eneida Simões. **Classes Hospitalares: Onde, quantas e por quê?** In: FONSECA, Eneida S. **Atendimento Escolar Hospitalar. O trabalho pedagógico no ambiente hospitalar: a criança doente também estuda e aprende**. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2001.

CHIOZZA, Luis. **Por Que Adoecemos? A História que se oculta no corpo.** Campinas: Papirus,1987.

CHIATTONE, C. **Relato de experiência de intervenção psicológica junto a criança hospitalizadas.** In: ANGERAMI-CAMON, V.A et al.(org.). **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar.** São Paulo: Traço,1984.

COLL, César; PALACIOS, Jesús; MARCHESI, Alvaro (Orgs). **Desenvolvimento psicológico e educação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CONTINI, Maria de Lourdes Jeffery. **O psicólogo e a promoção de saúde na educação.** São Paulo: Casa do Psicólogo,2001.

CREPALDI, Maria Aparecida. **Hospitalização na Infância:** representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos. Taubaté: Cabral Editora, 1999.

DETHLEFSEN, Thorwald; DAHLKE, Rüdiger. **A doença como caminho:** uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa **transformar** em bem. São Paulo: Editora Cultrix, 1998.

FONSECA, Eneida S. (org.). **Atendimento Escolar Hospitalar. O trabalho pedagógico no ambiente hospitalar:** a criança doente também estuda e aprende. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ,2001.

FONSECA, Eneida S. **Planejando, desenvolvendo e avaliando o trabalho na classe hospitalar.** In: FONSECA, Eneida S. (org.) **Atendimento Escolar**

Hospitalar. O trabalho pedagógico no ambiente hospitalar: a criança doente também estuda e aprende. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ,2001-a.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1961.

GROLNICK, Simon. **Winnicott o trabalho e o brinquedo:** uma leitura introdutória. Porto Alegre: Artes Médicas,1993.

KISHIMOTO, Tizuko Morchida (org.). **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação.** São Paulo: Cortez,1997.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos da Metodologia Científica.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

LA TAILLE, Yves; OLIVEIRA, Marta Khol de; DANTAS, Heloysa. **Teorias Psicogenéticas em Discussão.** São Paulo: Summus,1992.

MACHADO, Marina Marcondes. **O brinquedo-sucata e a criança:** a importância do brincar - atividades e materiais. São Paulo: Edições Loyola, 1994.

MAGNANI, Eliana Maria. **O brincar na pré-escola:** um caso sério. Dissertação de mestrado. Campinas: Unicamp – Faculdade de Educação, 1998.

MATOS, Elizete Lúcia Moreira; MUGGIATI, Margarida Maria T. de Freitas. **Pedagogia Hospitalar.** Curitiba: Ed. Champagnat, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO,1998.

NEGRINE, Airton. **Aprendizagem e desenvolvimento infantil**. Porto Alegre: PRODIL, 1994.

NOVAES, Luiza Helena Vinholes Siqueira. **Brincar é saúde**: o alívio do stresse na criança hospitalizada. Pelotas: EDUCAT,1998.

OLIVIERI, D.P. **O Ser Doente**. São Paulo: Moraes, 1985.

OLIVEIRA, Marta Kohl de. **Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento, um processo sócio-histórico**. São Paulo: Scipione, 1993.

ONGARO, Sueli. **A Doença e o Doente: Relatos de vivências hospitalares. Um estudo das relações entre Medicina e Psicologia**. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade Estadual de São Paulo, 1993.

PINKUS, Lúcio. **Psicologia do Doente**. São Paulo: Edições Paulinas, 1988.

PINOTTI, José Aristodemo. **Ação e Reflexão**: Política, Educação e Saúde. Campinas: Editora Papirus,1986.

PRIGOGINE, I. **O fim das certezas**. São Paulo: Ed. UNESP,1996.

PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO HOSPITALAR. Disponível em:< <http://www.saúde.gov.br/>> acesso em: 02 de setembro de 2002.

RAIMBAULT, Ginette. **A criança e a morte, crianças doentes falam da morte**: problemas da clínica do luto. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1979.

RATNER, Carl. **A psicologia sócio-histórica de Vygotsky**: aplicações contemporâneas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REGO, Teresa Cristina. **Vygotsky**: uma perspectiva histórico-cultural da educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

RIBEIRO, Maria José. **O atendimento à criança hospitalizada**: um estudo sobre serviço recreativo-educacional em enfermaria pediátrica. Dissertação de Mestrado. Campinas: Unicamp – Faculdade de Educação, 1993.

RITTMEYER, Lecy; SILVA, Rachel Perrone da e IMBROSIO, Leila Ozon. **Classe Hospitalar Jesus: trajetória do jubileu de Ouro (1950-2000)**. In: FONSECA, Eneida S. (org.) **Atendimento Escolar Hospitalar. O trabalho pedagógico no ambiente hospitalar**: A criança doente também estuda e aprende. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2001.

RODRIGUERO, Celma Regina B. **Desenvolvimento humano e a aquisição da linguagem**: uma investigação acerca da concepção da família sobre a criança surda . Dissertação de Mestrado. Maringá: UEM, 2001.

ROMANO, Bellkis W. **Princípios para a prática da Psicologia Clínica em Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROSEN, George. **Da Polícia Médica à Medicina Social**: Ensaios sobre a história da Assistência Médica. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Uma História da Saúde Pública.** São Paulo: HUCITEC/ Editora UNESP, 1994.

ROSSETI-FERREIRA, Maria Clotilde. **Mãe & Criança:** separação & reencontro. São Paulo: Edicom, 1986.

SCLIAR, Moacir. **Do Mágico ao Social:** a trajetória da Saúde Pública. São Paulo: L&PM Editora, 1987.

SILVA, Vania Loureiro. **Construindo possibilidades entre o hospital e a escola.** In: FONSECA, Eneida S. **Atendimento Escolar Hospitalar. O trabalho pedagógico no ambiente hospitalar:** a criança doente também estuda e aprende. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2001.

SIMANCAS, José Luiz González; LORENTE, Aquilino Polaino. **Pedagogia Hospitalaria:** atividade educativa em ambientes clínicos. Madrid: Narcea, 1990.

SPITZ, René A. **El primer año de vida del niño:** genesis de las primeras relaciones objetales. Madrid: Aguilar ediciones, 1972.

TAAM, Regina. **Assistência Pedagógica à Criança Hospitalizada.** Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2000.

VYGOTSKY, Lev S., **Formação social da mente.** São Paulo: Martins Fontes, 1984.

_____. **Pensamento e Linguagem.** São Paulo: Martins Fontes, 1989.

_____.et al. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem.** São Paulo: Ícone/Edusp,1988.

WINNICOOT,D.W. **O Brincar e a Realidade.** Rio de Janeiro: Imago,1975.