

Um estudo da aprendizagem e desenvolvimento de crianças em situação de internação hospitalar*

A study of learning and development of hospitalized children

MARIA ALCIONE MUNHÓZ**
LEODI CONCEIÇÃO MEIRELES ORTIZ ***

RESUMO – O presente artigo faz uma incursão em dois universos temáticos: Saúde e Educação, refletindo sobre os efeitos da internação hospitalar nos processos de aprendizagem e desenvolvimento de crianças em tratamento no Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM. Este estudo vem ancorado em aportes teóricos do método Clínico de Piaget e o Nível da Lecto-escrita de Emília Ferreira. A partir do enfoque pedagógico e lúdico, foi observado um significativo avanço nos estágios das operações mentais das crianças e uma superação no quadro das dificuldades de aprendizagem.

Descritores – Criança hospitalizada; aprendizagem; desenvolvimento infantil.

ABSTRACT – The following article makes an incursion in two thematic universes: Health and Education. It reflects about the effects of being admitted to hospital in the processes of learning as well as about the development of children in treatment in the Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM. This study is based on theoretical subsidies of Piaget’s Clinic Method and Emilia Ferreira’s level of writing reading. In this way it is possible to analyze the results. From the playful and pedagogic approach onwards, it was observed a significant advance in the stages of mental operations of children and an overcoming in the situation of learning difficulties.

Key-words – Hospitalized child; learning; childish development.

INTRODUÇÃO

Este artigo traz a descrição de ações desenvolvidas num projeto de pesquisa cujos oito crianças que estavam impossibilitadas de freqüentar escola, por se encontrarem em internadas para tratamento médico-hospitalar no Serviço de Hema-

* Integrantes do Grupo de Pesquisa do CNPq: Educação Especial - Interação e Inclusão Social, participantes do estudo: Simone Hoerbe Garcia, especialista em Educação Especial – UFSM. Andréia Jaqueline Devalle Rech, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação – UFSM. Karina Silva Molon, Acadêmica de graduação em Psicologia – UNIFRA.

** Professora Dr. Coordenadora do Curso de Educação Especial – UFSM e Orientadora da pesquisa.
E-mail: maria_alcione@uol.com.br

*** Mestre em Educação – UFSM e Orientadora da pesquisa no Hospital – HUSM.
Artigo recebido em: fevereiro/2004. Aprovado em: setembro/2005.

Educação

to-Oncologia, do Hospital Universitário de Santa Maria/HUSM - RS. O trabalho parte do princípio de que, no caso de tratamento oncológico, a permanência prolongada da criança no hospital e a impossibilidade de manter a assiduidade na escola podem fazer com que, com o decorrer do tempo, elas deixem de utilizar algumas de suas capacidades cognitivas para resolver problemas e comecem a apresentar algumas dificuldades de aprendizagem.

O bombardeio medicamentoso prescrito nas terapêuticas e a ausência de desafios cognitivos decorrentes das contingências da reclusão hospitalar podem promover regressão de várias áreas do sistema nervoso central, como na memória, concentração, atenção, coordenação motora fina, linguagem e inteligência, causando, com isso, distúrbios de aprendizagem (ORTIZ, 2002, p. 26).

Para o desenvolvimento das atividades, optamos pelo lúdico pela compreensão de que a criança precisa de um ambiente afetivamente equilibrado, em que receba amor e lhe permita satisfazer as necessidades próprias do seu estado infantil. Quando isso não acontece, inicia-se uma situação de desequilíbrio entre o contexto em que a criança vive e as necessidades que ela apresenta, é nessa situação que poderão estabelecer-se as dificuldades de aprendizagem.

Com o intuito da superação de situações como as anteriormente destacadas, está previsto nas Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (BRASIL, 2001a, p. 53), o atendimento pedagógico para crianças em tratamento médico-hospitalar, definindo classe hospitalar como “serviço destinado a prover, mediante atendimento especializado, a educação escolar a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar ou atendimento ambulatorial”.

Ainda com relação à normatização, acima citada, o objetivo das classes hospitalares e do atendimento em ambiente domiciliar é: “dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem de alunos matriculados em escolas da Educação Básica, contribuindo para seu retorno e reintegração ao grupo escolar” (BRASIL, 2001b).

O contato com a classe hospitalar ocorreu a partir da disciplina EDE 404 - Prática de Ensino, do Curso de Educação Especial, da Universidade Federal de Santa Maria, desenvolvida no primeiro semestre de 2003. Na oportunidade, foi proposto um atendimento pedagógico aos pacientes pediátricos ambulatoriais e internados do HUSM. Diante da observação do trabalho desenvolvido, para proposição da prática, percebeu-se a necessidade de um estudo mais aprofundado acerca do desenvolvimento e aprendizagem das crianças que participam de atividades pedagógicas na classe hospitalar no referido hospital.

Educação

Assim, em decorrência desta prática de ensino, foi implementado um Projeto de Pesquisa com o objetivo de investigar a aprendizagem e o desenvolvimento de oito crianças internadas no Hospital Universitário de Santa Maria/Setor de Hemato-Oncologia, a partir de atividades lúdicas, estimulando as áreas cognitiva, sócio-afetiva e psicomotora.

A proposição do artigo é relatar um trabalho de pesquisa que ocorreu em um ambiente específico, com um grupo de crianças que se encontrava em situação de internação hospitalar e atendimento ambulatorial. A análise dos dados fundamenta-se no método Clínico de Piaget (1983), nos estudos de Ferreiro (2000), com relação à lecto-escrita e, ainda, as testagens criadas por Retondo (2000), que analisaram os desenhos das crianças. O registro desses resultados teve como finalidade mostrar, por meio da prática, o que é identificado na teoria, quando se destaca a relevância do atendimento pedagógico a crianças que se encontram no ambiente hospitalar.

UM PONTO DE VISTA TEÓRICO SOBRE A CRIANÇA HOSPITALIZADA E A CLASSE HOSPITALAR

A criança, quando se depara com a idéia de hospitalização, sente de imediato que seu cotidiano sofrerá mudanças. O primeiro impacto ocorre quando ela se depara com paredes brancas, médicos, enfermeiras e fisioterapeutas usando roupas brancas. Assim, seu mundo, que era colorido, passa a ser de uma só cor, o branco.

Neste momento, além das mudanças físicas e emocionais em consequência da doença, a criança terá que encarar uma separação do convívio com seus pais, ou seja, aquele ambiente familiar tão propício para o pleno desenvolvimento infantil será interrompido, pois a hospitalização quebrará este convívio, uma vez que não é permitida a permanência de todos os familiares junto ao leito hospitalar, mas apenas uma pessoa poderá estar acompanhando o paciente, em especial na Hemato-Oncologia.

Dentre todas estas mudanças, a primeira refere-se à desestruturação do sistema biopsicossocial, seguida pela interrupção no processo de desenvolvimento intelectual, afetivo e da personalidade, intensificando as angústias com relação à morte e de desconhecimento em relação ao novo ambiente.

A criança também vive uma situação extremamente desagradável do ponto de vista físico. Sente dores com a quimioterapia e com outros procedimentos terapêuticos, sua pele muda de cor e geralmente perde os cabelos, além de emagrecer bastante. Do ponto de vista emocional, é comum a manifestação do medo, ansie-

Educação

dade, irritabilidade, angústia, depressão, agressividade, sensação de abandono, etc (NASCIMENTO, 2000, p. 25-26).

O tratamento contra o câncer infantil exige um contato permanente com o hospital durante um longo período de tempo. Logo na primeira consulta, a criança é submetida a uma série de exames dolorosos e já fica pelo menos três dias no hospital.

Com relação à internação hospitalar do paciente infantil, a situação vivida é assim descrita, “ao instalar-se na unidade de tratamento, o paciente infantil, já infligido pelas incômodas sensações corporais, terá, ainda, que assumir o enfrentamento das intercorrências adicionais [...]” (ORTIZ, 2002, p. 12).

Diante disso, certamente a criança sofrerá conseqüências de ordem emocional, pois a adaptação ao novo ambiente, ou seja, ao meio hospitalar, é um processo longo e, portanto, complicado para uma criança, para saber lidar com todas essas emoções que estão aflorando, pois “muitas vezes, no hospital, por condições clínicas, a situação exige isolamento protetor. No isolamento o indivíduo se encontra, de certa forma, ‘preso’ a um local onde existem regras e condutas normatizadas” (FUNGHETTO, 1998, p. 58). A questão relacionada ao isolamento é discutida por esta autora como um sentimento de prisão, visto que a criança é obrigada a se submeter às regras e normas que a instituição, e o hospital impõe, além disso, o contato familiar é limitado.

De acordo com os aspectos citados anteriormente, é possível que o desenvolvimento de uma criança em contato permanente com o hospital não siga o mesmo curso que possuía antes da descoberta da doença.

Outro fator preponderante é o afastamento escolar. A criança, devido ao tratamento terá que se afastar temporariamente do ambiente escolar, isso implicará ficar distante de seus colegas, de sua professora, da recreação, pois

[...] crianças que não frequentam a escola, além de não aprender muitos conceitos e estratégias complexas, também tem mais dificuldades para generalizar para um outro ambiente um conceito ou princípios aprendidos (ZACARON, 2001, p. 22).

Nesse sentido, a tomada de medidas que possam prevenir problemas futuros, como, por exemplo, as dificuldades de aprendizagem, são condições necessárias em crianças que estão sofrendo o processo de internação.

Para superação ou minimização das intercorrências cognitivas, sócio-afetivas e psicomotoras das crianças que necessitam de internação hospitalar é previsto o

Educação

atendimento pedagógico-educacional em um hospital, um direito de todo indivíduo que, devido às suas condições especiais de saúde, esteja hospitalizado.

O direito das crianças e dos adolescentes à continuidade dos estudos escolares durante a internação hospitalar foi reconhecido pela Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (BRASIL, 1995), decorrente da preocupação da Sociedade Brasileira de Pediatria em listar o conjunto de necessidades de atenção à criança ou adolescente que requerem cuidados de saúde em ambientes de internação hospitalar, assegurando-lhes o direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de Educação para a Saúde e acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar.

Enquanto modalidade de ensino, o atendimento pedagógico-educacional foi previsto pelo Ministério da Educação e do Desporto na formulação da Política Nacional de Educação Especial (BRASIL, 1994).

Nesse sentido, a Política Nacional de Educação Especial propõe que:

A educação em hospital se faça através da organização de classes hospitalares, devendo-se assegurar oferta educacional não só às crianças com transtornos no desenvolvimento, mas também às crianças e adolescentes em situação de risco, como é o caso da internação hospitalar, uma vez que a hospitalização determina restrições às relações de convivência, às oportunidades sócio-interativas escolares, ou seja, a relação com colegas e relações de aprendizagens mediadas por professor e a exploração intelectual dos ambientes de vida social (BRASIL, 1994).

As classes hospitalares, além do favorecimento que já foi anteriormente citado, também oportunizam, à criança em situação de internação hospitalar, a continuidade dos conteúdos escolares e, em outros casos, vivências com atividades adequadas às suas necessidades.

Ainda é significativo destacar que o acompanhamento pedagógico, para as crianças hospitalizadas, é útil, porque favorece a construção de sua subjetividade, não apenas como “[...] elaboração psíquica da enfermidade e da hospitalização, mas, principalmente, como continuidade e segurança diante dos laços sociais da aprendizagem, isto é, relação com colegas e relações de aprendizagens mediadas pelo professor [...]” (FONSECA, 2003). Esse ponto de vista permite sugerir e destacar a relevância de uma classe de atendimento pedagógico em ambiente hospitalar.

Portanto, a idéia que justifica a necessidade da existência de classe de atendimento pedagógico em ambiente hospitalar está fundada na compreensão de que uma criança hospitalizada precisa de incentivo, estímulo e uma atenção especial,

Educação

porque, independente da situação de fragilidade da saúde, continua tendo necessidades, interesses e desejos, como qualquer outra criança com boa saúde (FONSECA, 2003).

Com todas essas considerações que explicam a importância do acompanhamento pedagógico para crianças em situação de internação hospitalar considera-se que a prática do professor não poderá constituir-se de propostas sem um fim específico. Ao contrário, as atividades têm por finalidade estimular a aprendizagem compatível com o desenvolvimento de cada criança.

O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA VISÃO DE UMA TEORIA

O desenvolvimento humano é um processo contínuo e cumulativo, que ocorre durante toda a vida e depende de fatores internos (biológicos), externos (meio) e da inter-relação entre os dois.

Nesta relação entre os aspectos biológicos e ambientais, desenvolvem-se as três áreas do desenvolvimento, que são: a cognitiva, a sócio-afetiva e a psicomotora.

Para Piaget (1973), o desenvolvimento cognitivo começa quando nascemos e termina na idade adulta, sendo assim comparável ao crescimento orgânico. Da mesma forma que o corpo está em evolução até atingir um nível relativamente estável, através do crescimento e da maturação, também a vida mental evolui para um equilíbrio final, representado pelo adulto. Além disso, e através da relação entre sujeito-objeto, surge a chamada interação. Desta forma, o sujeito constrói gradualmente sua cognição, inteligência e seus conhecimentos através da ação constante e recíproca com o meio.

No desenvolvimento afetivo-social do ser humano, é importante considerar a sua primeira relação social, ou seja, a ligação afetiva do bebê com a mãe. Assim, a criança, na fase de bebê, já apresenta seu comportamento singular, adquirindo um sentido do mundo através das trocas estabelecidas com as pessoas que a cercam, no período escolar apresenta notáveis mudanças em suas características de personalidade, sendo elas mais ricas, complexas e diferenciadas.

Com relação ao desenvolvimento psicomotor, existem alguns aspectos importantes a serem observados, por exemplo a seqüência e a velocidade de progressão. A seqüência, que é a mesma para todas as crianças, depende mais do fator maturacional, enquanto que o grau e a velocidade em que ocorre este domínio dependem das experiências e diferenças individuais. Assim sendo, o desenvolvimento psicomotor é um processo longo e contínuo, que acontece no decorrer de toda a vida do ser humano.

Educação

Jean Piaget (1983) classificou o desenvolvimento da criança através de quatro estágios: sensório-motor, pré-operacional, operações concretas e operações formais.

No Estágio da Inteligência Sensório-motora, entre 0 e 2 anos, o comportamento da criança é basicamente motor. Ela ainda não representa eventos internamente e não pensa conceitualmente, apesar disso seu desenvolvimento cognitivo é constatado à medida que manifesta os esquemas que são construídos. Ao nascimento, o comportamento do bebê é reflexo. No segundo mês de vida, pela via do reflexo de sucção, ele já faz diferenciações primitivas entre os objetos, em seu ambiente. Entre o quarto e oitavo mês ocorre a coordenação da visão e do tato pela primeira vez.

Em torno do final do primeiro ano de vida, a criança começa a desenvolver as noções de permanência do objeto, bem como de que outros objetos que não ela própria podem causar eventos. No início do segundo ano, o verdadeiro comportamento tipicamente inteligente começa a se manifestar; a criança constrói novos meios para resolver problemas mediante a experimentação. Também começa a se perceber como um ser entre outros objetos.

O Estágio do Pensamento Pré-operacional, entre 2 e 7 anos, é caracterizado pelo desenvolvimento da linguagem e outras formas de representação e pelo desenvolvimento conceitual. O raciocínio, neste estágio, é pré-lógico ou semilógico.

O pensamento da criança pré-operacional representa um avanço sobre o pensamento da criança no estágio sensório-motora. O pensamento é essencialmente representacional, ou seja, simbólico. Embora o pensamento pré-operacional represente um avanço em relação ao pensamento sensório-motor, ele ainda é restrito em muitos aspectos. A criança não consegue reverter às operações e não consegue acompanhar transformações, a percepção tende a ser centrada e a criança é egocêntrica.

A linguagem é adquirida muito rapidamente entre os dois e quatro anos. O comportamento, na fase inicial do estágio, é predominantemente egocêntrico e não social. Estas características tornam-se menos dominantes à medida que o tempo avança e, em torno dos seis ou sete anos, a conversa infantil se transforma em comunicativa e social.

Já no Estágio das Operações Concretas, de 7 a 11 anos, a criança desenvolve a habilidade de aplicar o pensamento lógico a problemas concretos. Este estágio é um período de transição entre o pensamento pré-operacional e o pensamento formal.

Durante o estágio operacional concreto, a criança atinge o uso das operações completamente lógicas pela primeira vez. O pensamento deixa de ser *dominado*

Educação

pelas percepções e a criança torna-se capaz de resolver problemas que existem ou existiram (são concretos) em sua experiência.

A criança operacional concreta não é egocêntrica em pensamento como são as crianças pré-operacionais. Ela pode assumir o ponto de vista dos outros e sua linguagem é comunicativa e social.

A reversibilidade do pensamento é desenvolvida, assim, as duas operações intelectuais importantes que se desenvolvem são a seriação e a classificação, as quais formam a base para o conceito de número.

Por fim, o Estágio das Operações Formais, entre 11 e 15 anos, no qual as estruturas cognitivas alcançam seu nível mais elevado de desenvolvimento, as crianças tornam-se aptas a aplicar o raciocínio lógico a todas as classes de problemas.

O desenvolvimento é concebido como um fluxo contínuo de modo cumulativo, em que cada nova etapa é construída sobre as etapas anteriores, integrando-se a elas.

Somente depois do desenvolvimento das operações formais, o raciocínio torna-se independente do conteúdo ou independente do concreto. O pensamento formal pode lidar com o possível tão bem quanto com o real.

Assim, as capacidades cognitivas dos adolescentes com as operações formais já consolidadas são qualitativamente iguais àquelas do adulto. Os adolescentes podem raciocinar de forma tão lógica quanto os adultos, embora estes, em virtude de sua maior experiência, possam ser mais hábeis em raciocinar sobre as coisas do que podem os adolescentes.

Para Piaget, a aprendizagem é um processo que está em constante evolução. Para ele o indivíduo está sempre organizando e reorganizando suas estruturas, de forma que cada nova organização contribua à anterior e, assim, contribua para o processo de construção da aprendizagem (WADSWORTH, 1996).

O LÚDICO COMO FERRAMENTA PARA APRENDIZAGEM DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Alguns pesquisadores, como Friedmann (apud GOMES e ALMEIDA, 2001,

p. 20)Oe amborrCt4(e)813(o(p)-gig)-5(o)5(rs)13(a t72(o)5(ico(2)5(0)-br(o)5(ig)-q)4(víO)-df)4(d5(0)-br(o)5

- Brinquedo: é utilizado para designar o sentido de objeto de brincar.
- Atividade Lúdica: abrange, de forma mais ampla, os conceitos anteriores.

De acordo com o Dicionário Aurélio Eletrônico séc. XXI, (FERREIRA, 1999), esses conceitos são assim definidos:

- Brincadeira: ato ou efeito de brincar, divertimento, sobretudo entre crianças, brinquedo, jogo, passatempo, entretenimento, divertimento.
- Jogo: atividade física ou mental organizada por um sistema de regras que definem a perda ou o ganho, brinquedo, passatempo, divertimento.
- Brinquedo: divertimento, passatempo, brincadeira.
- Lúdico: referente a, ou que tem o caráter de jogos, brinquedos e divertimentos.

Gomes e Almeida (2001, p. 21) criaram uma nova terminologia para contemplar estes conceitos discutidos acima, eles chamaram de *atividades recreativas* que é definida da seguinte forma, “corresponderá a toda ação, sendo esta motora ou não, que causa prazer, espontaneidade e ludicidade para aquele que a pratica, podendo, portanto, utilizar-se de jogos, brincadeiras e brinquedos para alcançar esses objetivos”.

Muitas das classes hospitalares optam por trabalhar de forma lúdica, visto que “é uma intervenção educacional através de atividades recreativas, sem o rigor da continuidade da vida acadêmica, estimula habilidades cognitivas, perceptomotoras ou de expressão artística” (ORTIZ, 2002, p. 35).

Ceccim e Carvalho (1997, p. 83), também se referem ao lúdico como uma situação de acompanhamento pedagógico hospitalar, como “o espaço do aprender, na situação hospitalar, deve ter uma preocupação com o lúdico maior que na situação escolar”.

Diante dessas colocações, pode-se inferir que o lúdico é uma ferramenta que o professor dispõe para trabalhar com os alunos na classe hospitalar, resultando em benefícios para ambos, pois o aluno terá maior prazer em realizar as atividades e o professor em planejá-las. Assim, o lúdico é uma alternativa de trabalho prazeroso que o professor pode estar oferecendo à criança para o desenvolvimento de sua aprendizagem.

Piaget e Inhelder (1968) defendiam que a função simbólica, ou seja, o brincar de faz de conta, que se inicia entre os 15 e 21 meses, seria um primeiro sinal da

criança em relação a esse tipo de brinquedo, como, por exemplo, o uso de uma colher de brinquedo para alimentar-se. Entre os dois e três anos, as crianças entram numa nova fase, a do brinquedo de faz de conta substitutivo, nesta fase utilizam a vassoura como cavalo, ou constroem caminhões com blocos lógicos.

Numa fase subsequente, mais ou menos entre quatro e cinco anos, no período em que a criança ingressa na vida pré-escolar, surge o brinquedo sócio-dramático. Nessa fase a criança começa, então, a desempenhar papéis, dizendo ser papai e mamãe, mocinho e bandido, médico e paciente. A brincadeira do faz de conta é útil porque “[...] começa com ações bem simples, fazer de conta do cotidiano: comer, dormir, etc, para brincadeiras mais elaboradas como fazer de conta que é médico, professora, etc.” (BRUNO, 1997, p. 44). A mesma autora complementa o assunto, quando diz que, “brincando, a criança representa suas vivências, evoca as experiências significativas, organiza e estrutura sua realidade externa e interna e toma consciência de si como ser atuante no mundo”.

Ainda, com relação à importância do brincar, Cunha (1994, p. 25) destaca que “através de jogos e brincadeiras, a criança pode aprender novos conceitos, adquirir informações e até mesmo superar dificuldades de aprendizagem”. Dessa forma, as atividades lúdicas são ferramentas convenientes para a aprendizagem da criança em situação hospitalar.

A PESQUISA E SUA METODOLOGIA

A pesquisa foi implementada na Classe Hospitalar do Serviço de Hemato-Oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, contando com oito participantes, crianças internadas, com diagnóstico de câncer.

O trabalho de cunho pedagógico foi realizado três vezes na semana, no turno da manhã, por um período de três horas, correspondendo ao ano letivo de 2003. A partir dessa ação educativa, foi processada a coleta de dados da referida pesquisa, com vistas a atender tanto o interesse da pesquisa quanto a aprendizagem dos pacientes-alunos.

As intervenções/aulas aconteciam junto aos leitos de internação, na classe hospitalar ou salas diferenciadas disponibilizadas pelo hospital. A frequência dos alunos aos encontros era livre, não havendo obrigatoriedade mas sua aquiescência.

Durante a proposta pedagógica, foram trabalhados temas geradores, por exemplo: ‘Minha relação com o mundo das letras e dos números’, em que foram realizadas atividades que envolveram a escrita, a expressão oral, a identificação dos sons, posição (em cima, em baixo) e reconhecimento das letras e dos números

Educação

Em 'A importância das frutas e dos legumes para a nossa alimentação', com o intuito de conscientizar os alunos para que eles tivessem uma alimentação saudável devido ao seu tratamento médico, contamos com o auxílio da nutricionista do Hospital, que orientou os alunos quanto à forma que os alimentos deveriam ser lavados, bem como a composição nutritiva de cada um deles. Para concluir este tema fizemos uma salada de frutas.

Outro tema abordado com os alunos foi 'Conhecendo os órgãos dos sentidos', que teve como propósito estimular a visão, o tato, a audição, o olfato e o paladar. Com isso, trabalhamos com circuitos em que os alunos deveriam percorrer, com os olhos vendados, sendo guiados por sons e texturas para chegar ao local determinado. Este tema possibilitou o desenvolvimento da lateralidade, esquema corporal, motricidade ampla e fina dos alunos.

'Formando bons hábitos de higiene para a minha vida diária' foi outro tema trabalhado com os alunos e teve por objetivo enfatizar os hábitos de higiene, como escovar os dentes após as refeições, lavar as mãos antes de ingerir um alimento, já que os mesmos necessitam de cuidados com a sua saúde diariamente. Para tanto, foram propostas atividades que pretendiam estimular e desenvolver a motricidade fina, através de recorte e colagem de produtos de higiene retirados de folhetos de supermercados; Comparação, classificação, dos preços desses produtos; montagem de jogos pedagógicos (quebra-cabeças, memória...).

Finalizamos este tema com um passeio ao Shopping. Este passeio foi realizado com os alunos que não estavam internados. Assim, com a colaboração das mães dos alunos, pegamos um ônibus, fomos visitar o supermercado, enfatizamos os temas anteriormente trabalhados, por exemplo, produtos de higiene, com os respectivos preços que havíamos pesquisado no catálogo, frutas e legumes, em que foram manuseados estes produtos e enfatizados quais eles poderiam consumir (os pacientes que fazem tratamento contra o câncer não podem consumir alimentos crus que estejam danificados, exemplo, cascas de bananas com fissuras).

Após explicitar brevemente a proposta pedagógica realizada com os alunos será apresentado o processo desenvolvido para a coleta dos dados da presente pesquisa, que teve formato de estudo de caso, com características de investigação qualitativa e seguiu as respectivas metas no seu desenvolvimento.

META I: Levantamento do número de crianças internadas e em atendimento ambulatorial no HUSM - Para a implementação dessa atividade, houve um contato prévio com a pedagoga responsável pela Classe Hospitalar.

META II: Conhecimento da faixa etária e nível de escolaridade dos pacientes - Para o desenvolvimento dessa atividade foi elaborada uma Ficha de Identificação respondida pelos responsáveis da criança.

Educação

META III: Seleção do grupo dos sujeitos participantes da pesquisa - A escolha do grupo atendeu ao critério da periodicidade no tratamento, considerando a necessidade de permanência no grupo para o desenvolvimento da Proposta de Ação Pedagógica de estimulação. Ainda é conveniente dizer que para o agrupamento dos sujeitos da pesquisa, foram consideradas a faixa etária e a escolaridade.

META IV: Avaliação do nível de desenvolvimento dos sujeitos da pesquisa, tendo como instrumento o Método Clínico de Piaget, o Nível da Lecto-Escrita de Emília Ferreiro e dos desenhos das crianças, utilizando o Teste Projetivo H.T.P (casa - árvore - pessoa), de Maria Florentina N. Godinho Retondo (2000).

Outro instrumento utilizado para a coleta dos dados foi a observação participante, que possibilitou às pesquisadoras examinar os aspectos que eram considerados importantes para a pesquisa, para após registrar essas observações num diário de classe.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após ter sido realizado o levantamento para identificar quais crianças fariam parte do estudo, oito alunos foram selecionados, três do sexo feminino e cinco do masculino, com idades entre cinco e nove anos, sendo um aluno da Educação Infantil, três da 1ª série, três da 2ª série e um aluno da 4ª série do Ensino Fundamental.

Em seguida, a equipe aplicou duas testagens: o Método Clínico de Piaget e o Nível da Lecto-Escrita de Emília Ferreiro (2000), com o intuito de verificar em que nível de aprendizagem as crianças se encontravam. Posteriormente, foi realizada uma avaliação dos desenhos dos alunos com a utilização do Teste Projetivo H.T.P. (RETONDO, 2000).

Após esta verificação, foi implementada a Proposta de Ação Pedagógica, dando ênfase à alfabetização e as dificuldades de aprendizagem, por serem as necessidades identificadas e assim definidas como prioridades a serem trabalhadas.

A partir da análise inicial das testagens do Exame Clínico de Piaget concluímos que os alunos A, B e C se encontram dentro do nível de aprendizagem e desenvolvimento condizentes com a sua faixa etária, ou seja, no estágio pré-operatório. Porém o aluno B revelou um pequeno atraso na prova de Classificação, pois não utilizou nenhum critério para classificar as figuras, não iniciou nenhum agrupamento sem a nossa intervenção, está na etapa das coleções figurais, que compreende a faixa etária entre 4 e 5 anos, sendo que ele completou sete anos. Assim, entendemos que seu desempenho não está adequado para sua idade.

Educação

Os alunos D, E, F, G também se encontram dentro do nível de aprendizagem e desenvolvimento condizentes com as suas faixas etárias, ou seja, no estágio pré-operatório.

O aluno H, com nove anos, revelou desempenho correspondente ao período pré-operatório, que compreende a faixa entre dois e sete anos, quando, no entanto, por sua idade, deveria estar no estágio das operações concretas.

Deve-se ressaltar que, durante a aplicação da testagem do nível da lecto-escrita, ficou evidente a defasagem de aprendizagem de algumas crianças.

De acordo com Emília Ferreiro (2000), as etapas do desenvolvimento da alfabetização envolvem cinco níveis da lecto-escrita que são: Pré-silábico, Pré-silábico I, Pré-silábico II, Silábico-alfabético e Alfabético.

Estes níveis não correspondem, necessariamente, a uma idade cronológica definida, pois em determinadas idades podemos verificar a existência de dois níveis da lecto-escrita distintos, como também a coexistência de dois deles.

Quando realizamos a prova para avaliar o nível da lecto-escrita, verificamos que o aluno A (cinco anos) se encontrava no nível pré-silábico, pois representava as palavras utilizando-se de desenhos (garatujas controladas), quando já deveria estar no nível pré-silábico II final. A partir da intervenção pedagógica, pudemos constatar uma evolução significativa, pois, quando realizamos a segunda avaliação, verificamos que o aluno encontrava-se no nível pré-silábico II inicial. Nesse nível a criança criava e experimentava diversas hipóteses e, em seguida, as negava, após começava a perceber que tudo que era falado poderia ser escrito, pois ela estabelecia a relação do número de sílabas com as letras, ou ainda construía frases em que cada palavra era representada por uma letra através do valor sonoro.

Com o aluno B (sete anos) não foi diferente, ele evoluiu muito, pois no início, quando o avaliamos, encontrava-se no nível pré-silábico I, que é uma fase em que a criança lê e escreve apenas através de desenhos, ou seja, as letras ainda não possuem significados para ela. A partir da intervenção pedagógica, verificamos que, depois, ele estava no nível pré-silábico II, correspondente à sua faixa etária.

Tivemos dificuldades para realizar essa testagem com aluno C (sete anos), pois simplesmente não escrevia nada, para ele as letras não tinham significado, talvez isso se devesse ao fato de ele viver em um ambiente sócio-cultural desprivilegiado, pobre em estímulos. Assim, constatamos que ele se encontrava no nível pré-silábico I, mas durante o desenvolvimento da proposta pedagógica, trabalhamos com o alfabeto móvel e, aos poucos, fomos introduzindo as palavras, associando a figura à letra inicial. Ao final dessa etapa, ele já estava reconhecendo um grande número de letras e fazendo a correspondência entre a letra inicial e a palavra. Depois o aluno se encontrava no nível pré-silábico II, portanto evoluindo.

Educação

A aluna D (oito anos) encontrava-se no nível silábico-alfabético, que é caracterizado por conflitos entre a insatisfação da criança com a hipótese silábica que ela construiu, ao mesmo tempo em que ainda não se apropriou de uma nova hipótese referente ao nível alfabético. É comum, nesta fase silábico-alfabética, que pais e professores entendam este conflito como uma regressão de nível, quando na verdade a criança está passando por uma fase de transição, para então evoluir para o nível alfabético. Assim, de acordo com a sua faixa etária, a aluna já deveria estar no nível alfabético, mas ela já estava demonstrando progressos na sua alfabetização, pois era muito aplicada e interessada ao estudar.

As alunas E, F, com oito anos, e os alunos G e H, com nove, encontravam-se no nível alfabético, condizentes com as suas faixas etárias. Nesta etapa, a criança adquire correspondência entre o som e a letra e o professor não deve preocupar-se em corrigir a ortografia, uma vez que o domínio da gramática se desenvolverá gradativamente, segundo Ferreiro (2000).

A avaliação dos desenhos foi realizada em três etapas: primeiro foi solicitado o desenho da família, após o de uma pessoa e de uma árvore e, por último, de uma casa.

Por meio da interpretação dos desenhos das crianças foi possível observar que, de um modo geral, elas são afetuosas e, ao mesmo tempo, carentes emocionalmente. A maioria delas expressou sua ansiedade e medo diante da doença.

Como a negação é um mecanismo de defesa que tem como uma das manifestações a agressividade, serve para mascarar os medos, como, por exemplo, medo do desconhecido e desejo de retornar ao passado. Percebemos que as crianças demonstram estar bem, mas na realidade sentiam-se pouco apoiadas pela família, portanto, a maioria das crianças desejava mais afeto, apoio familiar, além do apoio do mundo externo, pois sentiam-se sozinhas e inseguras.

Com o decorrer da pesquisa, a partir da aplicação de atividades que enfatizam a alfabetização e superação das dificuldades de aprendizagem, constatamos que os participantes obtiveram um grande avanço, em relação ao início do estudo. Assim, ao finalizarmos esta pesquisa, realizamos uma avaliação final para confrontar com os dados obtidos na primeira avaliação.

A partir disso, constatamos que o aluno A evoluiu consideravelmente em seu processo de alfabetização, pois no início da pesquisa não tinha noção de que as palavras eram escritas por letras, ao final da intervenção já reconhecia a maioria das letras do alfabeto e fazia a correspondência entre a letra inicial e a palavra. Por exemplo, 'm' de macaco, 'l' de laranja, entre outros. Assim, de acordo com a Teoria Piagetiana ele está no estágio pré-operatório (dois a sete anos), correspondente ao nível de aprendizagem e desenvolvimento condizentes com a idade deste

Educação

aluno. Com isso, também constatamos que o desenvolvimento psicomotor também foi um dos agentes favoráveis no seu processo de alfabetização, visto que, ao trabalharmos conceitos de esquerda – direita, em cima – embaixo, o aluno que escrevia algumas letras de forma ‘espelhada’, ao final da avaliação já as escrevia corretamente. Em relação ao desenvolvimento sócio-afetivo, o aluno A apresentou muito avanço nas trocas sociais com os demais, passou a compreender jogos com regras e sabendo respeitá-las.

O aluno B apresentou uma evolução em relação à prova de Classificação, pois durante a primeira avaliação estava na etapa das coleções figurais (quatro a cinco anos) e na avaliação final evoluiu para a etapa das coleções não-figurais, consistindo em agrupar objetos utilizando critérios simples para classificação, o que ele utilizou. Esta etapa corresponde à idade entre seis e sete anos, aproximadamente, condizente com a idade cronológica do aluno. A partir disso, podemos concluir que ele avançou para o estágio pré-operatório, que compreende a faixa etária de dois a sete anos, idade em que o aluno se encontra. Ainda, foi observado que seu desenvolvimento psicomotor evoluiu, pois não tinha tido contato com a escola, que geralmente trabalha com a motricidade fina, apresentava um déficit nessas habilidades, tinha dificuldades em recortar, respeitar um limite, e na avaliação final essas dificuldades tinham sido sanadas. Com relação ao desenvolvimento sócio-afetivo, constatamos que ele também começou a compreender que há normas que devem ser respeitadas para que haja uma boa convivência social, horário para dormir, comer, assistir televisão, recreação. Diante disso, passou a entender que deveria se adequar a esta nova realidade, que é a internação hospitalar, e saber administrar essas normas.

Em relação à avaliação final do aluno C verificamos que ele também evoluiu, comparativamente à primeira avaliação. Um dos seus principais avanços se refere ao nível da lecto-escrita, pois atualmente reconhece a maioria das letras do alfabeto e associa a letra inicial com a palavra, ou seja, evoluiu do nível pré-silábico para pré-silábico I. O seu desenvolvimento sócio-afetivo também progrediu, pois no início da pesquisa era uma criança introvertida, tímida e não gostava de manifestar a sua opinião. Porém, ao longo do ano, observamos um grande progresso, pois se tornou mais afetuoso com as pesquisadoras e com os demais participantes, inclusive sua linguagem tornou-se mais socializada e, conseqüentemente, tornou-se mais comunicativo e participativo durante as atividades propostas. Dessa forma, segundo Piaget, o aluno está na fase de transição entre o estágio pré-operatório e operatório concreto. Seu desenvolvimento psicomotor também apresentou progressos, já que tinha dificuldades com a motricidade fina, não conseguia manter firmeza para utilizar objetos que exigissem maior destreza fina, como, por exemplo, escrever com lápis, pintar com lápis de cor. Para que essas dificuldades fossem superadas, primeiramente trabalhamos com materiais de

Educação

espessura maior, giz de cera ao invés de lápis de cor, até conseguir adquirir a motricidade fina.

Com a aluna D, a partir da avaliação final, foi possível verificar que apresentou progresso em sua aprendizagem, principalmente na lecto-escrita, no início da pesquisa encontrava-se no nível silábico-alfabético, atualmente está no nível alfabético. De acordo com Piaget, encontra-se no início do estágio das operações concretas (oito a onze anos), já apresentava um bom desenvolvimento psicomotor, desempenhava as atividades psicomotoras com sucesso, no desenvolvimento sócio-afetivo, mantinha boas trocas sociais, bem como respeitava regras em jogos realizados com pares.

Na avaliação final dos alunos E, G e H verificamos que apresentaram uma evolução nas respostas aos testes piagetianos, como também na aprendizagem e desenvolvimento de uma maneira geral. Em relação ao desenvolvimento psicomotor e sócio-afetivo, os alunos não apresentavam dificuldades significativas, já que tinham maior idade, quando comparados aos outros alunos. Por exemplo, seus comportamentos não eram egocêntricos, sabiam compartilhar brinquedos, respeitar horários e normas sociais.

Um dado deve ser ressaltado, como a aluna F faleceu em razão da leucemia mielocítica aguda (LMA), não foi possível realizar uma avaliação final.

Com relação aos desenhos, estes alunos também apresentaram uma considerável evolução, como a aluna E, pois na avaliação inicial não desenhava as mãos, pés e pescoços das 'pessoas' e na avaliação final já desenhava as referidas partes do corpo. Foi a aluna que apresentou melhor evolução, também em sua esfera psicológica, pois demonstrou melhor relacionamento afetivo com as pessoas e com a família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a intenção de pesquisar a aprendizagem e o desenvolvimento de oito crianças internadas no Hospital Universitário de Santa Maria, a partir de atividades lúdicas que estimulassem as áreas cognitiva, sócio-afetiva e psicomotora, chegamos ao final da investigação verificando um crescimento no desempenho dos alunos. Constatamos que todas as crianças, que na testagem inicial apresentaram um atraso em relação ao nível da lecto-escrita, após terem participado das atividades da proposta pedagógica lúdica, revelaram um significativo progresso. Uma delas faleceu, mas que já havia demonstrado uma evolução no seu desenvolvimento cognitivo.

Após analisar o nível de desenvolvimento e aprendizagem de cada um dos sujeitos da pesquisa, concluímos que o avanço na sua cognoscibilidade comprovou

Educação

que a hospitalização não foi um fator de fragilização intelectual, mas revelou que pode ser um pólo gerador de estimulação de relações sociais, afetivas e de habilidades psicomotoras. Com a intervenção educativa realizada, foi observado que todos os alunos-pacientes superaram seus déficits de aprendizagem.

Com relação ao aspecto sócio-afetivo, o grupo de alunos-pacientes estendeu seu círculo de convivência, ampliando consideravelmente as trocas afetivas com os pares, professores e equipe de saúde, comportamento que, via de regra, provocou um aumento na qualidade da sua visão de mundo, bem como os auxiliou durante a internação, já que tiveram que conviver em um novo ambiente, com novas normas, que desconheciam.

Houve, com igual intensidade, o desenvolvimento no domínio psicomotor, em que a agilidade na execução das tarefas que exigiam destreza na motricidade ampla e fina foi incrementada. Além disso, efetivaram a aquisição de conceitos como lateralidade, esquema corporal, percepção temporal, orientação espacial, entre outros, considerados fundamentais para o desenvolvimento e a aprendizagem das crianças. A orientação espacial, por exemplo, contribuiu para as crianças saberem se localizar no espaço em que elas estavam vivendo, no caso o hospital, como também na sua aprendizagem, pois uma simples inversão do sentido de uma letra de direita e esquerda, 'b' e 'd' ou em cima/embaixo, 'q' e 'd' mudará todo o sentido de uma palavra. Assim, tiveram um recurso a mais para auxiliar na sua alfabetização, para quem não era ainda alfabetizado.

Ainda é conveniente destacar que a pesquisa realizada ocorreu à luz de uma teoria específica de desenvolvimento e aprendizagem, que fundamentou as proposições didáticas que foram implementadas no decorrer da prática. Portanto, o professor que atua na classe hospitalar tem, também, a responsabilidade de pensar sua ação orientada pelo processo de desenvolvimento das crianças que serão atendidas. Neste sentido, a oferta do planejamento terá uma flexibilização para contribuir com a promoção da saúde e da aprendizagem dos alunos, para que, ao retornar à escola, possa dar continuidade aos seus estudos.

No caso dos sujeitos que participaram dessa pesquisa, o estudo revelou uma grande contribuição nos diferentes aspectos evolutivos de cada um. Houve um bom aproveitamento das atividades, principalmente porque houve uma preocupação em adequar o ambiente às atividades e aos materiais de cada encontro. A avaliação do trabalho pedagógico transcorreu como um processo contínuo e dinâmico, que procurou olhar cada criança na dimensão de sua singularidade e condição especial.

Com esses resultados consideramos que a ação pedagógica lúdica projetada para as classes hospitalares revela-se como uma tarefa eficiente, cuja responsabi-

Educação

lidade social revela uma contribuição para auxiliar na construção do sujeito que, apesar de fragilizado em sua saúde, tem potencialidades a serem estimuladas e desenvolvidas.

Por fim, cabe ainda dizer que esse estudo é, sem dúvida, uma excelente oportunidade para que os alunos em formação, mormente de cursos de Educação Especial, possam ter noções sobre sua responsabilidade profissional nesse campo de atuação, a classe hospitalar.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Educação. *Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica*. Ministério da Educação e Secretaria de Educação Especial. Brasília, 2001a.

_____. *Resolução nº 02, de 11 de setembro de 2001*. DOU nº 177, seção 1 E de 14/09/2001, p. 39 - 40 CEB/CNN. Brasília: Imprensa Oficial, 2001b.

_____. *Política Nacional de Educação Especial*. Ministério da Educação e Secretaria de Educação Especial. Brasília, 1994.

_____. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. *Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995*, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília, 1995.

BRUNO, M. M.G. *Deficiência visual: reflexões sobre a prática pedagógica*. São Paulo: Laramara, 1997.

CECCIM, R. B; CARVALHO, Paulo R. Antonacce. *Crianças hospitalizadas: atenção integral como escuta a vida*. Porto Alegre: UFRGS, 1997.

CUNHA, N. H. S. *Brinquedoteca: um mergulho no brincar*. São Paulo: Maltese, 1994.

FERREIRA, A. B. de H. *Dicionário Aurélio Eletrônico século XXI: português/português*. Autoria do software Márcio Ellery Girão Barroso. Versão 3.0, Editora Nova Fronteira e Lexikon Informática, novembro de 1999.

FERREIRA, I. N. *Caminhos do aprender – uma alternativa educacional para crianças portadoras de deficiência mental*. Brasília, Coordenação Nacional para integração da pessoa portadora de deficiência, 1993.

FONSECA, E. S. da. *Classe Hospitalar*. Disponível em: <[http://www2.uerj.com.br/classe hospitalar](http://www2.uerj.com.br/classe_hospitalar)>. Acesso em 16 de maio, 2003.

FUNGHETTO, S. S. *A doença, a morte e a escola para a criança com câncer: um estudo através do imaginário social*. 1998. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1998.

GOMES, N. M.; ALMEIDA, Maria Amélia. *Atividades recreativas, alfabetização e deficiência mental*. Sertãoópolis, PR: [s.n.], 2001.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Resolução nº 41, de outubro de 1995. *Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados*. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.

NASCIMENTO, C. T. *O esquema corporal de crianças portadoras de câncer no contexto hospitalar*. 2000. Monografia (Especialização em Ciência do Movimento Humano) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2000.

ORTIZ, L. C. M. *Classe hospitalar: reflexões sobre sua práxis educativa*. 2002. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2002.

PIAGET, J. *Psicologia da inteligência*. Rio de Janeiro, Zahar, 1983.

_____. *Seis estudos de psicologia*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1973.

PIAGET, J.; INHELDER, B. *A psicologia da criança*. São Paulo: [s.n.], 1968.

RETONDO, M. F. N. G. *Teste Projetivo H.T.P (casa - árvore - pessoa)*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

SENA, J. B. T. de. *Classe hospitalar: um local de vida escolar*. 2000. Monografia (Especialização em Educação Física Especial) - Universidade de Brasília, Brasília, 2000.

WADSWORTH, B. J. *Inteligência e afetividade na criança na teoria de Piaget*. São Paulo: Pioneira, 1996.

ZACARON, D. Nível de percepção e competência de crianças com diagnóstico de câncer. 2001. *Monografia* (Especialização em Ciência do desenvolvimento humano) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2001.