

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

**CLASSE HOSPITALAR: ASPECTOS DA RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO
EM SALA DE AULA DE UM HOSPITAL**

**FLORIANÓPOLIS
2002**

ANDRÉIA AYRES GABARDO

**CLASSE HOSPITALAR: ASPECTOS DA RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO
EM SALA DE AULA DE UM HOSPITAL**

**Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção do grau de Mestre em
Psicologia, Curso de Mestrado, Centro
de Filosofia e Ciências Humanas.**

**Orientador: Prof. Dr. José Gonçalves
Medeiros**

**FLORIANÓPOLIS
2002**

Dedico aos meus pais, aos meus irmãos e ao meu namorado, pelo amor, carinho e incentivo a mim dedicado ao longo desta caminhada. Eu amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me permitido chegar até aqui e pela força e serenidade necessárias nos momentos mais difíceis.

Ao Professor Medeiros, meu orientador, pelo profissionalismo, dedicação e empenho durante toda esta minha trajetória de tornar-me “Mestre”.

Às minhas auxiliares de pesquisa, Luciana e Andréia, que tanto contribuíram para que este estudo se realizasse.

À Maristela e Tânia, funcionárias do Hospital Infantil Joana de Gusmão, pelas trocas de experiências e apoio que sempre me deram durante a realização da pesquisa.

À minha avó Ana, pelos mimos dedicados a mim especialmente nos momentos de cansaço e exaustão.

A todas as pessoas queridas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conquista deste ideal, o meu agradecimento e minha admiração.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUÇÃO	01
<u>Hospitalização na infância</u>	04
<u>O conhecimento acumulado sobre as relações nas classes hospitalares</u>	05
<u>O papel do professor dentro do hospital</u>	06
<u>A contribuição da Análise Experimental do Comportamento para a compreensão do processo ensino-aprendizagem</u>	09
MÉTODO	13
<u>Participantes</u>	13
<u>Escolha dos participantes</u>	13
<u>Caracterização do local</u>	16
<u>Material</u>	17
<u>Procedimento Geral</u>	18
<i>Descrição do Procedimento de relato cursivo</i>	18
<i>Treino de observação direta e teste das categorias</i>	20
<i>Descrição do Procedimento de observação direta</i>	20
<i>Procedimento de tratamento de dados</i>	21
RESULTADOS	23
DISCUSSÃO	30
<u>Considerações finais</u>	36
REFERÊNCIAS	39
LISTA DE FIGURAS	42
LISTA DE TABELAS	42
LISTA DE ABREVIATURAS	42
LISTA DE SIGLAS	42
ANEXOS	43
<u>ANEXO 01</u>	44
<u>ANEXO 02</u>	45
<i>Protocolo de observação</i>	45
<u>ANEXO 03</u>	46
<i>Folha de registro de observação</i>	46
<u>ANEXO 04</u>	47
<i>Entrevista</i>	47

RESUMO

As classes hospitalares foram criadas para assegurar a continuidade dos conteúdos escolares a crianças e adolescentes hospitalizados, possibilitando um retorno sem prejuízo à escola de origem após a alta. Através de sessões de observação direta das interações professor-aluno em sala de aula da classe hospitalar, pode-se observar que as atividades mais freqüentes do professor foram *explicar tarefas e fazer perguntas aos alunos*, sendo praticamente nula a ocorrência de comportamentos que priorizassem as particularidades de cada um deles. Com relação aos alunos, verifica-se um índice elevado de *comportamentos acadêmicos*, independente do número de observações ou do quadro clínico de cada um. Em última análise, discute-se o comportamento do professor que, por despreparo ou falta de capacitação adequada, agiu como se estivesse na escola regular, sem considerar o contexto hospitalar, muito diferente de um contexto de sala de aula regular.

Palavras-chave: Criança hospitalizada; Classe hospitalar; Interação professor-aluno

ABSTRACT

Hospital classes were created to ensure the continuity of the school contents for children and adolescents in hospitals, making it possible for them to return to the source school after their recovery. Through direct observation sessions of the teacher-student interaction in the classroom of the hospital class, it was possible to observe that the teachers' most frequent activities were to *explain the assignments and ask the students questions*, with virtually no occurrences of behaviors prioritizing the particularities of each one. With respect to the students, it was possible to observe a high rate of *academic behavior*, regardless of the number of observations and the clinical state of each one. Ultimately, a discussion is presented about the teacher's behavior who, due to inability or lack of training, proceeded as if in the regular school, without considering the hospital context which is different from the class in a regular school.

Key-words: Children in hospital; Hospital class; Teacher-student interaction.

CLASSE HOSPITALAR: ASPECTOS DA RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO EM SALA DE AULA DE UM HOSPITAL

A hospitalização na infância, por restringir as relações de convivência da criança, afastando-a de sua casa, de sua família, de brinquedos e amigos, e por restringi-la também das oportunidades sociais e pedagógicas oferecidas pela escola, pode alterar significativamente seu desenvolvimento e diferentes aspectos de sua vida social. A participação nas atividades da classe hospitalar pode levar a criança a se desvincular – mesmo que momentaneamente – dos efeitos que a hospitalização pode provocar. Assim, para evitar, ainda que parcialmente, que a escolaridade dessas crianças seja interrompida ou que sejam prejudicadas na conclusão de seus estudos por constantes internações, o Ministério de Educação, por intermédio da Secretaria Nacional de Educação Especial, propiciou o atendimento educacional dessas crianças nos hospitais. Criou o serviço de classes hospitalares a fim de assegurar a manutenção dos vínculos escolares e a possibilidade do retorno da criança à escola de origem após à alta, assegurando sua reintegração ao currículo (Barros, 1999; Ceccim, 1999; Ceccim e Fonseca, 1999a; Fonseca, 1999a; Fonseca, 1999b; Fonseca, 1999c; Fontes e Weller, 1998). Para Fonseca (1999b)...

“As classes hospitalares dão continuidade ao ensino das atividades pedagógicas da escola de origem da criança e/ou operam com temas próprios de cada faixa etária, levando as crianças ou adolescentes a sanarem dificuldades de aprendizagem e/ou à oportunidade de aquisição de novos conteúdos, além de organizarem intervenções pedagógico-educacionais não propriamente relacionadas à experiência escolar de origem das crianças e adolescentes, mas que dizem respeito às suas necessidades coletivas do grupo atendido” (p.36).

Ainda, segundo esta autora, 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*¹, decorrente da preocupação da Sociedade Brasileira de Pediatria em investigar as necessidades de atenção à criança ou adolescente que requeiram cuidados de saúde em ambientes de internação hospitalar. Esta resolução dispõe que a criança ou o adolescente que, em algum momento da sua escolaridade, necessite de apoio educacional ou recurso especial, de forma temporária ou contínua, em função da hospitalização, deve receber amparo psicológico quando se fizer necessário, e deve desfrutar de alguma forma de recreação, de programas de educação para a saúde e de acompanhamento do currículo escolar, de acordo com a sua fase cognitiva, durante sua permanência no hospital.

O atendimento pedagógico na pediatria dos hospitais é destinado a educandos com necessidades especiais que precisam permanecer em ambientes hospitalares, longe da sua casa e família em consequência do tratamento, convalescência e desenvolvimento de patologias que os impedem de sair desses ambientes (Barros, 1999; Caprini, Degrecci & Godim, 1998). Para isso, a presença de um professor que conheça suas necessidades curriculares pode proporcionar condições favoráveis para sua aprendizagem. Fonseca (1998) argumenta que a oferta de atividades recreativas e/ou lúdicas no ambiente de internação hospitalar são cruciais à aceitação do adoecimento e do tratamento, mas não substitui a necessidade de atenção pedagógica. E, embora, a proposta educativa da classe hospitalar não a torne semelhante à de uma escola regular, implica que ela...

“... possua uma regularidade e uma responsabilidade com as aprendizagens formais da criança, um atendimento obrigatoriamente inclusivo dos pais e das escolas de origem de cada criança, a formulação de um diagnóstico para o atendimento e a formulação de um prognóstico à alta, com recomendações para a casa e a escola ao final de cada internação” (Ceccim, 1999, p.43).

¹ Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.

A Classe Hospitalar possui especificidades que se diferenciam da escola regular em muitos aspectos: rotatividade dos alunos, rotina diária, fragilidade emocional em função do seu estado clínico; neste sentido, é necessário adequar-se às exigências e necessidades das crianças. Ceccim, Cristófoli, Kulpa e Modesto (1997) destacam também a existência de duas formas de acompanhamento pedagógico: a) crianças com internações eventuais, em que se trabalha, principalmente, com o material escolar ou tarefas que envolvem assuntos nos quais a criança apresente dificuldades e b) crianças com internações recorrentes e/ou extensas, em que é possível planejar um trabalho que implique em continuidade.

Desse modo, o tempo de permanência no hospital é um aspecto relevante, pois mesmo um período curto ou de algumas horas nesse ambiente pode ter um significado importante para o processo de desenvolvimento e de aprendizagem da criança ou adolescente (Fonseca, 1999b). Assim, dispor do atendimento de classe hospitalar, ainda que por um tempo mínimo pode ajudar a criança a desvincular-se das restrições que um tratamento hospitalar impõe. Fontes e Weller (1998) ressaltam que quanto mais propício e mais próximo da vida cotidiana infantil for o ambiente hospitalar, mais rápido e menos sofrido será seu restabelecimento. E o processo educacional em muito pode colaborar para isso, conscientizando o indivíduo acerca da doença e contribuindo para a aprendizagem da criança hospitalizada.

“O fato de que a criança ou jovem, mesmo hospitalizado, tenha sua escolaridade continuada torna-se importante para a visão que ela ou ele tem de si, da sua doença, de seu desempenho escolar e de seu papel social. A classe hospitalar ratifica seu direito à cidadania. A educação em hospital pauta-se pelo respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana e no especial direito das crianças e adolescentes à proteção integral” (Ceccim & Fonseca, 1999a, p.34).

Hospitalização na infância

A hospitalização faz com que a criança tenha contato com uma realidade com a qual ela não estava acostumada, em que a dor e a doença são presenças constantes. Além disso, a doença física é acompanhada de manifestações na esfera psíquica, ocasionando também alterações na interação social, pois como complementam Linhares e Minardi (1999), as condições do ambiente físico e social do hospital dificultam inter-respostas que, em outros contextos, ocorreriam naturalmente.

Num estudo realizado com crianças internadas no Brasil, Zannon² (1981) afirma que não é a separação dos familiares em si que prejudica a criança, mas a separação aliada à ausência de condições favorecedoras do seu desenvolvimento cognitivo e social (ligações afetivas, fatores do ambiente em que a criança vive, etc.). Chiattonne (1998) complementa citando vários efeitos psicológicos sobre a criança como conseqüências da hospitalização: respostas de culpa, sensação de punição, ansiedade e depressão. Estes efeitos podem ser causadores de intenso descontrole emocional da criança doente, e a atinge nas diferentes etapas do desenvolvimento. Sintomas como febre, dor, distúrbios da consciência, fadiga, angústia, podem ser provocados tanto pela própria doença, quanto pela idéia que a criança faz dela (Chiattonne, 1998; Crepaldi, 1999; Gonçalves & Valle, 1999).

“A maneira como as crianças reagem à situação de uma doença (...) é reflexo de alguns fatores amplamente conhecidos, como: sua idade, estágio de desenvolvimento em que se encontra, o desconforto pela doença, o tipo de tratamento e seus efeitos colaterais, as limitações impostas, o entendimento da situação de doença, as ações do ambiente à sua volta e sua estrutura emocional” (Chiattonne, 1998, p.108).

² Zannon, C.M.L.C. (1981). O comportamento de crianças hospitalizadas e a rotina hospitalar: subsídios para a atuação do psicólogo junto à equipe de pediatria. Tese de doutoramento realizada sob a orientação da Dra. Thereza Pontual de Lemos Mettel, Instituto de Psicologia – USP.

O início da hospitalização é sempre acompanhado de incertezas, inseguranças, medo e angústia, pois a iminência da hospitalização faz com que a família tenha que admitir a gravidade da doença. Com tantas preocupações relacionadas aos problemas relativos à saúde física da criança, os pais geralmente se esquecem dos aspectos escolares ou os relegam a segundo plano (Gonçalves & Valle, 1999). No entanto, é necessário entender a importância da continuidade nos estudos, mesmo durante o tratamento. É importante a criança doente perceber-se produtiva, em desenvolvimento, e com atividades semelhantes às demais crianças da sua idade. Como a escola é um espaço no qual a criança, além de aprender habilidades escolares, desenvolve e estabelece elos sociais diversos, ficar à margem desse espaço de vivências é penoso para a criança ou adolescente hospitalizado. Tendo a criança a oportunidade de, enquanto hospitalizada, dar continuidade a sua escolaridade, contará com uma importante e positiva interferência na percepção que possa ter de si mesma, de sua doença, de seu desempenho escolar e de seu papel social (Wiles, 1987; Ceccim, 1999).

O conhecimento acumulado sobre as relações nas classes hospitalares

As classes hospitalares tem sido alvo de investigação por parte de pesquisadores da área educacional e da saúde, em estudos com diferentes enfoques que abordam aspectos relativos aos problemas da hospitalização na infância. Ceccim e Fonseca (1999b) investigaram os aspectos emocionais e o desenvolvimento da criança hospitalizada que frequenta a classe hospitalar, com a finalidade de testar a hipótese de uma relação significativa entre o atendimento pedagógico-educacional proporcionado às crianças hospitalizadas e a recuperação de seu estado de saúde. Fonseca (1999b, 1999c) realizou também uma pesquisa sobre a realidade da classe hospitalar brasileira na qual

concluiu que, na prática, são poucas as crianças ou adolescentes que tem direito a um atendimento pedagógico-educacional no hospital, em função do número pequeno de hospitais no Brasil que oferecem esse tipo de atendimento. Até 1998, apenas 30 classes hospitalares existiam em funcionamento no Brasil, sendo cada uma com especificidades teóricas e práticas diferentes, desde aquelas vinculadas a atividades de recreação, terapia ocupacional, projetos de voluntariados, até programas escolares propriamente ditos (coordenados pelas Secretarias de Educação) ou atendimentos pedagógico-educacionais voltados para a educação e saúde no ambiente hospitalar. Além destes autores, Linhares e Minardi (1999) pesquisaram as atividades psicopedagógicas grupais de crianças hospitalizadas, onde verificou-se que as crianças demonstram participação e envolvimento ativo, disciplina, disposição e dinamismo nas atividades propostas, apesar de estarem doentes e de serem freqüentemente submetidas a procedimentos médicos. Outros estudos enfocam também a questão do professor que atua no ambiente hospitalar. Em relação a esse aspecto, França (1999) discute o papel do professor que trabalha na classe hospitalar enquanto mediador do processo de promoção de educação neste espaço, junto aos pacientes da Rede Sarah de Hospitais. Sherlock (1988) estudou a importância de atividades recreativas para a criança hospitalizada e Gonçalves e Bresan (1999) verificaram os diferentes aspectos de atuação do pedagogo em ambiente hospitalar.

O papel do professor dentro do hospital

A classe hospitalar é prevista entre as modalidades de atendimento educacional especializado, mas ainda é vista de modo pejorativo por pedagogos, psicólogos, enfermeiros e médicos que reservam seu aconselhamento e indicação as

situações estritamente definidas como demandatárias de educação especial (deficiência mental, física, visual, etc.). De acordo com Ceccim e Fonseca (1999b), a psiquiatria infantil, desde o início do século passado, indicou, de forma enfática, os riscos sofridos por crianças quando permanecem internadas em hospitais, pois, como já foi discutido anteriormente, o afastamento da criança de sua rotina diária prejudica o seu desenvolvimento. Desse modo, embora a especialização em pediatria tenha surgido a partir do reconhecimento das necessidades especiais da criança para uma adequada recuperação terapêutica, a hospitalização na infância gera outras necessidades especiais, *“afetas à proteção, ao tempo para brincar e ao atendimento pedagógico-educacional”* (p. 31). Assim, a educação especial desenvolveu modalidades de ensino e de contato da criança com o professor no ambiente hospitalar que, além de proteger seu desenvolvimento, assegurem sua reinserção escolar após a alta e o seu sucesso na aprendizagem na escola regular (Ceccim, 1999; Ceccim e Fonseca, 1999b).

O professor que atua na classe hospitalar é um profissional que tem formação de educador e – por meio de diversas atividades pedagógicas – faz um elo entre o mundo hospitalar e a vida cotidiana da criança internada, no sentido de avaliar, acompanhar e intervir no processo de aprendizagem dessa criança, além de oferecer subsídios para a compreensão do processo de elaboração da doença e da morte, em nível infanto-juvenil de quem a vivencia (Fontes & Weller, 1998; Fonseca, 2000; Funghetto, Freitas e Oliveira, 1999; Wiles, 1987). Auxilia também o indivíduo a descobrir-se como pessoa plena em potencial, capaz de agir como transformador da sociedade (França, 1999).

A atuação do professor/pedagogo que trabalha com classes hospitalares foi discutida por Ceccim e cols. (1997) e Gonçalves e Bresan (1999) que enfatizam a continuidade do processo de aprendizagem da criança hospitalizada, a

explicação dos procedimentos médicos, o auxílio à criança na adaptação ao hospital e a contribuição para a recuperação da criança ao atribuir-lhes responsabilidades educacionais. Alguns fatores relevantes relacionados à prática de intervenção pedagógica no hospital também devem ser evidenciados, tais como: 1) levar em conta o momento afetivo, clínico e social que a criança se encontra, antes de insistir na realização de alguma tarefa; 2) promover tarefas da escola, mas adequando-as à situação peculiar de cada criança; 3) investigar o repertório da criança para, a partir dele, possibilitar novas aprendizagens, não se restringindo às atividades propostas pela escola ou que constam em livros didáticos. Como o hospital não é o local mais comum de trabalho para a figura do pedagogo/professor, tanto o profissional como a instituição necessita de um período de adaptação para que se efetive o funcionamento da classe hospitalar, cujo ambiente de trabalho difere do ambiente escolar.

São muitas as especificidades de acompanhamento a essas crianças. De acordo com Ceccim e cols. (1997), é importante que o professor: 1) conheça as dependências e funcionários das unidades de internação com o objetivo de saber como proceder e a quem recorrer diante de algum mal-estar da criança durante o período em que a mesma se encontra na sala de aula; 2) conheça as diversas patologias, a fim de poder respeitar os limites clínicos de cada criança. Neste sentido, a atuação do professor que atua na classe hospitalar pode resgatar o espaço para a promoção da educação e do respeito ao direito da criança e do adolescente hospitalizados em ter suas necessidades educativas especiais reconhecidas e atendidas.

A contribuição da Análise Experimental do Comportamento para a compreensão do processo ensino-aprendizagem

A Psicologia, sob a perspectiva da teoria behaviorista, tem como objeto de estudo a relação entre o homem e o ambiente, e é neste conjunto complexo de inter-relações que o homem aprende a se comportar e sobreviver enquanto espécie, indivíduo e participante de uma cultura. É na sua relação com o ambiente que ele aprende, modifica seu comportamento, e esse aprendizado ocorre com as conseqüências de sua resposta, mesmo sem estar sendo ensinado formalmente. A contribuição de Skinner para a educação – embora se trata de uma abordagem psicológica, e não pedagógica – é bastante considerável em alguns aspectos como:

“... do ponto de vista do aluno: a ênfase na sua atividade, a necessidade de se respeitarem seu próprio ritmo e sua história de vida, um planejamento capaz de, por um lado, tornar a aprendizagem algo reforçador (...) e, de outro, garantir um ensino que promova um indivíduo cada vez mais capaz de gerenciar sua aprendizagem e de prescindir de intermediários. Do ponto de vista do professor, a ênfase foi sempre a de conceber sua atividade como planejada com base em, orientada por e reavaliada em função do aluno” (Zanotto, 2000, p.8).

Por pressupor a necessidade da classe hospitalar possuir professores preparados para lidar com seus alunos e com suas particularidades e, a partir daí, propiciar-lhes condições de ensino, optou-se por realizar este estudo sob a perspectiva da análise do comportamento.

Assim, o processo “ensinar-aprender”, nesta perspectiva, corresponde, respectivamente, ao que faz um professor e à conseqüência que este fazer produz no comportamento do aluno. O termo “ensinar” refere-se a um arranjo de contingências sob as quais os alunos aprendem, diz respeito à relação entre o que um professor faz e a aprendizagem de um aluno (tendo um papel ativo nesse processo), ou seja, as situações formais de ensino-aprendizagem se particularizam pelo fato de que alguém procura dispor condições ambientais de forma a modificar as relações de uma outra pessoa com

o ambiente (Botomé³, 1998; Skinner, 1972; Zanotto, 2002). Assim, o professor deve situar-se como um dos pólos da interação com o aluno, mediando e conduzindo as interações com e entre eles em torno do objeto de conhecimento. Para isso, é necessário um repertório diferenciado que inclua a percepção para as demandas imediatas do contexto de sala de aula, considerando o desempenho dos alunos, a flexibilidade para alterar suas respostas em função dessas demandas, as habilidades de promover atividades que estimulem, reforcem o comportamento dos alunos para solucioná-las (Del Prette & Del Prette, 1997; Gil, 1990; Gil, 1993).

"Ela envolve, portanto, acuracidade de observação, análise e discriminação dos progressos dos alunos em termos de suas capacidades reais e potenciais, sensibilidade para colocar-se no lugar do outro ou tomar perspectiva, bem como criatividade para conceber e implementar condições de ensino em sala de aula que estão na base da promoção de inter-relações sociais educativas em sala de aula" (Del Prette & Del Prette, 1997, p.241-242).

Complementando, Zanotto (2000) afirma que o aluno aprende da mesma forma – seja na escola, seja no seu contato com o mundo – e o que o move é o prazer da descoberta, não cabendo ao professor ensinar, mas apenas ajudá-lo a aprender. Sobre isto, Gil (1990) argumenta ainda que:

“Nas salas de aula, as mudanças nas relações entre o aprendiz e o ambiente são previamente determinadas por grupos e subgrupos sociais dos quais o professor é o representante em classe. Ele é treinado para dispor a estimulação ambiental, de maneira adequada, na organização de condições propícias ao estabelecimento de novas relações do aluno com o ambiente” (p.10).

³ Botomé, S.P. (1998). Análise do comportamento em educação: algumas perspectivas para o desenvolvimento de aprendizagens complexas. Documento Pessoal elaborado para o concurso de professor titular da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

A partir dessas considerações a respeito do papel do professor que atua no hospital, Ceccim e Fonseca (1998)⁴ enfatizam que a classe hospitalar requer professores “*com destreza e discernimento para atuar com planos e programas abertos, móveis, mutantes, constantemente reorientados pela situação especial e individual de cada criança ou adolescente sob atendimento*” (p. 35). Para realizar esse planejamento individualizado, levando em conta a concepção comportamental do aprender, em que cada aluno possa caminhar de acordo com seu próprio ritmo para que as conseqüências reforçadoras sejam efetivas (Zanotto, 2000), a investigação do repertório presente da criança (oral, escrito, matemático) deveria ser prioridade para o professor/pedagogo.

“A criança hospitalizada necessita de uma maior atenção e de sentir-se, de alguma forma, próxima da sua realidade não hospitalar, isto é, vinculada ao cotidiano infantil comum ao mundo, como interpretado pela criança, visando proporcionar expectativas positivas de inserção social. Por isso, as sessões de acompanhamento pedagógico têm um planejamento individualizado, que precisa ser estruturado de acordo com a realidade e necessidades de cada criança” (Ceccim e cols., 1997, p. 79).

Assim, à medida que o professor conheça a realidade com a qual o aluno deve estar apto a lidar, que desempenho é capaz de apresentar e que conseqüências obtém com este desempenho (Botomé, 1998), será capaz de compreender a relação entre o que o aluno faz e a realidade em que o faz, além de conhecer o repertório inicial do aprendiz. São estas características que orientarão a natureza de suas decisões sobre os objetivos, sobre as aprendizagens intermediárias a desenvolver para atingir tais objetivos, as estratégias, procedimentos e materiais necessários para a organização de um programa de ensino. Em última análise, Zanotto (2000) comenta

⁴ Ceccim, R.B. & Fonseca, E.S.. Classes hospitalares no Brasil. Reunião de trabalho na classe hospitalar do Hospital Municipal Jesus. Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde / Hospital Municipal Jesus – Secretaria Municipal de Educação / Classe Hospitalar Jesus, agosto de 1998.

ainda que o professor, em termos comportamentais, é aquele que conhece as possibilidades do aluno, levando-as em consideração ao planejar as condições adequadas para uma aprendizagem eficiente e sem dificuldades.

Por ser uma modalidade de ensino pouco praticada em nível nacional em função do desconhecimento ocasionado pela escassez de pesquisas nas áreas de saúde e educação sobre este tema e considerando que as pesquisas existentes enfatizam os aspectos sociais e emocionais da criança hospitalizada, o presente estudo tem o objetivo de investigar as relações professor-aluno no ambiente da classe hospitalar a partir da análise das observações da interação desta díade, tendo o comportamento do professor como foco dessa análise.

MÉTODO

Participantes

Participaram dessa pesquisa uma professora graduada em Pedagogia e 14 crianças com idade entre 6 e 12 anos, alunos as séries iniciais do ensino fundamental da escola regular que, durante a sua internação, participaram das atividades da sala de aula da classe hospitalar do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), no período de abril a julho de 2001. O hospital está localizado no bairro Agrônômica, no Município de Florianópolis.

Escolha dos participantes

Por se tratar de uma pesquisa realizada em um hospital, onde a rotatividade dos usuários é alta, faz-se necessário primeiramente expor a rotina dos atendimentos realizados na Classe Hospitalar para, posteriormente, explicar como se selecionou os participantes. No HIJG, a classe hospitalar dispõe de duas estagiárias do curso de magistério e de uma professora, sendo que uma estagiária trabalha no período da manhã e outra no período da tarde. A professora trabalha em período integral. A rotina dos atendimentos ocorre segundo uma seqüência de etapas:

1. A pedagoga ou as estagiárias obtém, através da Central de Internação, a listagem de pacientes internados diariamente nas Unidades do hospital;
2. A partir dessa listagem, identificam as crianças elegíveis para o atendimento de acordo com a idade;
3. Contatam o acompanhante, apresentam a proposta do trabalho e preenchem a ficha cadastral da criança;

4. A criança é convidada a ir até à sala de aula para participar das atividades, sendo que, muitas vezes, é necessário o uso de estratégias para convencê-las a participar da classe hospitalar; é comum ficarem amedrontadas com a presença das professoras, pois, para elas, esta rotina não faz parte do atendimento dentro do hospital e nem é o que elas estão esperando.
5. Se a criança está impossibilitada de ir até a sala de aula devido à medicação ou estado físico debilitado, a pedagoga ou uma das estagiárias faz o atendimento no próprio leito, realizando atividades específicas da série que a criança frequenta.
6. No período matutino (das 9 às 11 h e 30 min), crianças de 4 a 6 anos são atendidas com o objetivo de desenvolver a linguagem, a brincadeira, as interações e a organização espaço-temporal. No período vespertino (das 13 h e 30 min às 16 h e 30 min), o atendimento é voltado para crianças de 1^a a 4^a série do ensino fundamental, oportunizando o desenvolvimento em áreas de conhecimento como: alfabetização, língua portuguesa, matemática, ciências, história, geografia e artes.

Em função da rotatividade dos pacientes, a escolha dos participantes era realizada diariamente. No processo de escolha não foram consideradas as doenças do paciente, sua procedência, o tipo de escola em que estudava (pública ou privada), o tempo de internação e de permanência na classe hospitalar. Também não era seletivo o fato da criança já haver frequentado a classe hospitalar anteriormente, seja neste hospital ou em outro que também oferecesse esta modalidade de atendimento.

Assim, quando as crianças chegavam na sala de aula da classe hospitalar, a pesquisadora ou a auxiliar de pesquisa faziam a seleção (através das fichas

cadastrais e da entrevista com a professora e com enfermeiros) daquelas crianças cujo prognóstico indicava a necessidade de uma hospitalização mais prolongada; desse modo a criança selecionada seria observada durante todo o período em que estivesse freqüentando a Classe Hospitalar (CH). Depois de selecionada, era feito um contato com os pais ou responsáveis da criança a fim de obter autorização para sua participação na pesquisa. Em seguida, era feito um levantamento do histórico de vida de cada um deles, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Dados sobre os participantes da pesquisa.

PARTICIPANTE	PROCEDÊNCIA	SEXO	IDADE	SÉRIE	Nº REPETÊNCIA	TIPO DE ESCOLA		MOTIVO DA INTERNAÇÃO ⁵	TEMPO DE INTERNAÇÃO	Nº DE OBSERVAÇÕES REALIZADAS NA CH
						Pública	privada			
PaA	São José	M	6	1ª	0	X		Malformação cardíaca não especificada	5 dias	1
PaB	Major Gercino	M	9	2ª	1	X		Nefrite / pneumonia	26 dias	5
PaC	Videira	F	10	3ª	1	X		Insuficiência renal crônica	12 dias	5
PaD	Lages	M	11	3ª	2	X		Artrite e poliartrite estafilocócicas	6 dias	1
PaE	Piçarras	M	6	1ª	0	X		Fibrose cística com manifestações pulmonares	16 dias	1
PaF	Campo Belo do Sul	M	11	2ª	1	X		Otite média crônica supurativa	22 dias	5
PaG	Ituporanga	M	8	2ª	0	X		Osteomielite crônica	24 dias	2
PaH	São João Batista	F	7	1ª	0		X	Leucemia linfoblástica aguda	2 dias	1
PaI	Itajaí	F	7	1ª	0	X		Broncopneumonia e fibrose cística	2 dias	1
PaJ	Mafra	M	10	4ª	0	X		Broncopneumonia e esofagite	14 dias	3
PaL	Curitiba	F	12	4ª	2	X		Doença reumática com comprometimento cardíaco e Coréia de Sydenham	15 dias	3
PaM	Fraiburgo	F	9	4ª	0		X	Secreção hormonal ectópica	2 dias	1
PaN	Balneário Camboriú	F	9	3ª	0	X		Artrite não especificada	3 dias	2
PaO	Joinville	M	7	1ª	0	X		Sinusite	2 dias	1

Fonte: Ficha cadastral dos alunos freqüentadores da Classe Hospitalar do HIJG.

⁵ Encontra-se no Anexo 01 uma tabela descritiva dos quadros diagnósticos apresentados pelos participantes do presente estudo.

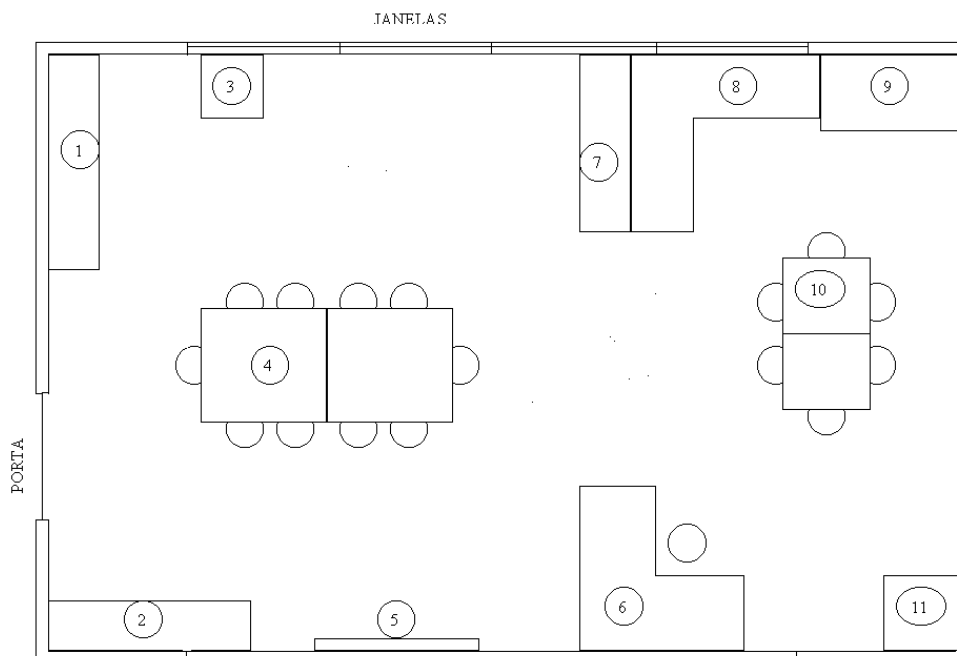
Caracterização do local

A pesquisa foi realizada na sala de aula da Classe Hospitalar do HIJG, no período vespertino. O HIJG foi fundado em 1979. Atualmente possui uma área de 22.000 m²; conta com 147 leitos ativos e divide-se em unidades de internação especializadas em Cardiologia, Cirurgia (Plástica, Oftalmologia, Pediátrica Geral, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia), Desnutrição, Gastroenterologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oncologia, Queimadura, Pneumologia e Terapia Intensiva Geral e Neonatal, Neonatologia e Isolamento.

A Classe Hospitalar foi implementada em agosto de 1999 a partir de um convênio entre o hospital, a Secretaria de Estado da Educação e a Secretaria de Estado da Saúde. No período compreendido entre março e julho de 2001, foram atendidas em média 55 crianças por mês, sendo que 63% destas freqüentavam o ensino fundamental e permaneciam, em média, quatro dias na Classe Hospitalar⁶.

A sala de aula possui uma área de 36,27 m² e está localizada no segundo piso do hospital, em uma área em que a circulação de pessoas é restrita, mas de fácil acesso às unidades de internação. O ambiente está de acordo com as normas da Comissão de Infecção Hospitalar e foi adaptado para a circulação de macas e cadeiras de roda. Está organizada em espaços que atendam a educação infantil e o ensino fundamental, sendo equipada (conforme Figura 1) com um computador, mesas e cadeiras escolares de dois tamanhos diferentes, quadro branco preso à parede, colchões com almofadas, estante de livros infantil (com altura compatível que permite às crianças a manipulação sem o auxílio das professoras), estante de jogos e brinquedos, além de duas estantes destinadas às professoras, com materiais didáticos e pedagógicos. Também está equipada com televisão, vídeo e aparelho de som, bebedouro e um

telefone para comunicação com o setor de enfermagem das unidades onde as crianças estão internadas.



Legenda:

1. Estante da professora
2. Estante da professora
3. bebedouro
4. Mesas escolares destinadas a alunos do ensino fundamental com 0,80 x 0,80m
5. Quadro-branco
6. Computador
7. Estante de livros
8. colchões com almofadas
9. Estante de jogos e brinquedos
10. Mesas escolares destinadas a alunos da educação infantil com 0,60 x 0,60m
11. Estante da televisão, vídeo-cassete e som

Figura 1: Diagrama da disposição do ambiente de sala de aula da Classe Hospitalar do HIJG.

Material

Foram utilizados canetas, lápis, borracha, folhas de registro (anexos 02 e 03) e relógio para cronometrar o tempo. Cada observador possuía também uma tabela com as categorias comportamentais e suas respectivas descrições.

⁶ Dados obtidos através do Relatório do Primeiro Semestre/2001 da Classe Hospitalar, produzido pela

Procedimento Geral

Descrição do procedimento de relato cursivo

A pesquisadora (Pq), juntamente com uma observadora auxiliar (O), entravam na sala e sentavam nas cadeiras destinadas aos alunos da educação infantil, de onde podiam observar os participantes. Foi observado um participante (P) de cada vez, sendo que, ao mesmo tempo, Pq e O observavam o desempenho de um mesmo P em relação ao desempenho da professora.

Inicialmente foram realizadas, em sala de aula, dez observações registradas de forma manual e cursiva da interação professor-aluno de cinco participantes selecionados (para a caracterização e definição das categorias comportamentais) com duração de dez minutos cada uma, minuto a minuto, em dias alternados. Com base nos aspectos acadêmicos e emocionais enfocados nestas observações como mais freqüentes, e a partir da descrição de Machado (1984), foram construídas categorias comportamentais do aluno e da professora, apresentadas nas Tabelas 2 e 3, que serviram de referência para as observações posteriores.

Tabela 2. Categorias comportamentais do aluno

Sigla	Categoria	Descrição
PIA	Pedir informação	Classe de respostas emitidas pelos participantes visando pedir informações sobre atividades ou tarefas que estão sendo ou serão executadas; chamar a professora.
FAA	Falar sobre outros alunos	Classe de respostas emitidas pelos participantes visando contar coisas dos outros, relatar respostas emitidas por outras crianças.
INFA	Informar sobre atividades	Classe de respostas emitidas pelos participantes que visa informar sobre seu trabalho, contando como executou a atividade proposta pela professora, ou informações em geral (diversos acontecimentos).
RPA	Responder perguntas	Classe de respostas emitidas pelos participantes que visa responder, verbalizar uma resposta ligada à pergunta feita pela professora.
DISA	Distração	Classe de respostas emitidas pelos participantes que demonstram distração durante a apresentação e realização de tarefas: falar, escutar e conversar sobre assuntos não acadêmicos com os colegas; respostas como beliscar, dar tapas, socos, morder; brincar com as observadoras e professora; ir à mesa de colegas; sorrir e olhar para lugar indeterminado; assobiar.
AMA	Auto-manipulação	Classe de respostas emitidas pelos participantes que evidenciam contato físico consigo mesmo: coçar-se, mexer as pernas, as mãos, os braços, os dedos, mudar de posição; manipular qualquer parte do corpo; colocar qualquer objeto na boca (como lápis, régua, etc.); bocejar; apoiar-se e debruçar-se sobre a carteira.
CTA	Cumprir tarefas	Classe de respostas emitidas pelos participantes que visam cumprir atividades dadas pela professora em sala de aula, tais como: pintar, escrever, colar, recortar, utilizando os materiais escolares necessários; movimentar-se em busca dos objetos escolares (lápis, borracha, caderno, tubo de cola, tesoura, lápis de cor, giz de cera) e buscá-los na mesa de outrem, guardá-los em sua pasta, em seu estojo; ir ao quadro-negro a mando da professora; ler em voz alta; olhar em direção à professora.
OTA	Outros comportamentos	Classe de respostas emitidas pelos participantes não incluídas nas categorias acima definidas.

Tabela 3. Categorias comportamentais da professora

Sigla	Categoria	Descrição
ETP	Explicar tarefas	Classe de respostas emitidas pela professora que visam explicar, expor algum fato novo ou recordar alguma informação já fornecida; pode ou não haver relatos verbais dos alunos solicitados pela professora.
ATAP	Atender o aluno	Classe de respostas emitidas pela professora que visam tanto atender o aluno prontamente respondendo o chamado do aluno; quanto retardando a resposta, pedindo que o aluno espere um pouco ou informando-o que responderá mais tarde; visam também informar, comunicar sobre atividades que estão sendo ou serão realizadas.
DIP	Ditar	Classe de respostas emitidas pela professora com o intuito de ditar, dizer em voz alta para a classe palavras ou sentenças que os alunos têm que escrever.
PERP	Perguntar ao aluno	Classe de respostas emitidas pela professora que visa perguntar, solicitar alguma informação do aluno.
REFP	Reforçar	Classe de respostas emitidas pela professora que tem o intuito de reforçar, enfatizando a boa execução de tarefas e/ou respostas dos alunos.
PUNP	Punir	Classe de respostas emitidas pela professora que visam repreender, advertir, chamar a atenção do aluno sobre suas respostas inadequadas, ameaçar com algum castigo, criticar ou recriminar energeticamente uma resposta emitida pelo aluno.
OUP	Outros comportamentos	Classe de respostas emitidas pela professora tais como conversar com os alunos sobre assuntos não acadêmicos; olhar em direção aos alunos; aguardar o término das atividades; conversar com outras pessoas; ausentar-se da sala de aula.

Treino de observação direta e teste das categorias

A partir das definições das categorias (conforme descritas nas tabelas acima) estas foram testadas, sendo necessárias seis sessões de observação direta para se alcançar o índice de fidedignidade (IF) necessário para a validação das observações que deveria ser igual ou superior a 80% (Batista, 1977). O IF foi calculado posteriormente após todas as sessões de observação, dividindo o total de concordâncias pelo somatório de concordâncias mais discordâncias, multiplicado por 100, onde:

$$IF = \frac{\text{Concordâncias}}{\text{Concordâncias} + \text{Discordâncias}} \times 100.$$

Cabe ressaltar também que durante as primeiras seis sessões de observação foram reelaboradas as definições de algumas categorias como, por exemplo, a criação da categoria “*pedir informação*” (PIA), que estava incluso na categoria “*cumprir tarefas*” (CTA), mas foi considerado relevante para ser observado em separado, uma vez que fornece dados que indicam interação do aluno com o professor.

Descrição do procedimento de observação direta

Cada sessão de observação teve a duração de dez minutos e, para cada intervalo, foram destinados dez segundos para observação e dez segundos para registro dos dados. Os intervalos permitiam registrar apenas uma ocorrência da atividade de interação, constituída de um evento antecedente (resposta emitida pelo professor), a resposta do aluno e um evento conseqüente (resposta emitida pelo professor em conseqüência da resposta do aluno). Ou seja, o professor emite uma resposta, como

explicar tarefas (evento antecedente); o aluno responde, por exemplo, olhando em direção ao professor (resposta); como consequência desta resposta, o professor continua explicando tarefas (evento conseqüente). Foi observado um participante de cada vez.

Para realizar as observações, Pq e O entravam na sala de aula e sentavam-se nas mesas situadas no ambiente destinado aos alunos da educação infantil, como pode ser visto na Figura 1. Após se apropriarem do material necessário, aguardavam o início das atividades para realizarem a observação. Os registros de cada um foram comparados e somente foram aproveitados aqueles com índice de fidedignidade com 80% ou mais. Foram realizadas 32 sessões de observação com os 14 participantes, conforme pode ser visto na Tabela 1.

Procedimento de tratamento dos dados

Em vista da irregularidade do tempo de hospitalização dos participantes que resultou em um número irregular (e pequeno) de sessões de observação (entre 1 e 5) para cada um deles, optou-se por escolher como foco de análise apenas o comportamento do professor que foi analisado separadamente em termos de [classe de eventos antecedentes – classes de respostas] e [classes de respostas – classe de eventos conseqüentes]. Ainda, os dados obtidos em cada uma das 32 sessões de observação foram analisados em duas etapas.

Primeira etapa

Os dados obtidos foram somados e posteriormente analisados sem considerar a qual participante pertenciam. Estes dados estão representados nas Figuras 2 a 5, sendo analisado nesta etapa: a) a porcentagem dos comportamentos acadêmicos e não-acadêmicos dos alunos como consequência do comportamento do professor; e b)

porcentagem das respostas emitidas pelo professor controladas pelas respostas antecedentes dos alunos.

Segunda etapa

Nesta etapa, os dados foram agrupados de acordo com o diagnóstico clínico de cada participante (conforme Tabela 4), a fim de se analisar o comportamento do professor em relação ao comportamento dos participantes agrupados por diagnóstico.

Tabela 4. Agrupamento dos participantes de acordo com o diagnóstico clínico

GRUPO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO
Grupo 1	Malformação cardíaca Doença reumática com comprometimento cardíaco e Coréia de Sydenham
Grupo 2	Nefrite / pneumonia Insuficiência renal crônica
Grupo 3	Fibrose cística com manifestações pulmonares Broncopneumonia e fibrose cística Broncopneumonia e esofagite
Grupo 4	Artrite e poliartrite estafilocócicas Artrite não especificada
Grupo 5	Otite média crônica supurativa Sinusite
Grupo 6	Osteomielite crônica Leucemia linfoblástica aguda
Grupo 7	Secreção hormonal ectópica

RESULTADOS

As categorias comportamentais dos alunos foram subdivididas em acadêmicas e não-acadêmicas e pôde-se constatar que, independente do participante e da frequência na sala de aula da classe hospitalar, a ocorrência relativa dos comportamentos acadêmicos é elevada, exceto a do PaA.

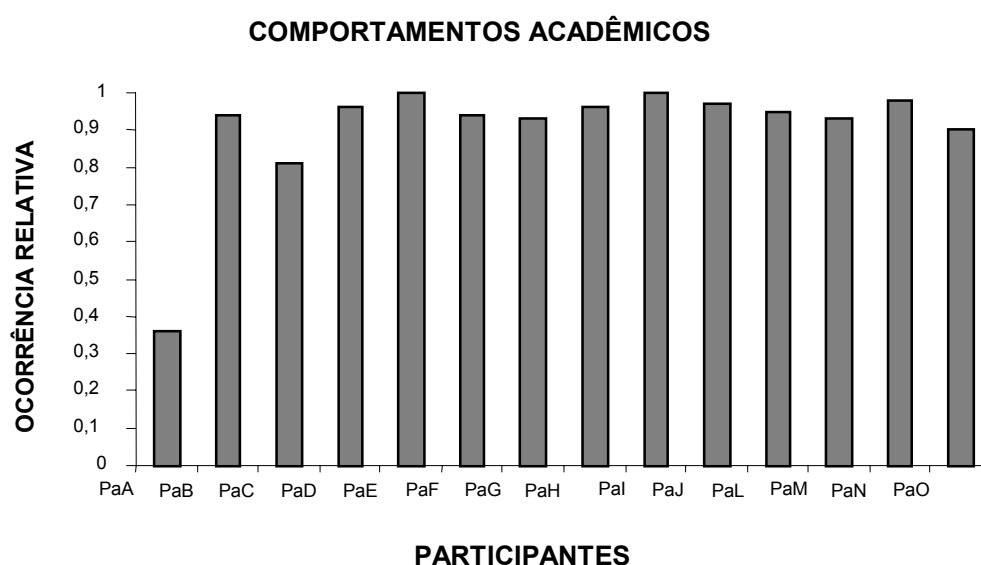


Figura 2: Ocorrência relativa dos comportamentos acadêmicos emitidos pelos alunos durante as observações diretas em sala de aula da classe hospitalar.

Os dados apresentados na Figura 2, onde os índices estão próximos de 1, variando entre 0,81 e 1, demonstram que todos os participantes apresentam alta porcentagem de comportamentos acadêmicos, com exceção do PaA, cuja porcentagem é da ordem de 0,36. Este participante é uma criança do sexo masculino, de 6 anos de idade, que estava internado em função de uma malformação cardíaca, e por conta de internações recorrentes freqüentava muito pouco as aulas da primeira série da escola pública que estava matriculado. Por esta razão o índice de comportamentos acadêmicos

dele foi inferior aos dos demais, provavelmente porque as atividades de sala de aula não lhe eram familiares e, por isso, pouco atrativas para ele. Os índices de dois participantes (PaE e PaI) são iguais a 1, que frequentaram a classe hospitalar por apenas um dia. Para os participantes com cinco sessões de observação cada, os índices, tanto de PaB quanto o PaF, são da ordem de 0,94, enquanto o de PaC é ligeiramente inferior ou seja, 0,81.

A Figura 3, a seguir, apresenta a porcentagem das categorias comportamentais dos participantes (subdivididas em acadêmicas e não acadêmicas). Como pode ser visto, assim como ocorre na Figura 2, há predominância dos comportamentos acadêmicos sobre os não acadêmicos nas relações de interação com o professor.

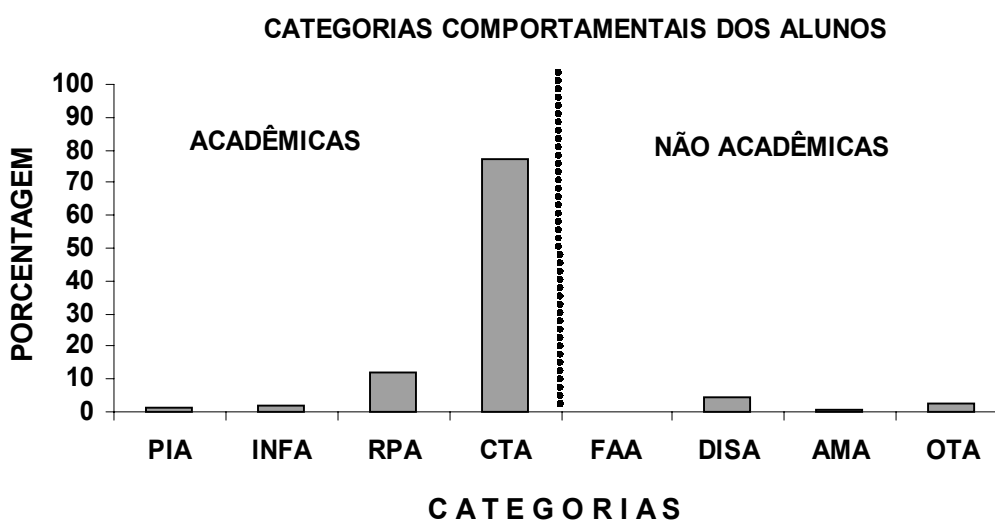


Figura 3: Porcentagem das categorias comportamentais acadêmicas e não acadêmicas dos alunos, construídas a partir da observação direta em sala de aula.

A categoria comportamental acadêmica de maior porcentagem é a de *cumprir tarefas* (CTA) com índice igual a 76,98%, seguida pela categoria *responder perguntas* feitas pela professora (RPA) com 12,08%. Pode-se afirmar também que os

alunos, ao realizarem as tarefas solicitadas pela professora, poucas vezes *pediram informação* (PIA) a respeito das atividades (1,14%) ou *informaram a professora* (INFA) sobre a atividade realizada (1,66%).

No que diz respeito às categorias comportamentais não-acadêmicas, *distração* (DISA) é a de maior porcentagem (4,58%). *Falar sobre outros alunos* (FAA) e *auto-manipulação* (AMA) apresentam-se com índices baixos, não alcançando 1% (0,1% e 0,93%).

A Figura 4 apresenta a porcentagem das respostas dos alunos que foram conseqüenciadas (SR) e não conseqüenciadas (NSR) pela resposta da professora. Respostas conseqüenciadas são aquelas respostas às quais o professor responde, reforçando-a ou punindo-a, por exemplo: o aluno realiza as suas tarefas corretamente e o professor o elogia e o incentiva a continuar se esforçando. Respostas dos alunos não conseqüenciadas pelo professor são aquelas nas quais o professor não interfere, independente de ser uma resposta adequada ou inadequada. Como exemplo: o aluno está lendo revista enquanto o professor dita o conteúdo e este não emite nenhuma resposta para adverti-lo, apenas continua ditando o conteúdo.

Nesta figura é possível verificar que existe predominância de comportamentos acadêmicos dos alunos sem conseqüenciação pela professora, principalmente em relação a *cumprir tarefas* (CTA - 64,1%); os outros comportamentos acadêmicos com baixa freqüência de conseqüenciação foram *responder perguntas* da professora (RPA) com 4,48% e *informar sobre suas atividades* (INFA), com 1,67%. Os comportamentos acadêmicos conseqüenciados⁷ foram CTA, RPA e PIA (*pedir informação*) com 12,9%, 7,6% e 1,1%, respectivamente. Os comportamentos não acadêmicos, localizadas na parte direita da figura, com

⁷ Era comum o professor conseqüenciar as respostas acadêmicas através de questionamento às perguntas formuladas pelos alunos.

porcentagens bem inferiores aos acadêmicos, foram praticamente ignorados pela professora, em que a *distração* (DISA) ocorreu apenas uma vez e não foi conseqüenciada, com 4,48%; não foram conseqüenciadas, também, a *auto-manipulação* (AMA) dos alunos (0,94%) e *outros comportamentos* (OTA), com 2,5%.

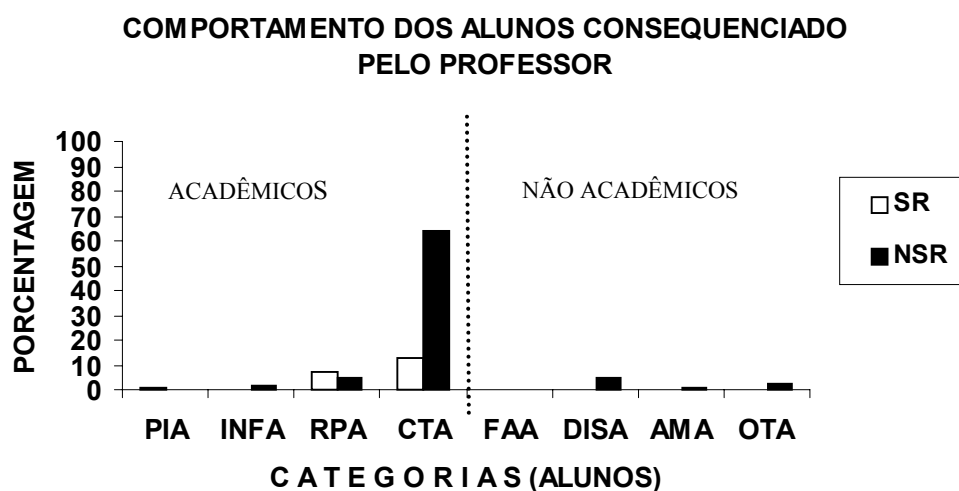


Figura 4: Porcentagem de comportamentos acadêmicos e não acadêmicos conseqüenciados pelo professor.

A Figura 5 apresenta as respostas da professora que antecederam a resposta dos alunos. As categorias de maior porcentagem são *explicar tarefas* (ETP), com índice de 43,76%, *perguntar ao aluno* (PERP), com 27,6%, e *outros comportamentos* (OUP), com 28,02%. A categoria *ditar* (DIP) ocorreu quatro vezes, por esta razão não foi apresentada na figura. O mesmo aconteceu com as categorias *atender o aluno* (ATAP) e *reforçar* (REFP), também com apenas uma ocorrência.

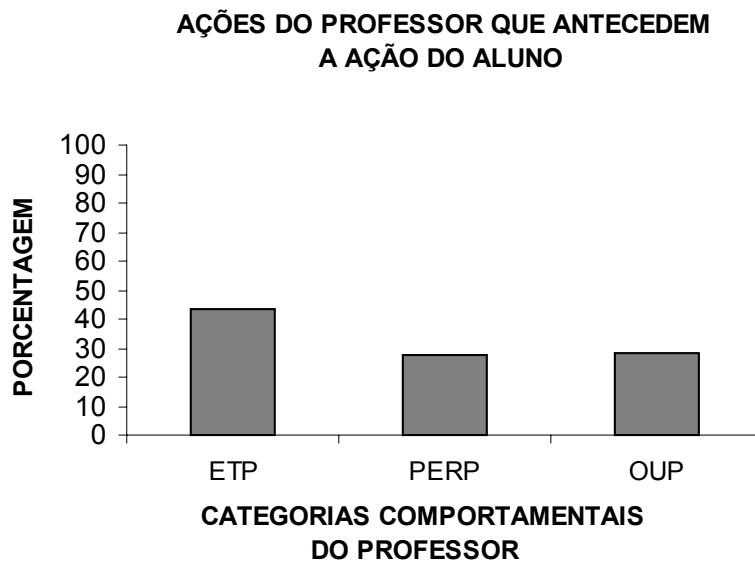


Figura 5. Percentagem de ações do professor que antecedem a ação dos alunos.

A Figura 6 apresenta as percentagens de respostas do professor de conseqüenciar as respostas dos alunos, agrupados de acordo com o diagnóstico clínico.

A professora *explica tarefas* (ETP) para os participantes dos Grupos 4 – PaD e PaN (artrite e poliartrite estafilocócica / artrite não especificada) e 7 - PaO (secreção hormonal ectópica) com percentagem mais alta (66,66 e 70% por cento, respectivamente), do que para os participantes dos demais grupos, cuja percentagem varia entre 43 e 50 por cento.

O comportamento da professora de *atender o aluno* (ATAP) é praticamente insignificante para todos os grupos com a percentagem variando entre 1 a 2,22 por cento.

COMPORTAMENTOS DO PROFESSOR COMO CONSEQUÊNCIA DO COMPORTAMENTO DOS ALUNOS AGRUPADOS DE ACORDO COM O DIAGNÓSTICO CLÍNICO

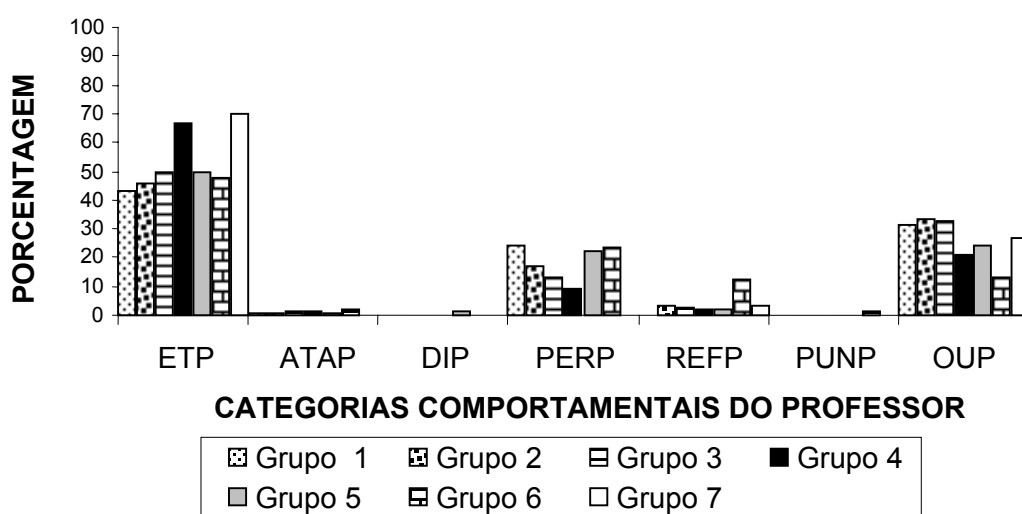


Figura 6. Porcentagem do comportamento do professor de consequenciar os comportamentos dos alunos de acordo com os diferentes grupos de sintomas.

A porcentagem da categoria *perguntar ao aluno* (PERP) apresenta-se com índices mais elevados e semelhantes nos grupos 1 (malformação cardíaca / doença reumática com comprometimento cardíaco e Coréia de Sydenham - 24,16 por cento), 5 (otite média crônica supurativa / sinusite - 22,22 por cento) e 6 (23,34 por cento), ao contrário do grupo 4, cuja porcentagem é inferior (8,88 por cento). Para os grupos 2 (nefrite e pneumonia / insuficiência renal crônica) e 3, a porcentagem é respectivamente de 17 e 13,34 por cento.

A professora *reforçou* (REFP) mais freqüentemente o comportamento dos alunos do grupo 6 – PaG e PaH, com porcentagem de 12,22 por cento); nos demais grupos o índice percentual não alcança 4 por cento. As categorias *ditar* (DIP) e *punir* (PUNP) apresentam-se apenas com uma ocorrência (grupo 5 e 6 respectivamente). Com relação aos *outros comportamentos* (OUP) – como conversar com outras pessoas,

organizar seu material didático, aguardar o término das atividades dos alunos, entre outros – apresentados pela professora, os índices mais elevados encontram-se nos grupos 1, 2 e 3 (31,66%, 33,34% e 32,66% respectivamente). O índice do grupo 6 é o mais baixo com 13,34% de ocorrência. Os índices dos demais grupos ficam entre 21 e 27 por cento.

DISCUSSÃO

Os resultados relativos ao comportamento dos alunos indicam que estes, apesar da hospitalização e independente do quadro clínico de cada um, ao freqüentarem a classe hospitalar apresentam um índice significativo de comportamentos acadêmicos, principalmente no sentido de cumprir as tarefas propostas pela professora e também de responder perguntas feitas por ela. Comportamentos não relacionados às atividades de sala de aula são emitidos pelos alunos com uma freqüência bastante inferior, que pode estar demonstrando que a sala de aula dentro do hospital, mesmo que seja por pouco tempo, leva a criança hospitalizada a se desvincular da dor e da doença, envolvendo-se com atividades que se assemelhem às de sua rotina diária habitual, como estar com os colegas, ir para a escola, brincar. Em relação a este aspecto, Crepaldi (1999) defende que tanto a doença quanto a hospitalização em si geram na criança conseqüências psicológicas e sociais que interferem e prejudicam seu desenvolvimento. Assim, Gonçalves e Valle (1999) comentam sobre a importância da criança doente estar envolvida com atividades semelhantes às demais crianças de sua idade. Freqüentando as atividades pedagógico-educacionais propostas pelas classes hospitalares, a possibilidade de atenuar expectativas de prejuízos causadas por uma internação hospitalar na infância é bastante significativa. Outro fator relevante a ser observado e que foi comentado pela pedagoga coordenadora da classe hospitalar (conforme entrevista no anexo 04) é que não é comum falar sobre doença e hospitalização em sala de aula, a não ser que os próprios alunos sintam curiosidade em conhecer e se informar sobre a doença dos outros alunos. A professora só toma conhecimento da patologia se o setor de enfermagem do hospital solicitar algum cuidado especial durante a freqüência às aulas; caso contrário, somente faz o levantamento da unidade de internação e clínica médica do aluno. Considerando que, dentre as funções do professor que atua na classe hospitalar, está a

de auxiliar a criança na sua adaptação no hospital e a partir da sua inserção na classe, contribuir para a sua recuperação, sugerir que se discuta questões referentes à doença ou à hospitalização pode propiciar ao aluno uma maior compreensão e entendimento da sua realidade atual, permitindo que lide com sua doença de forma menos traumática.

Quanto ao desempenho na classe hospitalar, mesmo a frequência de comportamentos acadêmicos emitidos pelos alunos sendo alto, o que contribui para uma maior participação dos mesmos em sala de aula, nota-se que não é significativo o uso da consequenciação positiva pela professora, a não ser quando o aluno responde perguntas feitas por esta (neste caso, a professora costuma consequenciar o comportamento do aluno através de questionamentos). Da mesma forma, ela também não se utiliza da coerção para punir comportamentos dispersivos, como distração e auto-manipulação, o que indica que a professora praticamente ignora estes comportamentos. É possível que essa prática se deva ao fato da professora considerar que, como argumenta Ceccim e cols. (1997), a criança não deva ser forçada a realizar as tarefas planejadas previamente, desconsiderando a situação e o contexto em que a mesma está inserida, embora seja relevante ressaltar que o fato da criança estar hospitalizada não significa que a professora deva tratá-la como se fosse incapaz, ou seja, complacente com ela.

Embora as tarefas realizadas pelos alunos sejam individualizadas, os dados indicam que a professora interagiu com os alunos em nível do coletivo, explicando tarefas e fazendo perguntas ao grupo, comportando-se como se estivesse na escola tradicional. O comportamento de atender o aluno (ATAP) individualmente apresenta-se com índices significativamente inferiores, como demonstra a Figura 5. Em relação a esse aspecto, Ceccim e cols. (1997) e Gonçalves e Bresan (1999) afirmam que na classe hospitalar as tarefas devem ser adequadas à situação peculiar de cada aluno e, para isso, é necessário conhecer o seu repertório para promover tarefas escolares e

possibilitar novas aprendizagens. Esses autores ainda comentam que a dificuldade de atender ao aluno individualmente se deve à necessidade de uma adaptação, tanto deste quanto da instituição uma vez que o hospital não é o local mais comum para a figura deste profissional e o ambiente de trabalho difere bastante do ambiente escolar. Isto pode explicar a diferença entre o índice elevado de ETP em todos os grupos (onde a professora explica tarefas sem necessariamente ser solicitada pelos alunos) e o índice praticamente nulo de ATAP (onde a professora explica, respondendo ao chamado dos alunos), mostrando que a proposta de atenção individualizada aos alunos não ocorreu tanto quanto não se priorizou as particularidades de cada um deles.

Analisando o quadro clínico dos alunos, é possível verificar também que a professora relaciona-se de maneira diferenciada considerando os agrupamentos de crianças de acordo com seu diagnóstico, conforme dados apresentados na Figura 6. Nos grupos 4 e 7 que englobam doenças como artrite e poliartrite estafilocócicas, artrite não especificada e secreção hormonal ectópica, o comportamento de explicar tarefas (ETP) apresenta-se com índice superior ao dos demais grupos; ainda em relação aos alunos dos grupos 4 e 7, a professora utilizou perguntas ou questionamentos para consequenciar seus comportamentos com índice inferior ao utilizado com outros alunos. Considerando que os alunos destes dois grupos cumpriram tarefas mais frequentemente, a professora dava continuidade ao seu comportamento anterior, no caso, explicar tarefas. Os participantes destes dois grupos eram crianças que, em função do seu quadro clínico, permaneciam a maior parte do tempo em que frequentavam a classe hospitalar sentados à mesa, sendo que a maioria estava impossibilitada até mesmo de escrever. A partir do exposto, é possível inferir que esta variável (quadro clínico do participante) interferiu na relação professor – aluno, impedindo que ambos fossem sujeitos ativos no processo de aprendizagem, como preconiza Skinner (1968, 1972); estes dados nos mostram que o

aluno comporta-se de forma passiva neste processo, que se caracteriza por um professor que explica as atividades e o conteúdo, e por alunos que absorvem esta informação, sem questionar, sem trocar idéias, apenas cumprindo as ordens estabelecidas pelo professor.

Já perguntas / questionamentos foram feitos aos alunos dos demais grupos que discutiam sobre as atividades, procuravam esclarecer dúvidas, ou seja, participaram mais efetivamente das aulas. O grupo 6, que engloba doenças como osteomielite crônica e leucemia linfoblástica aguda, foi o que recebeu mais atenção (REFP) da professora como consequência de seus comportamentos. Percebe-se também que foi em relação a esse grupo que a professora apresentou o menor índice de outros comportamentos (OUP), o que indica uma maior proximidade com ele, uma interação mais dinâmica, que não se resume numa relação ensino-aprendizagem unidirecional, onde o professor fala e o aluno passivamente recebe a informação, reproduzindo o conteúdo em suas atividades. Como afirmam os autores Botomé (1998), Skinner (1972) e Zanotto (2002), o aluno deve ter um papel ativo no processo ensino-aprendizagem, onde o “ensinar” se traduz por um arranjo de contingências sob as quais os alunos aprendem e o professor dispõe condições ambientais que modificam a relação do aluno com o ambiente. Penso que, como este grupo é formado por crianças cujo diagnóstico é grave (como osteomielite e leucemia), a professora dispensou-lhe tempo maior de atenção, estimulando-o a resolver as atividades propostas, a questionar, a esclarecer dúvidas e, principalmente, reforçando estes comportamentos, uma vez que quanto maior o envolvimento do aluno com atividades que se assemelhem às do seu cotidiano, menos traumático se tornará a sua hospitalização, como defendem Fonseca (1999b) e Fontes e Weller (1998). Os integrantes do grupo 6, embora com índice muito baixo (1,1%), foram, também, os únicos a serem punidos (PUNP) pela professora, apesar de todos os demais grupos apresentarem comportamentos não acadêmicos. Baum (1999) e Souza

(1997) comentam sobre a “lei do efeito” que prioriza que tanto comportamentos bem sucedidos quanto comportamentos mal sucedidos se definem por seus efeitos. Assim, esta lei estabelece que quanto mais um comportamento é reforçado, mais ele tende a ocorrer e que quanto mais é punido, menos ele tende a ocorrer. Neste sentido, é relevante enfatizar a escassez de contingências reforçadoras e punitivas que atuaram nesse contexto, uma vez que, com exceção do grupo 6, os demais, independente do comportamento apresentado, não eram conseqüenciados. Isto significa que não está se levando em consideração o planejamento individualizado a partir do repertório (oral, escrito, matemático) da criança, fundamental para que cada aluno consiga caminhar de acordo com o seu próprio ritmo, de tal forma que as conseqüências reforçadoras surjam e sejam efetivas, como defende Zanotto (2000).

Outro aspecto a ser discutido é que, considerando o número de observações das crianças de cada grupo (conforme apresentado individualmente na Tabela 1) é possível verificar que não há diferença significativa na relação professor-aluno daqueles que tiveram apenas uma observação para aqueles que tiveram até cinco observações. Esse dado é importante pois, como ressalta Fonseca (1999a, 1999b, 1999c), independente do tempo de permanência da criança no hospital, o atendimento na classe hospitalar ajuda a criança a se desvincular das restrições deste ambiente e pode ter um significado importante para o seu processo de desenvolvimento e aprendizagem.

Também não se pode afirmar que a professora dispôs de atenção mais freqüente para algum grupo específico. O comportamento da professora variou de acordo com o comportamento do aluno; assim se o aluno participa ativamente das aulas, questionando, esclarecendo dúvidas, a professora também interage ativamente e, nesta relação, ambos são agentes no processo ensino-aprendizagem. Do contrário, se o aluno se limita a resolver suas atividades sem diálogo ou com baixa participação, também não

lhe é exigido mudança de comportamento e, à medida que a professora mostra-se alheia a este contexto, esse padrão de comportamento se mantém. Estes alunos são, provavelmente, os mais passivos em virtude dos problemas de hospitalização na infância, como já comentado anteriormente por Barros (1999), Ceccim (1999), Ceccim e Fonseca (1999a), Fonseca (1999a, 1999b, 1999c) e Fontes e Weller (1998), sendo eles, portanto, os mais necessitados de atenção individualizada por parte da professora. Ela deveria ter como principais objetivos estimular o desenvolvimento destes alunos, para, após a alta, aumentar a probabilidade de sucesso na aprendizagem na escola regular, como postulam Ceccim (1999) e Ceccim e Fonseca (1999b).

Um dos fatores que podem comprometer o desempenho da professora na sala de aula da classe hospitalar é o despreparo e a falta de programas de especialização nesta área de atuação, ou seja, é a partir da própria experiência e do contato com a escassa literatura existente que o professor aprende a lidar com as variáveis impostas pela hospitalização e com suas peculiaridades. Um outro fator relevante é a ausência de um retorno do trabalho realizado pelas escolas de origem dos alunos que freqüentam a classe hospitalar, como a pedagoga coordenadora citou na entrevista em anexo. Mesmo com o envio de relatórios sobre o desempenho da criança na classe hospitalar durante o período de internação, e a solicitação de um retorno sobre o trabalho realizado, as escolas dificilmente fornecem dados sobre este serviço, o que ao meu ver, seria fundamental para uma análise da importância dessa informação sobre o ensino nos hospitais para a promoção do desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança hospitalizada.

Considerações finais

As classes hospitalares surgiram no Brasil com o intuito de dar continuidade à escolarização de crianças hospitalizadas, independente do tempo de internação (Barros, 1999; Ceccim, 1999; Ceccim e Fonseca, 1999a; Fonseca, 1999a; Fonseca, 1999b; Fonseca, 1999c; Fontes e Weller, 1998; Linhares e Minardi, 1999). Apesar de existirem desde 1950, este recurso tem sido pouco utilizado, resultando em escassa literatura. Com isso, existe dificuldade em sistematizar os atendimentos e obter profissionais qualificados, uma vez que não há especialização na área educacional para os professores envolvidos com este trabalho. Este foi um dos fatores que despertaram o interesse em realizar um estudo que enfatizasse aspectos da relação professor – aluno no processo ensino – aprendizagem da classe hospitalar, uma vez que os aspectos sociais e emocionais são abordados com frequência por vários outros pesquisadores (Barros, 1999; Ceccim e Fonseca, 1999b; Linhares e Minardi, 1999; Sherlock, 1988).

Algumas questões ainda não discutidas surgiram ao longo deste estudo. Uma delas se refere ao número de observações dos participantes da pesquisa. Um dos dados observados na seleção destes participantes era o prognóstico do paciente e, conseqüentemente, a necessidade de permanência no hospital. No decorrer da pesquisa foi possível verificar que, em muitos casos, apesar da criança ficar um longo tempo internado, em função da gravidade do quadro clínico, tinha uma frequência muito baixa na classe hospitalar; e, por vezes, a criança ficava internada poucos dias, mas apresentava uma elevada frequência na classe, o que resultou na impossibilidade de padronizar o número de observações de cada sujeito. Outra dificuldade encontrada foi com relação à dinâmica e horário das aulas. As crianças começavam a chegar na sala de aula às 13 h e 30 min, com o início da aula ocorrendo por volta das 14 horas e era

interrompida às 15 horas em razão do horário de lanche. Após este intervalo realizavam-se atividades recreativas. Com isto o período disponível para as observações limitava-se ao horário das 14 às 15 horas, o que não permitia a observação de atividades mais variadas. E por fim, um dado que impossibilitou o alcance de um objetivo original deste estudo foi o fato de que grande parte das crianças que freqüentaram a classe hospitalar no período de observação são provenientes de outras regiões do estado (como indica a Tabela 1). Com isto, não foi possível verificar os resultados do trabalho realizado na classe no seu retorno à escola de origem.

Um dado importante a ser discutido foi o interesse demonstrado pelos profissionais da área da saúde em atuar de forma integrada com os profissionais da área educacional, promovendo reuniões periódicas para esclarecimento dos cuidados necessários a essas crianças, além de incentivá-las a participar das aulas, enfim, colaborando para tornar menos traumática e dolorosa possível este período de permanência no hospital. Em relação ao aspecto emocional – sintomas manifestados pela criança em função da hospitalização como ansiedade, medo, sensação de abandono, estresse, entre outros (Linhares e Minardi, 1999) – é significativa a contribuição desta modalidade de atendimento para o processo de recuperação destes pacientes, mas ainda há muito que ser pesquisado no que diz respeito ao aspecto cognitivo considerando que, como afirmam Caprini, Degrecci e Gondim (1998), o atraso na escolaridade e a dificuldade para aprender relacionam-se às ausências freqüentes das crianças na escola ou mesmo o abandono da mesma durante a hospitalização. Algumas questões relacionadas a este aspecto cognitivo seriam: que efeitos a experiência da classe hospitalar produz nos alunos após o retorno à escola de origem? Esta modalidade de atendimento contribui para que não haja prejuízos na aprendizagem desta criança após um longo período de internação? Existe diferença entre o atendimento oferecido em sala

de aula e aquele oferecido no leito? Estas são algumas questões que surgiram no decorrer deste estudo, mas talvez a necessidade mais emergente seja de uma pesquisa nas escolas de origem das crianças freqüentadoras da classe hospitalar com o objetivo de avaliar a qualidade do serviço oferecido para, a partir daí, propor uma forma de capacitação para os professores que atuam nesta área. Segundo Fonseca (1999c), *“abre-se, com este estudo, a necessidade de formular propostas e aprofundar conhecimento teóricos e metodológicos, com vistas a, efetivamente, atingir o objetivo de dar continuidade aos processos de desenvolvimento psíquico e cognitivo das crianças e jovens hospitalizados”* (p.117). Assim, o atendimento pedagógico-educacional oferecido nas classes hospitalares precisa ser discutido e estudado tanto por profissionais da pedagogia quanto pelos profissionais de outras áreas para que sejam efetivamente implementadas propostas de atuação do professor diante das singularidades das crianças internadas, como diferença de idade, repertório comportamental-cognitivo e necessidades sociais específicas.

REFERÊNCIAS

- Barros, A.S. (1999). A prática pedagógica em uma enfermaria pediátrica: contribuições da classe hospitalar à inclusão desse alunado. *Revista Brasileira de Educação*, 12, 84-93.
- Batista, C.G. (1977). Concordância e fidedignidade na observação. *Psicologia*, 3, 2.
- Baum, W.M. (1999). *Compreender o behaviorismo: ciência, comportamento e cultura*. Porto Alegre: ArtMed.
- Caprini, K., Degrecci, S. & Godim, E. (1998). Atendimento educacional hospitalar [Resumo]. Em *Anais do III Congresso Íbero-Americano de Educação Especial* (pp.111-113). Foz do Iguaçu: Qualidade.
- Ceccim, R.B. (1999). Classe hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. *Pátio Revista Pedagógica*, 3 (10), 41-44.
- Ceccim, R.B. & Fonseca, E.S. (1999a). Classe hospitalar: buscando padrões referenciais de atendimento pedagógico-educacional à criança e ao adolescente hospitalizados. *Revista Integração (MEC)*, 21, 31-40.
- Ceccim, R.B. & Fonseca, E.S. (1999b). Atendimento pedagógico-educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada. *Temas sobre Desenvolvimento*, 7 (42), 24-36.
- Ceccim, R.B., Cristófoli, L., Kulpa, S. & Modesto, R.C.P. (1997). Escuta pedagógica à criança hospitalizada. Em R.B. Ceccim & P.R.A. Carvalho (Orgs.), *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida* (pp. 76-84). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Chiattonne, H.B.C. (1998). A criança e a morte. Em V.A. Angerami-Camon (Org.), *E a psicologia entrou no hospital* (pp. 69-141, 2ed.). São Paulo: Pioneira.
- Crepaldi, M.A. (1999). *Hospitalização na infância: representações sociais sobre a doença e a hospitalização de seus filhos*. São Paulo: Cabral Editora Universitária.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z.A.P. (1997). Habilidades sociais e construção de conhecimento em contexto escolar. Em D.R. Zamignani (Org.), *Sobre comportamento e cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos* (v. 3, pp. 234-250). São Paulo: ARBytes Editora.
- Fonseca, E.S. (1998). Classe hospitalar no Brasil [Resumo]. Em *Anais do III Congresso Íbero-Americano de Educação Especial* (pp. 323-327). Foz do Iguaçu: Qualidade.
- Fonseca, E.S. (1999a). Classe hospitalar: atendimento pedagógico-educacional para crianças hospitalizadas [online] Disponível: <http://geodesia.ptr.usp.br/classe.htm>.

- Fonseca, E.S. (1999b). Classe hospitalar: resposta sistemática na atenção às necessidades pedagógico-educacionais de crianças e adolescentes hospitalizados. *Temas sobre Desenvolvimento*, 8 (44), 32-37.
- Fonseca, E.S. (1999c). A situação brasileira do atendimento pedagógico-educacional hospitalar. *Educação e Pesquisa*, 25 (1), 117-129.
- Fonseca, E.S. (2000). Atendimento pedagógico-educacional de bebês especiais no ambiente hospitalar. *Temas sobre Desenvolvimento*, 9 (49), 9-15.
- Fontes, R.S. & Weller, L.H. (1998). Classe hospitalar: não interrompendo o processo de escolarização [Resumo]. Em *Anais do III Congresso Íbero-Americano de Educação Especial* (pp. 368-370) Foz do Iguaçu: Qualidade.
- França, P. (1999). Promovendo educação no espaço hospitalar [Resumo]. Em *Anais do II Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Educação Especial* (p.296). Londrina: Uel.
- Funghetto, S.S., Freitas, S.N. & Oliveira, V.F. (1999). Classe hospitalar: uma vivência através do lúdico. *Pátio Revista Pedagógica*, 3 (10), 45-48.
- Gonçalves, A.G. & Bresan, T.R.T. (1999). Atuação do pedagogo em ambiente hospitalar: relato de uma experiência [Resumo]. Em *Anais do II Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Educação Especial* (p. 157). Londrina: Uel.
- Gonçalves, C.F. & Valle, E.R.M. (1999). O significado do abandono escolar para a criança com câncer. Em E.R.M. do Valle & L.P. Castilho (Orgs.), *Psico-oncologia: vivências de crianças com câncer* (pp. 123-144). Ribeirão Preto: Scala.
- Gil, M.S.C.A. (1990). *Análise funcional da interação professor-aluno: um exercício de identificação de controles recíprocos*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, SP.
- Gil, M.S.C.A. (1993). Interação social na escola: professor e aluno construindo o processo ensino-aprendizagem. *Temas em Psicologia*, 3, 29-38.
- Linhares, M.B.M. & Minardi, M.R.F.L. (1999). Programa de Apoio psicopedagógico e suporte psicossocial a crianças hospitalizadas na enfermaria de pediatria do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.). *Resumos de comunicações científicas, XXIX Reunião Anual de Psicologia* (p. 254). Campinas: SBP.
- Machado, V.L.S. (1984). Um sistema de categorias para a observação da interação verbal professor-aluno. *Psicologia*, 10 (1), 63-74.
- Sherlock, M.S.M. (1988). Programa de recreação na unidade pediátrica do Hospital Universitário Walter Cantídio – UFC: uma experiência de integração ensino-serviço. *Revista de Psicologia*, 6 (2), 47-50.

Skinner, B. F. (1968). *The technology of teaching*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B.F. (1972). *Tecnologia do ensino*. (R. Azzi, Trad.). São Paulo: HERDER

Souza, D.G. (1997). A evolução do conceito de contingência. Em Banaco, A.B. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 88-105). São Paulo: ARBytes Editora

Wiles, P. (1987). The schoolteacher on the hospital ward. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 631-640.

Zanotto, M.L.B. (2000). *Formação de professores: a contribuição da análise do comportamento*. São Paulo: EDUC/FAPESP.

Zanotto, M.L.B. (2002). *Elementos para uma proposta de formação de professores a partir da análise comportamental de B.F. Skinner*. [online] Disponível: www.educacaoonline.pro.br

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Diagrama da disposição do ambiente de sala de aula da classe hospitalar do HIJG
Figura 2	Ocorrência relativa dos comportamentos acadêmicos emitidos pelos alunos durante as sessões de observação direta em sala de aula da classe hospitalar
Figura 3	Porcentagem das categorias comportamentais acadêmicas e não acadêmicas dos alunos, construídas a partir da observação direta em sala de aula
Figura 4	Porcentagem de comportamentos acadêmicos e não acadêmicos consequenciados pelo professor.
Figura 5	Porcentagem de ações do professor que antecedem a ação dos alunos
Figura 6	Porcentagem do comportamento de consequenciar os comportamentos dos alunos pelo professor de acordo com os diferentes grupos de sintomas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados sobre os participantes
Tabela 2	Categorias comportamentais do aluno
Tabela 3	Categorias comportamentais da professora
Tabela 4	Agrupamento dos participantes de acordo com o diagnóstico clínico

LISTA DE ABREVIATURAS

Pq	Pesquisadora
O	Observadora auxiliar
P	Participante
IF	Índice de Fidedignidade

LISTA DE SIGLAS

HIJG	Hospital Infantil Joana de Gusmão
-------------	-----------------------------------

ANEXOS

ANEXO 01

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	CONCEITO
Artrite	Doença (inflamação) que pode causar dor, vermelhidão e inchaço nas juntas ou em outros órgãos como os olhos, o tórax, e em alguns casos, a pele. Pode ser bacteriana (estafilocócica).
Broncopneumonia	Doença originada por um processo inflamatório que tem início nos brônquios e bronquíolos. É mais freqüente na infância e na velhice, também aparece nas fases finais de outras patologias e é muitas vezes a causa da morte.
Coréia de Sydenham	Doença que é uma complicação tardia, não supurativa, de infecções das vias aéreas superiores (manifestação clínica da febre reumática). Caracteriza-se por lesões inflamatórias usualmente localizadas no tecido conjuntivo de órgãos como coração, articulações, sistema nervoso central, pele e tecido subcutâneo.
Doença reumática com comprometimento cardíaco	Doença inflamatória do colágeno, músculos e articulações, extensível ao endocárdio e ao miocárdio.
Esofagite	Doença originada por uma inflamação da mucosa esofágica causada, na maioria das vezes, por refluxo do conteúdo gástrico. Tem como sintomas: queimação, vômito e má digestão.
Fibrose Cística	Doença genética e hereditária que afeta as glândulas secretoras do corpo, produzindo um muco muito viscoso que causa obstrução dos pulmões, pâncreas, fígado e do sistema digestivo, tornando difícil a respiração e a correta absorção dos alimentos.
Insuficiência Renal Crônica	Sintoma causado por várias doenças que podem comprometer a função dos rins de tal modo que não haja mais chance de recuperação dos mesmos. Na insuficiência renal o rim perde sua capacidade de filtrar os líquidos do sangue, ou seja, o órgão não consegue mais filtrar a água e as substâncias químicas do sangue que devem ser eliminadas, ficando retido na circulação um excesso de líquido e substâncias tóxicas para as células.
Leucemia Linfoblástica Aguda	Câncer dos glóbulos brancos, que são produzidos na medula óssea. A célula chamada blasto altera-se por mutação, o organismo não consegue corrigi-la e ela começa a se multiplicar dentro da medula óssea substituindo o tecido normal que produz sangue e elementos para coagulação. Alguns sintomas são: falta de apetite, irritabilidade, fraqueza, palidez, comprometimento das ínguas, aumento do baço, dores ósseas e nas juntas.
Malformação cardíaca	Desenvolvimento alterado do coração nas primeiras semanas de gravidez que faz com que o órgão não tenha uma forma normal. É uma doença geralmente crônica, incapacitadora, mas curável na maioria dos casos, permitindo ao doente uma vida normal.
Nefrite	Doença originada por uma alteração inflamatória dos rins, que perdem total ou parcialmente a sua capacidade de filtragem. Agrupa doenças caracterizadas por lesões imunológicas ou infecciosas do tecido renal.
Osteomielite aguda	Doença originada pela infecção nos ossos. Em crianças envolve a metáfise dos ossos longos. Além dos sinais inflamatórios e infecciosos locais, os pacientes apresentam também febre, irritabilidade e letargia, além da dor óssea e incapacidade funcional das articulações adjacentes.
Otite Média Crônica	Doença originada por uma inflamação acentuada e persistente dentro do ouvido, geralmente com pus, e sempre com uma quantidade acentuada de líquidos em seu interior. Tem como principais sintomas: febre, dor no ouvido e surdez temporária.
Pneumonia	Doença originada por um processo inflamatório predominantemente ou exclusivamente do parênquima pulmonar.
Secreção hormonal ectópica	Produção anômala de secreção hormonal.
Sinusite	Doença originada por uma inflamação dos chamados "seios da face", espaços vazios encontrados nos ossos do crânio e da face. Os seios da face são revestidos por uma membrana de tecido que secreta muco, quando esse muco se torna infectado por bactérias ou vírus, ocorre a sinusite.

ANEXO 03:

FOLHA DE REGISTRO DE OBSERVAÇÃO

Observador:

Data:

Hora:

Aluno:

	Evento antecedente	Resposta do sujeito	Evento consequente
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

ANEXO 04:

ENTREVISTA REALIZADA COM A PEDAGOGA COORDENADORA DA CLASSE HOSPITALAR DO HIJG:

Questões norteadoras da entrevista:

1. Início da classe hospitalar.
2. Como surgiu a idéia.
3. Quantos profissionais compõem a CH.
4. Horário de funcionamento.
5. Perfil das crianças que freqüentam.
6. Critérios para participar da CH.
7. Como e a partir do que é preparado o conteúdo.
8. Existe contato com a escola de origem.
9. Existe feedback do trabalho após a alta.
10. Tempo médio de internação das crianças da CH.
11. Como é feito a triagem do atendimento.
12. Existe algum trabalho de psicologia na CH.
13. A família acompanha a criança.
14. Principais dificuldades encontradas.

Pedagoga:

O serviço de pedagogia do hospital é formado por quatro pedagogas, que dividem-se em alguns programas:

- Brinquedoteca: que hoje em dia está desativada por falta de profissionais disponíveis.
- Recreação: coordenada por duas recreadoras, é composta por duas salas que se localizam nas próprias unidades
- Violetário: é um espaço de cultivo de violetas, onde as crianças são levadas para molhá-las, tirar as folhinhas secas, etc. As crianças também podem levar para casa as violetas floridas. Atualmente o acesso a ele é ruim, pois se situa na garagem (crianças de cadeira de roda não conseguem ir), assim as crianças só vão ao violetário duas vezes por semana. Em breve será construído um violetário novo na área de sol.
- Estimulação especial: atende crianças da unidade C (desnutrição). A pedagoga responsável faz parte da equipe de saúde e atende as crianças em uma sala na própria unidade. Estas crianças geralmente permanecem um tempo grande internadas, e depois da alta existe a possibilidade da continuidade deste atendimento no ambulatório.
- Atendimento ambulatorial: o consultório de pedagogia atende as crianças da estimulação especial e seus pais, além de crianças com dificuldades de aprendizagem. A demanda para este serviço é grande, pois em Florianópolis só existe atendimento no HIJG e no HU (este só atende a Grande Florianópolis). São encaminhadas para o consultório de pedagogia crianças da comunidade e pacientes do próprio hospital (genética, neurologia, por exemplo), onde é feito uma avaliação pedagógica. Após a avaliação são feitas as orientações para família e para escola. O atendimento deveria ser de quinze em quinze dias, mas está acontecendo mensalmente por causa da demanda.
- Adolescentes: Na unidade A, questões referentes à escola e à hospitalização são trabalhadas com os adolescentes por uma pedagoga e por uma psicóloga.
- Classe hospitalar: é o programa mais recente do HIJG. Existe desde setembro de 1999, nesta estrutura, sendo que a idéia surgiu a partir do projeto de uma escola aberta, que seria

uma escola situada na frente do hospital, e atenderia as crianças hospitalizadas mas também as pessoas da comunidade.

O objetivo da classe hospitalar é dar continuidade a escolaridade enquanto a criança estiver afastada da sala de aula, trabalhando com dificuldades escolares que a criança possa apresentar, conteúdos que dizem respeito à série em que a criança se encontra e também fazer encaminhamentos para escola da mesma. O atendimento não se restringe apenas aos conteúdos escolares porque tem todo um contexto em que a criança está vivendo de afastamento da escola, dos amigos, dos familiares e neste sentido a classe também proporciona uma interação dela com outras crianças, sua participação, resposta aos questionamentos das professoras, enfim, ela retorna ao quarto mais ativa, mais contente.

O atendimento pela manhã acontece das 9:30 às 11:30 horas sendo que as professoras já estão na classe a partir das 8 horas, e a tarde é das 13:30 horas até 16:30 horas. Durante o período da manhã funciona a educação infantil, que atende crianças de 4 a 6 anos (esta faixa etária não é seguida obrigatoriamente, por exemplo, existem casos de crianças de 7 anos que ainda não frequentam a escola, ou de 3 anos e meio que querem participar e é permitido). Como a pedagogia funciona como um auxiliar, um suporte, houve uma necessidade de se adaptar à rotina do hospital, pois a prioridade é a saúde. Assim, optou-se por deixar o atendimento de crianças de 1ª a 4ª série no período da tarde, em função da rotina médica, que acontece de manhã e dos exames que na maioria das vezes são feitos fora do hospital.

À tarde, as crianças de 1ª a 4ª série vão para a classe hospitalar independente da clínica em que estão ou do tempo de internação. No início da tarde a professora e as estagiárias recebem diariamente uma lista de crianças internadas, onde, pela faixa etária, têm uma noção de quais crianças poderão participar das atividades da classe. Passa-se no quarto para avisar do horário que se iniciam as atividades e estas crianças descem após a autorização da enfermagem, que informa se a criança já tomou a medicação, se ela está liberada, se tem condições de descer até a classe, etc. As crianças não podem circular sozinhas da classe para a unidade em que está internada, para evitar que aconteça alguma coisa com ela durante este percurso.

Muitas vezes é necessário o uso de estratégias para convencer as crianças a participarem da classe hospitalar. É comum elas ficarem amedrontadas com a presença das professoras, pois dentro do hospital não é o que elas estão esperando, este atendimento não faz parte da rotina hospitalar. Elas não sabem se de fato vão para uma sala de aula ou se vão ser levadas para tirar sangue, fazer exames, etc. É necessário conquistar sua confiança mostrando que vão mesmo para sala de aula, e que vai ser uma atividade diferente, legal. A mãe acompanha a criança e permanece até que a mesma acredite que aquele é um espaço confiável. Isto acontece tanto com crianças da educação infantil, quanto de 1ª a 4ª série. Se a criança estiver a fim de vir, mesmo que fique internada apenas por um dia, ela virá, pois aquele dia para ela no hospital já foge de sua rotina.

Na listagem tem muitas crianças desta faixa etária, mas a maioria não pode descer por causa da medicação, ou do estado de saúde. Se a criança não tem condições de ir até a classe, de se deslocar até lá, ela é atendida no próprio leito, por uma das professoras.

A classe hospitalar do HIJG dispõe de três estagiárias e de uma professora, sendo que uma estagiária trabalha no período da manhã e duas no período da tarde. A professora trabalha o dia todo. No início do ano é feito uma reunião delas com a equipe médica, comissão de infecção hospitalar, enfermeiros, psicólogos, para serem esclarecidas questões como funcionamento do hospital, alguns procedimentos básicos de como lidar com a criança enferma, etc. As professoras também são orientadas a prestar atenção nas queixas trazidas pelas crianças. Reclamações como dores de cabeça, enjôo, ou tontura que podem não significar muito para crianças que frequentam a escola regular, para a criança hospitalizada poderá ser um sintoma significativo, devendo sendo assim informado à enfermagem.

As estagiárias de pedagogia se dividem entre o atendimento no leito (geralmente uma) e o atendimento em sala. O atendimento ao leito não acontece se a criança ficar no hospital só por dois ou três dias, a não ser que a enfermagem nos procure com a queixa de que a criança está se sentindo muito angustiada por estar perdendo estes dias de aula. A ortopedia encaminha muitos pacientes para o atendimento ao leito, pois geralmente seus pacientes são crianças que estão bem, que se sentem bem, mas que estão impossibilitadas de saírem do leito. Nestes casos, o conteúdo trabalhado é o que a mãe traz, ou mesmo os que a classe possui. O atendimento é bem mais específico, pois trabalha-se conteúdos da série em que a criança está, ou conteúdos em que ela apresente dificuldade.

As atividades do dia devem ser iniciadas e finalizadas, pois nem sempre estas crianças estarão no hospital do dia seguinte. Tenta-se manter uma rotina semelhante a da escola, mas adaptada ao hospital (horário do lanche, pausa, tarefas, etc.). Assim, o lanche também é feito na classe, sendo que os pais ou os acompanhantes levam o lanche das crianças até lá. Os conteúdos de Português, Matemática, Ciências e Estudos Sociais são ministrados, mas as professoras procuram sempre trabalhar com projetos. Por exemplo, faz dois meses que está sendo desenvolvido um projeto em cima da diversidade cultural, pois elas percebem que este era um assunto em que as crianças participavam bastante, à medida que vêm do estado inteiro com realidades muito diferentes (forma de se expressar, alimentos que consome, etc.). São trabalhados vários temas dentro deste projeto, que está tendo um retorno muito rico, pois todas as crianças contribuem.

Como as estagiárias tem que reger as classes (obrigatoriedade do estágio curricular), cada semana uma pessoa fica encarregada de planejar as aulas: um projeto e várias atividades (em um mesmo dia trabalham-se estas duas coisas). Atende-se uma média de seis crianças por dia na classe de crianças de 1^a a 4^a série.

Para a classe, não é importante tratar da doença da criança. Ela fala do que tem se quiser; se alguém perguntar e ela quiser falar tudo bem, mas não é incentivada ou questionada sobre o que tem pelas professoras. O trabalho desenvolvido é individualizado, ou melhor, ele é coletivo com momentos onde torna-se individualizado. Por exemplo, discute-se primeiro um tema, no coletivo. Se depois a proposta é produzir um texto sobre o assunto discutido, é cobrado muito mais de uma criança que está na 4^a série do que daquela que está na 1^a. Discute-se as possibilidades de melhorar a escrita, a produção, de acordo com o nível de cada um, com a potencialidade de cada um. Muitas vezes eles próprios trazem suas dificuldades, e neste caso trabalha-se o conteúdo com todas as crianças.

Existe uma preocupação em tornar a classe hospitalar um ambiente motivador, uma sala que chama atenção das crianças para que elas queiram permanecer nela. Assim foi montada uma sala equipada, com computador, vídeo, TV, armários, quadro branco com canetinha ao invés de quadro de giz, vários jogos atrativos e motivadores. Estas crianças precisam deste tipo de material na classe e praticamente não possuem na sua casa ou na sua escola, já que são crianças carentes na sua maioria. Muitas apresentam defasagem escolar, e outras dificuldades por causa da doença, principalmente aquelas que tem doenças crônicas e se afastam freqüentemente da escola. Falta de estímulo em casa também é uma das razões desta defasagem e dificuldades em ir até a escola, já que grande parte mora no interior.

As atividades são diversificadas e devem ser assim, para isto a professora tem uma série de folhas xerocadas, sobre diversos assuntos para serem trabalhados à medida que eles surgem. As crianças utilizam muito o computador. Geralmente digitam o texto produzido em aula, fazem pesquisa na Internet sobre o assunto em questão, trabalham com alguns jogos de cunho pedagógico.

Tem crianças que ficam até dois meses internadas, mas não são muitas. A partir de três dias de atendimento na classe hospitalar, é feito um contato com a escola da criança para informar que ela está participando da classe, discutir sobre os conteúdos que devem ser mais trabalhados, trocar informações. A partir destes três dias também, é mandado um relatório para escola, informando o tempo em que a criança permaneceu na classe, quais os conteúdos que foram trabalhados, como a criança se desenvolveu, enfim, é produzido um parecer que é enviado pelo correio (não pelos pais) para a escola da criança, para que os mesmos percebam que ela não se afastou das atividades escolares durante o período de internação.

Como a classe hospitalar ainda não é regulamentada, o Colégio Padre Anchieta funciona como o veículo do trabalho ministrado pelo HIJG, assinando os atendimentos e os pareceres. Atende-se uma média de 64 crianças por mês, o que é considerado um número razoável.

Infelizmente ainda não foi possível montar um trabalho de classe hospitalar com crianças de 5^a a 8^a série, embora o número de adolescentes justifique a necessidade deste trabalho. A dificuldade existe porque como a estrutura das disciplinas é outra, seriam necessários diversos professores, além de não haver estrutura física para este trabalho também. Se tem alguma criança de 5^a série, por exemplo, que quer participar da classe, é permitido, mas se ela se destaca muito sobre as outras, as professoras tentam dar uma segurada, para dar mais oportunidades para as outras. Se é uma criança que permanecerá muito tempo no hospital, a equipe entra em contato com a escola, pedindo para mandar material, assim funciona como um suporte.

Não existe nenhum retorno das escolas sobre a evolução das crianças após o atendimento e alta das mesmas do hospital, nem nenhum dado sobre o resultado do serviço oferecido. Quando a pedagoga entra em contato com a escola pelo telefone, até recebe alguns incentivos, mas não possuem nenhuma estatística sobre isto, embora considere importante para a avaliação do trabalho desenvolvido.

A pedagoga que coordena a classe hospitalar tem reuniões semanais com a professora, embora participe diariamente do trabalho da classe. Acredita que o trabalho renderia mais se houvesse mais uma professora, pois o trabalho fica muito acumulado. Sente também dificuldades com a falta de professores com experiência de sala de aula, pois considera este trabalho muito sério, e além do que é trabalhado ali, tem também a devolutiva para a criança, para a escola. Os professores devem ter muita agilidade, têm muito trabalho a fazer, e se não tiverem muita experiência, acabam se prejudicando.

Em comparação às demais classes hospitalares, considera que está bem equipada e progredindo. Percebe também que as crianças tem diminuído o seu tempo de internação e que a pedagogia no HIJG tem ganhado cada vez mais espaço. Ressalta o reconhecimento das classes nos congressos de educação e de pediatria, sendo que é alto o número de convites para participação dos mesmos, o que as impulsiona a progredir mais.