

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

O ATENDIMENTO À CRIANÇA HOSPITALIZADA:
UM ESTUDO SOBRE SERVIÇO RECREATIVO-EDUCACIONAL
EM ENFERMARIA PEDIÁTRICA

Maria José Ribeiro

1993



MARIA JOSÉ RIBEIRO

Este exemplar corresponde à redação
final da Dissertação defendida por
MARIA JOSÉ RIBEIRO e aprovada pela
Comissão Julgadora em 18/06/93

data: 18/06/93

Assinatura: M. Ribeiro

O ATENDIMENTO À CRIANÇA HOSPITALIZADA:
UM ESTUDO SOBRE SERVIÇO RECREATIVO-EDUCACIONAL
EM ENFERMARIA PEDIÁTRICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

1993

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO, na área de concentração: Psicologia Educacional, à Comissão Julgadora da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, sob a orientação da professora doutora Maria Cecília Rafael de Góes.

Comissão Julgadora:

João Rêgo.

Mariano

António

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora doutora Maria Cecília Rafael de Góes, pelo carinho, envolvimento e interesse demonstrados durante o desenvolvimento deste estudo.

À equipe da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, onde encontrei verdadeiros companheiros que possibilitaram a oportunidade de estudo, em condições adequadas.

À Dra. Ana Luiza Bustamante Smolka e Dra. Maria Aparecida Affonso Moysés, pelos comentários críticos e sugestões apresentadas enquanto participantes da banca de qualificação deste estudo.

Aos meus pais, Alcides e Zenaide, pelo incentivo e pela colaboração em todos os momentos.

Aos familiares Eleonora, Nádea, Camila, Carlos, José Francisco, Mercília, Andréia e Denise, Dirce e José, pela torcida constante.

À equipe de pediatria do hospital onde este estudo foi realizado.

À Maria Ignez de Assis Moura pelas sugestões apresentadas e pela colaboração nos serviços de datilografia.

Ao meu marido, Antonio Carlos e à minha filha, Clara, porque representam o amor que nos tonifica para o enfrentamento dos desafios cotidianos.

Às crianças que fizeram parte deste estudo, todo o meu afeto, a minha gratidão.

RESUMO

O ATENDIMENTO À CRIANÇA HOSPITALIZADA: UM ESTUDO SOBRE SERVIÇO RECREATIVO-EDUCACIONAL EM ENFERMARIA PEDIÁTRICA

O atendimento à criança hospitalizada nos remete a uma variedade de questões a serem exploradas em diversos pontos que vão se ramificando. Trabalhar com crianças internadas em enfermaria pediátrica leva-nos a pensar sobre a organização da instituição hospitalar e sua trajetória na história; sobre a evolução dos conceitos de saúde e infância - que se intersectam na pediatria; sobre a questão da vida e da morte, da saúde e da doença e as diferentes formas de se vivenciar essas experiências, inerentes à nossa existência; sobre as relações de poder presentes no hospital que determinam os diversos comportamentos das pessoas que compõem a instituição.

Nesse contexto de questões, nossa atenção foi orientada para a implementação e análise de um serviço de caráter recreativo-educacional numa enfermaria pediátrica, enquanto instância propiciadora do desenvolvimento das crianças hospitalizadas.

A teoria histórico-cultural, com sua concepção de sujeito interativo que se constitui nas relações sociais,

fundamentou o delineamento do serviço em implantação e a perspectiva de análise das experiências das crianças naquele espaço de atividades. Tais análises nos sugeriram que as crianças internadas podem se beneficiar largamente de experiências de aprendizagem enquanto hospitalizadas e que o internamento não impede que o fluxo de desenvolvimento dos pacientes tenha prosseguimento, sendo inclusive enriquecido pelas novas experiências no hospital.

ABSTRACT

CARE TO HOSPITALIZED CHILDREN: A STUDY ON RECREATIONAL-EDUCATIONAL SERVICE IN A PEDIATRIC WARD

Care to children while they are in hospital refers us to a variety of issues to be inquired in a number of further offshooting points. Working with children confined to a pediatric ward has led us to ponder over the hospital institutional organization and its trajectory throughout history; the evolution of the concepts on health and childhood, which are intersected in pediatrics; the question of life and death, of health and disease, and the experiencing of these in so many and diversified ways, inherent in our lives; and the relations of power present in a hospital, determining the behavioral diversity among those individuals that make the institution.

In the above context of questions, our attention has been directed to the implementation and analysis of a pediatric ward service of a recreational and educational nature mainly aimed at developing the child while in hospital.

The historic-cultural theory with its concept of interactive individuals establishing themselves in the social relations milieu has provided the grounds for outlining the service now under implementation and the perspective of analysis of the children's experiences within this area of activity. Such analysis has further suggested that the children can largely benefit from learning experiences while in the hospital and that their permanence in this setting will not prevent their development from being furthered and may, in addition, enhance it.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO ..	012
I. A CONDIÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	025
1. CARACTERÍSTICAS TÍPICAS DA HOSPITALIZAÇÃO	025
2. APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO	037
3. O TRABALHO RECREATIVO-EDUCACIONAL COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS	048
II. A CRIAÇÃO DE UM ESPAÇO RECREATIVO-EDUCACIONAL EM ENFERMARIA PEDIÁTRICA	053
III. AS CRIANÇAS EM INTERAÇÃO NO ESPAÇO LÚDICO-EDUCACIONAL	060
1. A NEGOCIAÇÃO DAS REGRAS DE CONVIVÊNCIA	060
2. A ELABORAÇÃO DE TEMAS LIGADOS À DOENÇA E À INTERAÇÃO	069
3. A INTERAÇÃO, OS DIFERENTES NÍVEIS DE DESENVOLVIMENTO E A EXPLORAÇÃO DE CONHECIMENTOS ESCOLARES .	080
4. ELABORAÇÕES DAS CRIANÇAS ACERCA DA HOSPITALIZAÇÃO	090

IV.	ANOTAÇÕES SOBRE EXPERIÊNCIAS INDIVIDUAIS NO GRUPO DE CRIANÇAS	098
1.	O PACIENTE WO	098
1.1	Alguns Dados Sobre WO	098
1.2	WO e a Hospitalização	099
1.3	A Participação de WO no Grupo de Atividades Recreativo-Educacionais	102
1.4	Considerações Gerais sobre o Caso do Sujeito WO .	123
2.	O PACIENTE SI	126
2.1	Alguns Dados Sobre SI e sua Experiência no Hospital	126
2.2	Considerações Gerais Sobre o Caso do Sujeito SI .	134
	CONCLUSÃO	136
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148

INTRODUÇÃO

Ao trabalharmos como professora de psicologia, da disciplina de Enfermagem Pediátrica no Curso Técnico de Enfermagem, de uma universidade federal, passamos a ter contato com a enfermagem pediátrica do Hospital das Clínicas daquela universidade.

Como nessa enfermagem a inserção de um profissional da área de psicologia era muito requisitada, por parte da equipe de enfermagem e de alguns membros da equipe médica, começamos a freqüentar o setor com o intuito de observar e estudar a possibilidade de contribuição do nosso trabalho.

Os modelos de atendimento psicológico, no ambiente hospitalar, apontados pela literatura, referem-se predominantemente à atuação do psicólogo-clínico. Consistentes com isso, as expectativas dos profissionais da unidade pareceram-nos voltadas para o atendimento das crianças ou pais que apresentavam "distúrbios psicológicos", na situação de internamento.

Com o decorrer de nossas observações no hospital, fomos nos questionando sobre qual o percurso desta instituição que resultou na organização de um ambiente, destinado a crianças, parecer tão destituído de indícios infantis. Onde estavam os jogos, as brincadeiras, a bagunça que

normalmente observamos nas atividades das crianças?

A própria solicitação de psicólogo para a instituição nos levou a reflexões: seria o atendimento tradicionalmente configurado como clínico a única forma de contribuição para o bem-estar dos pacientes? Existiria a possibilidade de implantação de outros modelos de trabalho? Por que a prioridade de atendimento psicológico baseava-se nas queixas, apresentadas pela equipe, de crianças com "sintomas" de distúrbios psicológicos?

Começamos a perceber que essa opção de atendimento baseia-se num conceito de saúde que tem a doença como referência. A prioridade é dada à erradicação da doença e não à assistência geral aos pacientes, visando a uma boa qualidade de vida, a um estado de saúde e de equilíbrio físico e mental.

Raramente a doença é encarada como uma aliada da saúde: aquela que denuncia moléstias sociais, que levanta questões políticas relacionadas a condições precárias de vida, que aponta dificuldades emocionais através de sintomas psicossomáticos.

Procurando pensar a saúde como um conceito que se relaciona com a cultura de um povo e, portanto, não pode ser encarado em termos absolutos, assumimos que ela está relacionada à qualidade de vida das pessoas e que se subordina a uma hierarquia de valores, de acordo com as determinações sociais de cada grupo.

Canguilhen (1990) defende que os homens podem ser considerados como portadores de uma saúde normal ou não, de acordo com as necessidades impostas pelo seu meio, mesmo que o organismo em questão seja o mesmo. O autor entende a saúde como a capacidade do indivíduo de superar as crises orgânicas pela instauração de uma nova ordem, isto é, além da capacidade de adaptação ao meio, uma capacidade de seguir outras normas de vida, o que confere ao homem um sentimento de segurança na vida.

A doença é encarada, também, como uma norma de vida, porém inferior, na medida em que reduz a margem de tolerância às alterações impostas pelo meio. Sobre isso escreve Canguilhen (1990):

"... Se reconhecemos que a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, conseqüentemente o estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto, mas anormal apenas na relação com uma situação determinada (...) Permanecemos normais, com um só rim, em determinado meio e em determinadas exigências. Mas não podemos mais nos dar ao luxo de perder um rim" (Canguilhen, 1990:158).

Desse modo, o autor aborda a questão da normalidade versus anormalidade lembrando que só podemos compreender o fato de que o mesmo homem é normal ou anormal de acordo com determinadas situações, quando compreendemos que, conforme dominamos o meio, as nossas necessidades alteram-se e, portanto, as novas situações que nos são colocadas deter-

minam o nosso sentimento quanto à nossa própria normalidade ou anormalidade.

Numa sociedade em que o hospital é um poderoso veiculador de atitudes a respeito do homem, aprendemos, em parte, a pensar e a sentir de acordo com os valores transmitidos por essa instituição, que nem sempre se preocupa em discutir as concepções de saúde e doença que governam sua prática.

Foucault (1977) relata a importância decisiva da medicina na mudança filosófica relacionada à maneira de o homem encarar a sua existência e as transformações que ocorrem quando o saber positivo, a partir do século XVIII, oferece ao indivíduo a possibilidade de ser ao mesmo tempo sujeito e objeto de seu próprio conhecimento. Tendo a anatomia como base da medicina atual, o homem passou a ter consciência de sua finitude e a nova relação com a morte autorizou um discurso científico e racional em que o ideal de saúde substituiu a salvação, e a racionalidade substituiu os deuses. O autor escreve sobre as repercussões filosóficas do saber médico:

"A medicina oferece ao homem moderno a face obstinada e tranqüilizante de sua finitude; nela, a morte é reafirmada, mas, ao mesmo tempo, conjurada; e se ela anuncia sem trégua ao homem o limite que ele traz em si, fala-lhe também deste mundo técnico, que é a forma armada, positiva e plena de sua finitude" (Foucault, 1977:228).

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

E em nome da racionalização da instituição é que se organizou o interior hospitalar, privilegiando-se o prolongamento da vida biológica, em detrimento da consideração da qualidade de outras dimensões de vida.

Sendo assim, a instituição sente-se responsável pela assepsia, pela eliminação da doença, mas não pela experiência subjetiva das pessoas com relação à vivência hospitalar, pois a cura é a meta, e a instituição não se sente comprometida com a condição de vida que seus pacientes têm que enfrentar.

Os efeitos da institucionalização no desenvolvimento mental da criança foram apontados por Spitz (1965), mostrando os riscos que essa condição pode trazer para o desenvolvimento emocional das crianças, de acordo com o estágio em que estas se encontram.

Acreditamos que os efeitos desastrosos da separação da mãe para o desenvolvimento da criança, conforme observações de Spitz (1965) e Bowlby (1968), são também decorrentes da qualidade das interações substitutivas dos cuidados maternos, bastante precárias nas instituições por eles

relatadas.

Grande número de pesquisas surgiu a partir do trabalho desses dois autores, gerando defesa da internação conjunta da criança com a mãe e informando as repercussões que a separação da família traz para o desenvolvimento da criança (por exemplo, Chiattonne, 1988; Brunner e Suddarth, 1980).

Na enfermaria onde realizamos nossas investigações já era permitido à criança ter um acompanhante, o que constatamos como iniciativa bastante favorável, pois o grupo de crianças pequenas tinha grande parte de suas necessidades atendidas pela presença constante da mãe ou substituto. Os transtornos causados pela presença dos pais, por serem estranhos à enfermaria, acabam sendo menores que os acarretados pela separação brusca e total da família. Em geral, as crianças cujos pais não podem acompanhá-las, causam maiores dificuldades na enfermaria do que as crianças acompanhadas, como por exemplo, choros constantes, agressividade ou apatia.

Também, passou a se solidificar no hospital um serviço de interconsultas em que psicólogos e psiquiatras davam assistência a qualquer unidade do hospital que solicitasse atendimento clínico, sendo a pediatria o setor que mais estava procurando ajuda, em função de antigas necessidades de sua equipe.

Isso liberava nosso olhar, cada vez mais, para

outros aspectos que poderiam ser investigados, da instituição hospitalar como veiculadora e formadora de valores e conceitos relacionados à saúde e doença, vida e morte, que trazem, em si, valores muito discutíveis.

Autores como Goffman (1961) analisaram com lucidez a perda de autonomia imposta ao indivíduo por instituições como o hospital. Foucault (1977) resgata a evolução histórica e as relações de poder existentes entre a instituição e o doente. Ariès (1981) traça uma retrospectiva na evolução do conceito de infância, que resulta nos modelos atuais de relacionamento com a criança e do papel desta na sociedade.

Aspectos apontados pelos autores acima citados foram sendo percebidos no nosso convívio diário com a instituição: a estrutura hierárquica e rígida de poder entre os profissionais, a despersonalização do paciente, a massificação de cardápios e roupas, a dificuldade rotineira de comunicação entre os médicos e os doentes, o isolamento da vida e das relações sociais e a maneira quase "asséptica" no tratamento de temas difíceis como o de doenças terminais ou morte.

Profissionais que trabalham na área de psicologia hospitalar, sensíveis a alguns desses aspectos, têm chamado a atenção para o fato de que a qualidade do tratamento imposto à criança hospitalizada repercute no seu psiquismo e propõem iniciativas visando a uma humanização do

atendimento.

Os psicólogos clínicos, em seus atendimentos em hospitais, valem-se de contribuições teóricas sobre psicologia hospitalar (Chiattonne, 1988), em que são relatadas as agressões psicológicas sofridas pelos pacientes durante o internamento. Falam de manifestações de comportamentos, atitudes e sentimentos, como: culpa, depressão, tristeza, atraso na escolaridade, raiva, insegurança, manifestações psicossomáticas, hostilidade. Visando a um acompanhamento psicológico dos pacientes, Chiattonne (1981) propõe no seu trabalho a realização de atividades que, na sua maioria, centram-se em aspectos referentes ao hospital. As crianças são estimuladas a falar, desenhar e dramatizar situações que estejam vivendo. Sobre isso escreve a autora:

"... conseguem através do desenho externar seus sentimentos e serem ajudados com relação a sentimentos de culpa, agressividade, saudades da família, fantasias e medos. É muito comum as crianças desenharem o hospital em preto, enorme, com pacientes minúsculos, desproporcionais, refletindo a postura de medo perante o desconhecido e principalmente demonstrando graficamente a situação de impotência perante a instituição." (Chiattonne, 1981:86).

Esse tipo de abordagem tem sido considerado válido pelos benefícios proporcionados às crianças hospitalizadas que passaram a usufruir de atendimento psicológico. Ao mesmo tempo, a divulgação desse tipo de trabalho tem contribuído para discussões interdisciplinares que apontam para

outros aspectos além da doença orgânica dos pacientes.

Os nossos questionamentos, entretanto, enveredaram-se por outros caminhos. Começamos a nos perguntar a viabilidade de se criar no hospital um espaço de saúde, vida, desenvolvimento. Será que a história da instituição hospitalar não teria levado a que a mesma propiciasse a emergência e a instalação de muitos problemas emocionais observados nas crianças? O modo como as relações se estabelecem no interior das enfermarias não seria propiciador de dificuldades na elaboração dos sentimentos advindos com a enfermidade e internação? Por que um lugar destinado às crianças é tão livre de indícios próprios da infância, como brinquedos, bagunça, brincadeiras? O hospital não estaria se concentrando desproporcionalmente na doença em relação à saúde? Não estaria se concentrando na morte ao invés de na vida? Na morbidez em detrimento da vitalidade? E de que modo se tratam temas como morte, terminalidade, doenças que constituem uma porção inexorável da vida?

Não queremos com essas considerações negligenciar os aspectos dolorosos que têm diariamente de ser tratados numa enfermaria: são separações, dores físicas, morte, procedimentos terapêuticos bastante incômodos. Todavia, questionamos o pouco investimento nos aspectos prazerosos, de vida, praticamente ausentes no interior hospitalar.

Vale abrir parênteses para lembrar as dificuldades que a modernidade nos legou na elaboração da morte,

num processo em que o hospital, com suas normas, e os agentes funerários, com seu profissionalismo, encarregam-se de separar as emoções dos vivos no contato com os seus mortos, gerando enorme embotamento das emoções humanas. Na antiguidade, as manifestações de dor e pesar não eram reprimidas e a separação de espaços para vivos e mortos era menos acentuada, sendo que os cemitérios, em certos momentos da História, chegaram a ser locais de festas e reuniões.

Perazzo (1985) relata a dificuldade de enfrentarmos a morte na nossa sociedade e os diversos mecanismos de defesa contra o sofrimento psicológico que esse encontro nos acarreta.

O progresso da medicina no pós-guerra aumentou sobremaneira as internações e, ao invés de se morrer em casa, 75% da população americana, em 1967, passou a morrer em hospitais (Ariès, 1975). As unidades de terapia intensiva retratam a solidão enfrentada na hora da morte.

O distanciamento que nossa cultura nos impõe no relacionamento com a morte dificulta aos profissionais de saúde acompanharem com profundidade essas experiências nos seus pacientes. A morte tem sido considerada assunto macabro, necessário de se evitar falar. Os ritos funerários foram abolidos ou normatizados, alterando seu papel de colaborador na elaboração da separação. Vivemos na época da juventude, da beleza, do dinheiro e a sociedade busca excluir o que não se enquadra nas categorias ideais, por ela precon-

zadas.

A criança, que em determinados momentos da história participava dos ritos funerários e freqüentava o quarto dos moribundos (Ariès, 1975), é afastada do contato com a doença e com a morte, evitando-se sua participação nesses assuntos, principalmente, pelo que observamos, as de origem sócio-econômica mais privilegiada.

A criança hospitalizada encontra-se numa situação de vulnerabilidade. Primeiro, pela complexidade do tratamento dos temas doença e morte, depois porque, ao se defrontar com essa situação, é isolada numa instituição muito distante da sua realidade cotidiana. Além disso, todas as dificuldades que essa condição lhe impõe não são suficientemente discutidas com ela.

Se submetemos as crianças que vêm sofrendo pela doença física e pelos processos psicológicos advindos dessa situação a um afastamento do mundo em que vinha vivendo, e também limitamos quase totalmente suas possibilidades de atuação no novo contexto em que se vê inserida, o que podemos esperar das reações e sentimentos frente à hospitalização? Que fantasias não surgirão daí? Quantos novos distúrbios os clínicos não serão chamados a tratar?

Apesar de termos consciência de que a posição da criança no hospital público espelha o trato que a criança recebe na nossa sociedade, procuramos dirigir nossos esforços no sentido da visualização de um novo contexto para o

atendimento à criança na situação hospitalar, pelo menos durante alguns períodos.

Vygotsky (1989) propõe que são as condições concretas de vida que determinam diretamente o desenvolvimento do psique de uma criança, o que nos remete à constatação de que aquilo que oferecemos para a prática real do sujeito vai determinar seu desenvolvimento.

Na situação de hospitalização isso não é diferente. Temos assistido à passividade dos doentes durante o internamento, às poucas possibilidades do paciente decidir sobre seu destino e de se inteirar ativamente no novo ambiente.

Começamos a nos perguntar em que medida o período de doença seria, de fato, um obstáculo ao desenvolvimento mental da criança.

No hospital, o movimento próprio da vida é interrompido. É como se suspendessem as funções que fazem parte de nossa normalidade, até que se estabeleça a saúde considerada adequada, para se retomar a história pessoal que o sujeito vinha construindo.

Perguntávamo-nos se a criança doente, sofrendo a proximidade real ou fantasiada da morte, estaria disposta a aprender. Aprender implica investir na vida. As crianças aceitariam um convite para se envolver em atividades que poderiam elevar seu nível de desenvolvimento?

Propusemo-nos, então, a investigar as possibi-

lidades de contribuição que experiências num espaço recreativo-educacional trariam para o desenvolvimento psicológico da criança internada.

Considerando-se que a doença é tida como mobilizadora de aspectos depressivos, largamente apontados pela literatura em psicologia hospitalar, seria possível aliarmos nos aos aspectos de vida da criança e investirmos no seu lado saudável, ligado à continuidade da vida e contribuindo qualitativamente para ela?

Apresentamos, neste trabalho, uma investigação que focaliza os modos pelos quais a criança hospitalizada atua num ambiente recreativo-educacional em experiências mediadas por um educador. A partir da análise dos modos de atuação da criança e de situações de aprendizagem, procuramos apontar as prováveis repercussões que essas experiências trariam para o seu desenvolvimento.

I - A CONDIÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

1. CARACTERÍSTICAS TÍPICAS DA HOSPITALIZAÇÃO

Quando nós, profissionais que atuamos no hospital, subimos as rampas de uma enfermaria pediátrica, um certo pesar nos assalta: nunca sabemos, ao certo, que evolução tiveram os quadros de doença das crianças que vínhamos acompanhando e com quais novas crianças portadoras de outras patologias iremos nos deparar.

Os corredores são um vai e vem de vozes apressadas, urgentes nos seus afazeres. As pessoas não param muito para conversar. O trabalho é exaustivo. Doentes não faltam e, cada vez mais, o quadro de pessoal qualificado é reduzido.

Se não fossem os choros e a comidinha gostosa, privilegiada para um hospital (às vezes são servidos iogurtes, sorvetes...), não identificaríamos o setor como sendo específico para atendimento infantil.

Não há nos móveis, equipamentos, objetos, algo que sugira que ali se alojam crianças. Às vezes, vemos algum cartaz com ilustração infantil, ou uma luva cirúrgica cheia de ar, fazendo papel de bexiga, ou algum anúncio de campanha como as de vacinação.

Aventais brancos correm de leito em leito, veias são procuradas, medicamentos introduzidos, exames realizados. Vozes misturam-se: são pais, enfermeiras, médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, patologistas clínicos, faxineiras, secretárias. Todo um arsenal humano preparado para se apropriar da doença da criança; estranho, porém, aos olhos infantis.

Normalmente, após a admissão no setor, as crianças são encaminhadas aos leitos, cujos números passarão, muitas vezes, a identificá-las, e inicia-se o tratamento.

Na maioria das vezes, trabalhamos com a enfermaria C, um grande quarto com nove leitos, destinado a crianças maiores (de seis a doze anos, aproximadamente). Ao lado de cada cama há uma cadeira reclinável para o acompanhante do paciente, o que torna o ambiente bastante congestionado.

Aí ficam lado a lado. Misturam-se as mães com suas expectativas, crenças, angústias. As crianças usam o banheiro contíguo ao quarto; vestem-se com roupas uniformizadas do hospital, certa vez assim definidas por um menino internado, de doze anos de idade: "parece roupa de gente louca, igual para todo mundo".

Algumas crianças trazem objetos de casa ou ganham dos próprios funcionários, que por elas se afeiçoam, e guardam-nos preciosamente em saquinhos, junto aos travessei-

ros. As mais pobres, na maioria das vezes, nada levam e chegam a achar o hospital um lugar muito bom, onde se come várias vezes ao dia e pode-se assistir televisão.

Os pacientes passam, então, a fazer parte do dia-a-dia da enfermaria, assim caracterizado por Chiattonne (1988):

"a rigidez profissional, a desconsideração dos aspectos bio-psicossociais da criança doente e hospitalizada, o excesso de trabalho, o desinteresse na área, a falta de humanidade e principalmente de bom senso, determinarão um ambiente de trabalho extremamente rigoroso e carregado de rotinas onde a criança significa uma peça a mais na estrutura institucional." (Chiattonne, 1988:57).

Podemos observar ilustrações disto, como as "corridas de leite", quando grupos de estudantes de medicina e seus professores médicos discutem diariamente, junto a cada leito, sobre o quadro da criança. Utilizam um vocabulário totalmente desconhecido, o que gera fantasias e insegurança nas crianças e nos pais. Essas aulas "ao vivo" colocam principalmente as crianças mais velhas em situações desconcertantes junto às demais, quando se trata de regiões íntimas do corpo a serem abordadas e examinadas.

Não podemos deixar de considerar que a falta de condições de trabalho nos hospitais públicos, associada a um ensino universitário elitizante e que, na busca de um atendimento com rigor "científico", muitas vezes não oferece

aos profissionais possibilidade de apreensão dos seus pacientes de forma global que passam a ser tratados como ossos, pulmões, corações, em vez de pessoas. Apesar disso, a contradição sempre se faz presente e temos, como exemplo, pragmáticos residentes de medicina emocionando-se e procurando ajuda para poder interagir com pacientes que mobilizam seus afetos e preocupações sociais, ainda que sua formação profissional não evidencie esse lado na dimensão de sua importância, pelo que podemos constatar.

Entretanto, a maioria das crianças não sabe o nome do médico, chamam as enfermeiras de tias, apegando-se mais comumente aos auxiliares e técnicos de enfermagem, que ficam mais tempo junto delas.

Podem freqüentar um parquinho ao ar livre, dependendo da patologia, e assistem televisão numa pequena sala bastante concorrida pelas mães, que as acompanham, às vezes por meses. Na sala de televisão dormem os pais de pacientes da UTI, onde não pode haver acompanhantes. Esta sala é chamada "sala de recreação" porque em outros tempos havia uma "recreacionista" que ali trabalhava com as crianças.

A esse novo contexto o paciente vai se habituando. Perde o contato com suas atividades normais, como brincar na rua ou ir à escola. Esses períodos duram dias, meses ou espaços de tempo intercalados, durante toda a infância, dependendo do motivo da internação.

A criança passa a viver forçosamente com pes-

como um sentido para suas vidas. Perazzo (1985) lembra que, quando estamos diante de um paciente que morre ou vai morrer, estamos diante da reedição da história de nossas emoções quanto à morte, em nossa própria vida; daí a importância de reflexão sobre o tema.

O acompanhamento de pacientes terminais leva a que tenhamos contato com as nossas limitações, com a nossa finitude. Os profissionais que não conseguem limitar as suas expectativas de atuação, provavelmente, têm dificuldade em acompanhar o desafio dos pacientes nessa fase que, além de ter que enfrentar a doença, têm que diminuir a sua "importância pessoal", na medida em que têm que abrir mão de algumas metas e contentar-se com menos do que poderiam ser ou fazer. (Torres, 1987).

Muitos profissionais da saúde, diante das dificuldades apresentadas no contato com esses pacientes, diminuem a frequência e a duração das visitas, o que leva os pacientes a morrerem de forma silenciosa e solitária, provavelmente num período de intensas necessidades de compartilhar suas experiências.

Não podemos deixar de observar que aos profissionais são oferecidas condições de trabalho que dificultam muito a realização de um acompanhamento mais solidário aos pacientes terminais, resultando numa desumanização crescente das instituições hospitalares.

Na pediatria, muitas vezes, todos em um quarto

soas que nunca vira e a se deparar com sua própria enfermidade, às vezes de modo muito intenso, e com a enfermidade de outras crianças.

A morte é um dos temas com que a maioria das crianças se defronta no hospital e muitas são as opiniões, crenças, teorias de como se deve tratar do assunto com os pacientes. É bastante difícil um consenso diante deste ponto controvertido e mobilizador de emoções profundas do homem.

A respeito disso, Oliveira (1991) lembra que:

"a ameaça da morte é sempre muito próxima, aparece em meio ao medo tanto da hospitalização quanto da própria doença. J., com pneumonia, viveu muito angustiosamente sua dificuldade respiratória, apelando de forma ansiosa para mãe: mas se dividia entre o medo de ficar internado e o de ficar em casa e morrer." (Oliveira, 1991:62).

Assim, a representação da morte para a criança difere da do adulto, aparecendo ligada ao temor da separação, do abandono da família, até mesmo ao medo de que os outros irmãos recebam a predileção dos pais. Para o pessoal hospitalar, com valores marcados pela cultura ocidental, a morte não é aceita como parte do que significa a vida. A morte representa o fracasso da atuação do médico e de toda a equipe que atua com o doente. O grupo funciona de tal maneira que, às vezes, diante de um paciente sem esperanças, perguntamo-nos se a tentativa de ressuscitá-lo não vem atender às necessidades dos próprios profissionais de negar a morte,

de enfermagem deprimem-se ou alvoroçam-se diante da morte de uma criança; as demais ficam preocupadas com a possibilidade de que isso também lhes ocorra.

A literatura, de modo geral, indica que a melhor conduta é ter um diálogo franco com a criança, inclusive quando se trata de pacientes terminais, porque ela elabora sua situação e acaba ficando sozinha com suas dúvidas, já que todos mascaram o assunto. Lemos em Raimbault (1979):

"Janette tem 11 anos. Afetada por um tumor cerebral, queixa-se do silêncio dos adultos: - Eles nada me dizem, mas eu sei. Tenho um tumor. A gente morre... existem crianças que morrem, eu também vou morrer. Se colocamos a título de apresentação essas palavras pronunciadas por crianças doentes, foi para denunciarmos de uma vez o silêncio, o desconhecimento, o engodo em que se refugia o adulto: entre a criança e a morte, na verdade entre ele mesmo e a morte. As crianças podem pensar essas palavras. No entanto, elas só podem ser ouvidas e recolhidas por aqueles, crianças ou adultos, que aceitam penetrar nesses pensamentos. Se a criança não encontra ninguém capaz de ir ter com ela, se só se depara com o silêncio ou a mentira, também ela se cala" (Raimbault, 1979:19).

E quando médicos, enfermeiras, funcionários, no seu cotidiano, têm que enfrentar a morte das crianças, acabam tendo as mais diversas iniciativas, como mandar chamar um psicólogo ou abordar o assunto como se fosse o caso de uma mera gripe. O fato é que não existe a possibilidade de as pessoas conversarem, discutirem sobre o tema, poderem pensar numa conduta perante as crianças e seus pais. Prosse-

quem solitárias, normalmente adotando uma postura que, de acordo com seu temperamento, seja-lhes menos sofrida.

Raramente assistimos as pessoas considerarem as opiniões, fantasias e percepções que as crianças têm dos fatos que presenciaram ou vivenciam. Elas são mergulhadas no ambiente hospitalar, acabam absorvendo restos de conversas dos adultos e processam solitárias suas próprias concepções a respeito da doença e da morte.

Diante dessa e de outras questões comuns em um hospital público, a experiência de hospitalização é, em geral, marcante para o sujeito. Podemos observar que, mesmo quando vamos ao hospital na condição de visitantes, saímos dali impressionados com um ou outro ponto observado.

A literatura indica diversos comportamentos, sentimentos e atitudes mobilizados nos pacientes em decorrência da hospitalização. Pesquisas inspiradas nos trabalhos clássicos de Spitz (1965) e Bowlby (1968) indicam os efeitos prejudiciais que a institucionalização prolongada traz para o desenvolvimento emocional das crianças pequenas. Spitz chegou a descrever uma "síndrome do hospitalismo", que leva as crianças a se tornarem apáticas e indiferentes ao contato humano. O quadro pode se reverter, desde que acudido a tempo, proporcionando uma interação afetiva e personalizada com a criança.

Percebemos que, apesar de a criança receber cuidados da equipe, por vezes bastante carinhosos, a rotati-

vidade de horários e de funcionários impede, em grande parte, um vínculo mais permanente e individualizado entre a criança e quem dela cuida. São muitos profissionais, num ambiente de intensa estimulação desorganizada, para que se possa desenvolver freqüentemente um afeto duradouro e construtivo entre as pessoas.

Brunner e Suddarth (1980) descrevem, no livro "Moderna Prática de Enfermagem", diversas reações que a criança apresenta durante a hospitalização, de acordo com sua faixa etária. Chamam a atenção para as preocupações infantis, como a possibilidade de perdas de habilidades recentemente adquiridas, ou do controle sobre seu próprio corpo, que passa a ser "dirigido por médicos e enfermeiras".

Centrando-se nos fatores emocionais ao abordar o desenvolvimento, Chiattonne (1980) faz referências ao ataque que a criança sofre, quanto à sua integridade, ao ser hospitalizada. Alerta sobre o comprometimento decorrente da hospitalização, que gera sentimentos como medo do desconhecido, angústia e depressão e sugere medidas humanizadoras que ajudariam a promover a saúde do paciente.

A autora propõe que a criança seja preparada para o internamento, intervenções cirúrgicas, alta hospitalar e participe diariamente de atividades programadas por um Serviço de Psicologia, em que:

"... o objetivo não é fazer com que as crianças brinquem por brincar, mas sim que através do brinquedo verbalizem e elaborem seus sentimentos enquanto paciente. Dessa forma, passa-

mos a organizar todas as atividades com o objetivo de facilitar às crianças esses elementos primordiais para que suportem da melhor forma possível esse período tão difícil" (Chiattonne, 1980:84).

A partir de outro referencial teórico, Guimarães (1987) também ressalta a importância do brinquedo no contexto do desenvolvimento. Apresenta uma pesquisa que aponta para a necessidade de profissionais qualificados em "ciência do comportamento". Os mesmos proveriam, juntamente com os demais profissionais, "recursos técnicos" que minimizariam atrasos do desenvolvimento a que a criança estaria sujeita. A autora argumenta que a experiência hospitalar pode não ser apenas traumática, mas também ser enriquecedora para o "repertório comportamental" das crianças, sendo que privilegia os aspectos sociais e motores, quando se refere ao desenvolvimento infantil.

Temos constatado, no trabalho dos psicólogos hospitalares, que o período de hospitalização é difícil e que os brinquedos facilitam a expressão dos sentimentos. Notamos, porém, uma ênfase eminentemente terapêutica no trabalho dessa esfera. Temos em vista que a atividade de brincar pode ter um fim em si mesma, porque atende a necessidades que são próprias das crianças, como as cognitivas, sociais e que o brincar "contém as tendências do desenvolvimento sob forma condensada, sendo, ele mesmo, uma grande fonte de desenvolvimento" (Vygotsky, 1989).

Em parte, a situação de hospitalização é vista de modo tão dramático justamente pelo fato de o hospital representar uma ruptura brusca no transcorrer normal do desenvolvimento infantil e fazer muito pouco no sentido de minimizar a distância existente entre o interior hospitalar e a vida além dele. Sendo assim, o brinquedo é utilizado pelos psicólogos hospitalares principalmente como instrumento terapêutico no tratamento de aspectos emocionais dos pacientes.

Muito pouco se trabalha no interior hospitalar no sentido de que não se tenha apenas a doença como referência e sim a saúde, a boa qualidade de vida.

Vislumbrando que o processo normal de vida da criança, embora hospitalizada, possa continuar contribuindo para o seu desenvolvimento, procuramos pensar o hospital como um local de oportunidades de aprendizagens, enriquecedoras para o funcionamento psicológico; e o brinquedo, como uma importante possibilidade de ampliação de desenvolvimento.

Com relação à atividade lúdica, queremos nos reportar a Vygotsky (1988), que afirma estarem as transformações mais significativas do desenvolvimento da criança no brinquedo e que suas realizações nessa área constituem fundamentos para a abstração e a moralidade. E nos parece que profissionais que se propõem a lidar com crianças não deveriam ignorar tais necessidades infantis básicas.

O que percebemos cotidianamente difere disso, embora observemos profissionais da área dotados de muita sensibilidade e, por suas características pessoais, interessados pela aprendizagem e pelo desenvolvimento da criança, procurando estabelecer uma relação produtiva com o paciente a seus cuidados. Não temos notícia, porém, de que esses aspectos do psiquismo infantil sejam considerados como parte integrante da formação dos profissionais. Estes, ao trabalharem com crianças, em especial, deveriam ter como responsabilidade profissional atentar para fatores cognitivos, afetivos, procurando compreender e favorecer o desenvolvimento psicológico durante o período de internamento.

Oliveira (1991) lembra o avanço que representou para a medicina ter a pediatria como especialidade. A autora declara que, apesar dos indiscutíveis avanços em áreas como anatomopatologia e farmacologia, permanece perplexa quanto à dimensão psicológica da enfermidade na infância ou o papel social do pediatra, e escreve:

"A contribuição de disciplinas tais como Sociologia, Filosofia, História, Psicologia e Antropologia tem sido fundamental não apenas na ampliação destes conhecimentos, mas para uma verdadeira reformulação a nível do saber biologicista, mecânico e físico-químico da enfermidade na infância - que tão radicais críticas têm gerado" (Oliveira, 1990:35).

Nesse sentido, a psicologia pode oferecer contribuições, ampliando suas investigações acerca do desenvol-

vimento infantil, das características psicológicas apresentadas pela criança hospitalizada e de medidas que poderão favorecer o seu período de internamento, contribuindo para que o fluxo de desenvolvimento dos pacientes prossiga como vinha ocorrendo e até seja enriquecido pelas novas experiências.

2. APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO

Devido ao nosso interesse pela problemática da hospitalização da criança, em relação ao seu desenvolvimento e suas experiências de aprendizagem, esboçaremos, a seguir, a visão desses processos, segundo a teoria histórico-cultural.

O ponto central dessa teoria é a importância atribuída aos processos sociais na formação dos processos psicológicos. O desenvolvimento é concebido como o curso de apropriação das formas culturais maduras de atividade, sendo que o funcionamento psicológico só pode ser entendido nas suas dimensões social e individual.

A partir da convivência num ambiente essencialmente histórico, ao homem é permitido o acesso aos instrumentos físicos e simbólicos desenvolvidos por gerações que o antecederam. Portanto, os homens tornam-se, desenvolvem-se homens porque convivem com outros homens, sendo a in-

dividualidade construída na e pela história das relações sociais.

No trabalho de Vygotsky e seguidores, aparece a idéia de contínua interação entre as condições sociais e a base biológica do comportamento humano. A partir de estruturas orgânicas elementares em processo de maturação, vão se formando funções mentais mais complexas, sendo que as interações sociais governam o desenvolvimento mental e o comportamento da criança.

As funções mentais superiores como a memória, formação de conceitos, aparecem inicialmente no plano social e depois no plano psicológico, de modo que os processos de socialização e individuação humana não são considerados contraditórios, sendo que ambos se constituem mutuamente. A apropriação do sistema lingüístico, além de permitir a comunicação, reorganiza os processos mentais infantis, sistematizando a experiência direta da criança e servindo para orientar o seu comportamento (Vygotsky, 1987).

A vinculação entre funcionamento social e individual, no âmbito da teoria, é apontado por Góes (1991):

"ao assumir que o sujeito constitui suas formas de ação e sua consciência nas relações sociais, Vygotsky aponta caminhos para a superação da dicotomia social/individual. A relação entre os planos social e individual é por ele tratada em termos de vinculação genética, e não de oposição, visto que a ação do sujeito é considerada a partir da ação entre sujeitos" (Góes, 1991:17).

Para estudar a natureza social do desenvolvimento, dois conceitos foram propostos por Vygotsky (1989): Internalização e Zona de Desenvolvimento Proximal. Esses conceitos procuram configurar a gênese social dos processos mentais superiores, ou das funções psicológicas mais complexas, que surgem no desenvolvimento cultural.

O conceito de internalização tem por base que todas as funções no desenvolvimento da criança são relações sociais internalizadas. Para Vygotsky (1989) é através da internalização das funções psicológicas e da construção do plano de consciência por uma estrutura semiótica que surge a possibilidade de auto-regulação, cuja origem se encontra nas regulações de ordem social. A teoria procura, com tal conceito, explicar o processo de incorporação de modos de ação no plano interativo e sua transformação na formação do plano intrapsicológico.

A criança se torna indivíduo na medida em que incorpora as formas de atividade oferecidas pela cultura em que se insere; "a internalização das atividades socialmente enraizadas e historicamente desenvolvidas constitui o aspecto característico da psicologia humana" (Vygotsky, 1989:65).

A transformação do processo interpessoal em intrapessoal é resultado de vários eventos ocorridos durante todo o desenvolvimento e não implica uma reprodução passiva que o sujeito faz do objeto de conhecimento e das interações sociais sobre o objeto.

Sendo esse sujeito concebido como interativo, ao mesmo tempo que depende das mediações sociais e dos significados partilhados entre os homens, ele constrói o seu conhecimento dominando os meios de ação que antes compartilhava com o outro.

Góes (1991) enfatiza esse argumento lembrando que:

"os meios empregados pelo sujeito para regular a ação do outro são transformados em meios para o sujeito regular a própria ação. Da relação de/pelo outro nasce a auto-regulação (fundamento do ato voluntário)" (Góes, 1991:18).

A autora prossegue dizendo que o desenvolvimento baseia-se, portanto, no plano das interações e o sujeito faz sua uma ação que tem, no início, um significado partilhado.

O conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal é fruto da elaboração de Vygotsky acerca da relação entre os processos de desenvolvimento e aprendizagem. O autor considera três principais teorias acerca dessa relação.

A primeira delas preconiza uma independência entre os processos de desenvolvimento e aprendizagem, posição que ele atribuía a autores maturacionistas. Nesta perspectiva, a aprendizagem utiliza-se do avanço do desenvolvimento mas não o modifica. O desenvolvimento é tido como um processo de maturação anterior à aprendizagem, criando condições para que a mesma se efetive. Nesta concepção não é

colocado o problema do papel que a aprendizagem pode desempenhar no desenvolvimento e na maturação das funções ativadas durante a aprendizagem. Assim, procura-se estudar as tendências do pensamento infantil de forma pura e independente da experiência cultural (Vygotsky, 1988).

Na segunda perspectiva, o desenvolvimento é concebido como aprendizagem. O indivíduo é tido como um conjunto vivo de hábitos, não havendo uma diferenciação entre aprendizagem e desenvolvimento, correspondendo este último a um acúmulo de respostas aprendidas.

O terceiro modelo teórico assume o desenvolvimento e a aprendizagem como processos que, apesar de independentes, interagem e afetam-se mutuamente. Esse modelo amplia o papel da aprendizagem no desenvolvimento da criança na medida em que aquela estimula o processo de maturação fazendo-o avançar até certo grau. Aprendizagem e desenvolvimento não são considerados coincidentes, sendo que, ao dar um passo na aprendizagem, a criança dá dois no desenvolvimento.

Para Vygotsky (1977), que se propõe a avançar e refinar esse último modelo, a aprendizagem e o desenvolvimento estão interligados desde o início da vida da criança. O autor procura analisar a relação aprendizagem-desenvolvimento de modo geral e as características dessa relação na idade escolar. Admite os limites impostos pelo desenvolvimento à aprendizagem, e escreve:

"É uma comprovação empírica, freqüentemente verificada e indiscutível, que a aprendizagem deve ser coerente com o nível de desenvolvimento da criança. Não é necessário, em absoluto, proceder a provas para demonstrar que só em determinada idade se pode começar a ensinar a gramática, que só em determinada idade o aluno é capaz de aprender álgebra" (Vygotsky, 1977:42).

A inovação colocada por Vygotsky (1977, 1989) é que, além da existência do nível efetivo de desenvolvimento da criança, há um nível potencial de desenvolvimento. O espaço entre o nível efetivo e o potencial configura a Zona de Desenvolvimento Proximal, correspondente a funções emergentes que se realizam com o auxílio de adultos ou crianças mais capazes; nessas instâncias interativas a criança pode fazer muito mais que os limites impostos por sua atual capacidade. A ZDP é, então, determinada pelo nível de desenvolvimento do sujeito e pela forma de interação envolvida. Quando os processos, anteriormente realizados com a ajuda do meio, são internalizados, tornam-se parte do desenvolvimento independente da criança.

Para Vygotsky (1989), a consideração do nível de desenvolvimento proximal é tão importante, ou mais, que a consideração do nível efetivo de desenvolvimento, visto essa que ele caracteriza como prospectiva.

A inovação colocada por Vygotsky (1989) está na importância atribuída às realizações que a criança pode fazer com a ajuda dos outros e no fato de estas serem indi-

cativas de seu desenvolvimento mental. Caracterizado, assim, prospectivamente, podemos conceber como desenvolvimento tanto o que a criança já atingiu como o que está em processo de consolidação. Dessa forma, é atribuído um papel constitutivo às interações sociais.

Sem negar os limites e as possibilidades que o desenvolvimento impõe à aprendizagem, a teoria permite derivar implicações educacionais no sentido de que se deve dar atenção aos processos de desenvolvimento em formação, os quais podem ser ricamente ampliados pela aprendizagem. Vygotsky (1988) esclarece que:

"A aprendizagem não é em si mesma desenvolvimento, mas uma correta organização da aprendizagem da criança conduz ao desenvolvimento mental, ativa todo um grupo de processos de desenvolvimento e esta ativação não poderia produzir-se sem aprendizagem. Por isso, a aprendizagem é um momento intrinsecamente necessário e universal para que se desenvolvam na criança essas características humanas não naturais mas formadas historicamente" (Vygotsky, 1988:115).

Sendo assim, as experiências de aprendizagem constituem o desenvolvimento potencial, ativando, no sujeito, funções emergentes na inter-relação com os outros, as quais se convertem posteriormente em desenvolvimento consolidado.

Como na hipótese de Vygotsky o processo de desenvolvimento é constituído por experiências de aprendiza-

gem. O bom ensino é o que "puxa" o desenvolvimento, já que, quando se considera apenas o desenvolvimento real, o ensino orienta-se pelo desenvolvimento já produzido, por uma etapa já superada.

Ao discutir ZDP, Vygotsky (1977) propõe um paralelo entre o brinquedo e a instrução escolar: em ambos os contextos a criança elabora e internaliza habilidades e conhecimentos socialmente disponíveis.

Essa concepção das relações entre desenvolvimento e aprendizagem, bem como do papel do brinquedo e da instituição, nos orientou na implantação de um espaço recreativo-educacional em enfermaria pediátrica, onde procuramos proporcionar experiências de atividades construtivas à criança hospitalizada.

Em situação de internamento, a criança encontra-se isolada do contato com companheiros e adultos e ocorre um distanciamento de muitas atividades que operam nas esferas de promoção do desenvolvimento. São interrompidas as brincadeiras e a instrução escolar e os adultos que estão à sua volta, na instituição, encontram-se, via de regra, por demais envolvidos em seus afazeres para voltarem-se para essas necessidades infantis. O contato com outras crianças não é incentivado. Além disso, as condições ambientais e físicas dificultam interações que, em outros contextos, ocorrem naturalmente.

Quando a criança é hospitalizada, já passou

por uma infinidade de aprendizagens. Traz consigo toda a carga cultural que o seu meio lhe proporcionou. E, muitas vezes, as condições adversas de vida acaba instrumentalizando as crianças para vencer a dura realidade que, desde cedo, aprendem a enfrentar.

Durante a hospitalização, todo o cenário em que vinha ocorrendo sua vida altera-se drasticamente. Mudam as pessoas, as atividades, o ambiente, tudo, enfim. E a alteração é radical. Pouquíssimos elementos de sua vida, anterior ao internamento, são preservados.

É claro que nesse ambiente a criança continua aprendendo e se desenvolvendo. Ela permanece num ambiente social, em contato com pessoas que interagem com ela. É submetida a novas experiências e está, enfim, vivendo. O que podemos discutir é a qualidade das experiências que se estão oferecendo aos pacientes.

No estudo de Guimarães (1987), lemos que o desenvolvimento implica um processo de aprendizagem para "adequar o comportamento" às diferentes situações apresentadas pelo meio. Para a autora, o atendimento por profissionais qualificados na "ciência do comportamento" ofereceriam, à equipe pediátrica, recursos técnicos para minimizar possíveis perdas ou atraso no desenvolvimento, que poderia sofrer a criança enquanto hospitalizada.

Essas argumentações levam-nos a uma série de questionamentos derivados das considerações que fizemos an-

tes sobre a relação desenvolvimento-aprendizagem.

Quando as crianças hospitalizadas inserem-se no novo contexto, percebem as regras de convivência, hábitos, etc. daquele local e se adequam a ele. Realmente, podemos dizer que aprendem a se comportar naquela situação. Entretanto, nem sempre a adaptação é o melhor termômetro para avaliarmos o desenvolvimento da criança, principalmente porque muitos elementos, como os relativos ao jogo do poder, estão envolvidos no processo de adaptação. A criança que não aceita a rotina hospitalar, que desafia regulamentos, que tem dificuldades de relacionamento com o staff hospitalar, pode estar num rico processo de aprendizagem e de desenvolvimento, mas não está "adequando" o seu comportamento àquela situação. E quem pode nos afirmar que, talvez, a criança "rebelde" no interior hospitalar, não seja justamente a mais sensível à necessidade de mudanças nos padrões de atendimento?

O psicólogo que trabalha em instituições, muitas vezes, em nome da cientificidade, utiliza técnicas de controle de comportamento que normalmente deslocam os sintomas apresentados pelo paciente - sem realmente solucioná-los internamente - de acordo com o que parece menos intolerável para a instituição, cumprindo o papel de atender às suas determinações, visto que detêm muito maior poder que o paciente internado.

A prefixação de padrões de relacionamento com

os pacientes, o preestabelecimento de categorias comportamentais revelam uma postura estereotipada, baseada numa concepção de relacionamento "ideal", "adequada", sem um aprofundamento maior nos aspectos filosóficos, psicológicos e ideológicos que lhe são subjacentes.

Acreditando que o homem é submetido a condições históricas mas é capaz de transformá-las, devemos alertar-nos para que oportunidades estamos oferecendo à construção de seres humanos com capacidade de compreensão, reflexão e mudança da realidade que os cerca - inclusive de instituições como o hospital -, freqüentemente com uma estrutura repressora e despersonalizante.

Quando propusemos nosso trabalho, não visávamos que a criança aprendesse conteúdos escolares, como forma de reforço, ou que "brincasse por brincar", apenas porque o brinquedo "faz parte da infância". Procuramos recuperar com as crianças parte do fluxo normal da vida que vinham tendo (e até acrescentar outras oportunidades, quando possível), acreditando que o internamento não precisaria necessariamente barrar esse fluxo. Também não estivemos com os pacientes para negar sua condição de hospitalizados, fazendo de conta que nada estava acontecendo, que seria "maravilhoso" elas poderem aprender e brincar e que isso automaticamente solucionaria as dificuldades que tinham para enfrentar.

Procuramos trabalhar com a noção de Desenvolvimento Proximal, incentivando modos de atividade que no

hospital estão quase sempre deixados de lado, por julgarmos que, em qualquer circunstância, a condição da criança enquanto sujeito histórico está presente e, por isso, está constantemente em processo de aprendizagem.

A instituição hospitalar não tem tido como prioridade aliar-se a situações que estimulem o lado saudável dos pacientes. Esquece-se de que a vida é a maior aliada do trabalho que se procura realizar.

Trabalhar com grupos de crianças hospitalizadas implica reconhecer o processo de desenvolvimento que a criança vinha realizando, respeitar os limites de seu desenvolvimento, organizar e promover constantemente interações que atuem no seu desenvolvimento proximal. Oferecer, enfim, condições concretas para que emergjam atividades produtivas no sujeito. Para tanto, devem ser promovidas interações que tornem a convivência das crianças, entre si e com os adultos, uma experiência enriquecedora para o seu desenvolvimento psicológico.

3. O TRABALHO RECREATIVO-EDUCACIONAL COM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

Considerando a importância dos aspectos referentes ao desenvolvimento e à aprendizagem, viabilizamos a implantação de um espaço recreativo-educacional numa das en-

fermarias pediátricas onde estávamos atuando.

Condições favoráveis de desenvolvimento na infância implicam um relacionamento com outras crianças, com o adulto, com brincadeiras e situações de aprendizagem. Como indicamos antes, nossa experiência na enfermaria pediátrica nos revelou uma indiferença no atendimento dessas necessidades infantis.

Baseando-nos numa visão de desenvolvimento em que o sujeito é interativo e constrói seu pensamento e seu modo de ação num ambiente que é histórico e social, atuamos visando ampliar as possibilidades de acesso das crianças a instrumentos físicos e simbólicos que pudessem constituir seus pensamentos, raciocínios e afetos.

No ambiente hospitalar, os pacientes estão submetidos ao controle de uma instituição que revela, no seu funcionamento, suas atitudes frente à vida, à morte, à doença e à infância, além de dispor do poder institucional de veiculá-las na sociedade.

As crianças hospitalizadas estão inseridas nesse ambiente e, portanto, formando-se de acordo com as vivências que passam a ter em tal contexto.

Considerando que são oferecidas reduzidas possibilidades para a criança refletir sobre sua condição de "paciente" (aquele que recebe a ação praticada por outro), de atuar nesse novo ambiente, de alterar a rotina de que passa a fazer parte, de impor sua individualidade e de con-

tinuar a desenvolver suas atividades habituais (ou outras), nos propusemos a implementar um projeto de trabalho de caráter recreativo-educacional junto à enfermaria. Visávamos criar condições que propiciassem experiências potencialmente favorecedoras de uma continuação do ritmo de vida das crianças e de uma expansão de seu desenvolvimento psicológico.

As dificuldades impostas pela doença só poderiam se acentuar, tendo em vista as poucas oportunidades de encontro entre as crianças e os adultos, no atendimento às suas necessidades, além daquelas relacionadas ao tratamento físico.

Passamos, então, a trabalhar com um grupo composto por crianças de uma das enfermarias, com horário e local predeterminados. Tínhamos a expectativa de que, apesar da enfermidade, os pequenos pacientes sentir-se-iam atraídos por atividades relacionadas ao cotidiano infantil e que, dessa forma, investiriam no seu dinamismo de vida, mobilizando seus núcleos saudáveis.

O estabelecimento de um espaço que despertasse o interesse das crianças, embora enfermas, poderia gerar uma expectativa entre elas, durante todo o período de internamento, de estarem inseridas num processo de movimento, aprendizagem, transformação contínua.

Através de jogos, desenhos, leitura, escrita, histórias, etc., emergiram diversas possibilidades de interação e aprendizagem. Esperávamos que a criança tivesse a

oportunidade de brincar e de se apropriar de conhecimentos variados que não fossem reprodução das experiências escolares, mas, por outro lado, não fossem delas divorciadas.

Buscávamos, também, oferecer à criança um espaço em que pudesse refletir sobre sua experiência no hospital, e no próprio grupo, já que nele se faziam presentes condições que diziam respeito à realidade de todos, como a separação, a ansiedade. Em geral, a criança permanece sozinha na elaboração das vivências hospitalares, absorvendo isoladamente as representações que aquele grupo tem de sua situação, sem possibilidade de refletir sobre sua condição de paciente.

Além disso, sendo normalmente a escola a responsável pelo ensino do conhecimento sistematizado das crianças, e estando as mesmas impedidas de deslocarem-se do espaço hospitalar, procuramos viabilizar também experiências de aprendizagem de caráter acadêmico, dentro do ambiente do hospital.

Apesar de não pretendermos recriar uma escola no hospital e nem nos preocuparmos com o "reforço" de experiências escolares ou programas curriculares, fornecemos às crianças condições de que o conteúdo acadêmico pudesse ser trabalhado, como também oferecemos-lhes a oportunidade de fantasiar, brincar e expressar vivências relacionadas ao seu momento atual.

Na situação interativa, as crianças partici-

pantes desse ambiente lúdico-educacional poderiam modificar seus modos de ação através de novas experiências. Assumindo que não é o meio externo que determina diretamente o conhecimento do sujeito, mas que este se constitui na relação com outras pessoas, procuramos criar espaços de construção de conhecimentos. Embora esses espaços pudessem resultar em conhecimentos variados, não planejados em decisões prévias, buscamos investir naqueles que permitiriam à criança alguma compreensão da sua condição de paciente e uma continuação de suas experiências de "aprendiz" da cultura.

Através das mediações dos pares e coordenadora, a criança poderia defrontar-se com uma diversidade de temas relacionados à experiência no hospital, em casa ou na escola.

A partir da implantação do serviço na enfermaria pediátrica, nos propusemos a analisar como as crianças atuariam diante das oportunidades oferecidas e que tipos de conhecimento elas elaborariam nesse contexto. Esta análise constitui o objetivo do presente estudo.

II - A CRIAÇÃO DE UM ESPAÇO RECREATIVO-EDUCACIONAL EM ENFERMARIA PEDIÁTRICA

Para criar um espaço lúdico-educacional no ambiente hospitalar, buscamos inteirar-nos da realidade em que iríamos atuar, conhecer as crianças e nossos companheiros de trabalho, tornando-nos participantes do ambiente hospitalar.

Dedicamos quatro meses para essa familiarização. Durante três horas semanais, intercaladas ao longo da semana, procuramos conhecer o modo de funcionamento da enfermaria pediátrica, nos seus diversos setores: UTI, isolamento, enfermarias, sala dos enfermeiros, etc.

Participamos, também, das reuniões multiprofissionais do setor de pediatria e realizamos entrevistas com enfermeiros, médicos e assistentes sociais.

Com base nessas observações e entrevistas, pudemos perceber, com maior clareza, as condições em que desenvolveríamos o trabalho lúdico-educacional e definir o tipo de paciente que poderia dele participar.

Reconhecíamos a impossibilidade de atingir todos os pacientes internados e optamos pelo atendimento de grupos de crianças na faixa etária de seis a doze anos.

Essas crianças, em sua maioria, estavam em fase de escolarização e o internamento interrompia uma atividade bastante significativa para seu desenvolvimento. Havia,

ainda, certo número de pacientes que, por suas condições sócio-econômicas e/ou patológicas, nunca haviam participado de uma instrução sistematizada. Nosso trabalho visava oferecer oportunidades para aprendizagens que promovessem o desenvolvimento de todas essas crianças.

Esses pacientes estavam internados geralmente em um dos quartos da enfermaria, destinado às crianças maiores, e lá passamos a concentrar nossos esforços. Entretanto, as enfermarias dividem-se pelo tamanho dos leitos e muitas crianças de pouca idade, mas de boa estatura, também ocupam aquele setor. Outras vezes, crianças menores também dividiam o quarto, por motivos diversos. Por isso, o espaço que implantamos também foi freqüentado por crianças menores que queriam dele participar. Não colocamos empecilhos, desde que a criança aceitasse permanecer no local desacompanhada da mãe.

Dessa forma, tivemos, às vezes, crianças de diversas idades reunidas no mesmo espaço, contribuindo para uma dinâmica muito própria ao nosso trabalho - o que analisaremos posteriormente.

O único local disponível para a realização das nossas atividades era anteriormente denominado "sala de televisão" ou "sala de recreação". Esse ambiente era um quarto comum de hospital, onde se instalou um aparelho de televisão e pintou-se uma das paredes como lousa. Contava, ainda, com um banheiro contíguo. Encontravam-se na sala duas divisórias

desmontadas, quatro cadeiras reclináveis, destinadas ao pernoite dos acompanhantes dos pacientes da UTI; um armário de aço grande, que permanecia trancado, contendo materiais pedagógicos e brinquedos. Havia duas mesinhas quadradas, acompanhadas de cadeirinhas, únicos móveis apropriados para crianças. Em geral, as cadeirinhas eram levadas pelos pacientes, ou acompanhantes, para os quartos - até então as pessoas as utilizavam como descanso para os pés, suporte de grades de berço ou apoio para tomar refeições.

Para a realização do nosso trabalho, a cada dia, amontoávamos as cadeiras num dos cantos da sala, retirávamos os vestígios das refeições feitas pelos acompanhantes no local e percorríamos as enfermarias, recolhendo as cadeirinhas.

As crianças, muitas vezes, compareciam em cadeiras de rodas e macas e/ou carregando os suportes para sono, o que tornava o ambiente bastante atravancado. O número de crianças variava de um a onze sujeitos, a cada dia, sendo, em média, seis elementos.

As atividades eram desenvolvidas três vezes por semana, durante noventa minutos, sendo que no decorrer das sessões, as crianças poderiam ser solicitadas para exames, medicamentos, etc.

No início de cada dia, dirigíamo-nos à enfermaria C e apresentávamo-nos para os pacientes individualmente, convidando-os a participarem do grupo. Colocávamos sem-

pre para a criança o caráter voluntário de sua participação, a sua liberdade de aceitar, ou não, nosso convite.

Com a regularidade dos encontros, os próprios pacientes divulgavam o nosso trabalho e os novatos já ficavam na expectativa de nossa chegada, em geral, prontos para a participação.

Caso as crianças não se sentissem bem fisicamente, ou por outro motivo, poderiam retirar-se do grupo e a ele retornar livremente.

Alguns aspectos que regularmente procurávamos trabalhar com as crianças referiam-se à sua identificação: sua cidade de origem, sua escolaridade, seus familiares, interesses pessoais, etc., além dos motivos que levaram ao seu internamento. Visávamos proporcionar à criança a oportunidade de verbalizar sua percepção do hospital, de trocar informações acerca da rotina hospitalar, colocando suas opiniões e sentimentos relativos ao internamento.

Buscamos desenvolver um planejamento aberto para as atividades do grupo, nunca perdendo de vista os nossos objetivos relacionados à aprendizagem e ao desenvolvimento das crianças participantes. A alta rotatividade dos pacientes, as faltas provocadas por exames, cirurgias e a diversidade de idades exigiam uma constante adaptação das atividades às necessidades e aos interesses das crianças com quem iríamos nos deparar.

O material disponível era reduzido e de difí-

cil reposição, o que limitava nossas possibilidades de atuação. Contávamos com material gráfico, alguns jogos estruturados e outros de montar, fazendinha, alguns fantoches, blocos lógicos e brinquedos variados. Havia muitos brinquedos e jogos que se encontravam quebrados.

As crianças tinham livre acesso ao material disponível, podendo explorá-lo, realizar atividades individuais ou grupais. Em geral, depois de alguns minutos de interação entre os componentes do grupo e exploração do material, tínhamos condições de oferecer sugestões de atividades que agrupassem seus interesses e propiciassem aprendizagem e entretenimento. As crianças poderiam, ou não, acatar nossas sugestões, assim como oferecer outras. Procurávamos permitir a liberdade de atuação da criança no grupo e a partir disso promover interações que fossem enriquecedoras para o desenvolvimento de seu psiquismo, entendendo que esse psiquismo é constituído historicamente no contato com outros e, por isso, está sempre em processo de construção.

Este serviço foi implantado no início de 1991. O período que nos propusemos a analisar corresponde a onze meses, de fevereiro de 1991 a janeiro de 1992.

Entre o quarto e o sexto mês desse período, houve necessidade de substituição desta pesquisadora, enquanto coordenadora do grupo de crianças. Por essa razão, houve interrupção na coleta de dados, embora os trabalhos tenham prosseguido normalmente nesse intervalo.

O registro desse estudo foi feito através de vídeo-gravações semanais (totalizando dezoito sessões) e anotações de campo, para as sessões que não eram filmadas.

Por meio das vídeo-gravações, pudemos selecionar segmentos de interações - que consideramos mais significativos para os objetivos do nosso estudo - e os transcrevemos. A seleção das interações, e sua posterior análise, procurou responder a critérios que revelassem, da forma mais fiel possível, os acontecimentos ocorridos no nosso trabalho. Para isso, escolhemos sujeitos com histórias variadas e situações interativas que fornecessem uma visão global das vivências ocorridas no grupo. Procuramos estar atentos para os sujeitos que representavam diversos lados da situação de internamento, como períodos variados de hospitalização e modos de convivência distintos com a instituição, que nos pareceram mais enriquecedores para o estudo.

As vídeo-gravações com transcrições posteriores pareceram-nos ser um modo de coleta de dados que contribuiu muito para que, apesar da coincidência entre os papéis de coordenadora do trabalho e pesquisadora, fosse estabelecido um certo distanciamento para as análises, sem torná-las demasiadamente superficiais.

As transcrições ofereceram dados que nos permitiram evidenciar e analisar diversos aspectos de interesse para a nossa investigação, como os modos de elaboração de conhecimento pelo sujeito, a diversidade de temas abordados,

o nível de participação das crianças nas atividades, os modos de mediação proporcionados pelos pares e pela coordenadora, as diferentes experiências trazidas pelas crianças acerca da hospitalização e de sua vida fora do hospital.

Passaremos a relatar as análises que efetuamos sobre as crianças em interação no espaço lúdico-educacional. A partir das análises, apontamos as prováveis contribuições que essa experiência pareceu-nos ter oferecido para o desenvolvimento das crianças hospitalizadas.

III - AS CRIANÇAS EM INTERAÇÃO NO ESPAÇO LÚDICO-EDUCACIONAL

Neste capítulo, relataremos como transcorriam as sessões de atividades e buscaremos analisá-las em função dos temas que eram construídos. Procuraremos expor a dinâmica das sessões e a atuação da coordenadora junto às crianças.

Na apresentação dos episódios interativos durante as sessões, utilizaremos a abreviação CO, para a coordenadora, e as iniciais dos nomes, na referência às crianças.

1. A NEGOCIAÇÃO DAS REGRAS DE CONVIVÊNCIA

Como relatamos no capítulo anterior, as crianças eram convidadas a participar do grupo e, estando elas na sala de recreação, dávamos início ao trabalho.

Procurávamos receber amistosamente os pacientes, buscando proporcionar-lhes um ambiente acolhedor, onde se sentissem respeitados e confiantes para se expressarem livremente.

Quando havia crianças que já tinham participado das sessões, elas mesmas colaboravam na organização da

sala: preparavam os crachás, colocavam (na porta da sala) o aviso de que estávamos em atividades, colaboravam na arrumação das mesas e cadeiras.

Geralmente a coordenadora conversava com o grupo apresentando-se às crianças novatas e expondo as características do trabalho. Nessa conversa inicial, eram fornecidas as informações consideradas realmente necessárias, como o horário e a frequência das sessões, evitando-se um estabelecimento de regras muito rígidas. Como a hospitalização já implica muitas restrições, um dos objetivos era promover a iniciativa e a descontração nas crianças. Os limites eram colocados à medida que isso fosse necessário, como na seguinte situação, em que uma criança queria levar, com ela, um brinquedo¹:

FA: Tia, posso levar esse para mim?

CO: Não, FA, se eu deixar para você, tenho que deixar para os outros e não vão sobrar brinquedos para que se possa continuar o grupo.

FA: Só esse, tia!

CO: Você gostou muito desse brinquedo, não é,
FA?

1 Procuramos nos manter fiéis à linguagem utilizada pelos participantes, mas em algumas passagens fizemos ajustamentos de transcrições para melhor compreensão do leitor.

FA: Hum-hum. (meneia afirmativamente a cabeça).

CO: Mas hoje, FA, ainda tem muito tempo para você brincar aqui no grupo mesmo.

FA: Eu queria ter o brinquedo depois.

CO: Você gostaria de ter brinquedos pra brincar lá fora também, não é?

FA: É!

CO: FA, nós não podemos mesmo tirar os brinquedos daqui, senão vai ficar muito difícil para se continuar o grupo depois; vamos fazer assim: você aproveita o tempo de hoje para brincar e na próxima sessão fica o tempo que quiser com esse brinquedo, tá?

FA: Está bom, então, tia.

Este diálogo ilustra o procedimento que adotávamos diante da manifestação do desejo de permanecer com algum brinquedo, o que às vezes ocorria com as crianças. Procurávamos compreender a vontade da criança entendendo que, geralmente, os objetos - e também o que simbolizavam - representavam, dentre outras coisas, a possibilidade de estender os momentos de prazer de que estavam usufruindo. Entretanto, explicávamos as conseqüências disso para o nosso trabalho, procurando mostrar porque havia um limite. Não tive-

mos caso em que essa norma não tivesse sido respeitada.

Sobre outras normas, referentes ao convívio entre os colegas, também conversávamos no decorrer das sessões, visto que as características dos membros de um grupo poderiam ser bastante diferentes de um dia para o outro. O caso de MA pode ilustrar outro lado da negociação das regras de convivência.

Esse menino, proveniente de uma família sem escolaridade, freqüentou pouquíssimo tempo a escola. Era portador de uma enfermidade congênita que lhe impedia de urinar normalmente, tendo sofrido várias cirurgias desde o nascimento. MA apresentava dificuldades de relacionamento com todo o setor da enfermaria pediátrica. As pessoas sentiam-se muito agredidas por ele, que era bastante hostil ao apontar o "ponto fraco" alheio.

MA: Véia, véia...

CL: É tia! Esse moleque vai levar um murro na cara.

CO: Não, CL, espera aí. (CL ameaça jogar um vidro de tinta em MA que o olha de forma desafiadora).

MA: Ela é velha mesmo...

CL: Aí, tia, "tô" perdendo a cabeça, ele está chamando a mãe da gente de velha, eu pego ele!

MA: (olha fixamente para CL).

CL: Vai levar um murro, menino!

CO: Espera aí! CL e MA, vamos combinar o seguinte: para participarmos do grupo, junto com os colegas, temos que respeitar o que eles querem ou não ouvir, tá? Se você não conseguir deixar de xingar os outros, MA, pode dar uma volta lá fora e voltar quando estiver mais calmo, mas aqui não queremos xingamentos, mesmo que a gente goste muito que você participe com a gente.

Na verdade, MA estava muito ressentido com sua própria mãe que o deixou sozinho às vésperas de uma cirurgia. Passou, então, a desacatar os colegas ironizando sobre características marcantes de suas mães como velha, gorda, cabeluda.

MA foi alertado que no grupo havia limites e que não permitiríamos que dele participasse caso não os respeitasse. Mesmo entendendo as dificuldades emocionais de MA, o que nos possibilitou investir muito na nossa relação com ele, fomos claros quanto às condições para a sua permanência nas sessões. Salientamos nosso interesse de que fizesse parte das atividades mas indicamos que não seriam permitidas atitudes acentuadamente agressivas no grupo.

A criança nunca deixou de comparecer às ses-

sões. Veio de maca após a cirurgia e respeitou os limites colocados no grupo. Sua relação com as outras crianças restabeleceu-se e achamos interessante um comentário de CL, feito de forma carinhosa, após MA voltar a freqüentar o grupo, do qual esteve afastado alguns dias em decorrência da cirurgia:

CO: E aí, MA, como está se recuperando da cirurgia?

CL: Vichi, tia,! Ele tá bom mesmo! Voltou até a xingar a mãe da gente, então é porque já está sarando...

MA: (sorriu do comentário do colega e continuou folheando um livro de história).

Voltando ao relato sobre o procedimento das sessões, iniciávamos conversando com as crianças perguntando seu nome, local de origem, motivo da internação, etc. Às vezes, essas informações eram trocadas no decorrer da sessão, mas era comum estabelecermos esse tipo de diálogo no início de cada dia:

CO: Eu preciso conhecer umas pessoas novas para quem eu nem fui apresentada ainda.

CE: Meu nome é CE.

CO: CE. Ontem eu te vi aqui quando vim falar

com o WO, não é, CE?

CE: É.

CO: Por que você está aqui, CE?

CE: Porque eu vou fazer broncografia.

CO: Broncografia? O que é isso, CE?

CE: É tirar um negócio do pulmão.

CO: Um exame?

CE: Um exame. É.

CO: E como é esse exame, CE?

CE: Não sei não, tia.

E no início da sessão posterior a essa:

CE: Tia, esse aqui é o FE.

CO: Oi, FE, tudo bem?

FE: Tudo.

CO: Vocês já se conheciam?

CE: Vichi! Já viramos "amigão"! Eu que falei
para ele vim aqui, oh!

Esta última situação ilustra o fato de que algumas crianças, ao se familiarizarem com o grupo, convidavam os novos pacientes, gerando entre eles uma expectativa diante da possibilidade de participação das atividades.

A conversa inicial de apresentação das crianças durava alguns minutos. Nessas oportunidades, as crianças

falavam sobre a cidade e o bairro onde moravam, bem como comentavam aspectos de sua história. Percebemos que elas sentiam-se valorizadas ao poderem contar sobre si mesmas e afirmarem sua identidade perante o grupo.

CO: Quem desse grupo vai à escola? (as crianças respondem): "Eu", "eu não".

CO: A GI, a AP. O AN vai à escola?

AN: Não. Fui até na segunda. Eu trabalhava, daí parei.

CO: Em que você trabalhava?

AN: Trabalhava de rachar azulejo. Fazia assim, assim e aí ia para assentar. (AN demonstrava com gestos o tipo de movimento utilizado na sua função).

CO: Que cidade você morava mesmo, SI?

SI: (fala o nome da cidade).

CO: E você, AN?

AN: (diz o nome da cidade e do bairro).

CO: É aqui em (diz o nome da cidade) mesmo, não é?

AN: É.

CO: Você veio quando, AN?

AN: Sábado.

CO: E vocês ainda não tinham se conhecido?

Passou domingo, segunda...

AN: Não.

Por meio desses diálogos iniciais procurávamos obter dados importantes sobre a situação das crianças, seus interesses, escolaridade, etc. Promovíamos, assim, uma interação inicial entre os pacientes que, às vezes, ocupavam leitos próximos, sem saber sequer o nome uns dos outros. O entrosamento promovido entre as crianças provavelmente repercutia para além do grupo, pois passavam a freqüentar juntas o parque ou partilhar algum brinquedo, criando um ambiente social favorável na enfermaria.

A partir disso, e também de outros dados que íamos obtendo no decorrer do trabalho, tínhamos condições de conhecer as preferências de cada criança, assim como identificar as esferas interessantes de serem trabalhadas.

Procuramos proporcionar atividades que lhes agradassem e contribuíssem de algum modo para o seu desenvolvimento, indo desde conhecimentos acadêmicos até a expressão de sentimentos referentes à hospitalização.

2. A ELABORAÇÃO DE TEMAS LIGADOS À DOENÇA E INTERNAÇÃO

Durante a realização das atividades pelo grupo, ou por algum paciente individualmente, as crianças trocavam informações sobre exames ou cirurgias, falavam de seus medos, ansiedades, assim como de aspectos de sua vida fora do hospital. Esses diálogos permitiam-nos perceber diversos sentimentos e preocupações dos pacientes durante o internamento. Isso pode ser ilustrado pelo diálogo a seguir, durante o qual alguns pacientes estavam desenhando enquanto outros lidavam com jogos de armar e fazendinha.

CO: O que vocês estão achando aqui do hospital?

CI: Ah, eu estou gostando.

CO: É? Do que você está gostando?

CI: De tudo.

JR: Eu estou gostando. Só não gosto de uma coisa. De uns negócios...

CI: Eu também!

LA: Eu também!

CO: Que "negócios" você não gosta, JR?

JR: De injeção.

LA: Também não.

CF: Espetar não gosto, mas tirar sangue...

- LA: Tirar sangue não dói não. Agora, injeção!
- CO: Então pelo que estou vendo, injeção é o que ninguém gosta.
- CI: Eu gosto mas Benzetacil é que eu não gosto.
- JR: Ele não chora, o MA, ele não tem dor!
- CO: Não tem não, MA? Não tem dor?
- MA: (balança negativamente a cabeça pois não podia falar devido a um traumatismo buco-maxilar)
- CO: Bom, injeção eu já sei que vocês não gostam. E do que vocês gostam?
- JR: De comer. Maçã.
- LA: Suco de laranja.
- CO: O que mais é gostoso aqui?
- LA: Bom, se for para eu ir embora e ter que levar injeção, prefiro ficar aqui.
- CI: Na minha cidade vai levar uns dois anos para eu ficar boa.
- JR: Na minha cidade já entrou muitas pessoas e já morreu, por isso minha mãe não foi lá.
- CO: Entrou onde? Qual sua cidade?
- JR: (diz o nome de sua cidade) Entrou e morreu no hospital. Eles entram lá e sai morto.
- CO: Morreu no hospital?

JR: É.

CO: Ah! Ai você acha que está mais seguro aqui?

JR: Eu estou.

CO: E você, o que acha desse hospital, LA?

LA: Acho que lá é bom.

CO: Não, eu estou falando daqui, o que você acha, já que está aqui faz um mês e meio, passou Natal, Ano Novo...

LA: Olha o meu desenho, está ficando massa!

JR: É ruim ficar internado.

CO: Em que é ruim ficar internado, o que você está achando ruim?

CJ: Eu quero ir embora porque eu tenho que estudar.

LA: Depois que eu lanchar vou ter que ficar de repouso.

CO: Você não agüenta mais repouso, não é, LA?

LA: Hum-hum. (meneia afirmativamente a cabeça).

EL: Não vou poder mais fazer educação física por causa da pressão.

LA: Nunca mais?

JR: Eu nunca fiz educação física, na minha escola eles não deixavam.

LA: É massa! Na segunda-feira era massa. Jogava bola até nas telhas.

As crianças que participaram desse diálogo, com exceção de MA, eram maiores de nove anos. Tinham boa capacidade de verbalização e todos freqüentavam a escola.

Podemos perceber que, durante a atividade em que estava envolvido, o grupo podia trocar idéias, falar sobre suas experiências de dentro e de fora do hospital.

Conversando, as crianças manifestaram algumas faces desagradáveis relacionadas à hospitalização como as injeções e a limitação de atividades. Os únicos pontos positivos que foram levantados referiam-se à alimentação. Ademais, quando as crianças diziam que é melhor ficar internado do que ter que voltar depois, na verdade, pareciam sugerir que é "preferível sofrer tudo de uma vez" ou mesmo tentavam se convencer da necessidade de se resignarem à internação, o que é ilustrado pela fala de CA: "Bom, se for para eu ir embora e ter que levar injeção, prefiro ficar aqui".

É interessante salientar que, assim que são indagadas sobre suas impressões do hospital, são unânimes em dizer que estão gostando. À medida que a conversação vai se desenvolvendo é que vão ficando mais à vontade para verbalizar suas insatisfações.

Quando LA é indagado sobre sua impressão do hospital, desvia a atenção da CO para um desenho, evitando

falar do assunto. Um outro participante do grupo diz "é ruim ficar internado" e logo em seguida LA fala sobre sua vontade de jogar bola, estudar, etc. A conversação em grupo acaba fazendo com que as crianças, embora demonstrem resistências iniciais, acabem verbalizando muitos sentimentos. Além disso, podem perceber que aquilo que sentem ou pensam de forma isolada, muitas vezes também está presente nas demais crianças.

Notamos com clareza algumas dificuldades que as crianças hospitalizadas enfrentam. Além da doença acompanhada de dores, imobilidade, medidas terapêuticas desagradáveis, enfrentam temores ligados à ameaça de sua integridade física.

Ao falar sobre a opção de estar internado em certa cidade e não em outra, JR mostra, por exemplo, a ameaça da morte num internamento. Nessa mesma sessão, inclusive, JR relata um acidente de moto em que "o motoqueiro espatifou a cabeça na calçada e quando chegou ao hospital morreu".

Essa ameaça real, ou fantasiada, que grande parte das crianças vive durante a hospitalização, é apontada por autores como Chiattonne (1984) e Raimbault (1979). A primeira autora escreve sobre a postura do psicólogo diante de sentimentos de perda manifestados pelos pacientes:

"Não há como, e nem devemos, a meu ver, procurar impedir o sofrer que aflora da pessoa, pois este faz parte dela neste momento, e tentar impedi-lo é, de certa forma, o mesmo que

negar a pessoa, impossibilitando-se assim a perspectiva mais efetiva de cuidarmos dela. Portanto, permitir-se ESTAR COM na dimensão do sofrer (trágico) e evitar a exacerbação deste, que ocorre pelo drama que se cria sobre vivências de sofrimento, é muito importante" (Chiattonne, 1984:63).

Dessa forma, muitas vezes diante das manifestações das crianças, em relação à morte, que aparecem nos diálogos (como o que transcrevemos), nas histórias, nos desenhos, procuramos estar com as crianças. Portamo-nos ora como ouvintes atentos, dispostos a partilhar suas preocupações, ora buscando relacionar as colocações das crianças com situações concretas, diariamente vivenciadas. Eram mortes de pacientes, cirurgias arriscadas ou mesmo a alta hospitalar, que implicam uma interrupção à frequência ao grupo.

Nessas ocasiões refletíamos com o grupo sobre nossos sentimentos diante das separações que estávamos enfrentando. Procurávamos sensibilizar as crianças para o fato de que o que levamos conosco nas separações - aquilo que em nós permanece - é o que sentimos e aprendemos com as pessoas.

É provável que ao se tratar de questões dolorosas, e estas aliarem-se no grupo com atividades construtivas - com a coordenadora buscando promover a interação das crianças -, evite-se a exacerbação de temas ligados ao sofrimento, provavelmente favorecendo os aspectos saudáveis dos pacientes.

Indicativo disto é o fato de que, depois de tratarmos de temas dolorosos e profundos, as crianças inseriam-se em outras atividades e, às vezes, passavam a adaptar-se melhor à situação hospitalar, como no episódio a seguir, ocorrido na sessão subsequente à anteriormente relatada:

LA: Acordei hoje e já levei uma agulhada.

CO: Só que eu estou achando você mais animadinho hoje, LA.

LA: Hum-hum (meneia afirmativamente a cabeça).

CO: Parece que no outro dia você estava mais enjoada de ficar aqui, não é?

LA: É, tia, estou arrumando umas coisas pra fazer.

CO: Quando fui te chamar, estava lá, jogando um baralhinho...

LA: Ih, eu jogo de tudo! É burro, caxeta, buraco...

A criança mostra-se falante nessa sessão com expressão descontraída. A coordenadora comenta sobre um desenho que fizera:

CO: Por que esse coração com flecha, LA?

CI: É que a CI ligou pra ele, tia.

LA: É, tia. Recebi um telefonema.

CO: Ah, é? Está apaixonado, então?

LA: Estou "xonado", tia!

CO: Por isso esse coração com flecha, hein?

Isso é muito bom!

Percebemos que a criança, além de estar desenvolvendo atividades fora do grupo, de mostrar-se falante e com expressão alegre, também compartilhou com as pessoas um fato que a deixou feliz: recebeu um telefonema da "namorada" e fez um desenho, simbolizando o seu afeto, que foi posteriormente fixado na parede da sala. A postura desconfiada e queixosa de LA foi substituída por outra mais vivaz e criativa. Provavelmente a sua participação no grupo contribuiu para essa mudança, repercutindo em uma melhor adaptação, inclusive fora do mesmo.

Muitas vezes, as crianças manifestavam uma enorme insatisfação em relação ao hospital, como se aquele ambiente ou aquelas pessoas fossem os responsáveis pela sua doença.

CL: Se eu morrer eles não importam não!

CO: Você acha que se você morrer eles não se importam?

CL: Não.

CO: Eles estão trabalhando para quê? Será que

todos aqui estão trabalhando para você morrer?

WO: É pra te ajudar, CL!

CL: Pra me ajudar... ninguém me dá remédio, ninguém faz nada! Nem vem me ver. Remédio não tem...

CO: Você está bravo porque estão demorando muito para te atender?

CL: É.

CO: É isso?

CL: É. Eu estou com dor de barriga.

CO: Você queria que sarasse logo sua dor de barriga, que alguém arrumasse um remédio para ela desaparecer, não é?

CL: É, tia.

CO: Mas será que a gente brigando aqui vai resolver o problema? Será que é WO o culpado? (refere-se a uma agressão de CL em relação a WO).

CL: Não, tia. Não é nada com ele, não.

CO: É que você está se sentindo mal, cansado, com dor e aí fica com raiva do WO, do médico, de todo mundo, não é CL?

CL: Eu não xingo, tia, só fico bravo.

CO: Fica nervoso?

CL: É, nervoso. Ah, tia! Não podia acabar quatro horas, não? (refere-se à possibilidade de adiar o encerramento da sessão).

É muito comum as crianças passarem a identificar o hospital com seu próprio desconforto físico e culpar os médicos ou enfermeiras por sua doença. Como o ambiente hospitalar é muito pouco estimulante e a relação entre os pacientes e os profissionais centram-se nos cuidados físicos, é compreensível esse tipo de insatisfação por parte dos pacientes, que o verbalizavam no grupo, um ambiente receptivo para essas manifestações.

CL costumava ficar muito aborrecido com os outros diante de suas próprias dificuldades que, quando discutidas, permitiam que se reconciliasse com os outros.

Na sessão em que ocorreu o diálogo acima relatado, CL trabalhava com as tintas. Fazia desenhos que acabava desprezando, achando-os insatisfatórios. Apenas no final, depois de diversas interações, conseguiu uma produção que lhe agradasse, colocando-a junto às dos colegas.

Insistíamos com as crianças que não havia critérios externos para suas "produções artísticas". Deveriam fazer algo que lhes agradasse, pois o nosso objetivo não era satisfazer as outras pessoas.

Procuramos, também, não adotar uma postura moralista diante das manifestações de insatisfação com relação

ao hospital, colegas, etc. Buscávamos incentivar as verbalizações das crianças, confrontar as diversas opiniões de forma que o próprio ato de falar e ouvir acabasse esclarecendo as opiniões e sentimentos que tinham frente a determinada situação. Acreditávamos que as colocações das crianças expressassem tanto os pontos relativos a uma situação concreta, em que tinham que conviver com um ambiente hospitalar muito distante das necessidades infantis, como diversos pontos relacionados às suas outras vivências.

A troca de informações, experiências, sentimentos, num ambiente de respeito para com as crianças, pareceu favorecer a freqüência delas às atividades. Muitos pacientes chegavam a mostrar-se ambíguos na chegada da alta hospitalar.

CO: Por que você não teve alta, CL?

CL: Passei mal.

CO: Do que você passou mal?

CL: Tive febre.

WO: Ele não queria ir embora, tia!

CL: Mentiroso...

WO: É sim!

CO: CL, do que você está gostando aqui?

CL: É por causa da escolinha.

CO: É? Você não queria deixar de vir?

CL: Hum-hum. Não queria largar nem a escoli-

nha, nem a televisão. Em casa não tem televisão.

Freqüentemente ouvimos das crianças manifestações como essas, ou ainda: "Tia, você podia vir terça, quarta, quinta, sexta... todo dia!" Isso parece indicar que o envolvimento das crianças estava sendo significativo durante sua estada no hospital, pois mostravam-se atuantes, interessadas, curiosas e com vitalidade suficiente para participarem de situações dessa natureza, confirmando as colocações de Zannon (1981) de que a hospitalização pode ser um período enriquecedor para as crianças nos seus aspectos cognitivos, afetivos, sociais, etc.

As crianças reivindicavam uma regularidade diária nas atividades e muitas ressentiam-se da separação do grupo, o que nos possibilitou discutir com elas os ganhos que tiveram com sua participação.

3. A INTERAÇÃO, OS DIFERENTES NÍVEIS DE DESENVOLVIMENTO E A EXPLORAÇÃO DE CONHECIMENTOS ESCOLARES

Dependendo dos interesses dos pacientes do grupo, várias atividades, envolvendo todas as crianças, podiam ser desenvolvidas: leitura de histórias, jogos de mon-

tar e de encaixe, jogos de dados, escrita, dramatização com fantoches, jogos envolvendo habilidades numéricas, etc.

Nessas situações, participavam crianças de idade, nível de escolaridade e condição sócio-econômica variados. As nossas análises indicam que, quando as crianças envolviam-se numa mesma atividade e dela participavam com interesse, era porque aqueles fatores diferenciados não eram relevantes ou, pelo menos, passíveis de serem contornados.

Na interação entre crianças com características variadas, tivemos situações que nos pareceram bastante interessantes para seu desenvolvimento. Relataremos algumas interações em que percebemos ocorrer processos de elaboração de conhecimentos escolares:

CO: O que você está fazendo, LU? Mostra para nós.

LU: Estou fazendo uma cidade (LU monta uma cidade com toquinhos que eram de cores e formas variadas).

CO: Esse toquinho sozinho, como se chama?

LU: Um toquinho.

CO: É. É um toquinho. E ele tem forma de quê?

LU: De uma casinha.

CO: E como se chama essa forma, que tem três lados e parece mesmo uma casinha?

WO: Eu sei! Tri-ân-gu-lo (responde separando

as sílabas).

CO: Isso, triângulo. Você aprendeu isso hoje, não é, WO?

WO: Hum-hum. (meneia afirmativamente a cabeça).

CO: Quem te ensinou que essa forma se chama triângulo?

WO: A TH!

CO: E essa? Como se chama? (dirige-se ao grupo todo).

WO: Quadrado.

LU: É. Quadrado.

CO: Vocês já aprenderam o nome de duas formas em pouco tempo, hein?

LU: É o triângulo, é o quadrado. (aponta os toquinhos).

CO: Onde mais tem triângulos e quadrados na sua cidade, LU? (a criança passa a procurar outros toquinhos com as formas solicitadas).

Para Vygotsky (1987), um dos processos que levam à formação de conceitos é baseado no isolamento de atributos comuns de determinados objetos. As crianças que participaram da situação relatada - LU e WO - tinham oito e nove anos, respectivamente. WO nunca havia freqüentado a escola e

LU cursava a primeira série. Ambos eram de nível sócio-econômico muito baixo.

Notamos que WO aprendera no grupo com TH o nome das formas geométricas e participou da elaboração desse conhecimento por LU que, apesar de estar na escola há mais de um ano, não sabia o nome das formas geométricas. Passagens como essa nos lembram proposições de Vygotsky (1989) quando afirma, por exemplo, que:

"O aprendizado desperta vários processos internos de desenvolvimento, que são capazes de operar somente quando a criança interage com pessoas em seu ambiente e quando em cooperação com seus companheiros." (Vygotsky, 1989:101).

Através da cidade construída por LU, trabalhamos ainda os conceitos de cor e tamanho. Procuramos, por meio da atividade na qual a criança estava envolvida, explorar diversas esferas do conhecimento, sempre incentivando a participação dos colegas e, também, fornecendo diretamente informações relevantes para a compreensão da situação ou solução dos problemas.

No relato seguinte, a CO interagiu com PR de três anos de idade. A criança interessou-se por um jogo de encaixe com várias peças a serem colocadas numa caixa nos orifícios respectivos e que podem ser retiradas através de portinhas coloridas, abertas com chaves coloridas, correspondentes às cores de cada portinhola. PR tinha a fala bas-

tante desenvolvida, assim como a habilidade motora. Interessava-se por novas experiências, respondendo rapidamente às possibilidades de aprendizagem.

CO: Aqui, PR, cada chave abre a porta que for da mesma cor.

PR: Dessa porta, qual chave que abre?

CO: Olha, aqui tem a chave vermelha, azul, rosa, amarela. Qual é igual a essa porta?

PR: Essa aqui, tia. (faz a indicação correta).

CO: Essa chave é a rosa. Isso mesmo. Agora você abre e pega as peças de dentro.

PR: Essa é rosa. E essa, tia, é verde?

Esse jogo é indicado para crianças a partir de dois anos, as quais, notamos, demonstraram bastante interesse, como no caso de PR. Entretanto, os maiores também divertiam-se com ele. Às vezes, numa atitude aparentemente de ajuda aos menores, acabavam apropriando-se do brinquedo que, quase sempre, não tinham tido a oportunidade de conhecer. Assim, com esse material, crianças de idades muito diferentes interagiam de forma prazerosa e com a possibilidade de explorar diversos aspectos: nomeação das cores e das formas geométricas; correspondência das cores, entre as chaves e portinholas (que exigiam o estabelecimento de um critério); a habilidade motora necessária para o encaixe das diversas

peças e para a introdução das chaves nas portinholas, etc.

Quando os pacientes, de aproximadamente seis anos, decidiam participar de jogos mais elaborados, despertavam a impaciência nos parceiros mais velhos. Geralmente, procurávamos despertar o interesse por atividades que as crianças de cada idade pudessem desenvolver. Porém, certos pacientes menores preferiam as atividades dos maiores, o que, às vezes, gerava queixas: "essa menina não anda, tia! Fica segurando a pedra que nem tonta!" Outros colegas mostravam-se mais colaboradores: "Olha, vai pra frente, anda um, anda dois e agora solta a pedra. Vou ler o que caiu, tá?"

Percebemos o fato de os pequenos atravancarem certas atividades e acabarem desistindo, quando realmente não conseguiam acompanhar o que se passava na situação. Procuravam, então, aproveitar melhor o tempo com outras atividades que correspondiam melhor às suas competências. Entretanto, quando permaneciam junto aos maiores, estavam beneficiando-se, de alguma forma, daquelas interações.

Nesses casos, os maiores acabavam inserindo os menores na atividade. Os mais intolerantes aprendiam a aceitar melhor os parceiros ao interagirem com crianças que conseguiam participar naturalmente com outras que apresentavam maiores dificuldades.

Na verdade, a variação de idades no grupo forneceu situações ricas de aprendizagem, tanto em relação aos

aspectos cognitivos, em que os pequenos aprendiam "aos saltos" junto com os maiores, quanto em relação aos aspectos afetivos, quando cada um aprendia a lidar com as próprias limitações e com a dos outros.

WO: Se você tirar dois, você dá dois pulinhos.
Se você tirar três, você dá três pulinhos
e se você tirar cinco, você dá cinco pulinhos.

NU: Hum...

CO: WO, você se lembra quando você é que estava aprendendo sobre os números nesse jogo?

WO: É... era antes, agora eu já sei!

CO: Agora você já aprendeu e pode até ensinar os outros, não é?

Procurávamos apontar para as crianças os ganhos que percebíamos no seu desenvolvimento no decorrer do trabalho. A percepção de seus avanços, além de ser autovalorizadora para os pacientes, incentivava o contato com os colegas iniciantes, promovendo uma interação constante entre crianças de níveis de desenvolvimento diferentes.

Certa vez, uma mãe insistiu que seu bebê de quinze meses permanecesse conosco durante as atividades. As crianças não apenas aceitaram o bebê com naturalidade, como

procuraram oferecer-lhe todo tipo de brinquedo que julgavam que lhe fosse apropriado, chegando a desempenhar o papel de "coordenadores" das atividades.

Tivemos pacientes como JA que, apesar de pequenos, demonstravam interesses considerados comuns em crianças maiores. Vygotsky (1988) escreve que

"a característica essencial da aprendizagem é que engendra a área de desenvolvimento potencial, ou seja, que faz nascer, estimula e ativa na criança um grupo de processos internos de desenvolvimento no âmbito das inter-relações com outros, que, na continuação, são absorvidos pelo curso interior de desenvolvimento e se convertem em aquisições internas da criança." (Vygotsky, 1988:115).

JA era uma menina que, no contato com a variedade de situações, envolvendo a escrita, mostrava-se fascinada pelas atividades dessa natureza. Com os seus quatro anos recém-completados e de origem sócio-econômica muito baixa, não perdia oportunidades de "ler e escrever"!

No início de sua participação no grupo, JA preferia os jogos de encaixe, fazendinha, bonecas. Com o tempo, envolveu-se com pintura, desenho e, principalmente, a escrita.

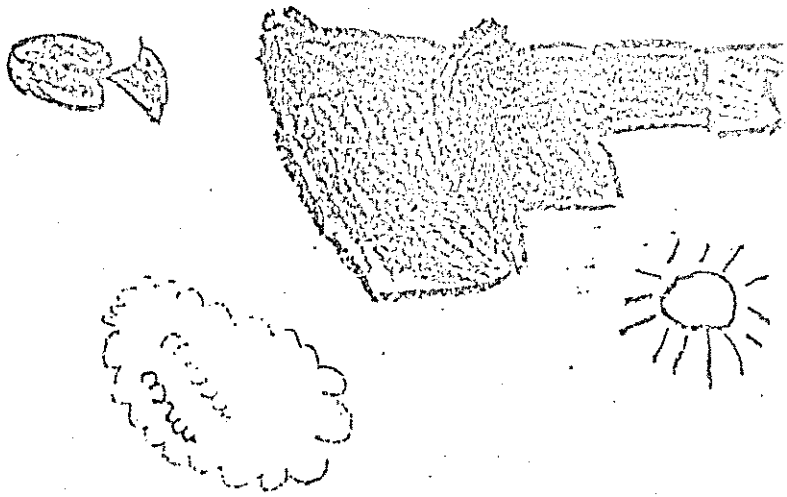
Procurávamos incentivar a escrita espontânea, como também fornecíamos modelos de escrita, presentes nos livros, jogos, etc., sempre informando à criança a forma convencional da escrita.

Como esse material era de fácil acesso, ela passou a escrever e a desenhar durante boa parte do dia. Já que permanecia muitas horas ligada a aparelhos, sem poder locomover-se, esse tipo de atividade foi de muita valia para essa criança, tornando mais suportável a convivência com a rotina hospitalar, bastante penosa, devido às características de sua enfermidade. Daí, talvez, o rápido avanço que teve na construção desse conhecimento.

JA passou de rabiscos não diferenciados, ao conhecimento (durante o período que a acompanhamos) de letras isoladas; sabia que estas registravam algum conteúdo e passou a fazer marcas particulares aprendendo algumas formas convencionais da escrita. (Figura 1).

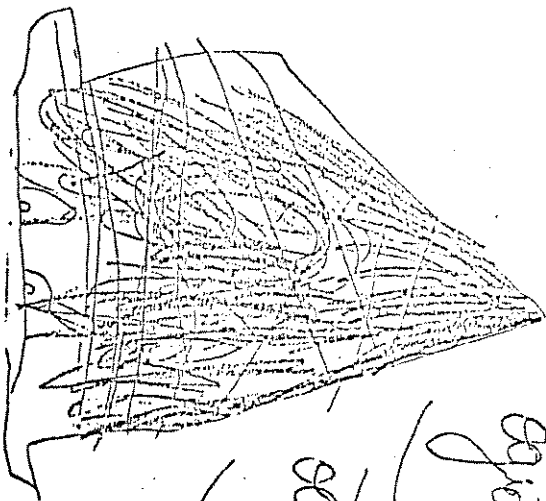
Outras crianças progrediam de forma mais lenta e procurávamos sensibilizá-las para esse tipo de conhecimento, assim como deixá-las à vontade nas suas produções.

MA, citado no episódio à página 63, foi uma das crianças que mostrou muito interesse pela aprendizagem da escrita. Devido ao fato de não urinar normalmente, desde o nascimento, responsabilizava sua enfermidade pelo fato de não freqüentar a escola e dizia que quando fizesse xixi igual aos outros iria para a mesma. Passava muito tempo brincando de "escolinha", forma carinhosa de muitas crianças referirem-se ao grupo. Os pacientes sabiam que o nosso trabalho relacionava-se à aprendizagem, o que o aproximava da escola. Por isso mesmo, embora houvesse elementos muito li-



bagda
bagda

Coat
Atea



ajitona

soysoy

bagda



off T
bagda

Ustai



Bagda

mpa

gados à afetividade e ao "faz-de-conta", o nosso trabalho foi apelidado de "escolinha".

CO: O que você escreveu, MA, parece que tem letra nova...

MA: É o "o", tia.

CO: Onde você escreveu o "o" aqui, MA?

MA: Não tem...

CO: É, não tem mesmo o "o". Essa letra como se chama, MA?

GI: É o "e", tia.

CO: Isso, é o "e". E essa que o MA fez?

GI: É o "i".

MA: O "o", tia, é essa aqui?

CO: Isso, MA. Vamos procurar aqui no seu crachá se a letra "o" está no seu nome.

MA: Aqui, o "o", o "a".

CO: E as outras, como é o nome delas? Como se chamam, gente?

MA, por ter freqüentado a escola, mesmo que por pouco tempo, lembrava-se da grafia de algumas letras. Procuramos mostrar a escrita em diversos contextos no grupo, e MA passou a investigá-la de forma autônoma. Diante da palavra "ocupado" na porta da sala, diz: "tia, o 'o' do MA, com o 'd', fica 'do'. Ocupado".

MA gostava de folhear os livros de história, que liamos para ele. Teve a oportunidade de explorar a escrita e a leitura em diversos contextos e satisfazer, em parte, seu desejo de participar de uma situação de aprendizagem sistematizada que, para essa criança, era associada à frequência à escola.

Autores como Klinsing (1977) sugerem que as crianças em fase escolar, com período longo de internamento, seriam beneficiadas se lhes fosse oferecida uma escolarização que, além de facilitar uma posterior reintegração à escola, diminuísse os efeitos da ruptura com o curso normal de sua vida, causada pela hospitalização. Embora essa proposta seja discutível, tendo em vista outras prioridades dos nossos hospitais, ela nos leva a reflexões sobre a necessidade de se ampliarem as experiências das crianças internadas.

4. ELABORAÇÕES DAS CRIANÇAS ACERCA DA HOSPITALIZAÇÃO

As informações trocadas entre as crianças referiam-se aos procedimentos nos exames, às cirurgias e a outras medidas terapêuticas. Nessas ocasiões, houve muita contribuição de crianças, já acostumadas com a situação hospitalar, para com os colegas que se internavam pela primeira vez.

Em nosso contato com crianças, mesmo de faixa etária superior, raramente deparamo-nos com pacientes informados sobre sua doença, mesmo que tivessem capacidade de compreender sua enfermidade e até de colaborarem mais ativamente no seu tratamento.

CO: A PA fez ultra-som hoje, não é?

PA: É.

CO: E o que você viu no seu ultra-som?

PA: A veia cava, a aorta...

CO: O que é veia cava, aorta?

PA: A veia cava, aorta, é uma veia.

CO: Ela passa aonde?

WO: Eu sei! É na barriga da gente! (aponta o estômago).

PA: Não! É dentro do corpo.

WO: Então, dentro do corpo é na barriga, não é, tia?

CO: WO, o ultra-som da PA era para examinar o coração.

Essas duas crianças tinham boa capacidade de compreensão. PA freqüentava a 4a série e estava às vésperas de submeter-se a uma cirurgia cardíaca, mas nada sabia informar sobre a mesma. Dizia que tinha um problema no coração, embora não relacionasse diretamente os exames com o ór-

gão.

Uma determinada criança de doze anos, BE, portadora de diabetes, estava de volta pela terceira vez desde que iniciamos nosso trabalho. Ao indagarmos a respeito de suas constantes internações, respondeu: "É minha mãe, tia. Ela não larga do meu pé! Não deixa eu fazer nada. É só botar o pé no portão e ela já grita. Ai eu passo nervoso e a diabete ataca".

Discutimos no grupo essas explicações de BE sobre sua doença. A maioria concordou que as mães são bastante limitadoras e sempre atrapalham no melhor das brincadeiras. Admitiam, porém, que nem por isso todos haviam desenvolvido a diabetes, o que tornou as explicações de BE bem pouco objetivas. Apesar de certos profissionais relacionarem o desencadeamento da diabetes com situações de "stress" enfrentadas pelos pacientes, esses e outros dados relativos à doença não foram devidamente ponderados junto à criança. Ela permanecia, até então, convicta de que seu quadro era desencadeado apenas pelo comportamento materno, sem, inclusive, poder expor as próprias fantasias que relacionavam a doença à mãe.

As pessoas, provavelmente, evitam conversar a respeito de certas doenças com as crianças, como é o caso de PA (episódio à p. 92), em que a gravidade da doença deixou-a vários dias em estado muito delicado.

Entretanto, as crianças acabam criando expli-

cações mágicas, de acordo com o que fantasiam acerca de sua enfermidade. Isso resulta em falsas concepções da doença, o que parece aumentar a insegurança dos pacientes.

Na verdade, é difícil para os pais e profissionais conviverem com a doença das crianças. É extremamente desgastante acompanhar a enfermidade e o sofrimento nesses pequenos pacientes. Apesar disso, não falar do tema com eles em nada diminui sua dor e, ao contrário, aumenta sua desconfiança em relação aos adultos. De acordo com nossas observações, as crianças demonstram boa capacidade de dialogar sobre seu tratamento e sentem-se bastante valorizada ao fazê-lo.

CO: E como é lá, CS? Conta para os meninos porque o LA vai operar. O JR também vai operar? Como é o lugar?

CS: A gente deita na maca, vai, chega lá a gente deita numa cama. Aí, eles dão um remédio e a gente dorme. Não vê nada!

JR: E a anestesia?

CS: Eles aplicam uma injeção e quando é menor de quatro anos dá um negócio pra cheirar.

JR: Ih! Eu queria ter menos de quatro anos.
(todos riem).

CO: Você acha que o JR agüenta a cirurgia, CS?

CS: Agüenta! Acho que agüenta. Quando passa a

anestesia é que dói, mas não é todo mundo que dói muito. É que eu tive que quebrar o braço de novo que tinha colado errado.

JR: Ah, se eu tiver força eu agüento!

CO: JR, você ouviu o que a CS falou? A cirurgia dela doeu porque ela teve que quebrar o braço de novo. Cada uma é de um jeito.

JR: Você ficou com medo antes de ir?

Neste episódio, as crianças trocavam informações, satisfaziam sua curiosidade, identificavam-se com os colegas: os outros também sentiam medo, dor, etc. e compartilhavam suas experiências.

Pelo nível de interesse e descontração com que as crianças falavam de suas experiências, temos indícios de que isso facilitava enfrentar o tratamento e a exposição a informações claras. Ainda que sem necessidade de grande aprofundamento, possibilitava a participação da criança na sua recuperação.

Crianças crescidas, como BE, certamente contribuiriam para sua própria recuperação, se bem informadas acerca de sua doença.

Como não tínhamos muitos dados das diversas patologias, e nem era de nossa competência esclarecê-las com os pacientes, orientávamos as crianças a conversarem com os médicos e exporem suas dúvidas. A livre conversação da

criança, a troca de informações e pequenos esclarecimentos triviais eram promovidos durante as atividades, como no caso de JQ.

JQ era uma criança do sexo feminino, com doze anos de idade, vítima de uma doença que apareceu subitamente, comprometendo bastante a motricidade da paciente. A criança passava o tempo todo da sessão, por sua iniciativa, envolvida em atividades que exigiam boa habilidade motora fina como: colar lantejoulas, escrever, pintar desenhos carimbados. Mostrava-se muito ansiosa diante das suas dificuldades, mas persistia na realização de tais atividades.

Conversamos com sua médica, profissional muito acessível e colaboradora, e esta mostrou-se surpresa com a ansiedade que notamos na paciente, porque era certo que seu quadro sofreria uma involução. Infelizmente, ninguém tinha comunicado isso à criança, o que lhe teria poupado momentos muito angustiantes durante sua hospitalização.

Ao ser informada do seu prognóstico bastante favorável, JQ passou a envolver-se em atividades bem mais descontraídas para ela, como fantoches e leitura de livros, sem necessidade de ficar testando sua área deficitária, naquele período.

Sem dúvida, as crianças com que trabalhamos nos levaram a aprender muito. O trabalho com crianças doentes, de caráter lúdico-educacional é tão gratificante como o trabalho em outros contextos, em que elas se encontram "sau-

dáveis".

O ambiente hospitalar, com seu excesso de institucionalidade, instalações físicas precárias e falta de recursos materiais, às vezes é desanimador. Porém, nossas observações sugerem que as crianças representam um incentivo constante a esse tipo de trabalho, respondendo muito favoravelmente a ele.

Temos a convicção de que, se aliarmos ao tratamento orgânico um atendimento dos aspectos cognitivo, motor e afetivo, a que as crianças têm direito, elas responderão muito mais favoravelmente ao internamento.

IV - ANOTAÇÕES SOBRE EXPERIÊNCIAS INDIVIDUAIS NO GRUPO DE CRIANÇAS

Passamos a analisar parte da trajetória de hospitalização de dois pacientes, WO e SI, que representam, respectivamente, casos de internação prolongada e breve.

1. O PACIENTE WO

1.1. Alguns Dados Sobre WO

WO é um menino de nove anos de idade, analfabeto, proveniente do interior do Estado de Goiás e de origem sócio-econômica muito baixa.

Encontrava-se hospitalizado havia três meses, sem nenhum acompanhante, sendo que já estivera nesse hospital para dois internamentos anteriores.

WO sofreu um acidente provocado pelo pai que deixou cair sobre ele a carga de um carrinho de rodas, soterrando parte do corpo da criança. Esse acidente custou-lhe uma imobilidade e uma insensibilidade irreversíveis, da cintura para baixo, tendo o menino que utilizar cadeiras de rodas para se locomover.

Durante esse período de hospitalização, WO já

havia se submetido a duas intervenções cirúrgicas. No tratamento, buscava-se evitar o atrofiamento, ainda maior, das pernas. Segundo os médicos, as cirurgias anteriores haviam sido inócuas por falta de um acompanhamento fisioterápico, em casa. WO internara-se com desnutrição e lesões epidérmicas provenientes de higienização precária.

Havia queixas dos profissionais da pediatria de que WO era agressivo com as outras crianças e usava palavras de baixo calão.

WO participou do grupo desde sua implantação, nunca tendo perdido, por sua vontade, as sessões. Foi um dos responsáveis pela rápida divulgação do nosso trabalho na enfermaria e representou um estímulo constante para a continuidade do mesmo.

1.2. WO e a Hospitalização

A influência da hospitalização em WO merece uma atenção especial, dado ao caráter dinâmico e peculiar do internamento.

Esta criança não passou despercebida pelas pessoas que freqüentaram a enfermaria, fosse pelas brigas e agressões provocadas, fosse pelos intensos afetos despertados.

O fato de o menino permanecer internado sem acompanhantes (as visitas paternas ocorreram raramente - por

insistência do Serviço Social), aliado ao estado de imobilidade permanente, sensibilizava as pessoas de modo geral.

O longo internamento fez com que WO passasse a fazer parte da rotina hospitalar e as brigas com outras crianças suscitavam diversas opiniões de procedimentos a serem adotados com o paciente. WO quebrava, de certa forma, os esquemas implícitos de relacionamento, ora mobilizando sentimentos por demais intensos, como amor e a irritação, ora agitando a rotina de certos setores da enfermaria.

O nível de mobilização que WO causava entre os profissionais pode ser ilustrado por sua capacidade de manipulação das pessoas, tendo conseguido, inclusive, juntar uma caixa de brinquedos doados por enfermeiros, médicos, funcionários ou pais de outras crianças. Ele mostrava-se falante e sua perspicácia permitiu-lhe aprender rapidamente a barganhar a compaixão que despertava nas pessoas, por carrinhos, lápis de cor, etc.

Certa vez, descobriu-se que ele estava juntando uma porção de pilhas, trazidas pelos funcionários que iam ao almoxarifado e acreditavam abastecer um radinho de pilhas que alguém lhe emprestara. Na verdade, WO planejava levar energia elétrica para casa, quando tivesse que retornar, pois em sua casa ainda não haviam "ligado a luz".

Determinados auxiliares de enfermagem eram notadamente um referencial afetivo para o menino, que gostava de conversar com eles, de lhes contar seus segredinhos, so-

licitando que eles lhe administrassem os cuidados de enfermagem. De início WO era, de fato, bastante dependente para vestir-se e locomover-se da cama para a cadeira de rodas e muito pouco era feito no sentido de atenuar os efeitos negativos dessa dependência.

Às vezes indispunha-se com alguns médicos e mostrava clara preferência por outros. Ao comentar a proximidade de sua alta conosco, perto de uma médica, esta lhe disse que não havia previsão para sua saída. Ele começou a gritar: "Eu vou embora, eu vou, eu vou", sacudindo o corpo violentamente. A esta reação, a profissional retrucou: "Por falta de adeus, meu filho, é que não vai ser!" Virou as costas, deixando o menino chorando, desapontado com a indefinição de seu período de internamento.

Este comportamento da médica demonstrou pouca compreensão a respeito da frustração por que passava o menino. Pareceu-nos que ela havia se sentido rejeitada pelo paciente, rejeitando-o igualmente.

O fato é que WO não era uma criança indiferente ao setor. Influenciou a enfermagem desse hospital, sendo do mesmo modo por ela influenciado. No hospital teve contato com a televisão, a escrita, maçãs, iogurtes, chuveiro elétrico, etc. Aprendeu a estabelecer relações em que as trocas materiais freqüentemente estavam presentes e a tirar o melhor proveito possível de sua condição de deficiente físico. Ao mesmo tempo, demonstrou intenso afeto por muitas pessoas,

sendo igualmente querido por diversos profissionais.

O seu caso esteve, com freqüência, presente nas reuniões multidisciplinares, em que pudemos participar de várias controvérsias a seu respeito, quando discutia desde formas de se lidar com o seu comportamento, até o encaminhamento que lhe dariam, após a alta hospitalar.

WO suscitou, na equipe de profissionais, discussão acerca do papel da família, da instituição e da própria sociedade, diante de casos como o seu. Mostrou-se uma criança vibrante, capaz de despertar muitos afetos e, de modo por vezes contraditório, de dar vida a um lugar comumente destinado à morbidez.

1.3. A Participação de WO no Grupo de Atividades Recreativo-Educacionais

Desde o início da implantação do grupo, WO já se fez presente, freqüentando-o até a obtenção de sua alta hospitalar. Quando chegávamos para convidar as crianças, WO já nos esperava na "sala de recreação".

Rapidamente apreendeu o caráter do nosso trabalho e, no segundo dia, manifestou-se às pessoas que estavam na sala assistindo televisão: "Vocês poderiam sair que vamos usar a sala? Podem voltar daqui a uma hora, tá?".

WO contava para as crianças o seu acidente, as cirurgias que sofrera e, freqüentemente, informava suas ex-

periências: "Eles dão um negocinho pra cheirar, que faz dormir, e daí não vi mais nada, e daí não tive mais medo". Era tanta a naturalidade com que passou a enfrentar as cirurgias, que transmitia tranqüilidade às outras crianças que teriam que passar pelo processo.

Muitas vezes, o grupo era interrompido por médicos que regulavam diversos aparelhos introduzidos nas suas pernas. Os profissionais entravam, realizavam suas intervenções e saíam, sendo que a criança sequer dirigia seu olhar a eles, tamanha a concentração nas atividades em que se envolvia.

O contato com os jogos, materiais gráficos, escrita, despertavam intensa curiosidade no menino que, nunca tendo freqüentado escola, sentia-se bastante atraído pela novidade que esse material representava. Desconhecia, também, noções acadêmicas básicas, normalmente dominadas por crianças menores, tais como números, nomes das letras, nomes das cores, etc.

WO envolvia-se, inclusive, nos jogos dos meninos maiores, que liam para ele as instruções e orientavam-no quanto aos procedimentos. Em certo jogo, em que imaginariamente percorriam-se diversas regiões do Brasil, aconteceu o seguinte diálogo:

CO: Estão vendo aqui? São as fotos da estátua do Aleijadinho.

WO: Tia, tia, quem é o Aleijadinho, tia?

CO: Foi uma pessoa que teve uma doença em que perdeu as mãos e teve que colocar um instrumento, que nem uma faquinha, amarrada no braço e assim fez estátuas lindas e todo mundo vai nessa região de Minas para visitar.

WO: Ah! Eu pensei que esse Aleijadinho era eu.

CO: É o nome de um artista, WO. Não é você, não; no outro dia trago umas fotos das estátuas dele. (O jogo prossegue e ele insiste).

WO: Cadê as fotos dele aqui, tia?

WO mostrou-se curioso pelo trabalho do Aleijadinho e pareceu-nos identificado com o artista. É interessante que as demais crianças do grupo encaravam naturalmente a deficiência de WO, e o próprio menino, nesta situação, enxergou-se como "aleijadinho", apelido que nos poderia soar como pejorativo.

A cadeira de rodas trazia certo desconforto para a realização de atividades grupais, mas essa criança procurou participar de forma tão independente quanto as demais durante as sessões. O comportamento de autonomia, bastante incentivado no grupo, teve uma provável repercussão

para além desse contexto, e a criança passou a se ocupar de seus cuidados de higiene, vestuário e locomoção, na medida de sua possibilidade. Vale lembrar que a necessidade de promovermos em WO a responsabilidade por seus próprios cuidados foi sempre discutida por nós junto aos demais profissionais que lidavam diariamente com o menino.

Através da seqüência das filmagens, constatamos o domínio gradativo, por parte de WO, de alguns conhecimentos escolares, tais como a nomeação de cores e formas, iniciação da aprendizagem de lecto-escrita, e a adaptação crescente às normas de interação grupal. Superando a dificuldade inicial no contato com os jogos, passou a ensinar as crianças menores, assim como, em momentos anteriores, os colegas de maior instrução lhe haviam transmitido os procedimentos: "Faz assim, N., dá um pulinho, dois, três pulinhos. Isso! Quando tira o número 3, é pra andar três casinhas. É fácil, não é?"

Passaremos a relatar alguns episódios que ilustram a participação de WO no grupo e, em seguida, apontaremos como as experiências vivenciadas parecem ter favorecido seu processo de desenvolvimento.

Esta sessão refere-se à distribuição de peças num jogo de dominó, em que pudemos perceber diversos aspectos interessantes na integração de WO com as crianças e a coordenadora. Durante esse jogo, diversos enfermeiros entraram e saíram, pois um paciente psiquiátrico (mãe de um pa-

ciente da UTI) havia se postado na sala, observando as crianças.

CO: WO, o que você gostaria de fazer?

WO: Queria jogar o joguinho.

CO: Será que LI joga com você?

WO: Você joga, LI?

LI: Hum-hum. (meneia, afirmativamente, a cabeça).

CO: Que joguinho vocês gostariam de jogar, então?

WO: Dominó.

WO contou as peças de LI, pedindo para ela contar também. Recontou as peças. Pareceu-nos que o problema eram as pedras que sobravam. Explicou o procedimento do jogo para LI.

CO: Dividiram igualzinho?

WO: Não. Ela tem quinze.

CO: E você?

WO: Eu tenho dez.

CO: Ela tem quinze e você tem dez. Quem está com mais?

LI: Eu tenho treze.

CO: E você, WO, quantas você tem?

WO: Treze.

CO: Treze?

WO: (meneia, afirmativamente a cabeça).

CO: Se LI tem treze e você treze, quem tem mais? (as crianças demonstram dúvidas, pareciam pensar). Quem tem mais, LI? Ajude a eles, TH. A TH e LU vão ajudar. (envolve outras crianças que pareciam interessadas na questão). WO tem mais pedrinhas, ou LI tem mais pedrinhas?

No início da divisão, WO distribuiu as peças uma a uma. Entretanto, isto não deixou a criança confiante e ela verbalizou, agora efetuando a contagem, a desigualdade de distribuição. Tendo a parceira contado suas peças, ele contou as suas também, mas diante do questionamento da coordenadora, que induzia a uma resposta de que "alguém tem mais", as crianças não conseguiram afirmar a igualdade das peças.

Isso provavelmente ocorreu tanto pela insegurança das crianças em suas habilidades numéricas, como pela própria maneira de questionamento da coordenadora, que envolveu todas as crianças na dúvida levantada.

Ao adotar esse procedimento, WO recorreu a uma estratégia de caráter perceptual para averiguar a igualdade da sua distribuição. Provavelmente valeu-se de um recurso

que em um momento evolutivo anterior ofereceu-lhe segurança no estabelecimento da igualdade numérica.

WO passa, então, a dispor as peças em duas colunas, comparando espacialmente suas peças com as da parceira. O uso desta estratégia é comentado por Luria (1986):

"este tipo de imagens espaciais, seriadas, que encontramos em crianças entre cinco e seis anos, não apenas constitui mais um passo no sentido de conquistar o domínio final sobre a aritmética, mas também, marca uma transição das noções concretas - limitadas aos objetos - para noções abstratas ou quantidades que tornam as operações mais livres e menos primitivas." (Luria, 1986:98).

Devemo-nos lembrar de que WO estava se desenvolvendo muito rapidamente no contato com o grupo, inclusive em relação ao conceito de número. Sendo assim, deve ter apelado para diferentes procedimentos, que indicam níveis de desenvolvimento diferentes, para resolver essa situação.

CO: Tem que dar um jeito de ter o mesmo tanto.

WO: (termina a organização das peças em colunas e nada verbaliza).

CO: Quem tem mais?

LI: O WO.

CO: Como você sabe?

LI: Porque eu vi! (refere-se às colunas monta-

das por WO).

WO: (contando o seu monte) Quatorze.

CO: Quanto você tem mais que LI?

WO: Ela tem treze, eu tenho... esqueci.

CO: Você tem quatorze, não é isso que você falou?

WO: (reconta suas peças) Treze!

CO: Você tem treze, quantas LI tem?

WO: Tá empatado!

LI: Tenho quatorze.

WO: Não tem não!

CO: Então vamos contar juntos para ver se têm o mesmo tanto.

As interações que vão ocorrendo colaboram para que as crianças prossigam sua tarefa de iniciar o jogo, de acordo com as regras. Provavelmente, sem as mediações da coordenadora, as crianças teriam iniciado o jogo sem a distribuição igualitária das peças.

Quando a coordenadora indaga se WO e LI têm realmente o mesmo tanto, WO procura os meios de que dispõe para checar a igualdade, sendo que LU, outra criança que se interessou pelo processo, acatou com convicção a forma perceptual de divisão, crendo nela como uma resolução justa para a situação: "O WO tem mais porque eu vi!".

A atuação da coordenadora foi no sentido de

fazer avançar esse procedimento de se realizar a distribuição das peças. Propõe a contagem como meio de averiguação do processo de distribuição das peças, ao invés de acatar a distribuição espacial, proposta por WO.

Ao acatar prontamente a contagem, WO demonstrou que não confiava, como LU, no procedimento de distribuição espacial.

A mediação da coordenadora fê-lo prosseguir na contagem e não se deter na distribuição perceptual, tão convictamente aceita por LU.

A criança conta, reconta e diz, entusiasmada ao constatar a igualdade: "Tá empatado". Contando, sentiu-se confiante para verbalizar o resultado obtido.

Através das inúmeras divisões e contagens que realizou, WO foi avançando na transição para as noções abstratas de quantidade, mesmo utilizando, em certo momento, a percepção como meio de checar a igualdade; só ousou uma verbalização convicta quando contou as peças. Mostrou que via na contagem um meio mais confiável de se realizar a divisão.

Entretanto, sua parceira discordou e a coordenadora propôs uma contagem comum. Isso possibilitou à criança vivenciar a necessidade de concordância do outro - o parceiro - em relação ao resultado da divisão.

Formas de mediação como essas vão possibilitando o aperfeiçoamento dos meios de resolução dos problemas, tornando o processo de contagem o mais fiel e econômico

possível. A este respeito, Vygotsky (1989) afirma que:

"o aprendizado humano pressupõe uma natureza social específica e um processo através do qual as crianças penetram na vida intelectual daqueles que as cercam." (Vygotsky, 1989:99).

A coordenadora e as crianças passam, então, a contar, juntas, suas peças.

CO: WO, me fala uma coisa: a LI tem treze, você tem quatorze, quem tem mais?

WO: Eu!

CO: Você tem mais. Quanto você tem mais que LI?

WO: A LI tem treze. Tá faltando uma.

CO: Uma. Isso mesmo. Então, de quem nós vamos tirar uma?

WO: (olha fixamente para CO e não responde).

LI: Do WO.

WO: (leva a mão à cabeça, num gesto de desapontamento).

CO: Vamos deixar no monte, tá, WO? Quando alguém não tiver uma peça pode pegar essa pedrinha.

WO: (meneia, afirmativamente, a cabeça).

CO: Ah! Conseguimos chegar a uma conclusão.

O interessante é que quando a coordenadora tira a peça de WO e coloca-a com o resto, a criança se manifesta: "Coloca uma dela, então!" Ao mesmo tempo em que tem a reação imediata de querer que o mesmo procedimento fosse aplicado à LI, diz para si mesmo: "Ah! não...", parecendo compreender o erro de sua colocação e começando a arrumação das peças para dar início ao jogo. A coordenadora, então, prossegue:

CO: Se colocar uma dela no monte, como vai ficar?

WO: Com doze.

CO: Aí você fica com quanto?

WO: (recomeça a contar).

LI: Com treze.

CO: E quem fica com mais?

LI: O WO.

Percebemos, neste trecho, que tendo terminado a contagem em grupo, WO conseguiu perceber que tinha uma peça a mais e que deveria ser retirada do seu monte para que a distribuição ficasse igualitária.

Quando é colocado para WO que teria que tirar uma peça sua, para que a distribuição ficasse igualitária, o menino imediatamente quer tirar uma peça da parceira.

Percebemos o sentido que "tirar" tem para essa

criança. Tirar é perder. No desapontamento demonstrado pelo menino, nesse momento, notamos o sentido dessa palavra para ele. Sobre isso, Luria (1986) diz que, junto com o significado, cada palavra tem um sentido, que entende como a separação, em certo significado, dos aspectos ligados à situação enfrentada pelo sujeito na ocasião. "Tirar" uma peça representou, nessa situação, perda para o menino. Já lhe haviam sido tiradas a mobilidade, a família e isso tornava a vitória no jogo bastante significativa.

A necessidade de WO ganhar o jogo era tão imediata, que ele não atentou para as regras da partida como um todo, para o fato de que ter mais pedras no início não ajudaria na vitória, pois ganha quem acaba primeiro com as peças e "perder" uma peça contribuiria para um resultado final favorável a ele. Na verdade, as interações que ocorreram durante a distribuição das peças tornaram esse processo um verdadeiro jogo à parte, envolvendo o raciocínio e a afetividade da criança.

Sobre a relação intelecto-afeto, escreve Vygotsky (1986):

"a sua separação, enquanto objeto de estudo é uma das principais deficiências da psicologia tradicional, uma vez que esta apresenta o processo de pensamento como um fluxo de pensamentos que pensam em si próprios, dissociado da plenitude da vida, das necessidades e interesses pessoais, da inclinação daquele que pensa" (Vygotsky:1986:06).

Esse autor diz da existência de um sistema dinâmico, em que o afetivo e o intelectual se unem e da relação dialética da influência e da transformação que um aspecto causa no outro.

O significado de perder uma peça para WO influenciou seu raciocínio, que pôde, porém, ser retomado na direção da resolução do problema, ao perceber que, nesse caso, perder uma peça possibilitaria o início do jogo - atividade prazerosa - de forma igualitária, de acordo com as regras. Enquanto a coordenadora ainda verbalizava porque WO teria que dar uma peça, a criança já estava se organizando para dar início à partida.

Os jogos impuseram a WO novas formas de relacionamento, nas quais a convivência adequada com o parceiro é condição indispensável para a participação. Os xingamentos e brigas constantes acabaram por ser substituídos por convites amigáveis para parceria e a agressividade passou a ser colocada de maneira a não afastar totalmente os colegas.

Vygotsky (1989) afirma que, através do brinqueado a criança experimenta o autocontrole e, ao subordinar-se a uma regra, renuncia a agir de acordo com seus impulsos imediatos, o que lhe proporciona prazer. Afirma que as maiores aquisições da criança são conseguidas no brinqueado, aquisições que no futuro tornar-se-ão seu nível básico de ação real e moralidade. O autor escreve:

"As investigações de Boldoi, Rignano e Piaget demonstraram que a necessidade de verificar o pensamento nasce pela primeira vez quando há uma discussão entre crianças, e só depois disso o pensamento se apresenta na criança como atividade interna, cuja característica é o fato de a criança começar a conhecer e a verificar os fundamentos de seu próprio pensamento" (Vygotsky, 1977:46).

Quando Vygotsky fala do brinquedo, e mostra sua importância no desenvolvimento infantil, ele apresenta a sua concepção de como o homem torna-se (constrói-se com os outros) esse ser complexo e rico, infinito em possibilidades de construir um mundo também complexo. Partindo de situações interpsicológicas, a criança transforma, ou processa, tais informações em conceitos e funções intrapsicológicos. Com o brinquedo a criança vai compreendendo e produzindo os sistemas simbólicos. Essa capacidade fantástica de representação que os homens possuem impregna toda nossa forma de ser, inclusive no plano de moralidade.

Por meio das experiências vivenciadas no grupo - como a que relatamos - WO teve a possibilidade de experimentar uma variedade de situações, que acreditamos ter contribuído para o seu desenvolvimento cognitivo e afetivo.

Passaremos a relatar um outro episódio, em que WO participou de uma atividade expressiva.

WO: Iupi! O desenho que eu fiz! Eu fiz um caminhão!

CO: De quem é?

WO: Nosso.

CO: O que está levando esse caminhão, WO?

WO: Nós.

CO: Oba, nós. Pra onde?

WO: Pra Bahia, vamos visitar nossos tios.

CO: E você vai levar o grupo todo?

WO: Eu vou!

Esse episódio ocorre numa sessão em que todos os elementos do grupo envolvem-se em pintura a guache. Pintam, contam sobre seus desenhos, criam histórias a partir deles.

WO exhibe seu trabalho para o grupo. A partir do caminhão pintado, imagina uma viagem em que poderia ir para a Bahia e levar o grupo com ele. Mostrava grande prazer nas atividades expressivas. Os borrões tomavam forma, ganhavam nomes. Utilizava os recursos simbólicos para extrapolar a situação real; permitia-se ir além dos limites impostos pela realidade, podendo viajar, visitar pessoas, carregar os amigos.

Olha para sua folha e diz para si mesmo, em tom baixo, a respeito de um borrão de tinta: "aqui o caminhão leva uma batida, já tá velho" (Figura 2).

WO: Aqui, tia! Fiz uma mulher.

CO: O que é?

WO: Uma cabeça bem feia, puro osso, que nem quando a gente morre.

CO: Então o que você quis fazer agora é uma cabeça bem feia, que nem quando a gente morre?

WO: Sabe o nome dela? É Ferraiada.

WO faz um gesto afirmativo com a cabeça e olhando para um borrão no seu papel diz para si mesmo: "O que é isso? Já sei, é um pedaço de queijo". Continua a pintar e mostra: "Tia, olha o pintinho que eu fiz."

Durante essa atividade, percebemos que WO desenhava sem um planejamento prévio. Na medida em que dava pinceladas, ganhavam sentido os seus desenhos. Às vezes denominava a criação depois de produzi-la e a fala egocêntrica acompanhava seus rumos, dando significado às produções que ia realizando.

Em desenhos posteriores, WO já dizia o que iria fazer, antes de iniciar o desenho, revelando uma intencionalidade, uma capacidade de planejamento: "Tia, vou fazer um desenho bem lindo pra senhora" e mostrava-o depois de concluído (Figura 4). Notamos, nesse desenho, que as figuras encontravam-se num contexto. Havia presença da linha de solo (ausente em figuras anteriores) e indicadores de elementos afetivos como o uso de cores variadas.

Percebemos nos desenhos de WO sua posição diante do grupo e de si mesmo. Sobre isso, fala-nos Vygotsky (1987):

"As imagens de fantasia emprestam também linguagem interior a nossos sentimentos, selecionando determinados elementos da realidade e combinando-os de tal maneira que responda a nosso estado interior de ânimo e não à lógica exterior destas próprias imagens" (Vygotsky, 1987:21).

WO mostra, pelo tom eufórico de sua voz, a satisfação de fazer o seu caminhão e de levar todos do grupo para um passeio. Ao borrão de tinta associa uma batida, um desgaste: "tá velho". A "Ferraiada" também foi associada à morte: "puro osso, que nem quando a gente morre".

A situação vivenciada por WO era, de certa forma, bem representada pelos desenhos. Sofrera traumatismos violentos, portava seqüelas irreversíveis. Estava, em parte, "amassado" como aquele caminhão. Entretanto, nesse caminhão todo o grupo cabia e iríamos juntos à Bahia!

E assim nos sentíamos no trabalho com WO: o nosso lugar no seu caminhão, embora amassado, estava garantido!

Relataremos, a seguir, duas histórias ditadas por WO e transcritas pela coordenadora, sendo a primeira produzida no início e, a segunda, em meados de sua participação no grupo:

A. A GALINHA

"A galinha botou os ovos e bebeu os ovos. O macaco vem e bebe o ovo também. Aí acontece que o macaco virou ovo. Depois veio o menino pegou o macaco e matou o macaco."

WO, nunca tendo freqüentado a escola e sendo proveniente de família muito pobre, provavelmente não tinha oportunidades de ler histórias estruturalmente mais elaboradas.

Procedia nos textos como nos primeiros desenhos, em que o sentido da criação ocorre à medida que se vai criando, sem uma organização prévia.

WO dispunha de poucos recursos para narrar uma história com trama elaborada, o que, sem dúvida, limitou a comunicabilidade de seu texto, dificultando nossa compreensão da mensagem. Apesar de possuir uma linguagem oral bem desenvolvida, de mostrar-se uma criança com capacidade de imaginar e transmitir idéias, faltava a WO desenvolver estratégias típicas mais avançadas ao se contar uma história, dentro da modalidade escrita.

Podemos perceber que procurou desenvolver temas referentes à morte e à destrutibilidade. Provavelmente existam sentimentos angustiantes da criança, apontados em colocações como: "a galinha botou os ovos e bebeu os ovos", "o menino pegou o macaco e matou o macaco". WO conseguiu fazer uma justaposição de frases um tanto quanto mórbidas, que certamente não deixavam de refletir sua afetividade, difícil

de ser, por nós, devidamente compreendida.

Nossa posição foi a de incentivar a produção da criança, não emitir opiniões que desvalorizassem o seu trabalho e ir oferecendo oportunidades de contatos variados com jogos, revistas, livros de histórias, etc., acreditando que, desta forma, favoreceríamos diversas aprendizagens.

Sobre isso, relata Vygotsky (1987):

"Daqui a conclusão pedagógica sobre a necessidade de ampliar a experiência da criança, se queremos proporcionar base suficientemente sólida para sua atividade criadora. Quanto mais veja, olhe, experimente, quanto mais aprende e assimila, quanto mais elementos reais disponha em sua experiência, tanto mais considerável e produtiva será a atividade de sua imaginação." (Vygotsky, 1987:19).

Transcreveremos, a seguir, uma outra história narrada por WO, cerca de dois meses após a elaboração da anterior e que, provavelmente, já revelava repercussões das experiências pelas quais a criança passara no grupo:

B. "Era uma vez três bichos: um cavalo chamado Burrinho, uma minhoca chamada Maluquinha e um gatinho chamado Chaninho. Eles tavam na floresta; aí, o cavalo viu a minhoca e a minhoca viu o gato e resolveram ser amigos. Mas eles estavam com uma fome e foram na lagoa e tinha água e peixe. Quando o cavalo viu o peixe, falou: 'Eu vou comer o peixe'. E a minhoca falou: 'Eu tô com muito medo desse peixe me comer; vou fazer um buraquinho e me esconder'.

Aí o cavalo foi embora porque ele ficou com muito medo do peixe matar ele, de comer ele. O cavalo voltou para casa, fez um buraco e se enterrou dentro do buraco e morreu lá dentro.

A minhochinha tirou a cabeça pra fora pra beber água e o peixe viu ela e pegou e levou para o fundo d'água, cortou um pedacinho e deu para os amigos. E a minhochinha morreu. Fim."

Notamos, no segundo texto narrado por WO, a presença de dados relacionados à autodestrutibilidade pelo medo - "o cavalo voltou para casa, fez um buraco e se enterrou dentro do buraco e morreu lá dentro" - e constatamos a temática de morte reiterada: "e a minhochinha morreu".

Tendo em vista o abandono afetivo em que se encontrava essa criança, durante o internamento, aliado às sérias frustrações com que tinha diariamente que conviver, podemos compreender, em parte, os conteúdos de suas histórias. Além disso, a imobilidade de WO, mesmo que por fatores acidentais, foi provocada pelo pai. O mesmo pai que só visitava a criança mediante insistências severas da assistente social da pediatria.

Apesar de não conhecermos profundamente a vida mental dessa criança, podíamos deduzir, com o que sabíamos, que suas experiências traumáticas eram mais do que suficientes para gerar histórias com conteúdos bastante dolorosos.

Ao mesmo tempo, quanto a essa segunda narrati-

va de WO, percebemos marcantes diferenças em relação à produção anterior, em que o atendimento a exigências estruturais era quase inexistente. O segundo texto apresentou maior coerência nas frases, houve encadeamento nas idéias apresentadas, resultando num enredo próximo aos relatados por escritores iniciantes, sem mostrar-se, contudo, estereotipado, como comumente encontramos em textos de crianças no início da escolarização, que seguem os "estilos literários" próprios das cartilhas de alfabetização.

Notamos um vocabulário mais rico e uma introdução tradicional, um marcador de abertura - "era uma vez" - acompanhados de apresentação dos personagens, dois deles presentes até o final da história.

Existem elementos de coesão textual, como artigos, conjunções e pronomes, o que confere ao texto estruturação e relacionamento entre os períodos. Os elementos descritivos narrados por WO conferem maior proximidade com as características de uma produção escrita.

As experiências com uma diversidade de textos escritos, vivenciadas por WO no grupo de atividades, pareceu ter gerado transformações nas produções do menino, aprimorando sua capacidade narrativa.

WO pôde também explorar a modalidade escrita, através da leitura de crachás, placas de sinalização utilizadas no grupo e da escrita do nome (cuja evolução pode ser comparada entre as Figuras 3 e 4, sendo que, na última, es-

creveu o seu nome para identificar o seu trabalho, distinguindo-o dos demais).

Foi-nos relatado por outros profissionais que conviviam com WO que, às vésperas de ter alta, o menino escreveu uma carta para uma apresentadora de programa infantil, onde confessava seu amor por ela e pedia-lhe para frequentar o seu programa.

Constatamos que a criança passou a valer-se da modalidade escrita em outros contextos, percebendo que podemos nos comunicar com as pessoas, utilizando este valioso recurso de interação.

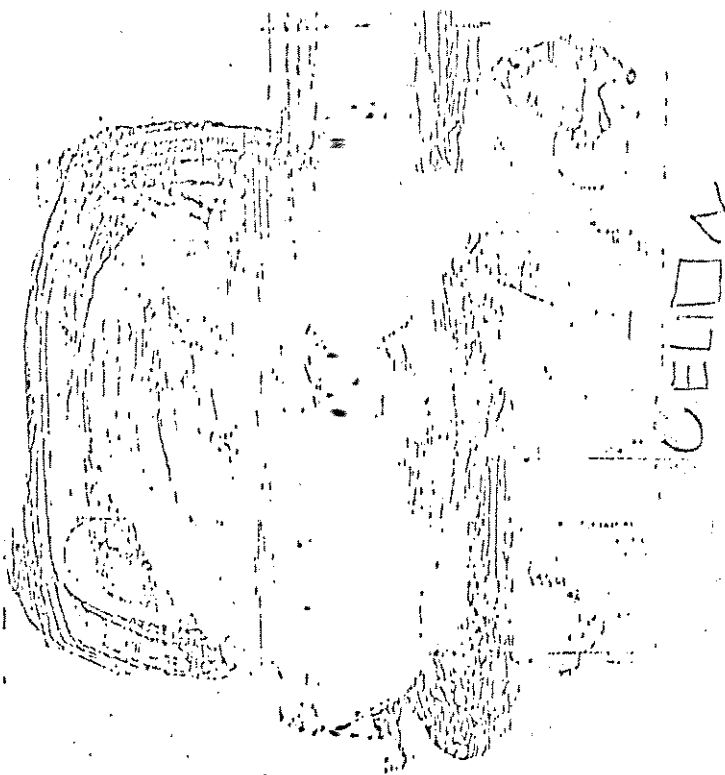
1.4. Considerações Gerais sobre o Caso do Sujeito WO

O período de convivência com WO no grupo de atividades recreativo-educacionais pareceu-nos extremamente rico para todos os participantes.

Acompanhamos a sua convivência com os parceiros: opiniões foram confrontadas, desejos negociados, frustrações deslocadas para além da agressão direta.

Tivemos a oportunidade de observar WO defrontando-se com situações que nos parecem triviais, porém, inéditas para esta criança, como ouvir a história de um livro ou jogar dominó.

O acesso a recursos, para nós corriqueiros,



UWEDNLI

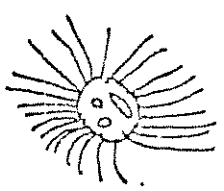


WOMIDON



FIGURA 3

FIGURA 2



Militon

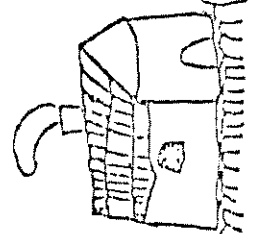


FIGURA 4

como a utilização de energia elétrica, foi vivenciado no hospital e tido como possibilidade de comparação com sua situação precária de vida, em que nem sequer de um banheiro podia usufruir, condição indispensável diante de seu estado físico.

Apesar de constatarmos, em diversas produções da criança, aspectos interiores bastante dolorosos, percebemos, também, uma infinidade de recursos ligados à vida, à produtividade, ao prazer.

E, de tudo, o que mais profundamente nos marcou, em relação a essa criança, foi a presença de muitos recursos internos de ordem afetiva e cognitiva. Apesar de todas as vicissitudes que a vida lhe impôs, conseguiu manter uma integridade mental, uma enorme capacidade de adaptar-se a novas realidades, mantendo vínculos profundos com determinadas pessoas à sua volta. Isso nos leva a pensar que essa criança deve ter experienciado ligações afetivas muito significativas no decorrer do seu desenvolvimento.

Tivemos a oportunidade de conviver com esse menino, com quem estabelecemos uma relação honesta e produtiva, baseada no afeto, bastante fértil para o crescimento de todos nós.

2. O PACIENTE SI

2.1. Alguns Dados Sobre SI e sua Experiência no Hospital

Ao contrário do sujeito WO, relatado anteriormente, SI passou por um breve internamento, tendo participado apenas de quatro sessões do grupo de atividades recreativo-educacionais. O menino tinha 11 anos e permaneceu poucos dias hospitalizado para realização de exames. Não estava com qualquer acompanhante, fato que, em algumas crianças, gera uma insegurança, às vezes afetando toda a enfermaria, principalmente quando a criança solicita, em demasia, os pais (o que não ocorreu com este paciente).

SI pareceu usufruir ao máximo do grupo, aceitando prontamente o convite para participar das atividades, e, antes do horário marcado, já nos aguardava na sala de recreações.

Encantou-se com os brinquedos e a possibilidade de interação com as outras crianças e a coordenadora: montou jogos de encaixe, construiu objetos, demonstrou gostar de ouvir histórias e de jogar.

Sendo de nível sócio-econômico baixo, regozijou-se com o fato de poder comer bem e de assistir televisão, parecendo, na nossa percepção, sentir-se num verdadeiro hotel cinco estrelas.

Verbalizou sua indisposição com a escola, como um dos clássicos casos de crianças curiosas, com boa capacidade de aprendizagem, mas pouco sintonizadas com a instituição escolar, de onde foram excluídas (SI havia abandonado a escola na 2ª série, por necessidade de trabalhar).

Sua postura inicial era de evitar a lecto-escrita, demonstrando-se inseguro e desvalorizado com relação a essas habilidades, apesar de seus onze anos.

Aos poucos foi familiarizando-se com a situação do grupo e envolveu-se muito nas atividades propostas, inclusive nas que se assemelhavam às "acadêmicas".

Com relação à hospitalização, transcrevemos a fala de SI: "Não tem nada de chato aqui". Parece-nos que, para esta criança, o hospital público apareceu-lhe como uma referência de bom atendimento, onde suas necessidades físicas e psicológicas foram satisfatoriamente atendidas. Relatamos alguns episódios de sua participação no grupo de atividades.

CO: E por que você está aqui no hospital, SI?

SI: Tô com dor aqui (aponta para o abdômen)
mas ainda não achou a dor que eu tenho.

CO: Ainda não descobriu?

SI: Não.

CO: O que você tá achando de ficar uns dias no hospital? Do que você está gostando, do

que não está...?

SI: Tô gostando...

CO: De quê?

SI: Da televisão.

- - -

CO: Quem vai na escola neste grupo? A GI, a AP. O AD vai à escola?

AD: Não.

CO: E você, estudou, SI?

SI: Eu estudei até na segunda.

CO: Por que você parou, SI?

SI: Era ruim. Eu estudava à noite e trabalhava.

CO: De onde você é, SI?

SI: (Fala o nome da cidade).

CO: E você trabalha ainda?

SI: (Faz um gesto afirmativo).

CO: Com que você mexe?

SI: Capino café.

Apesar de SI ser uma criança que permaneceu hospitalizada sem acompanhantes, sua enfermidade não afetava sua mobilidade, curiosidade e interesse, pelo menos no que pudemos constatar.

Mostrava um grande desagrado ao referir-se à escola, não escrevia o próprio nome e oferecia muita resistência a qualquer insistência nossa com relação à leitura e escrita, dizendo que já havia se esquecido de tudo. Com re-

lação aos números, demonstrava uma boa capacidade de cálculo, não utilizando lápis e papel para suas contas, apenas a operação mental, sem recursos externos.

(A coordenadora e SI jogam o "jogo de palitos" de acordo com a escolha da criança).

CO: SI, quanto é quatro mais cinco?

SI: Nove.

CO: De matemática você é jóia, hein, SI?

SI: (sorri).

CO: Eu tenho três amarelos. Cada um vale três.
Quantos pontos eu tenho?

SI: Nove.

CO: E com os nove que eu tinha?

SI: Dezoito.

CO: Ah! Você faz conta de cabeça! Agora é sua vez.

SI: Eu fiz vinte.

CO: Se eu fiz dezoito você vinte, quem fez mais?

SI: Eu fiz dois pra frente.

CO: Vou escrever dezoito na frente do meu e você escreve vinte na frente do seu.

SI: Escrever não vou não.

CO: Eu tinha dezoito, agora fiz quatorze. Com quantos fiquei?

SI: Trinta e dois.

CO: Você parece uma calculadora, SI, faz tudo de cabeça!

Pudemos notar que SI era uma criança com plena capacidade de pensar. Adorou o jogo de palitos, brinquedo até então desconhecido para ele. Resolvia rapidamente as somas, subtrações, desde as mais simples às mais complexas e logo passou a coordenar o jogo entre os colegas: "conta no dedo: três que você tinha mais quatro: quatro, cinco, seis, sete!"

Apesar de realizar operações mentalmente, orientava os colegas a usarem recursos como a contagem nos dedos, ou com objetos, demonstrando solicitude com as crianças menores e grande prazer em poder ajudá-los.

Como percebemos sua facilidade na aritmética, procuramos oferecer-lhe oportunidades de interagir também com a língua escrita:

CO: SI, até que série você estudou, mesmo?

SI: Segunda.

CO: E o que você aprendeu?

SI: Um bocado de coisa.

CO: E o que você escreve, SI?

SI: Ah, eu esqueci.

CO: O seu nome você se lembra?

SI: Não, eu já esqueci como escreve.

CO: E você queria se lembrar com escreve o seu nome ou não?

SI: Hã-hã (gesto afirmativo).

CO: Então, a gente pode até ver isso, depois.

Constatamos que SI era um dos clássicos casos de crianças com boa capacidade de aprendizagem, mas que demonstrava muita aversão pela escola e, em extensão, pela língua escrita.

Mostrava-se constrangido quando pedíamos que escrevesse qualquer coisa, o que procurávamos fazer de modo casual, dentro das diversas atividades: escrever o nome para marcarmos os pontos dos jogos, colocar o aviso de "ocupado" na porta da sala ou algo do gênero.

Passamos a oferecer a SI a oportunidade de entrar em contato com jogos nos quais pudesse ter experiências com a leitura e a escrita, já que esse material, de modo geral, exercia grande atração sobre o menino.

Pelo relato abaixo, pode-se observar o envolvimento da criança.

(A coordenadora e a criança participam de um jogo em que a figura se encaixa na letra que inicia seu nome e vai se montando um tipo de quebra-cabeça).

CO: Como se chama esta letra, SI?

SI: Não sei.

CO: É o E. Vamos ver se você o encontra.

SI: (SI apresenta uma letra qualquer).

CO: Essa letra tem no seu nome? Aqui estão os diferentes jeitos de se escrever o seu nome. Tem a letra E? (Co apresenta três formas escritas diferentes do nome da criança).

SI: Aqui tem o E. Olhe o jeito de escrever o E.

CO: (mostra a figura de uma serpente) O que é isso, SI, você sabe?

SI: É uma cobra.

CO: É uma cobra, um tipo de cobra que se chama serpente. Já ouviu falar?

SI: Não.

CO: A serpente começa com a mesma letra do seu nome, qual é?

SI: Si.

CO: É o S. O S com o i fica si. O S com o e fica se, de "serpente".

SI: (acha a peça que contém a letra S, encaixa na figura da serpente).

CO: Que tipo de cobra você já viu?

SI: Brava é a jararaca, cascavel...

CO: E o que a cascavel tem de diferente?

SI: Tem um chocalho no rabo dela.

CO: E como se escreve a palavra cascavel?

SI: Com o Ca. O Ca eu sei, olhe! (acha a letra C e nos apresenta)

CO: Isso, SI, essa letra se chama C, junto com a letra a forma mesmo o Ca!

SI consegue envolver-se no jogo com letras e aos poucos vai se desinibindo, fazendo comentários em relação à linguagem escrita.

Como foi relatado, a criança parecia envergonhada por não saber ler e ter desistido da escola. Não arriscava escrever o seu nome ou decifrar letras, de que, certamente, já ouvira falar.

Procuramos introduzir o contato com a escrita de forma lúdica, valorizando o conhecimento trazido pela criança e oferecendo novas informações.

SI nomeou letras, formou pequenas palavras, escreveu seu nome. Procuramos ampliar os limites do jogo, conversando sobre diversas experiências de vida da criança.

Na verdade, ele tinha muitas informações sobre a escrita, inibidas diante de seu constrangimento em relação à instrução formal e em função das poucas oportunidades de explorar os diversos tipos de texto.

No decorrer da sessão, SI foi perguntando sobre as sílabas, letras, etc.: "Esse é o da do dado. O da com

o i é di, do Sidinei, né, tia?".

Mostrou-se um ativo pensador das palavras, pronto para dominar o sistema alfabético, como no exemplo anterior, em que oferece outra opção para a escrita de seu nome, mesmo tendo o modelo à sua disposição.

2.2. Considerações Gerais Sobre o Caso do Sujeito SI

Como SI participou de poucas sessões, não tivemos a possibilidade de obter tantos detalhes de sua vida, como no caso do sujeito WO.

Um ponto interessante no nosso contato com SI é que interagimos com ele do mesmo modo que fizemos com crianças que não freqüentam a escola mas mostram-se muito receptivas a situações diversificadas de aprendizagem.

Apesar de mostrar-se fisicamente abatido, sentir dores e estar passando por uma série de exames, demonstrava muita vivacidade durante as sessões, o que nos possibilitou uma interação que, apesar de breve, pareceu-nos muito proveitosa.

Nas atividades iniciais, SI demonstrou habilidades motoras, conhecimento de cores e facilidade de lidar com números. Passamos, então, a oferecer a SI a possibilidade de viver situações relacionadas à leitura e à escrita, por percebermos que aí residiam suas maiores dificuldades.

Devido ao interesse demonstrado pelos jogos, incentivamos sua participação naqueles que envolviam a linguagem escrita. Teve a oportunidade de lidar com todas as letras e de aplicar seu conhecimento sobre a escrita em pequenas situações ocorridas no grupo, como a interpretação de placas de sinalização e a leitura de crachás.

Apesar do breve período de tempo, temos indícios de que a participação de SI no grupo de atividades recreativo-educacionais proporcionou-lhe experiências em diversas esferas de conhecimento de maneira prazerosa e afetiva, contribuindo para o desenvolvimento de conceitos, inclusive os tipicamente escolares e promovendo condições para uma autovalorização do sujeito.

CONCLUSÃO

Gostaríamos de ressaltar, inicialmente, que a atuação do psicólogo numa unidade pediátrica deve ter um caráter mais abrangente do que o trabalho aqui relatado. Referimo-nos a uma atuação que colabore na formação de outras especialidades profissionais, na melhor organização do ambiente hospitalar, no atendimento a todas as crianças indistintamente.

Além disso, chamamos a atenção para a dimensão ideológica da atuação do psicólogo. É bastante freqüente que a nossa formação profissional nos leve a atuar pensando o psiquismo humano dissociado das condições históricas que o constituem. Facilmente nos vemos raciocinando baseados numa idéia de "natureza humana", esquecendo-nos o quanto as condições concretas de vida do homem determinam o seu pensamento e o seu afeto. Daí a importância de pensarmos o caráter cultural e histórico do nosso papel, enquanto agentes da instituição onde atuamos e dos sujeitos que nela são atendidos.

Em psicologia hospitalar, comumente encontramos referências a comportamentos, sentimentos, atitudes "esperadas" como naturais durante a hospitalização. O "olhar técnico" é treinado para interpretar a realidade, baseado naquilo que se espera enxergar no comportamento dos indivi-

duos. Não tão comumente, costumamos pensar sobre as pessoas e situações, considerando-os à medida que os aspectos culturais e históricos constituem seu funcionamento afetivo e intelectual.

Badinter (1985) e Ariès (1975, 1981) discutem a evolução de conceitos de maternidade, infância, morte e de concepções relacionadas a esses temas, tidas como universais, mas que se alteram de uma época para outra.

Além disso, muitas práticas profissionais do psicólogo baseiam-se numa visão de sujeito passivo, buscando-se meios de controle do seu comportamento, visando à sua adaptação a uma realidade dada e considerada "adequada". É marcante o caráter ideológico dessa concepção, a partir da qual os que detêm o poder material de controle e condução das situações e de pessoas, desenvolvem práticas de acordo com os interesses que representam na sociedade.

Em outras formações profissionais que atuam no hospital, questionamentos dessa natureza também se fazem presentes. Oliveira (1991) escreve sobre a formação do médico:

"a ausência destas disciplinas tais como Filosofia, História ou Sociologia Médica, por exemplo, é patente no currículo das Escolas de Medicina, ao menos no Brasil. Além disso, outras disciplinas como EPB, Psicologia Médica ou Bioestatística são oferecidas num espaço onde o doente de carne e osso pouco penetrou, ou seja, o aluno pouco viu do doente na época em que esses cursos são ministrados. Em outras palavras, faltam matérias não estritamente mé-

dicas que, quando existem, não são capazes de estimular e formar no estudante uma consciência crítica pois pouco se articulam com o real cotidiano do exercício da medicina" (Oliveira, 1991:43).

Certamente encontraremos apontamentos nessa direção também nas demais especialidades profissionais que atuam no interior hospitalar. As críticas dirigidas aos profissionais, na verdade, relacionam-se com uma formação estritamente técnica que não fornece ao estudante o exercício da reflexão e da análise de fatores como os sociais, psicológicos, econômicos, políticos, que constituem a realidade em que deverá atuar.

Um outro ponto fundamental, em se tratando de profissionais que trabalham no hospital, refere-se ao aprofundamento necessário de muitas questões relacionadas com a afetividade, que são constantemente revividas no contato com os pacientes. Nossa cultura privilegia sobremaneira a juventude, a saúde, a beleza, o que nos dificulta enfrentar os sofrimentos e as perdas, comuns no cotidiano hospitalar.

Nossas reflexões sobre problemas relativos ao dimensionamento da atuação de profissionais no hospital, e às condições de funcionamento e organização dessa instituição, nos levaram a explorar a questão do atendimento à criança.

Autores como Guimarães (1987) apontam para a necessidade de se oferecer às crianças internadas um atendi-

mento próprio para a infância, independente de encontrarem-se em estado de enfermidade.

Em sintonia com um tipo de abordagem em que o enfoque não se baseia na psicopatologia infantil, e buscando contribuir para um enriquecimento da trajetória de hospitalização da criança, implantamos um serviço de caráter recreativo-educacional, a partir do qual realizamos o presente estudo.

As análises dos nossos dados se apresentam como fortes indicadores de que a criança hospitalizada, em geral, não está inibida em sua capacidade de aprendizagem e o internamento não impede a sua curiosidade e disposição para atividades, podendo beneficiar-se das mediações que o ambiente hospitalar lhe proporciona.

Percebemos, através dos dados, que as crianças interessavam-se pela oportunidade de se reunir em torno das atividades, mesmo antes de conhecerem o caráter do trabalho a que seriam expostas. Raramente recusaram o nosso convite para as sessões, o que demonstra que, mesmo na doença, há uma disponibilidade em se exporem a novas experiências.

Estando na situação grupal, adequaram-se com facilidade à nossa proposta. Nas sessões podiam manifestar suas opiniões, preferências, sentimentos. A possibilidade de retomada de iniciativas como a escolha das atividades, de sair e entrar livremente do grupo, assim como a exploração do ambiente de forma autônoma, são indicativos do interesse

manifestado pelas crianças.

A freqüência constante dos pacientes ao grupo, tendo em vista o caráter voluntário de sua participação, e a permanência nas sessões, demonstrou que atendemos a algumas de suas reais necessidades.

Além disso, a criança insere-se num contexto em que a cooperação é indispensável para a execução das atividades. A interação com o outro, quando uma variedade de sentimentos permeiam as relações, vai possibilitando a construção de relacionamentos nas diversas situações que diariamente vivenciam. O modo peculiar que cada criança tem de enfrentar a hospitalização repercute sobre os demais e é, ao mesmo tempo, transformado pelas ações destes. Isso significa que são constituídos socialmente os processos de elaboração da condição de paciente e de modos de sentir, conceber e atuar frente a questões de doença, saúde, morte e vida.

A possibilidade de expressar as situações que está enfrentando, como tratamentos dolorosos, cirurgias, etc. e o contato com os companheiros e a coordenadora, parecem repercutir favoravelmente na convalescença da criança.

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

Participaram com interesse das atividades, absorvendo-se de tal maneira, que continuavam realizando-as

mesmo quando enfermeiros ou médicos interrompiam as sessões para ministrá-lhes cuidados. Ou ainda, quando tinham que se ausentar para algum exame de rotina, voltavam assim que liberados.

Durante os trabalhos no grupo, manifestavam suas opiniões acerca do hospital e de sua condição de hospitalizados. Percebemos, em alguns casos, mudanças marcantes na elaboração de sua própria condição de paciente em que uma posição de desânimo, de distanciamento do seu próprio quadro clínico era substituída por uma postura de investigação de sua doença e por uma maior atividade no decorrer do dia, estendendo os momentos vivenciados no grupo para o interior dos quartos.

É interessante notar que as atividades do grupo começaram a ser vistas como parte da própria hospitalização, fazendo com que algumas crianças se ressentissem da alta hospitalar, por terem que deixar de freqüentar as atividades.

Apesar de se queixarem de dores ou mal-estar nas enfermarias, as crianças envolviam-se de tal modo na interação grupal que, se não fosse o local, as roupas, curativos e anexos hospitalares (suportes para soros, macas, etc.), poderíamos imaginar que as filmagens referiam-se a crianças perfeitamente saudáveis em uma situação qualquer de aprendizagem. Chegávamos, durante as sessões, a agir como em qualquer outro contexto de trabalho com grupo de crianças.

Tivemos a oportunidade de contribuir para a construção de diversas aprendizagens, envolvendo aspectos cognitivos e afetivos das crianças. Desde a troca de informações sobre a hospitalização, até a discussão em torno da escolha de um brinquedo, a aprendizagem de cores ou números, o contato com a leitura e a escrita, a expressão de afetos e as negociações entre os pares foram experiências ricas, aprendizagens que o grupo ajudou a construir. Nosso investimento nessas instâncias interativas se justificava pela convicção da necessidade de propiciar oportunidades para o desenvolvimento da criança. Convicção essa fundamentada nas análises da perspectiva histórico-cultural sobre as relações entre o desenvolvimento e a aprendizagem (Vygotsky, 1988).

Os nossos dados indicam que as crianças internadas podem beneficiar-se largamente de experiências de aprendizagem enquanto hospitalizadas e é importante atentarmos para o atendimento de suas necessidades de continuidade no processo de desenvolvimento mental. Sabemos que as crianças já trazem consigo uma diversidade de conhecimentos e construções que a convivência com seu ambiente lhes legou. A possibilidade de participar de uma situação educacional, com objetivos orientados para promover aprendizagem, pode ampliar as possibilidades de contato com o novo, com outras experiências relacionadas a aquisições culturais que a nova situação social em que estão inseridas pode lhes oferecer. O nosso trabalho indica que os pacientes mostraram-se recepti-

vos à elaboração de novos conhecimentos, como quando aprenderam ou ampliaram suas informações acerca do significado da escrita ou tiveram ainda a possibilidade de se expressar, imaginar, jogar e brincar.

A respeito das possibilidades criadas pela atividade lúdica, lembramos as palavras de Vygotsky (1987) quando escreve que no brinquedo

"a criança não se limita a recordar experiências vividas, mas também reelaborá-las de forma criativa, combiná-las entre si e edificar com elas novas realidades de acordo com seus afetos e necessidades" (Vygotsky, 1987:12).

Acreditamos que em situação de hospitalização, quando o corpo se encontra em estado de enfermidade, confinado num local destinado à doença, oferecer essas oportunidades à criança é, no mínimo, oferecer-lhe possibilidades de mobilizar os seus núcleos saudáveis em favor da superação da patologia de que é portadora.

Tratando-se de um hospital público, isso torna-se essencial. Reconhecendo a inadequação de um enfoque apenas curativo no trato da criança enferma, visualizamos a situação de internamento também como uma oportunidade singular de veicular importantes informações e oferecer experiências educativas bastante enriquecedoras para o desenvolvimento da criança hospitalizada, podendo estender-se até aos familiares.

Se constatamos que vários trabalhos (Guimarães, 1987; Zannon, 1981; Chiattonne, 1984) apontam possibilidades efetivas de desenvolvimento psicológico da criança hospitalizada e se considerarmos que o maior número de crianças provém de uma camada social de baixa renda - por vezes impedidas de terem acesso à instrução - temos que reconhecer que o hospital, assim como outros espaços institucionais de saúde, deveria assumir uma função também educativa frente a quem atende.

Não estamos nos referindo aqui à educação no sentido escolar, mas sim, aos aspectos relativos à educação para a saúde. Contamos, na enfermagem, com diversos especialistas profissionais que poderiam contribuir muito para o enriquecimento da experiência hospitalar nesse sentido.

Observamos que muitos profissionais procuram informar, orientar e contribuir de alguma forma com os pacientes naquilo em que se sentem capacitados. Alguns esforçam-se para integrarem-se com outras especialidades, visando a um atendimento mais adequado do paciente e a um enriquecimento da sua própria formação profissional.

Entretanto, nossas observações nos indicam que, além de haver resistência com relação à democratização do conhecimento, em que a questão do poder se faz sempre presente, não há um esforço integrado de equipe que vise a uma constante atuação na educação dos pacientes, relacionada à prevenção e ao controle de enfermidade, de forma sistemá-

tica e regular. Observando que os pacientes respondem favoravelmente à situação de aprendizagem, por que não proporcionamos, nas diversas áreas, uma variedade de informações que podem colaborar para a sua saúde global?

Sobretudo no caso das crianças, estamos lidando com uma população de baixo poder aquisitivo, que muitas vezes não tem acesso à escola (ou dela é expulsa) e com poucas oportunidades de informação. Ao não assumir uma tarefa educativa em relação à saúde física e mental, o hospital, além de perder a oportunidade de ampliar as experiências dos pacientes, nega-lhes a possibilidade de apropriarem-se de informações que contribuam para o seu bem-estar e sua condição de cidadão.

Temos consciência de que os males sofridos por nossa população são de ordem estrutural e por falta de condições básicas de vida. Entretanto, isso não pode justificar a manutenção de uma visão limitada dos serviços que o hospital deve prestar e nem impedir que seja concebido também como veículo de enriquecimento cognitivo e afetivo do paciente, com importantes ganhos de ordem social.

O contato com aspectos depressivos e dolorosos são inerentes à própria vida: apesar de trazerem sofrimentos, vivenciá-los pode enriquecer nossa estrutura mental para enfrentar outras situações. Entretanto, quando as pessoas são submetidas a experiências extremamente difíceis e não lhes damos o suporte necessário para superá-las, acabamos

contribuindo para produzir uma fragilização e um empobrecimento de estratégias para o enfrentamento da vida.

O trabalho com crianças hospitalizadas nos ensina que existem dificuldades na vida que não podemos evitar, como as perdas e certas doenças incuráveis. Existem outras, porém, que dependem apenas de nosso empenho na transformação das condições de atendimento.

Guimarães (1987) diz que todos os que se interessam pelos cuidados pediátricos e pela qualidade desse serviço têm o desafio de não negar às crianças oportunidades para desenvolverem atividades construtivas, apenas porque tiveram que ser hospitalizadas ou por pertencerem a um contexto social pobre em recursos econômicos.

O setor de pediatria muito se enriqueceria ao proporcionar a implantação de serviços que trabalhassem os aspectos de aprendizagem e desenvolvimento psicológico dos pacientes (Klinsing, 1977), assim como ao incrementar sua função institucional no sentido de atuar preventivamente por meio de outras iniciativas orientadas para a educação da população que atende.

O hospital tem funcionado de modo a criar uma situação na qual parece que a vida fica suspensa e a pessoa deixa de ter as possibilidades normalmente oferecidas por ela, prevalecendo o embate da doença com a saúde. Dependendo do resultado desse embate é que se retoma, ou não, a vida além do internamento.

Procuramos no nosso trabalho romper com essa situação e recuperar com as crianças o fluxo da história de produção da vida. E vida é afeto, sofrimento, calor, enfim, é movimento.

O trabalho em hospitais representa o cruzamento de inúmeras questões que merecem ser investigadas de forma bastante cuidadosa. Desperta-nos a paixão de conhecer o homem, suas criações, explicações acerca de si e do mundo, assim como o desejo de contribuir de alguma forma para alterar a realidade que nos cerca.

Gostaríamos de concluir lembrando que a morte, na nossa cultura, é algo a ser duramente combatido, e temos mostrado dificuldades na aceitação da lei do limite, implacavelmente imposta por ela. Entretanto, não é do fim da vida que devemos ser tão temerosos, e sim da qualidade de nossa existência a cada instante e, em que medida contribuimos para uma vida mais bela, criativa e prazerosa. Como observa Canguilhem (1990), o organismo sadio é o que procura realizar amplamente sua natureza, não apenas adaptando-se ao meio mas também procurando novas normas para si onde, inclusive, poder "abusar" da saúde faz parte de uma vida saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIES, Philippe. História social de criança e de família.
Rio de Janeiro: Guanabara, 1981, 380 p.

_____. História da morte no Ocidente desde a Idade Média.
Lisboa: Teorema, 1975.

BADINTER, E. Um amor conquistado: o mito do amor materno.
Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BOWLBY, S. Los cuidados maternos y la salud mental. 2. ed.
latino americana. Organization Mundial de la Salud,
1968.

BRUNNER, L. S. & SUDDARTH, S. Moderna prática de enferma-
gem. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980, v. 3.

CAMON, V. A. A. Sobre a atuação do psicólogo no contexto
hospitalar. In: CAMON, V. A. A. et al. (org.). Psico-
logia hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hos-
pitalar. São Paulo: Traço, 1984, p. 11-4.

CANGUILHEN, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro:
Forense Universitária, 1990.

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

_____. Relato de experiência de intervenção psicológica junto a crianças hospitalizadas. In: CAMON, V. A. A. et al. (org.). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço, 1988.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

GÓES, M. C. A natureza social do desenvolvimento psicológico. *Cadernos Cedes*. Campinas, (24):17-24, 1991.

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

GUIMARÃES, S. S. *Elaboração de um procedimento sistematizado para ronda de estimulação social de crianças em enfermarias pediátricas*. Brasília: Universidade de Brasília, 1987, p. 178 (Dissertação, Mestrado).

KLINSING, D. R. & KLINSING, D. C. The hospitalized child communication techniques for health personal. New Jersey: Prentice Hall, 1977.

LURIA, A. R. Desenvolvimento cognitivo: seus fundamentos culturais e sociais. São Paulo: Ícone, 1990.

_____. Pensamento e linguagem: as últimas conferências de Luria. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

MATOS, M. A. Medida do ambiente de desenvolvimento infantil. Psicologia, p. 5-18, 1983.

OLIVEIRA, H. A enfermidade na infância: um estudo sobre a doença em crianças hospitalizadas. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 1991, p. 161 (Dissertação, Mestrado).

PERAZZO, S. O médico e a morte. Psiquiatria Clínica. 12 (3-4):96-100. São Paulo, 1985.

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

SPITZ, R. O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetivas. São Paulo: Martins Fontes, 1965.

TORRES, W. C.; GUEDES, W. G. Arquivos Brasileiros de Psicologia. 39 (2):29-38, Rio de Janeiro, 1987.

VYGOTSKY, L. S. A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

_____. Pensamento e linguagem. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

_____. Imaginacion y el arte en la infancia. México: Hispánicas, 1987.

VYGOTSKY, L. S.; LURIA, R. A.; LEONTIEV, A. N. Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem. São Paulo: Ícone, 1988.

VYGOTSKY, L. S.; LURIA, R. A.; LEONTIEV, A. N. e outros. Psicologia e Pedagogia. Lisboa: Stampa, 1977.

ZANNON, C. M. L. C. O comportamento de crianças hospitalizadas e a rotina hospitalar: subsídios para a atuação do psicólogo junto à equipe de Pediatria. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1981, p. 200 (Tese, Doutorado).

