

atendimento pedagógico-educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada

eneida simões da fonseca¹ e ricardo burg ceccim²

- (1) *Phd em Desenvolvimento da Educação de Crianças Hospitalizadas (Inglaterra), Mestre em Educação Especial (Noruega), Docente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Classe Hospitalar do Hospital Municipal Jesus do Rio de Janeiro*
- (2) *Doutor em Psicologia Clínica (PUC/SP), Mestre em Educação (Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS), Professor de Educação da Saúde na Faculdade de Educação da UFRGS e Coordenador do Programa Escolar Hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

RESUMO:

ATENDIMENTO PEDAGÓGICO/CO-EDUCACIONAL HOSPITALAR: PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO E COGNITIVO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: A finalidade deste estudo foi a de explorar a hipótese de uma relação significativa entre o atendimento pedagógico-educacional proporcionado às crianças hospitalizadas e a recuperação de seu estado de saúde. Um total de 66 crianças hospitalizadas e atendidas por um programa escolar hospitalar participaram do estudo. Dois grupos de crianças foram estudadas: 24 crianças em idade de frequência em classes de educação precoce (idade média de 1,2 anos) e outras 42 crianças em idade de frequência em classes de pré-escola à 4ª série do ensino fundamental (idade média de 8,1 anos). Foram utilizadas duas diferentes metodologias, uma para cada um desses grupos. Para o primeiro, foi utilizada uma bateria de atividades compiladas de um roteiro institucional de intervenção precoce e, para o segundo, foi solicitado um desenho do hospital. Em ambos os grupos, a avaliação foi sistemática. As crianças do grupo da educação precoce que receberam atendimento do programa escolar hospitalar apresentaram melhor desempenho nos indicadores de valorização do desenvolvimento do que aquelas crianças que não receberam este tipo de atendimento, mas, além disso, tiveram reduzido o seu tempo de internação hospitalar. As crianças do grupo de pré-escola e séries iniciais passavam a usar mais e diversificadas cores em seus desenhos à medida em que se ampliava o seu contato com o programa escolar hospitalar. As crianças que receberam atendimento pedagógico-educacional no hospital pareceram entender e aceitar ativamente a necessidade da hospitalização, como, também, se recuperaram e obtiveram alta da internação pediátrica mais precocemente do que aquelas que não contaram com esta oportunidade.

UNITERMOS:

Classe hospitalar - Desenvolvimento e aprendizagem - Pediatria

ABSTRACT:

EDUCATIONAL PROVISION IN HOSPITALS: DEVELOPMENT AND LEARNING PROMOTION OF HOSPITALISED CHILDREN The aim of this study was to explore the hypothesis of a significant relationship between educational provision for hospitalized children and their regaining of health. A total of 66 hospitalized children attending a hospital based school took part in the study. Two groups of children were studied: 24 children in the age to attend an early intervention educational program (mean age 1,2 y.o.) and other 42 children in the age from pre-school to the 4th grade of elementary school (mean age 8,1 y.o.). Two different methodologies were used. For the early intervention group, a battery of activities compiled from an intervention compendium was used. For the children from the pre-school group and onwards, it was asked to draw the hospital. The strategies, in both groups, were used systematically. The results demonstrated that the children in the early intervention group presented better performance in the activities proposed as systematical was their attendance to the hospital based school. Similarly, these children spent shorter time hospitalized as compared to the children who had no similar educational provision during their hospitalization period. The children from the pre-school group and onwards, tended to use a greater number of different colors as well as presented more colored drawings as the more they attended classes in the hospital. Children who attend hospital based educational provision do seem to understand and cope better with the hospital environment as well as do recover and are discharged from hospital earlier than children who has no similar opportunity.

UNITERMS:

Educational provision in hospitals – Development and learning - Paediatrics

Artigo Original

FONSECA, E.S.; CECCIM, R.B. -Atendimento pedagógico-educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada. *Temas sobre Desenvolvimento*, v.7, n.42, p.24-36, 1999.

O presente estudo buscou explorar empiricamente a relevância do atendimento de uma classe hospitalar para a problemática de saúde e de desenvolvimento geral de crianças hospitalizadas.

Além das necessidades médicas e de enfermagem, reconhecidas quando se fala de hospitalização, existem outras não menos relevantes quando se pretende a proteção à vida de crianças. São as necessidades psicológicas e pedagógicas que se desdobram em apoio psicológico à criança e à família, atividades de recreação para crianças e atendimento pedagógico-educacional. Uma classe escolar na internação hospitalar em pediatria se institui num espaço de fronteira entre a pedagogia e a psicologia, porque a sala de aula é campo de construção cognitiva (aprendizagem formal) e afetiva (vivências sociais). A mediação do professor faz com que a criança desenvolva habilidades em diferentes registros de sua ação social.

Participaram das discussões para implementação da proposta de pesquisa e coleta de dados as professoras da Classe Hospitalar do Hospital Municipal Jesus no Rio de Janeiro, no ano de 1995. Estas professoras também contribuíram com críticas e sugestões à versão inicial do texto contendo os resultados obtidos e que aqui são apresentados. A elaboração do projeto de pesquisa e sua coordenação esteve a cargo da professora Eneida Simões da Fonseca e a revisão da versão final do texto foi feita pelo professor Ricardo Burg Ceccim, que também contribuiu para a sua atualização temática com a experiência da Classe Hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

REVISÃO DA LITERATURA

A implantação de serviços para o atendimento pedagógico-educacional de crianças hospitalizadas, aqui chamadas classes hospitalares, resultou do interesse de profissionais das mais diversas áreas em promover o bem-estar de crianças que requerem internação para tratamento de saúde.

Beverly (1936) verificou que, provavelmente devido à inatividade vivenciada pelas crianças hospitalizadas, distúrbios de comportamento eram observados quando os pequenos pacientes recebiam alta ou após terem ficado internados por um longo tempo. Posteriormente, Spitz (1945) demonstrou empiricamente que crianças hospitalizadas por um longo tempo, sem uma pessoa específica para satisfazer suas necessidades básicas e, por conseguinte, sem

receber estimulação no ambiente hospitalar, passavam a apresentar atraso significativo em seu desenvolvimento, podendo o mesmo ser irreversível.

Na Inglaterra, ideias semelhantes também começaram a surgir, e Bowlby (1969), com sua teoria do apego, muito contribuiu para mudanças na forma como crianças pequenas eram vistas e tratadas durante sua hospitalização. Robertson (1970), além da publicação de um tratado teórico sobre crianças pequenas em hospitais, produziu uma série de filmes em que a problemática emocional da criança pequena hospitalizada ficava claramente retratada.

Este repensar da realidade hospitalar levou também ao questionamento de que a cura de uma enfermidade física não poderia - ou pelo menos não precisaria - ameaçar o crescimento e desenvolvimento da criança em seus aspectos psíquicos e intelectivos. Uma vez que o ambiente hospitalar era estranho, restritivo às experiências cognitivas, e o tratamento, muitas vezes, doloroso, a hospitalização a que as crianças vinham sendo submetidas poderia estar lesando o seu crescimento e desenvolvimento que, antes da internação, parecia saudável.

O desdobramento das contribuições teóricas sobre as necessidades das crianças pequenas em hospital gerou um grande interesse pela humanização do cuidado às crianças hospitalizadas.

Isto culminou em propostas tais como:

- a) visitas mais frequentes e longas dos familiares às crianças em hospitais;
- b) adequação do espaço físico hospitalar à clientela infantil (enfermarias específicas para pacientes pediátricos, preocupações com a decoração e o mobiliário etc.);
- c) implantação de ambientes, recursos e profissionais na área da recreação e
- d) implantação de atividades didático-educativas (aulas/professores/apoio pedagógico).

Atualmente, devido às pressões econômicas e às mudanças na forma de tratamento de crianças, bem como pela tentativa de reduzir-se a permanência hospitalar e gerar uma maior rotatividade no uso dos leitos, os aspectos pedagógico-educacionais, e até mesmo os aspectos psicológicos, têm ficado à margem dos demais compromissos político-administrativos. Mesmo assim, de uma forma ou de outra, em todo o mundo o atendimento pedagógico-educacional em ambiente hospitalar continua mantendo a sua presença, e sabemos que as crianças que têm essa oportunidade em muito se beneficiam.

As crianças e a sua família apreciam e valorizam tais momentos.

Podemos concluir, de acordo com os estudiosos da área, que os aspectos emocionais e de desenvolvimento da criança hospitalizada devem receber cuidado especial em face da hospitalização. Estudos iniciais realizados por Prugh e colaboradores (1953) e por Vaughan (1957) demonstraram que crianças hospitalizadas, especialmente as com menos de 3 anos de idade, apresentavam distúrbios que podiam prejudicar negativamente a relação da criança com sua família, pois a criança poderia passar a desconfiar daqueles a quem ama e a desacreditar das atitudes destes perante ela.

Particularmente relevante à realidade brasileira está o trabalho de Monteiro Filho (1993), que focalizou seu interesse nas necessidades das crianças pequenas em hospitais, dando voz e força aos direitos que as crianças de fato têm ao atendimento de qualidade.

No que se refere ao atendimento de crianças pequenas, seguindo a linha de pensamento de Bowlby (1958) e de Lindquist (1980), quando uma relação de vínculo se estabelece entre a criança e o profissional que com ela trabalha sistematicamente, esta relação lhe propicia a oportunidade de seguir, sem bloqueios, o seu desenvolvimento normal. Segundo a pedagogia do desenvolvimento de Vygotsky (1935), o campo das construções cognitivas é campo de atualização de afetos e elaboração das aprendizagens complexas.

No estudo aqui relatado não foram utilizados instrumentos específicos para avaliação psicológica da criança hospitalizada; os resultados dizem respeito especificamente à atenção e intervenção realizadas por professores em classes hospitalares e verifica o impacto afetivo e cognitivo de um atendimento pedagógico-educacional para a problemática de saúde e de desenvolvimento geral da criança hospitalizada.

Com relação às crianças na faixa etária do jardim de infância à 4ª série, o desenho pareceu-nos o instrumento mais objetivo e acessível para a verificação de como as crianças sentiam e se relacionavam com o ambiente hospitalar. Sendo assim, o uso da cor, mais do que propriamente o tipo de desenho produzido pela criança, foi o componente utilizado no entendimento da fluência de relacionamentos de aprendizagem das crianças hospitalizadas. Segundo Dauger (1973), o colorido fala às emoções e não à razão. Campos (1977) acrescenta que o desenho infantil "tem sido considerado como a expressão do modo como a

criança percebe e compreende o mundo" (por suposto, expressão de aprendizagens). Desta forma, o desenho da criança projeta não apenas os aspectos físicos de uma auto-imagem ou percepção, mas também os cognitivos e psicológicos.

Não se pretendeu aqui esgotar as áreas teóricas relacionadas ao trabalho apresentado, mas sim pontuar que o mesmo é um desdobramento do conhecimento adquirido nestas áreas. Essa explanação dá uma visão bastante breve e resumida de aspectos relacionados ao atendimento pedagógico-educacional de classes hospitalares e que nortearam o estudo realizado. O estudo se desdobrou na medida do tempo de internação e do número de atendimentos recebidos pelas crianças na classe hospitalar do Hospital Municipal Jesus/Rio de Janeiro - RJ.

QUESTÕES PRINCIPAIS

Em linhas gerais, as questões norteadoras deste estudo foram: (a) Há alguma diferença de desempenho cognitivo-afetivo entre as crianças hospitalizadas que recebem atendimento em classe hospitalar e as que não dispõem desta oportunidade?; (b) Há alguma diferença nas vivências terapêuticas das crianças hospitalizadas que recebem atendimentos em classe hospitalar em relação às crianças que não recebem esse atendimento?; (c) Há diferença de performance entre as crianças hospitalizadas de acordo com a série em que estão matriculadas, sua idade, diagnóstico, tempo de hospitalização e/ou experiência anterior com internações?

MÉTODO

Dois métodos distintos foram utilizados no presente estudo. Tal fato deveu-se à variação da idade das crianças e, concomitantemente, seu nível de escolaridade. Embora legalmente (LDB, 1996) a composição dos níveis escolares divida a educação básica em três níveis: educação infantil (0 aos 6 anos de idade), ensino fundamental (ciclos ou séries com duração mínima de 8 anos) e ensino médio (etapa final com duração mínima de três anos), neste documento, estaremos adotando as terminologias Educação Precoce (0 aos 2 anos e 11 meses), Jardim de Infância (3 aos 5 anos e 11 meses), Classe de Alfabetização (6 aos 7 anos, incluindo a 1ª série) e Séries Iniciais (8 a 11 anos e 6 meses, reunido da 2ª à 4ª séries).

MÉTODO PARA A AMOSTRA DE CRIANÇAS DO JARDIM DE INFÂNCIA À 4ª SÉRIE

Todas as crianças em seu 1º dia de internação estavam automaticamente selecionadas para inclusão nesta etapa do estudo, sendo, nesta data, realizada a primeira avaliação. A segunda avaliação acontecia no 4º dia de internação e, subsequentemente, no 11º e 18º dias, perfazendo um total de 3 semanas de avaliação/internação.

Foi considerado que, para uma maior possibilidade de análise estatística entre as variáveis estudadas, cada amostra por turma deveria ter entre 5 e 10 crianças e que estas deveriam ter participado de, pelo menos, 3 avaliações.

A atividade para estas crianças foi a de desenhar o hospital. Esta atividade era proposta às crianças no 1º dia de atendimento na classe hospitalar (1º dia de internação), após sua 1ª hora de aula, quando lhe era oferecida uma folha branca de papel tamanho A4 e uma caixa de canetas hidrocor com 12 cores e lhe era pedido um desenho do hospital. A mesma atividade era proposta em 3 outras ocasiões subsequentes, conforme já citado.

O desenho produzido pelas crianças em cada uma das avaliações era classificado de acordo com o tipo (rabiscado, circular, figura isolada, cena). Eram também computados o número de cores usadas e a frequência desse uso. Mais do que o tipo de desenho, os aspectos mais estudados foram a frequência no uso de cada cor e o número de cores usadas, pois acreditávamos que, à medida que as crianças se adaptassem à situação hospitalar e/ou devido às atividades *normalizadoras* propostas pela classe hospitalar*, elas apresentariam um maior número de cores em seu desenho, bem como uma variação maior no uso de cores claras (rosa, azul, amarelo) em contraste com as cores escuras (preto, roxo, marrom).

Estudos sobre o desenho infantil demonstram que a cor tem ligação com seu estado emocional. Consideramos a possibilidade de que as crianças que tivessem sido hospitalizadas anteriormente apresentariam diferenças quanto às cores utilizadas em seus desenhos se comparados com aqueles de crianças que estivessem tendo sua primeira experiência com o hospital. O interesse, aqui, era o de verificar se a educação poderia contribuir para que esta criança, com a sequência de atendimentos obtidos em classe hospitalar e, independente do

diagnóstico ou período de hospitalização, apresentaria uma maior coloração em seus desenhos.

MÉTODO PARA A AMOSTRA DE CRIANÇAS DA EDUCAÇÃO PRECOCE

Ao primeiro dia de internação numa das enfermarias de pediatria geral, crianças com idade cronológica mínima de 12 meses e máxima de 2 anos e 6 meses, eram aleatoriamente selecionadas para participação no estudo. Posteriormente, havia uma outra seleção aleatória para uma das duas condições envolvendo esta amostra: intervenção ou controle. Na condição de intervenção as crianças receberiam atendimento de educação precoce durante o período em que estivessem hospitalizadas e seriam avaliadas sistematicamente. Já as crianças na condição controle seriam submetidas apenas às avaliações periódicas.

O instrumento de pesquisa baseou-se numa bateria de atividades compilada da apostila de intervenção precoce da Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (SME/RJ). Este instrumento compreendeu 28 atividades para a faixa etária dos 10 aos 30 meses (Anexo 1). Todas as crianças eram submetidas às atividades, sem ultrapassar aquelas além de sua idade cronológica. Com o objetivo de obter uma visão geral da *performance* da criança, todas as atividades eram propostas a todas as crianças, embora as 6 últimas atividades não fossem consideradas para o grupo na faixa etária até 18 meses e, da mesma forma, as 6 primeiras atividades não fossem consideradas para o grupo na faixa etária acima de 18 meses.

Todas as crianças teria computado um total máximo de 22 acertos (100%) em cada uma das avaliações. Para os itens em que a criança fosse solicitada a dar mais de uma resposta, a criança ia recebendo pontos parciais conforme acerto dos sub-itens propostos pela atividade (como na atividade 12.8 sobre o esquema corporal). Cada item tinha o valor de 4,5 de percentual e, por exemplo, num item com 5 sub-itens, a criança receberia para cada sub-item acertado o valor de 0,9 de percentual de acerto.

As atividades apresentadas às crianças desta amostra eram feitas com as crianças em seus próprios leitos. As atividades eram propostas sem o envolvimento do examinador. O examinador não interferia na atividade da criança. Apenas ao final de cada uma, o examinador dizia: agora vamos ver outra atividade. As respostas das crianças foram codificadas como: NF= não faz, FP= faz parcialmente ou F= faz

*Normalização é entendida, aqui, como em seu uso pela educação especial (MEC/SEESP, 1994): Progressão das crianças em situação especial às mesmas oportunidades de desenvolvimento e educação que o comum das crianças.

com segurança. Todas as crianças deveriam ter, no mínimo, 3 avaliações. Também foram consideradas outras variáveis tais como: idade, sexo, diagnóstico, número de dias de internação e internações prévias.

AMOSTRA

A amostra estudada compôs-se de um total de 66 crianças, participando das atividades pedagógico-educacionais de uma classe hospitalar nas modalidades de educação precoce (até 2 a 11 m), jardim de infância (entre 3a e 5a11m), classe de alfabetização e séries iniciais do ensino básico.

Vinte e quatro crianças (36%) eram meninas e 42 crianças (64%) eram meninos.

A tabela abaixo mostra a distribuição por idade e sexo e o número de crianças por suas respectivas turmas:

Turma	Idade		Sexo		N
	Média	S*	Fem	Masc	
Educação Precoce	1,2 anos	0,3 meses	08	16	24
Jardim de Infância	5,1 anos	1,5 anos	08	06	14
Classe de Alfabetização	7,8 anos	1,5 anos	01	12	13
Séries Iniciais	10,4 anos	1,2 anos	07	08	24
	Totais		24	42	66

* s = desvio padrão

A distribuição por sexo na morbidade hospitalar em pediatria tem mostrado uma predominância do sexo masculino e, na amostra aqui estudada, de fato encontramos mais meninos do que meninas entre as crianças hospitalizadas. As enfermarias de pediatria geral contribuíram com o maior número de crianças participantes do estudo (n=43, 65%), seguidas pela enfermaria de ortopedia (n=23, 35%).

O diagnóstico mais frequentemente apresentado foi o de pneumonia (n = 14, 21%), seguido por HIV + (n=6, 9%) e osteomielite (n=4, 6%). Os demais diagnósticos relacionavam-se a casos ortopédicos (fratura óssea, pé torto) ou de pediatria geral (gastroenterite), e tais diagnósticos não ocorreram mais que 2 ou 3 vezes cada um.

Quinze crianças haviam sido internadas anteriormente no hospital, sendo 2 do jardim de infância, 1 da Classe de Alfabetização, 5 da classe multisseriada de 2ª à 4- séries (séries iniciais) e 7 da educação precoce (educação infantil até 2a11m). Considerando-se o número de crianças por turma, as de 2ª à 4ª séries foram as que mais frequentemente re-internaram (n=5, 14,36%).

A média geral de internação foi de 16 dias (s=13). A permanência mínima foi de 1 dia e a máxima de 60

dias. Cinquenta por cento da amostra estudada esteve hospitalizada entre 5 e 23 dias.

A tabela seguinte apresenta o número de dias de hospitalização das crianças, de acordo com a turma que frequentavam.

Turma	Dias de Hospitalização			
	Média	s	Mínimo	Máximo
Educação Precoce	22	11	09	45
Jardim de Infância	18	20	01	60
Classe de Alfabetização	07	04	02	13
Séries Iniciais	09	10	01	30

Observou-se que crianças da educação precoce foram as que apresentaram a maior média de dias de internação (22 dias). Entretanto, a mais longa permanência foi observada na turma de jardim de infância (60 dias).

O estudo compreendeu 7 semanas de coleta de dados no período de outubro a novembro de 1995 e, após a 5ª avaliação, não foram propostas mais avaliações sistemáticas às crianças.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados em duas partes. A primeira concentra-se na análise dos dados referentes às crianças das turmas de jardim de infância à 4ª série. Posteriormente, passou-se à análise dos dados das crianças da educação precoce. Tal divisão se fez necessária devido à variação no método utilizado.

As crianças de jardim de infância à 4ª série experimentaram uma avaliação que envolveu uma atividade de desenho. A avaliação das crianças na faixa etária da educação precoce envolveu uma série de atividades com base na curva de desenvolvimento normal, e, também, foi possível a inclusão de um grupo controle, o que não ocorreu nas demais classes envolvidas.

RESULTADOS DO JARDIM DE INFÂNCIA À 4ª SÉRIE

Número de crianças: A amostra de jardim de infância à 4ª série envolveu 42 crianças, sendo 16 meninas e 26 meninos. A idade média era de 8,1 anos (s=2,4 anos). Cinquenta por cento da amostra compreendia idades entre 6,1 e 10 anos.

Hospitalização: A duração média de internação foi de 11 dias (s=13 dias). Oito crianças (20%) haviam sido hospitalizadas anteriormente, sendo 2 do jardim de infância, 1 da Classe de Alfabetização e 5 da classe multisseriada de 2ª à 4ª séries.

O diagnóstico mais frequente foi HIV+ (n=5, 12%), seguido por osteomielite, e, igualmente, fratura óssea (cada diagnóstico n=3). Havia 20 diagnósticos diferentes, mas, além dos citados acima, nenhum ocorreu mais que 2 vezes.

Avaliação: A atividade proposta às crianças nestas séries consistia de um desenho solicitado após a 1ª hora de atendimento pedagógico-educacional oferecido pela classe no 1º dia de internação das crianças. As crianças eram solicitadas a desenharem o hospital. Era-lhes oferecida uma folha branca de papel tamanho A4 e uma caixa de canetas hidrocor com 12 cores diferentes.

A mesma atividade era solicitada posteriormente às mesmas crianças no 4º, 11º e 18º dias da internação. Isto perfazia um total máximo de 4 avaliações, sendo as duas primeiras dentro da mesma semana e as demais, 1 vez por semana. Três eram os aspectos básicos avaliados: tipo de desenho (i.e.,

rabiscação, circular, figura isolada, cena), número de cores utilizadas e cor mais utilizada no desenho.

A tabela seguinte sintetiza o tipo de desenho feito pelas crianças de acordo com a turma que frequentavam e por avaliação feita. As crianças matriculadas nas séries iniciais e, por conseguinte, mais novas em idade cronológica e/ou com menos experiência pedagógico-educacional, tendem a produzir desenhos mais simples e que ratificam seu nível de desenvolvimento. Pela tabela, pode-se observar, por exemplo, que rabiscação foi mais frequente para as crianças do jardim de infância se comparada com o desenho de figura isolada para as crianças de 2ª a 4ª séries.

Estatisticamente, obteve-se uma correlação significativa entre a idade da criança e o tipo de desenho apresentado em sua avaliação ($r=.651$, $p=.000$). Regressão múltipla demonstrou que 42% da variação no tipo de desenho produzido pela criança estava ligado à sua idade.

Turma	N	Tipo de Desenho				
		Rabiscação	Circular	Figura Isolada	Cena	Rabiscação/Circular
Avaliação 1 (dia 1), n=42						
Jardim de Infância	14	06	04	04	00	00
Classe de Alfabetização	13	00	00	08	05	00
Séries Iniciais	15	00	00	11	04	00
Avaliação 2 (dia 4), n=14						
Jardim de Infância	04	01	02	00	00	01
Classe de Alfabetização	04	00	00	01	03	00
Séries Iniciais	06	00	00	02	04	00
Avaliação 3 (dia 11), n=05						
Jardim de Infância	03	01	01	00	00	01
Classe de Alfabetização	01	00	01	00	00	00
Séries Iniciais	01	00	00	00	01	00
Avaliação 4 (dia 18), n=03						
Jardim de Infância	02	01	00	00	00	01
Classe de Alfabetização	00	00	00	00	00	00
Séries Iniciais	01	00	00	00	01	00

Considerando outras variáveis como contribuintes para o tipo de desenho produzido pela criança foi observado que 23% da variação no tipo de desenho na primeira avaliação estava vinculada ao fato de a criança ter sido hospitalizada anteriormente ($r=-.479$, $p=.192$). A criança que havia sido hospitalizada anteriormente tendia a fazer desenhos mais simples (rabiscação) do que crianças que estavam experimentando sua primeira internação. Mas tal relação não apresentou significância estatística. Entretanto, na segunda avaliação, esta correlação apresentou-se significativa à estatística ($r=-.875$,

$p=.052$), e regressão múltipla demonstrou que 76,6% da variação no tipo de desenho da criança era explicado por ela ter vivenciado outras hospitalizações, o que só vem reafirmar que, para a criança, estar no hospital não é bom.

Por isso, enquanto profissionais da educação, nos caberia pensar se há alguma forma de minorar esse sofrimento, atendendo às necessidades pedagógicas da criança hospitalizada.

No que se refere ao número de cores utilizadas nos desenhos produzidos pelas crianças, assim como à cor que teve uso mais frequente, a tabela a seguir

resume a distribuição do número e frequência das cores de acordo com o dia proposto de avaliação.

Número da Avaliação	Frequência do número de cores usadas		Cor mais frequente	
1ª(1ºdia) n=42	01 cor	31%	Preto	45%
2ª(4ºdia) n=14	02 cores	36%	Preto	29%
3ª(11ºdia) n=05	03 cores	60%	Amarelo	40%
4ª(18ºdia) n=03	03 cores + 06 cores	33% 67%	Azul	100%

Na 1ª avaliação (primeiro dia de internação) 31% das crianças (n=13) detiveram-se a produzir seu desenho usando apenas uma cor. Nota-se na tabela acima que nas avaliações seguintes não apareceram mais desenhos com o uso de apenas uma cor. Na 2ª avaliação a menor frequência no uso da cor em um desenho foi a de 02 cores, na 3ª e na 4ª avaliações o mínimo de cores utilizadas foi 03. Na 1ª avaliação, o uso de três cores foi observado no desenho de apenas 3 crianças (7%) e 6 ou mais cores por apenas duas crianças (5% da amostra).

A cor mais utilizada foi o preto (n=19, 45%). Entretanto, este dado não demonstrou correlação com as datas de avaliação ($r=.038$, $p=.834$). Regressão múltipla demonstrou que a primeira avaliação (primeiro dia de internação) explicava somente 0,1% do uso da cor preta. Também não foi obtida significância estatística entre a idade da criança e o número de cores utilizadas no desenho ($r=.262$, $p=.141$). A idade da criança contribuiu com somente 6,9% da variação no uso de cores no desenho.

Um dado interessante na primeira avaliação foi o de uma das crianças do grupo de séries iniciais que recebia seu atendimento pedagógico-educacional no leito. Esta criança elaborou um desenho sem o uso de qualquer cor, ela fez o seu desenho usando apenas o lápis. Entretanto, nas outras avaliações esta criança incluiu cores e a cor preta apareceu com menos frequência que as demais nos desenhos de suas duas últimas avaliações. A mediação didático-educativa ampliou a apropriação do material pedagógico-educacional, denotando um redimensionando das interações da criança com o ambiente hospitalar.

No quarto dia de internação das crianças foi realizada a 2ª avaliação. O uso de 2 cores foi observado em 5 desenhos (36% do grupo de então: apenas 14 crianças que participaram da 1ª avaliação). Nesta ocasião, a cor mais utilizada ainda foi o preto (n=4, 29%). Não houve significância estatística entre o dia

de avaliação e o número de cores utilizadas ($r=.293$, $p=.382$).

A 3ª avaliação deu-se no 11º dia de internação das crianças (i.e., uma semana após sua 2ª avaliação). Nesta data, permaneciam apenas 5 crianças do grupo avaliado anteriormente. Observou-se três desenhos com 3 cores (n=3 crianças, 60% da amostra), duas cores no desenho de uma das crianças (20% da amostra desta avaliação) e 6 ou mais cores no desenho da outra criança (20%). A cor mais frequentemente usada foi o amarelo (n=2 crianças, 40%).

A avaliação feita no 18º dia de internação (2 semanas após a 2ª avaliação e internação) compreendia apenas 3 crianças do grupo que havia sido submetido às avaliações anteriores. Três cores foram utilizadas no desenho de uma das crianças, no qual a cor mais usada foi o azul, e as outras duas produziram desenhos com um mínimo de 6 cores, também predominando o azul.

A variação no número de cores utilizadas nos desenhos também se relacionava com internações prévias ($r=-.437$, $p=.239$). O uso da cor preta também correlacionou-se com internações prévias ($r=-.910$, $p=.032$). O ter vivenciado internações prévias explicou 82,8% do uso da cor preta. Em qualquer caso, o tempo de internação e de frequência à classe hospitalar repercutia em uso mais variado de cores e na escolha das cores claras, invertendo a expectativa de depressão, abandono e isolamento, provavelmente minorando o sofrimento da hospitalização. A oferta de materiais e de desafios cognitivos coloca à criança uma chance de maior apropriação do seu entorno, maior posse das referências hospitalares e menor temor ao desconhecido ou uma renovação das suas forças vitais. A análise dos componentes expressivos dos desenhos realizados pelas crianças do estudo contou com a colaboração da professora e psicóloga Vânia L. F. Nascimento da Silva, da Classe Hospitalar Jesus (Anexo 2).

Não houve correlação estatística significativa entre o sexo da criança e o número de cores utilizadas no desenho ($r=-.046$), nem entre o sexo e a cor usada mais frequentemente ($r=.176$).

Uma vez que o número de dados utilizados para análise estatística reduziu-se com a continuidade das avaliações, atenção deve ser tomada com relação a uma possível margem de erro, o que denotaria não fidedignidade de algumas das significâncias obtidas.

Entretanto, do ponto de vista descritivo, tais resultados não deixam de ser contribuições especulativas para discussões e futuros estudos nessa área.

RESULTADOS DA EDUCAÇÃO PRECOCE

Número e idade das crianças: A amostra da educação precoce envolveu 24 crianças. Oito das crianças eram meninas e 16 eram meninos.

A média de idade era de 1,2 ano (s=3 meses). Cinquenta por cento da amostra encontrava-se na idade entre 1,4 ano e 1,10 ano. A idade mínima estudada foi 1,1 ano e a máxima de 2,3 anos.

Condições experimentais: As crianças eram aleatoriamente designadas para uma das seguintes condições:

a) Controle: criança na faixa etária da educação precoce e que era avaliada sistematicamente em intervalos determinados.

b) Intervenção: criança na faixa etária da educação precoce e que era avaliada sistematicamente em intervalos determinados e que atendia às atividades propostas pela classe hospitalar para esta modalidade de atendimento (i.e., educação precoce).

A tabela seguinte apresenta o número de crianças e respectivas idades de acordo com o grupo experimental a que pertenciam. Não foi obtida significância estatística entre a idade da criança e o grupo experimental no qual havia sido incluída ($r=.127, p=.553$).

Condição	N	Média	Idade		
			s	Mínima	Máxima
Controle	09	1,2 anos	4 meses	1,3 anos	2,3 anos
Intervenção	15	1,1 anos	2 meses	1,1 anos	2,0 anos

Hospitalização: Sete crianças haviam sido hospitalizadas anteriormente. Três eram do grupo controle e as demais 4, do grupo de intervenção. Todas as crianças pertenciam às enfermarias de pediatria geral. Foram observados 10 diferentes diagnósticos de patologia pediátrica nesta amostra. Pneumonia foi o mais frequente (n=14, 58%). Não houve significância estatística entre o diagnóstico da criança e o grupo experimental no qual foi incluída ($r=.249, p=.240$).

A duração média da internação foi de 22 dias (s=11 dias) com uma permanência mínima de 11 dias e máxima de 45 dias. Cinquenta por cento da amostra esteve hospitalizada entre 13 e 31 dias.

Avaliação: A avaliação à qual as crianças foram submetidas resultou da compilação de uma bateria de atividades constantes da apostila de intervenção precoce da Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro.

A porcentagem média de acertos das crianças de acordo com a condição experimental e dia da avaliação é apresentada na tabela a seguir:

Avaliação	Condição	Percentual de Acertos				
		N	Média	s	Mínimo	Máximo
Primeira (1º dia) n=24	Controle	09	22	11	07	31
	Intervenção	15	31	08	18	40
Segunda (4º dia) n=24	Controle	09	16	09	05	27
	Intervenção	15	35	05	22	40
Terceira (11º dia) n=24	Controle	09	17	12	00	36
	Intervenção	15	50	08	40	63
Quarta (18º dia) n=15	Controle	06	13	11	14	36
	Intervenção	11	70	06	60	81
Quinta (25º dia) n=08	Controle	04	17	17	14	50
	Intervenção	04	84	03	82	86
Amostra Total	Controle	09	19	11	04	25
	Intervenção	15	47	07	35	56

A *performance* de acertos das crianças, considerando a média de acertos de todas as avaliações (tabela anterior) foi de 19% para o grupo controle e de 47% para o grupo experimental.

Descritivamente, isto denota que a *performance* do grupo de intervenção foi melhor do que a do grupo controle.

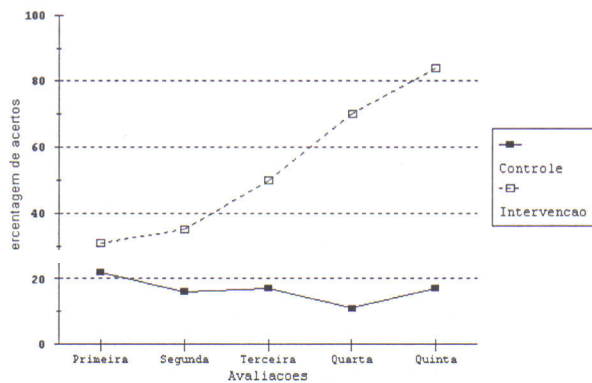
Considerando outras variáveis como contribuintes para a variação na *performance* das crianças nas avaliações, correlacionou-se estatisticamente a relação idade *versus* porcentagem de acertos. Não foi obtida significância estatística entre a porcentagem de acertos da criança e a idade ($r=-.174, p=.444$).

Regressão múltipla demonstrou que a idade da criança contribuía com apenas 3% da variação na *performance* de acertos nas avaliações. A idade também não obteve significância estatística quando correlacionada com a condição experimental à qual as crianças pertenciam ($r=-.120, p=.596$).

A condição experimental explicava apenas 1,4% da variação na *performance* da criança. Também não foi obtida correlação estatisticamente significativa entre o diagnóstico da criança e o grupo experimental ao qual pertencia ($r=.201, p=.370$), nem entre o diagnóstico e a duração da hospitalização ($r=.142, p=.507$). O diagnóstico da criança influenciou em apenas 2% da variação do período de internação.

A figura abaixo demonstra a *performance* das crianças de acordo com o grupo experimental pertencente.

Performance nas Avaliações
(amostra atendimento precoce)



Na avaliação inicial, realizada no 1º dia de internação, observou-se uma variação de 9% entre o número de acertos das condições controle e experimental. Nesta ocasião, o grupo controle teve uma média de 5 acertos ($s = 3$), enquanto o grupo experimental obteve uma média de 7 acertos ($s = 2,5$). O valor do desvio padrão demonstrou que a porcentagem de acertos de ambos os grupos apresentava uma distribuição semelhante. Isso mostra que, neste primeiro momento, não havia significativa variação entre a *performance* observada em cada um dos grupos. Análise estatística usando correlação, mostrou que a diferença entre a *performance* dos dois grupos na primeira avaliação não estava relacionada ao grupo experimental pertencente ($r = -.421$, $p = .213$). Nas demais avaliações, obteve-se significância estatística entre a condição experimental e a *performance* de acertos ($r = .907$, $p = .000$).

Considerando a média do percentual de acertos nas avaliações (excetuando-se a 1ª), a *performance* da criança estava ligada à condição experimental à qual pertencia. Regressão múltipla corroborou esta proposição demonstrando que 31,3% da variação na *performance* da criança nas avaliações estava vinculada à condição experimental (i.e., se pertencia ao grupo controle ou grupo intervenção). A

participação nas atividades de educação precoce incentivava o desenvolvimento pedagógico-educacional das crianças durante a hospitalização.

Outro dado de significância estatística foi o de que as crianças no grupo de intervenção permaneciam em média menos tempo internadas se comparadas com o grupo controle ($r = .560$, $p = .004$), como pode ser observado na tabela apresentada abaixo:

Condição	Dias de Hospitalização			
	Média	s	Mínima	Máxima
Controle	27	13	13	45
Intervenção	19	09	09	40

Não houve significância estatística na correlação entre o sexo da criança e sua *performance* nas avaliações a que foi submetida ($r = .160$).

Regressão múltipla demonstrou que 41,3% da variação no período de hospitalização era explicada pela condição experimental à qual a criança pertencia. Crianças pertencentes ao grupo de intervenção recebiam alta com menos tempo de internação do que crianças pertencentes ao grupo controle.

A hospitalização da criança que participava das atividades da educação precoce (grupo de intervenção) era 30% mais curta do que a permanência da criança que não recebeu atendimento semelhante (grupo controle).

DISCUSSÃO

JARDIM DE INFÂNCIA À 4ª SÉRIE

Como nesta amostra não havia um grupo controle (crianças hospitalizadas e não participando das atividades pedagógico-educacionais da classe hospitalar) e como também o número de crianças a cada avaliação foi se reduzindo, não foi possível demonstrar estatisticamente se a frequência à classe ou o tempo de internação alteravam a *performance* da criança em relação ao uso e frequência de cores nos desenhos.

A variável *internações anteriores* contribuiu para variações no tipo de desenho, bem como no número de cores que as crianças utilizavam em seus desenhos. A idade da criança esteve relacionada ao tipo de desenho produzido, mas não ao número e frequência de cores utilizadas. Sendo assim, podemos inferir descritivamente que outras variáveis aqui não incluídas, nem medidas, poderiam ter influenciado o desempenho da criança. De acordo com os estudos no campo da psicologia - relativamente à

hospitalização na infância, ressaltamos que os efeitos de uma internação hospitalar podem se traduzir em respostas emocionais específicas e distintas para **cada criança e que** esta experiência pode influir mais ou menos significativamente no uso e frequência de **algumas cores** em relação a outras.

Apesar da diminuição do número de crianças na **amostra ao** longo das avaliações e de falhas metodológicas (falta de um grupo controle por **questões** morais e pragmáticas), podemos dizer que a **situação** emocional da criança se reflete no número e frequência das cores usadas.

O maior tempo de internação significou maior tempo de frequência à classe hospitalar e, também, maior número e maior variação de cores usadas no desenho. A cor preta apareceu mais frequentemente nas avaliações iniciais do que nas posteriores, bem como observou-se o uso mais frequente de cores claras a partir da terceira avaliação do que nas duas primeiras. Segundo Campos (1977), o uso do preto está ligado à ansiedade, depressão e grandes temores e, em contra-partida, o azul refere-se à calma e ao desejo de afirmação, embora possa estar ligado à tristeza.

Poder-se-ia explorar, mesmo diante da amostra pequena do estudo aqui apresentado, que a criança, ao ser hospitalizada, deve sentir-se mais ansiosa e temerosa do que após um período vivenciando esta situação e que, provavelmente, deve ter recebido informações ou entendido melhor sua condição de saúde ao longo de sua internação. Desta forma, o uso do preto refletiria o temor do desconhecido. Já o uso do azul poderia tanto evidenciar calma, quanto uma certa tristeza pela falta possivelmente sentida de coisas familiares e que não estejam presentes no hospital.

A outra suposição, inescapável, é de que o atendimento pedagógico-educacional no hospital coloca a criança em contato com parte das experiências sociais que ela perde ao ser internada e este atendimento - de importante destaque à qualificação da assistência hospitalar - lhe devolve a manutenção dos vínculos com a vida social, além de, **para** muitas crianças, restabelecer os laços de uma vida normal, supostamente perdida.

Levantamento realizado no Hospital de Clínicas de **Porto Alegre** com uma amostra de 89 crianças na faixa etária dos 5 aos 12 anos de idade detectou que 33% crianças hospitalizadas e incluídas no atendimento de classe hospitalar apresentavam atraso escolar em relação à sua idade cronológica ou

estavam fora da escola. Dentre estas, 5% apresentavam atraso escolar maior de 3 anos e 16% apresentavam atrasos de 1 a 3 anos. As crianças hospitalizadas que não frequentavam a escola chegaram aos 12% na faixa etária dos 5 aos 12 anos.

Entre os motivos da evasão e repetência, 100% dos pais alegaram a doença do filho. Entre os motivos pelos quais a doença levou ao afastamento da escola ou perda do ano letivo, os pais relataram: postergação da matrícula escolar até a superação da doença, rejeição de matrícula pela escola como reserva de vaga para alunos que poderiam frequentar regularmente e de outra forma ficariam sem estudar, faltas constantes provocadas pela necessidade de consultas médicas e internações hospitalares, porque estudar seria um estresse a mais, para evitar o impacto das características físicas (perda dos cabelos, sequelas anatómicas etc.), para poderem ficar mais tempo na cama ou em repouso, para evitar frustrações nas atividades escolares, pela dependência de suportes vitais (O₂, uso de sondas etc.), entre vários outros motivos. Quase sempre o contato mantido com as escolas reforçou ou indicou o afastamento temporário das aulas e/ou do estudo.

Em um curso regular de capacitação multiprofissional para o atendimento pediátrico que é organizado anualmente em Porto Alegre pelas Faculdades de Medicina e de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, solicita-se dos alunos que realizem uma entrevista com crianças hospitalizadas na faixa etária dos 5 aos 12 anos, e em todas pode-se notar o registro de que, para a criança, o maior prejuízo da hospitalização é o afastamento da escola e a maior expectativa quanto à alta é o retorno à escola. Em sociedades escolarizadas como a nossa, a escola representa, no mundo simbólico, o território da infância e nem sempre o aprender parece relacionar-se com o amadurecimento intelectual e a apropriação da instabilidade constitutiva do mundo, das relações sociais e da subjetividade individual. A dissociação se evidencia no desejo da criança de aprender ("ir à escola") e dos adultos em protegê-la de estresses afastando-a do estudo. Para a criança hospitalizada, estudar aparece como um bem da criança sadia.

EDUCAÇÃO PRECOCE

Os resultados obtidos com a amostra de crianças na faixa etária da educação precoce demonstrou que esta modalidade de atendimento contribui para um melhor desenvolvimento destas crianças e - de vital relevância para a prática hospitalar - está vinculado a

um menor período de hospitalização, independente de sua idade, de seu diagnóstico e da *performance* inicial das crianças nas atividades.

É importante ressaltar que a pesquisadora que coletou os dados desta amostra era sabedora da condição experimental à qual a criança pertencia e isto pode ter, não-intencionalmente, colaborado para os resultados. Entretanto, como esta mesma pesquisadora não pode influir no período de internação da criança, o fato de que as crianças do grupo de intervenção permaneceram hospitalizadas menos tempo que as crianças do grupo controle corrobora o fato de que a participação nas atividades promovidas pela Classe Hospitalar contribuiu para a redução no tempo de permanência no hospital.

CONCLUSÕES

Apesar da simplicidade metodológica aplicada neste estudo, dois aspectos são relevantes. O primeiro em relação ao grupo de jardim de infância à 4ª série: demonstra indícios de que a frequência às atividades pedagógico-educacionais propostas pela classe hospitalar contribui para uma melhora nas expectativas de cura e/ou retorno ao cotidiano infantil, atenuando as expectativas de prejuízo de uma internação hospitalar na infância, uma vez que as crianças passaram a diversificar o número de cores que utilizavam em seus desenhos. Apesar de apresentarem desenhos compatíveis com sua faixa etária/experiência escolar, as crianças demonstraram uma nítida evolução do desenho; eles se tornavam mais precisos e delimitados, bem como tomavam uma maior área do papel. Ressaltamos, mais uma vez, que estes resultados são especulativos, uma vez que, devido ao número pequeno de crianças nesta amostra, não se obteve, do ponto de vista estatístico, significância para tais hipóteses.

O outro aspecto diz respeito aos resultados obtidos pela amostra recebendo educação precoce. Embora o fato de que, metodologicamente, a pesquisadora tinha conhecimento da condição experimental à qual a criança pertencia e também das atividades a serem propostas durante as avaliações, a significância estatística entre as variáveis dias de hospitalização e condição experimental corrobora a validade do atendimento, pois a pesquisadora não influenciou no tempo em que a criança ficou internada: esta é uma decisão da equipe clínica.

Sendo assim, e na medida em que variáveis tais como diagnóstico e idade não foram estatisticamente

significantes em relação à *performance* das crianças nas avaliações, pode-se inferir que o atendimento contribuiu para uma recuperação mais rápida das crianças que, conseqüentemente, receberam alta com menor tempo de internação do que as crianças do grupo controle.

Em resumo, o atendimento sistemático proporcionado a estas crianças contribuiu para um melhor desenvolvimento delas. A possibilidade de saída do leito, bem como a proposição de atividades motivadoras e a observação de que outras crianças também vivenciam estas experiências, contribuiu para uma *performance* mais assertiva destas crianças, se comparadas com aquelas que não são atendidas sistematicamente e que, por conseguinte, têm seu campo motivacional muito mais restrito.

O atendimento pedagógico-educacional que é desenvolvido na classe hospitalar contribuiu para um melhor desenvolvimento e mais rápida recuperação de saúde das crianças que participaram do mesmo. Sendo assim, não podemos ignorar a possível validade e significância desta modalidade de atendimento.

Embora este tenha sido um estudo exploratório e, por conseguinte, de pequena proporção e que se valeu de metodologia simplificada, os resultados obtidos são ao menos interessantes e ressaltam, indiretamente, que seriam relevantes e válidos outros estudos com uma estrutura metodológica mais específica e que elucidassem diversos aspectos relevantes nesta área educacional específica.

RECOMENDAÇÕES

Seria interessante comparar a utilização da cor em desenhos de crianças de outros grupos. Por exemplo, poder-se-ia aplicar semelhante atividade às crianças iniciando jardim de infância ou outras séries em uma escola regular da rede particular ou pública e verificar se há variação no número e frequência de cores usadas à medida que elas vão tendo mais vivência em seus contatos com a escola. Estes resultados, se comparados aos das crianças hospitalizadas, poderiam ser mais elucidativos quanto aos dados obtidos na amostra do hospital.

Similarmente, em relação à educação precoce, seria relevante proceder a novos estudos em que outros grupos de crianças pudessem ser avaliados em outros hospitais, em outros tipos de clínicas e com diagnósticos diversos dos apresentados aqui, bem como com crianças que frequentam creches ou são

cuidadas por parentes ou empregados na ausência ou não dos pais.

De uma forma abrangente, um aspecto bastante relevante para o hospital seria um estudo que considerasse também a comparação do comportamento dos acompanhantes de crianças que participam das atividades da escola com os que não participam. É importante ressaltar que a problemática de saúde deveria ser considerada. Provavelmente, acompanhantes que têm seus filhos atendidos pela classe sejam mais colaboradores/participativos no cuidado dos mesmos, bem como encontram uma relação propícia ao bem-estar geral e um funcionamento adequado da enfermaria em que se encontram. Estes também devem ser mais otimistas em relação à recuperação de seus filhos, pois a participação nas atividades da classe recupera os laços sociais do comum das crianças, apesar da problemática de saúde na vida da criança.

Faz-se necessário ressaltar que um estudo com tal abrangência requer um maior número de pesquisadores, bem como uma melhor estrutura de instrumentos a serem utilizados. A inclusão de variáveis tais como o nível de escolaridade dos pais, estrutura familiar, aspectos sócio-econômicos etc. pode contribuir para uma melhor compreensão da área investigada. Um estudo que envolvesse mais variáveis poderia garantir também uma maior fidedignidade quanto aos resultados obtidos e conclusões levantadas.

No que se refere aos profissionais que atuam em classes hospitalares, na medida em que o presente estudo indica a relevância da participação destes profissionais na recuperação e bem-estar das crianças hospitalizadas, uma maior atenção quanto ao real interesse e motivação de tais profissionais em trabalhar com esta clientela e, em contra-partida, na formação dos mesmos, seria oportuna. Uma atuação mais eficiente contribuiria positivamente para o desenvolvimento geral da criança cujo estado de saúde requeira hospitalização. Uma vez mais fica aqui ressaltado que a motivação do profissional de educação é imprescindível para que o mesmo atue em modalidades de atendimento específicas ou peculiares, diferentes de uma escola comum. Uma mais cuidadosa atuação se faz necessária e, certamente, contribuirá para um melhor desempenho escolar do aluno que recebe o atendimento especializado de uma classe hospitalar.

No que se refere ao tratamento pediátrico exigido no ambiente hospitalar, nossa experiência e este estudo indicam uma contribuição bastante positiva. Uma energia interna parece ser mobilizada pela criança em prol de sua recuperação e enfrentamento da doença quando ela recebe um atendimento pedagógico-educacional que se assemelha à escola e que mobiliza suas aprendizagens e aquisições cognitivas. Este atendimento potencializa os esforços pediátricos pela cura e redução do tempo de permanência de uma criança no hospital, além de oferecer uma cobertura assistencial que efetiva, nos pais e nas crianças, uma sensação de efetiva proteção à vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beverly, B. - The effect of illness upon emotional development. *J. Pediatr.*, v.8, p.533-43, 1936.
2. Bowlby, J. - The nature of the child's tie to his mother. *Intern. J. Psycho-Analysis*, v.39, p.350-73, 1958.
3. Bowlby, J. - *Attachment and loss*. London, Hogarth Press, 1969.
4. Campos, D.M.S. - *O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade*. Petrópolis, Vozes, 1977.
5. Brasil. Leis, decretos. *Lei nº 9.394*, de 20.12.96. Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB).
6. Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria da Educação Especial. *Política Nacional de Educação Especial*. Brasília, MEC:SEESP, 1994. 66p. (Livro 1).
7. Dager, E. - *A cor na comunicação*. Rio de Janeiro, Fórum Editora, 1973.
8. Lindquist, I. - Therapeutic use of play. *Paediatrician*, v.9, p.203-9, 1980.
9. Monteiro Filho, L. - *Mãe, se eu for para o hospital, você vai estar comigo?* Rio de Janeiro, Autores e Agentes Associados, 1993.
10. Prurgh, D.; Staub, E.; Sands, H.; Kirschbaum, R.; Lenihan, E. - A study of the emotional reactions of children and families to hospitalisation and illness. *Am. J. Orthopsych.*, v.23, p.70-106, 1953.
11. Robertson, J. - *Young children in hospital*. London, Tavistock Publications, 1970.
12. Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal da Educação. *Intervenção Precoce*. Rio de Janeiro, Departamento Geral de Ensino / Instituto Helena Antipoff, 1990.
13. Spitz, R. - Hospitalism: an inquiry into de génesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal. Study Child*, v.2, p.113-7, 1945.
14. Vaughan, G. - Children in hospital. *Lancet*, v.1 (June), p.1117-20, 1957.
15. Vygotsky, L.S. - *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

ANEXO 1 - AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL

(BASEADA NA APOSTILA DE INTERVENÇÃO PRECOCE/SME-RJ)

IDENTIFICAÇÃO

Nome da Criança: Data do Nascimento: Motivo da Internação:

Enfermaria: Outros Informes:

ATIVIDADES	1	2	3	4	5
10.2- A criança fica na posição sentada sem apoio.					
10.3- Colocar alguns itens pequenos em frente à criança. Dar um recipiente à criança. Dar outro recipiente à criança (a criança coloca os itens num recipiente e depois passa-os ou entorna no outro).					
10.4- Cantar melodia de parabéns e esperar reação da criança (a criança bate palminhas).					
10.5- Colocar 6 cubos de madeira em frente à criança (a criança constrói uma torre com 2 cubos ou 3 a 4 aos 18 meses. 5 a 6 aos 24 meses)					
11.1- Colocar a criança sentada e a sua frente um brinquedo a certa distância (criança muda da posição sentada para prono).					
11.2- Colocar o brinquedo um pouco mais afastado da criança (criança movimenta-se na posição prono, i.e., arrasta-se).					
11.3- Dar item embrulhado em papel como bala (a criança tira o papel).					
11.4- Pedir a criança que dê o papel (a criança dá).					
11.5- Colocar um brinquedo a certa distância da criança com um barbante próximo à ela (a criança puxa o barbante para fazer o brinquedo se aproximar).					
11.6- Deixar a criança brincar com o brinquedo anterior. Chamar a criança pelo nome: X olha para mim (a criança olha para o examinador quando chamada pelo nome).					
11.7- Tocar um chocalho atrás (esquerda/direita) da cabeça da criança (a criança volta a cabeça para o lado onde o chocalho for tocado).					
11.8- Colocar um lápis estaca e uma folha de papel em frente da criança (a criança segura o lápis e rabisca o papel). A partir dos 18 meses.					
12.1- Colocar a criança na posição sentada e um brinquedo a certa distancia a sua frente (criança engatinha em direção ao brinquedo).					
12.2- Colocar a criança de pé segura pela roupa (a criança dá um mínimo de 2 passos).					
12.3- Colocar um brinquedo sobre a grade para que a criança veja (criança levanta para a posição em pé apoiando-se na grade).					
12.4- Movimentar o brinquedo ao longo da grade (criança anda apoiada na grade).					
12.5- Colocar o brinquedo no chão ao lado da criança (criança da posição de pé, retorna à posição sentada, ajoelhando-se antes de sentar).					
12.6- Colocar à frente da criança um carro, uma boneca, uma caixa pequena, um copo com tampa, um canorrcc. um gato. um cavale. Pedir: dá o carro? Dá a boneca? Abre a caixa! Fecha a caixa! Como o cachorro faz? Como o cavalo faz? Como o gato faz? (Faz uso das onomatooéias e faz o que é pedido).					
12.7- Colocar um boné na cabeça da criança e esperar a reação (a criança tira o boné).					
12.8- Perguntar à criança: onde está o olho? Onde está a boca? Onde está o pé? Onde está a barriga e onde está a mão? (a criança mostra esta parte do corpo nela mesmo). A partir dos 18 meses.					
18.1- Dar a criança um copo com tampa, uma caixa pequena, uma panelinha com tampa (a criança abre e fecha os recipientes)					
18.2- Dar um livro plástico para a criança (Até os 24 meses, a criança passa 2 ou mais páginas por vez, após os 24 meses, passa 1 página por vez).					
18.3- Mostrar à criança uma caixa com 3 pares de objetos semelhantes. Pegar um por vez e perguntar onde está o outro? (a criança aponta ou pega e dá o objeto semelhante).					
24.1- Dar um pente à criança (a criança dramatiza pentear-se).					
24.2- Dar um telefone à criança (a criança dramatiza telefonar).					
24.3- Dar uma boneca e uma mamadeira à criança (a criança dramatiza amamentar com mamadeira).					
24.4- Dar um pote com tampa de rosca à criança (a criança desatarracha a tampa).					
24.5- Colocar a criança sentada num velocípede (a criança o movimentar para trás, o movimento para frente, o movimento com uso correto dos pedais).					

Códigos para registro na planilha: NF= não faz; FP= faz parcialmente; F= faz com segurança.

ANEXO 2 – ANÁLISE DOS DESENHOS DAS CRIANÇAS DE JARDIM DE INFÂNCIA À 4ª SÉRIE

Elementos que foram considerados para a análise:

- componentes expressivos: localização, tamanho, sequência, pressão, traços, detalhes, simetria e cromática;
- componentes de conteúdo: cada desenho em si é analisado comparativamente com os demais realizados pela criança.

Procedeu-se à análise dos desenhos, levando-se em conta o desenho do primeiro dia de internação e, comparativamente, os desenhos posteriores, realizados em datas predeterminadas. Foram analisados, particularmente, os componentes expressivos de localização, tamanho, sequência, pressão usada no traçado, tipo de traço, detalhes, simetria, cromática e movimento. Não foram considerados os componentes de conteúdo porque os desenhos versavam sobre um tema específico sugerido pela professora. A análise dos desenhos foi fundamentada teoricamente em Hammer, Villemoe e Dinah Campos (Campos, 1977).

Podemos resumir os resultados da tabulação dos dados obtidos pela análise dos componentes expressivos na lista seguinte:

- * No que se refere a localização, inicialmente o desenho refletia insegurança e, posteriormente, expansão, onde a criança buscava ocupar uma área maior do papel.
- * O tamanho inicial do desenho demonstrava um certo sufocamento e necessidade de expansão por parte da criança. O ambiente hospitalar continuou representando um certo nível de sufocamento da criança.
- * Quanto à sequência, os desenhos iniciais denotavam pobreza de detalhes, passando a uma expressão gráfica mais rica em detalhes, demonstrando expansão emocional.
- * A pressão no desenho inicial era normal e, em alguns casos, demonstrava necessidade de aumento do nível energético. Os desenhos posteriores demonstravam tanto um aumento do nível energético, quanto a aproximação da pressão normalmente utilizada por uma criança de mesma faixa etária.
- * Os traços iniciais demonstravam receio, insegurança e medo. Nos desenhos subsequentes, aspectos elucídativos de auto-afirmação ficaram evidentes.
- * Os detalhes da produção inicial oscilavam entre poucos e normal. Observou-se, entretanto, um aumento na quantidade de detalhes nos desenhos posteriores, relacionando-se com o esperado para as crianças em geral.
- * A análise da simetria dos desenhos iniciais denotou tanto insegurança, quanto busca de controle por parte das crianças. Nos desenhos subsequentes evidenciou-se a busca de controle por parte das crianças.
- * No que se refere a cromática, os desenhos iniciais evidenciavam temor, medo, receio e insegurança. Posteriormente, demonstraram energia positiva, busca de contato e empatia.
- * Quanto ao movimento, os desenhos traduziam uma apatia inicial e depois evidenciavam reação a situação vivenciada no hospital.