

## HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL E EDUCAÇÃO: CAMINHOS POSSÍVEIS PARA A CRIANÇA DOENTE

*CHILD HOSPITALIZATION AND EDUCATION:  
POSSIBLE WAYS FOR SICK CHILDREN*

**CAMILA SOUZA SACCOL\***  
**JOSSIELE FIGHERA\*\***  
**LETÍCIA DORNELES\*\*\***

### RESUMO

O adoecimento geralmente é sentido pelo paciente como uma ruptura no processo normal de desenvolvimento, uma inadequação, um fenômeno indesejado que acomete o indivíduo e é capaz de mudar tudo o que ele já havia estruturado até o momento. Quando o paciente em questão é criança, tudo pode ganhar maiores dimensões justamente em função da fase do desenvolvimento em que o sujeito se encontra. Frente às inúmeras questões envolvidas no adoecimento infantil, neste artigo busca-se, através da revisão da literatura, uma maior compreensão sobre os aspectos que envolvem a educação da criança quando esta necessita enfrentar longos períodos de internação hospitalar, como no caso de doenças crônicas. A partir da revisão da literatura, foi possível perceber a necessidade de a criança ser “olhada” de forma integral pela equipe, o que faz lembrar os conceitos psicanalíticos que remetem à constituição do sujeito, na medida em que este último só se constitui a partir do olhar do outro. Além disso, a inserção de um profissional da educação dentro do ambiente hospitalar deve ser considerado, entre outras coisas, como uma tentativa de reestabelecer e manter o equilíbrio subjetivo da criança que pode ter sido abalado na situação de adoecimento.

**Palavras-Chave:** Criança; Hospital; Educação.

### ABSTRACT

Sickness is always felt by the patient as a rupture in normal process of development, an inadequacy, an undesirable phenomenon that accomplish the individual and is able to change everything that he had structured until this moment. When the patient is a child, everything can become greater, based in the development phase that the person is in the moment. Facing the numerous questions involved in child sickness, this study aims, based on a bibliography review, a better comprehension upon the aspects that involve the children education when this needs to face long periods of hospitalization, as happen in case of chronic diseases. Based on the bibliography review, it was possible to see the necessity of looking the children in a total way by the staff, what remains to psychoanalysts concepts that send to individual building, as well as that this last is constituted since the look of the other. Besides, the insertion of an educational professional inside the hospital environment should be considered, among many other things, as a way to reestablish and keep the child subjective balance that can be balanced in sickness situation.

**Keywords:** Child; Hospital; Education.

\* Psicóloga; Especialista em Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos do Desenvolvimento da Infância e Adolescência pelo Centro Lydia Coriat.

\*\* Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); professora da Faculdade de Psicologia de Joinville - Associação Catarinense de Ensino.

\*\*\* Psicóloga clínica.

## INTRODUÇÃO

O adoecimento, independente da idade em que o sujeito se encontra, sempre é sentido como uma ruptura nos padrões esperados de desenvolvimento. Quando o adoecimento acontece na infância, ele se torna ainda mais inesperado, e todos os envolvidos sentem angústia e apreensão.

Quando a hospitalização faz-se necessária, ela conduz a criança para uma nova realidade, mudanças na sua rotina são representadas pelo cuidado recebido por pessoas desconhecidas, novas sensações, vivências de dor e desamparo. A criança hospitalizada é imersa em um ambiente que em nada lembra a vida que levava até esse momento. Uma das mais importantes perdas referentes a esse período é quando a criança encontra-se em idade escolar e precisa parar de freqüentar a escola, de conviver com seus colegas e de realizar as tarefas a que ela estava acostumada. Coelho (2001) menciona que as implicações de uma doença sobre o desenvolvimento de um sujeito nas diferentes áreas de sua vida (social, emocional e cognitiva) se diferenciam muito e podem variar dependendo da idade da pessoa.

Já para Ortiz (1997), quando se fala em adoecimento, muitos aspectos devem ser levados em consideração. O adoecer é um processo que mobiliza sentimentos angustiantes, pois traz consigo a questão da terminalidade à qual todos estamos sujeitos.

Frente às inúmeras questões envolvidas no adoecimento infantil, neste artigo busca-se, através da revisão da literatura, uma maior compreensão sobre os aspectos que envolvem a educação da criança, quando ela necessita enfrentar longos períodos de internação hospitalar, como no caso

de doenças crônicas. Desse modo, optou-se por estudar primeiramente os aspectos emocionais implicados no adoecimento e hospitalização infantil. A seguir, foram expostas as questões referentes ao tema principal desse artigo, que é a educação e sua relação com a hospitalização.

## A CRIANÇA HOSPITALIZADA

O adoecimento geralmente é percebido pelo paciente como uma ruptura no processo normal de desenvolvimento, uma inadequação, um fenômeno indesejado que acomete o sujeito, sendo capaz de mudar tudo que ele já havia estruturado até o momento. Além disso, o adoecimento não acomete unicamente o paciente e, sim, toda sua família e o círculo social em que vive.

Quando o paciente em questão é criança, tudo pode ganhar maiores dimensões justamente em função da fase do desenvolvimento em que o paciente se encontra. Para Ajuriaguerra (apud SAGGESE; MACIEL, 1996), a situação de adoecimento corporal provoca na criança uma grande quantidade de modificações de ordem subjetiva relacionadas às mudanças corporais, ao desconforto, ao medo da morte e aos remanejamentos necessários no contexto familiar. A angústia frente ao desconhecido é um elemento sempre presente, aliado aos sentimentos de autodesvalorização perante outras crianças, decorrentes das limitações físicas que a doença impõe e da impossibilidade de reagir como anteriormente às demandas ambientais.

Campus, Álvares e Abreu (2004) sublinham que, tanto através de trabalhos publicados quanto na própria prática clínica, as emoções mobilizadas pelo adoecimento de uma criança são diferentes das despertadas quando do adoecimento adulto. Penna (2004) concorda com essa idéia

e especifica que o papel que o doente ocupa na família acarretará diferentes reações nos outros membros. Nesse sentido, pode-se pensar na grande mobilização gerada pelo adoecimento infantil.

Um ponto que deve ser ressaltado e investigado com relação ao adoecimento infantil são as fantasias mobilizadas em decorrência dessa situação. As fantasias surgem justamente como uma ancoragem segura, funcionando como pontos de certeza em momentos marcados pelo não-saber frente ao desconhecido. As fantasias são uma forma de equilíbrio psíquico utilizado de forma inconsciente pelo sujeito a fim de se proteger da angústia ameaçadora que o invade.

Sagge e Maciel (1996) afirmam que esses aspectos são intensificados nas doenças graves e crônicas e, principalmente, quando essas exigem internação hospitalar. O contexto institucional hospitalar implica o desconhecido para a criança, com a perda do ambiente doméstico, da esfera familiar em todo o seu aparato, a quebra do ritmo de vida, com a perda da escola e dos horários habituais e a adaptação a um novo sistema. Dessa maneira, a criança é confrontada com a vertente deficitária de seu próprio corpo, com outras crianças adoecidas, com a situação de morte, ficando também submetida aos procedimentos técnicos da equipe de saúde e à manipulação física, que podem ser sentidos como incômodos e dolorosos.

A experiência da hospitalização pode ter seus efeitos negativos minimizados quando as crianças, principalmente na pré-escola, entram em contato com outras, também acometidas por enfermidades. Essas poderão tratar das dificuldades enfrentadas de diferentes maneiras (YOUNGBLUT; BROOTEN, 1999), sendo que essa troca pode melhorar a qualidade de vida dessas crianças que possuem doenças crônicas.

Ainda sobre o relacionamento social de crianças doentes, Lino (1994) coloca que o adoecimento físico também pode gerar na criança sentimentos de baixa auto-estima. Isso fica evidenciado na dificuldade que algumas delas apresentam para estabelecer um convívio social saudável. O problema do adoecimento pode se configurar como mais um obstáculo para a criança no relacionamento com seus pares, tendendo a isolar-se para não demonstrar seu sofrimento, por temer a rejeição.

Para Oliveira, Dias e Roazzi (2003), o ambiente hospitalar - com seu típico caráter asséptico - é em geral aterrorizante, pois não existe nada nesse lugar que a criança possa identificar com suas experiências anteriores. Além disso, a debilitação física e emocional nesse momento contribuem para a vivência desprazerosa dessa situação. A equipe de saúde, por sua vez, preocupa-se em demasia com o tratamento do órgão doente, esquecendo de olhar a criança de forma integral e desconsiderando as especificidades de cada fase do desenvolvimento. Dessa maneira, a equipe pode não oferecer a continência necessária e não auxilia, de modo algum, no enfrentamento da situação de hospitalização pela criança.

Percebemos ser necessário, nesse momento, esclarecer sobre o corpo de que estamos falando, tendo em vista os diferentes olhares existentes sobre ele. O nosso objetivo aqui não é falar sobre a dimensão médica do corpo, que o considera um emaranhado de órgãos ligados entre si, mas sim considerar o corpo baseado na teoria psicanalítica, que o entende como corpo erógeno.

A partir do conceito de pulsão, Freud (1920/1987) coloca em evidência a diferença entre um corpo anatômico e um corpo libidinal. Para a psicanálise, o corpo é a sede de conflitos pulsionais. Desse modo, falar sobre a abordagem

psicanalítica do corpo significa se referir àquilo que a escuta do analista reconhece enquanto um corpo cuja anatomia é construída a partir dos investimentos libidinais mediatizados pela alteridade e pelos fantasmas/fantasia. No início de sua teorização, Freud atribuiu aos orifícios do corpo o estatuto de zonas erógenas. Ele defendeu, em 1914, que a erogeneidade é uma propriedade de todos os órgãos, sendo o corpo um todo recoberto por ela. Essa segunda versão da erogeneidade a descreve como generalizada a todo o corpo e, em função disso, suscetível a aumentos e diminuições em cada uma de suas regiões (FERNANDES, 1999).

A internação pode implicar uma série de sentimentos de desconforto, inclusive o processo de despersonalização - muito comum no ambiente hospitalar e em grandes períodos de internação - pois o paciente passa a ser tratado em função do quadro de sintomas que apresenta e não mais pela sua singularidade enquanto indivíduo. Com relação a isso, Souza, Camargo e Bulgacov (2003, p. 102) ressaltam que “a criança concreta, que está atualmente internada em um hospital, tem um nome e, portanto, possui uma história que a faz singular”.

Para Chiattonne (2003), vários são os efeitos psicológicos que podem ser citados como consequência da hospitalização em crianças, entre eles estão: negação da doença, revolta, culpa e sensação de punição, ansiedade, depressão, projeção, solidão, frustração de sonhos e projetos, negativismo. O autor acredita que os efeitos da hospitalização estão diretamente relacionados à faixa etária da criança. Por exemplo, para uma criança na faixa etária entre 0 a 18 meses, os efeitos da hospitalização são tensão, agitação e insegurança. Já em uma criança com idade entre os 6 e 12 anos, esses efeitos se traduzem por sentimentos de raiva/culpa, ressentimento por ser

diferente, interferência nas relações com o grupo, faltas escolares, entre outros.

Além da faixa etária, existem outros fatores capazes de interferir na maneira como a criança vivencia essa experiência de hospitalização, entre eles estão a situação psicoafetiva da criança no momento da doença/hospitalização, a personalidade, a capacidade de adaptação e as experiências vividas durante a hospitalização.

Para Mitre e Gomes (2004), a hospitalização, além de afastar a criança de sua vida cotidiana, promove um confronto com a dor, com a limitação física e com a passividade, podendo despertar sentimentos de culpa, punição e medo da morte. Segundo essas autoras, para que a criança consiga elaborar essa experiência de desprazer, é preciso que ela disponha de instrumentos de seu inteiro domínio e conhecimento, sendo o brincar uma das formas possíveis de intervenção nesses casos.

Uma questão interessante é com relação à forma como a criança entende sua doença e consequente hospitalização. Em alguns casos, a criança pode entender a doença e hospitalização como uma punição por algum “delito” que ela tenha cometido. Isso pode acontecer em função do pensamento mágico e onipotente que a criança apresenta em determinadas fases do seu desenvolvimento.

Após uma extensa revisão sobre o tema criança e hospital, os autores Souza, Camargo e Bulgacov (2003) descobriram que as pesquisas que estão sendo realizadas atualmente deixam uma lacuna no que diz respeito ao estudo da emoção no contexto de pessoas hospitalizadas. O estudo constatou a predominância de comportamentos de repressão dos sentimentos (“ela é boazinha”, “menino não chora”), em que é reproduzida na situação hospitalar a prática de que as crianças não devem expressar suas

emoções. Além disso, também é comum, quando a criança expressa sua raiva e comportamento agressivo, que as pessoas presentes tendam a ignorar esses comportamentos, não validando sua expressão e, com isso, não valorizando a emoção presente em tais situações.

## A EDUCAÇÃO NO ÂMBITO HOSPITALAR

Ao se pensar na relação entre educação e hospitalização, constata-se, com base na literatura, que essa integração entre o pedagógico e o ambiente hospitalar surge para garantir o direito ao atendimento pedagógico-educacional durante o período de internação de crianças e adolescentes. Tal modalidade de atendimento denomina-se classe hospitalar, que é assim definido pelo Ministério da Educação (MEC):

Um ambiente hospitalar que possibilita atendimento educacional de crianças e jovens internados que necessitam de educação especial e que estejam em tratamento hospitalar. (BRASIL, 1994, p.20).

De acordo com Fontes (2005), a primeira classe hospitalar no Brasil foi instituída em 1950 no Hospital Municipal Jesus, no Rio de Janeiro, e está vigorando até hoje. A proposta de escolarização das crianças e jovens internados tem o intuito de diminuir o fracasso e evasão escolar, utilizando uma metodologia que consiste na atuação de professores em hospitais nos moldes da escola regular.

Segundo Fonseca (apud Ortiz; Freitas, 2005, p. 52), classe hospitalar é entendida como:

*Locus* específico da educação destinado a prover acompanhamento escolar a alunos impossibilitados de freqüentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar ou atendimento ambulatorial.

Ceccim (1999) define que a classe hospitalar enquadra-se como atendimento pedagógico-educacional, que afiança a preponderância nas funções do ensino: instrução escolar, desenvolvimento nos processos psíquicos e intelectivos e na produção de aprendizagens, sendo, pois, um delineamento de “escola no hospital”.

Na concepção de alguns pesquisadores, como Taam (1997), da Universidade Estadual de Maringá, a classe hospitalar sugere uma prática pedagógica diferenciada da tradicional (trazer a escola para dentro do hospital), levando em consideração o tempo e o espaço no qual a criança está inserida. Para que essa concepção seja possível, torna-se necessário que os profissionais da educação envolvidos neste contexto tenham a recuperação da saúde como objetivo primordial, da mesma forma que todos os profissionais que trabalham no hospital.

Um dos objetivos da classe hospitalar é promover o bem-estar da criança no ambiente de internação hospitalar, bem como o de proporcionar o direito de receber educação, independente do espaço físico no qual se encontra.

A educação, nesse contexto, transforma-se e cumpre um papel fundamental de modificar o mundo. Como diz Freire (1997, p. 110), “a educação é uma forma de intervenção no mundo”, mesmo em um ambiente caracterizado por sentimentos de medo, dor, sensibilidade e mágoas. Por meio da classe hospitalar, a possibilidade de reconstrução da vida torna-se menos distante, na medida em que o conhecimento contribui no resgate da subjetividade desses sujeitos marcados pelo sofrimento.

A partir do momento em que esses sujeitos internados recebem a oportunidade de dar continuidade à aquisição do conhecimento, por meio da ação educativa no hospital, o processo

de hospitalização e conseqüente ruptura da vida diária tornam-se menos dolorosos, na medida em que desmistificam as fantasias, os medos, as angústias e o significado da doença exteriorizado pela criança. Essa forma de exteriorização ocorre por meio do processo pedagógico que proporciona uma construção do conhecimento sobre o ambiente, a rotina e até mesmo sobre as informações médicas a respeito da doença.

Um dos desafios com que os educadores precisam lidar constantemente consiste em pensar estratégias que proporcionem à criança vivenciar o saber como uma possibilidade de vida. Isso não é tarefa fácil, pois a tentativa de promover a educação como possibilidade de vida e de prazer é realizado dentro de um ambiente marcado por perdas, dor e morte, tendo influências diretas na criança. Amenizar e canalizar essa influência negativa é que talvez consista no maior desafio.

Entretanto, é dialogando sobre esse ambiente, sobre esse espaço e tudo o que nele ocorre, que a pedagogia demarca sua importância e se constitui em uma escuta diferenciada que possibilita a esses profissionais educadores penetrarem num mundo sem cor e proporcionarem a essa criança, conforme referem Ortiz e Freitas (2005, p. 14), “uma linguagem do investimento do outro e um saber com sabor de vida.”

Dessa forma, para se atingir esse objetivo e superar as dificuldades, os profissionais educadores necessitam ter paciência, tolerância à frustração e compreensão das limitações do paciente que se encontra fragilizado física, emocional e, muitas vezes, até intelectualmente. Dessa forma, o atendimento hospitalar educacional requer um sistema estruturado, capaz de dar conta de todos esses fatores. Além disso, também é preciso contar com os educadores qualificados que não poderão atuar sozinhos, mas cercados por uma equipe de profissionais da saúde,

bem como da família, valorizando diferentes perspectivas para que a internação seja possível e atinja seu objetivo.

É por meio do trabalho interdisciplinar, da busca pelo mesmo interesse, do desenvolvimento integral do ser humano, considerando o indivíduo como um sujeito global, que será possível que as crianças em sofrimento psíquico que se encontram no ambiente hospitalar tornem-se sujeitos mais respeitados.

A função da educação na classe hospitalar, além de permitir à criança a aproximação com o ambiente escolar e a continuidade da construção do saber, é o de impedir que o processo da hospitalização traga prejuízos ao período de desenvolvimento dessa criança e que a gama de sintomas e experiências traumáticas decorrentes desse processo não seja provocador de quadros psicopatológicos, como Roza (1997, p. 170-171) nos aponta.

Nos bebês, evidenciam-se inibições psicomotoras, distonias, apatias, debilidade psicomotora, dispraxias, distúrbios da alimentação e sono. Nas crianças maiores, os transtornos relativos ao estresse grave se manifestam como depressões, fobias, distúrbios de comportamento, agressividade, agitação psicomotora, perda do controle esfinteriano, anorexia e insônia.

Para que o processo de internação hospitalar não provoque prejuízos à integridade físico-emocional e nem se torne agressor no processo de estruturação da personalidade da criança, é de grande relevância que toda a equipe, familiares e profissionais educadores observem se a criança apresenta sintomas e problemas de personalidade decorrentes das experiências traumáticas associadas ao ambiente da hospitalização.

Tais informações são de extrema relevância, pois, conforme nos diz Yañez (1998), possíveis

interferências na estruturação subjetiva podem se constituir em causas que fraturam o processo das aquisições cognitivas e da aprendizagem. Para aprender, não é suficiente dispor de uma capacidade lógica, mas também é preciso o desejo. É necessário, portanto, que o objeto de conhecimento esteja situado numa rede simbólica que lhe outorgue uma significação.

Nesse ambiente marcado pelas rotinas das internações, conforme Ortiz e Freitas (2005), que, na maioria das vezes, não vislumbram a subjetividade e seus contornos emocionais, culturais e sociais na criança, fica a preocupação com a devastadora influência do adoecimento e da internação hospitalar no processo de desenvolvimento desse paciente, quando este é cerceado em seu transcurso de ser humano livre e saudável.

Dessa forma, percebe-se que não há um sujeito de desejo levado em conta e, para que a ação educativa tenha resultado, é necessário esse investimento por parte dos profissionais para que um sujeito do desejo possa emergir novamente, falando em nome próprio. Necessita-se, entretanto, produzir, conforme nos diz Pinho (2001), a junção de dois campos absolutamente heterogêneos: o corpo e a linguagem, sendo o enlace entre esses dois campos o caminho essencial para a estruturação de um sujeito.

A integração da saúde e educação no hospital pode tornar possível o resgate da estruturação subjetiva. É essa realidade do hospital e da doença que é colocada em cena com os objetos da realidade a partir do processo de aprendizagem, quando realizado na forma lúdica. Dessa forma, a educação hospitalar tem o intuito de fazer com que a criança hospitalizada conviva com a doença da melhor forma possível e sinta-se uma criança com sua identidade e individualidade preservadas.

Desse modo, o atendimento pedagógico pode evitar que esses pacientes, crianças consideradas “diferentes” pela experiência particular de internação hospitalar, tornem-se estigmatizados e desacreditados de suas potencialidades. Além de ser uma luta a favor da vida, é uma luta contra a evasão e o fracasso escolar posterior ao processo de internação hospitalar.

Segundo Ortiz e Freitas (2005, p. 20),

a criança hospitalizada é tão plena como todas as outras, e o que lhe resta não é atingir o que lhe falta ser, adquirir um desempenho compatível com as normas da sociedade; mas expandir o que realmente é, ou seja, afirmar-se em sua singularidade.

A escolarização hospitalar tem ainda, antes de tudo, o objetivo de resgatar a singularidade de cada criança que chega na classe hospitalar, pois traz consigo um quadro emocional único. Após deixá-la segura, o professor entrega-se ao processo educativo.

## **A FORMAÇÃO DO PROFESSOR PARA ATUAR EM HOSPITAIS**

Escola e hospital são ambientes diferenciados, com práticas díspares, cada qual com suas especificidades, mas que podem se fundir em objetivos comuns como podemos perceber em nosso estudo. Para que a relação educação-saúde ocorra com sucesso, Ortiz e Freitas (2005) enfatizam alguns requisitos que facilitam essa relação.

Em primeiro lugar, é de fundamental importância que os professores conheçam as patologias mais frequentes na unidade hospitalar em que atuam, a fim de conhecer e respeitar os limites clínicos da criança.

Além disso, é necessário que o professor tenha conhecimento de todas as dependências do hospital e dos profissionais que trabalham na equipe para encaminhamentos de emergência. Também é interessante que esse profissional tenha conhecimento sobre procedimentos básicos de socorro.

Para Ortiz e Freitas (2005), a criança hospitalizada encontra na figura do professor um elo entre a sua vida anterior à hospitalização e o novo universo no qual se encontra inserida. A possibilidade de o professor pertencer aos dois mundos (escola e hospital) age na vertente psicossocial, mantendo um elo com o universo sadio e dificultando o isolamento dessa criança na condição de doente.

Segundo Fontes (2005), a pedagogia escolar precisa ser entendida como uma proposta diferenciada da pedagogia tradicional, já que acontece no âmbito hospitalar e deve levar em conta todas as especificidades desse ambiente. Além disso, tem a função de construir conhecimentos sobre esse novo contexto de aprendizagem para contribuir para o bem-estar da criança hospitalizada.

Para que isso ocorra, o profissional da educação que trabalhar diretamente com a criança neste ambiente precisa, além de formação pedagógica consistente, uma orientação pedagógica específica à classe hospitalar.

Com relação a isso, Ortiz e Freitas (2005) apontam que existem alguns requisitos pessoais para a formação e habilidades específicas para desempenhar a docência em hospitais, como, por exemplo, estar atento à provisoriedade dos planos e dos alunos, já que estão sempre chegando e saindo crianças, criatividade para reorientar as atividades e o talento para manejar o saber teórico e prático com vistas à orientação educativa.

Sendo esse professor sensível à situação conflituosa da criança hospitalizada e atento aos seus sentimentos, ele estará transformando a ação de educar num ato de companheirismo. Além disso, muitas vezes também se dispõe para estabelecer parcerias e cumplicidades que servirão de reforço para que a criança se sinta capaz de realizar tarefas que realizava antes da internação hospitalar e não desista de lutar pelo restabelecimento de sua saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A doença na infância aparece como algo não esperado, estranho às características próprias que se imaginam para essa fase do desenvolvimento. A hospitalização, quando se faz necessária, é sentida como uma ruptura no processo de desenvolvimento, interferindo na qualidade de vida e influenciando intensamente na rotina da criança, bem como de toda estrutura familiar e social na qual está inserida. Dessa maneira, todos aqueles que estão de alguma forma envolvidos na nova situação precisam se adaptar e aprender a conviver com ela.

Outro ponto que se considera importante é com relação aos diferentes olhares sobre a criança doente, todos buscando uma melhora em sua qualidade de vida. Fazendo uma analogia com a teoria psicanalítica no que se refere à constituição do sujeito, pode-se dizer que, assim como através do outro o bebê se constitui, também é por meio do investimento dos profissionais da equipe, inclusive dos educadores, que a criança hospitalizada se constitui e se mantém.

Além disso, é possível uma breve reflexão entre a fantasia e a educação no ambiente hospitalar. As fantasias são recursos internos, inconscientes, cujo objetivo é manter o equilíbrio subjetivo frente

à situação de forte angústia. Já a educação surge como um recurso externo oferecido à criança hospitalizada como uma tentativa de conter a angústia e restabelecer o equilíbrio psíquico abalado pela situação de adoecimento.

A partir do estudo das diferentes abordagens metodológicas utilizadas nas classes hospitalares, cada qual com suas particularidades e contribuições, entendemos que a integração desses diferentes pontos de vista possibilitaria uma melhora na qualidade de vida das crianças hospitalizadas. Percebemos que essas diferentes correntes teóricas se complementam e são fatores importantes no restabelecimento e manutenção do equilíbrio subjetivo, funcionando também como um modo de minimizar o sofrimento imposto pela hospitalização e pela ruptura com a vida diária dessas crianças acometidas por enfermidades. Entende-se que saúde e educação constituem práticas que podem e devem se integrar, visando a um só olhar e a uma só busca: a promoção da vida da criança que se encontra no contexto hospitalar.

É fundamental perceber que a criança que adoece sofre com as conseqüências da discriminação da sociedade devido a sua debilidade física e orgânica. Sendo assim, não se pode permitir que a criança deixe de ser criança ao se tornar paciente. É nesse objetivo que o trabalho pedagógico deve focar suas ações, recebendo o apoio de toda equipe que atua nesse espaço.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial.** Política Nacional de Educação Especial. Brasília, DF (Mensagem especial, v. 1), 1994.

CAMPOS, E. M. P.; ÁLVARES, M.; ABREU, P. **Infância e Família.** In: MELLO FILHO, J. ; BURD, M. **Doença e família.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 205-216.

CECCIM, R. B. **Classe Hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar.** **Revista Pedagógica Pátio**, n.10, p. 41-44, ago./out. 1999.

CHIATTONI, H. B. C. **A criança e a morte.** In: **E a psicologia entrou no hospital....** ANGERAMI-CAMON, V. A. São Paulo: Pioneira, 2003, p. 69-141.

COELHO, M. O. **A dor da perda da saúde.** In: ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicossomática e a psicologia da dor.** São Paulo: Pioneira, 2001, p. 69-92.

FERNANDES, M. H. **A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na Clínica Psicanalítica.** **Revista Percorso**, n. 23. Disponível em <<http://www2.uol.com.br/percurso/>>, 1999. Acesso em: 23 mar., 2006.

FONTES, R. S. **A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital.** **Revista Brasileira de Educação**, n.29, mai/jun/jul/ago, p. 119-138, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

FREUD, S. (1920/1987). **Além do princípio do prazer.** Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

LINO, H. M. **Pacientes portadores de fissura Lábio-palatal: aspectos psicológicos da reabilitação.** In: ROMANO, B. W. **A prática da Psicologia nos hospitais.** São Paulo: Pioneira, 1994, p. 111-124.

MITRE, R. M. A.; GOMES, R. **A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde.** **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n. 1, p. 147-154, 2004.

OLIVEIRA, S. S. G.; DIAS, M. G. B. B.; ROAZZI, A. **O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas.** **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n.1, p.1-13, 2003.

ORTIZ, L. C.; FREITAS, S. N. **Classe Hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação.** Santa Maria: Ed. UFSM, 2005.

ORTIZ, M. R. L. **A psicologia hospitalar na atenção à criança e à família.** In: CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida.** Porto Alegre: Editora da Universidade, 1997.

- PENNA, T. L. M. Dinâmica psicossocial de famílias de pacientes com câncer. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- PINHO, G. O brincar na Clínica Interdisciplinar com Crianças. **Escritos da Criança**. n. 6. Porto Alegre, 2001, p. 185.
- ROZA, E. S.; REIS, E. S. **Da análise na infância ao infantil na análise**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1997.
- SAGGESE, E. S. R.; MACIEL, M. O brincar na enfermaria pediátrica: recreação ou instrumento terapêutico? **Pediatria Moderna**. v. 32, n. 3, p. 290-292, 1996.
- SOUZA, S. V.; CAMARGO, D.; BULGACOV, Y. L. M. Expressão da emoção por meio do desenho de uma criança hospitalizada. **Psicologia em Estudo**. n. 8, v. 1, p. 101-109, 2003.
- TAAM, R. Educação em enfermarias pediátricas. **Ciência Hoje**. v. 23, n. 133, p. 74-75, 1997.
- YAÑEZ, Z. G. A Clínica frente às dificuldades de aprendizagem. **Escritos da Criança - Centro Lydia Coriat**, n. 5, 1998, Porto Alegre, p. 21-29.
- YOUNGBLUT, J. M.; BROOTEN, D. Alternate child care, history hospitalization, and preschool child behavior. **Nursing research**. v. 48, n. 1, 1999, p. 29-34.