

O IMPACTO EMOCIONAL SOFRIDO PELO ESCOLAR EM PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO

EMOTIONAL IMPACT SUFFERED BY SCHOOL CHILDREN IN HOSPITALIZATION PROCESS

Ana Maria Moreno de Oliveira¹

Viviane Salete Silvestro²

OLIVEIRA, A. M. M. de; SILVESTRO, V. S. O impacto emocional sofrido pelo escolar em processo de hospitalização. **Akrópolis** Umuarama, v. 23, n. 2, p. 15-27, jan./jun. 2015.

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo analisar como crianças e adolescentes hospitalizados podem ter uma experiência de internamento menos traumática, através da intersecção Psicologia, Educação e Leis de Humanização. Por meio de estratégias utilizadas pelos profissionais da psicologia e da saúde, somam-se os profissionais da educação no âmbito hospitalar, utilizando como recurso terapêutico a continuidade da escolarização interrompida devido ao seu adoecimento. A continuidade da escolarização, portanto, passa a ser uma alternativa dentro dos hospitais, além do cumprimento de uma lei, também, como um recurso terapêutico, em que o continuar aprendendo tem um significado real para que crianças e adolescentes possam prosseguir sua atividade de maior significado nesta fase da vida. Este artigo foi construído através de pesquisa bibliográfica em que se propõe uma investigação sobre os enfrentamentos destes educandos, a respeito dessa nova realidade vivenciada por eles, em um ambiente que passa a fazer parte da rotina do, agora, aluno/paciente, sujeito ao processo de hospitalização, processo este que engloba as alterações físicas, psíquicas e sociais, os procedimentos invasivos para tratamento e o significado do afastamento dos espaços dos quais faziam parte de sua realidade.

PALAVRAS-CHAVE: Internação; Criança/adolescentes; Psicologia hospitalar; Escolarização; Educadores.

ABSTRACT: This article aims to examine how hospitalized children and teenagers may have a less traumatic experience of their hospitalization through the intersection of Psychology, Education and Humanization Laws. Through strategies used by health and psychology practitioners as well as education professionals in hospital settings, using the continuity of interrupted schooling due to the illness as a therapeutic resource. The continuity of schooling thus becomes an alternative within hospitals, since as well as complying with the law, it is also a therapeutic resource, since the continuity of learning has a real meaning for children and teenagers to continue their most significant activity at this stage of life. This article was constructed through literature research, which proposed an investigation into the struggles of these students, regarding this new reality faced by them in an environment that becomes part of the routine of the now student/patient, subjected to the hospitalization process, a process that encompasses physical, psychological and social changes, invasive procedures for treatment and the significance of the removal of spaces that were part of their reality.

KEYWORDS: Hospitalization; Child/teenager; Health psychology; Education; Educators.

¹Ana Maria Moreno de Oliveira - Docente do curso de Psicologia da UNIPAR

²Viviane Salete Silvestro - Acadêmica do curso de Psicologia da UNIPAR

1. INTRODUÇÃO

Crianças e adolescentes estão suscetíveis a contrair doenças ou passar por processos de internação por diversas causas. Neste sentido não se pode desconsiderar os efeitos biopsicossociais, pois a criança/adolescente não pode ser vista pela sua “doença”, mas sim pelos diversos fatores envolvidos, pois mesmo acometidos pela doença e em processo de hospitalização, o desenvolvimento não cessa. As intercorrências geradas pela condição de saúde podem acarretar reflexos negativos no momento em que está sendo vivenciado, assim como futuramente.

A doença, além de trazer modificações físicas, leva também ao sofrimento emocional, desconforto, alterações em seus hábitos diários, assim como ao afastamento dos contextos em que comumente era parte integrante de sua rotina, sendo o mais significantes na idade escolar, justamente a escola, trazendo a inserção abrupta em outro espaço, o hospital, mesmo por tempo restrito (CAMOM-ANGERAMI, 2001).

Para a compreensão do significado que abrange o paciente pediátrico, buscou-se, por meio de revisão bibliográfica, apontar as possibilidades envolvidas nesse processo, tomando como ponto de partida a história do hospital e como a criança era vista no contexto social daquele período histórico. Reporta-se de forma abreviada ao contexto histórico, destacando-se as características fundamentais e as particularidades envolvidas no processo que abrangem as questões da pediatria e sua hospitalização. Com o advento da medicina contemporânea abarcou-se sobre o processo de hospitalização de crianças e adolescentes em idade escolar e as consequências desse processo.

Ao introduzir a questão principal desta pesquisa, sugerem-se algumas reflexões acerca da área do saber psicológico que engloba, não só o indivíduo em processo de doença como todo o contexto envolvido com a história de vida do sujeito que se encontra no hospital, o campo da psicologia hospitalar.

O foco desta pesquisa refere-se em avaliar um dos instrumentos de trabalho utilizados pela equipe multiprofissional no âmbito hospitalar que passa a envolver agora os profissionais da educação, que em cumprimento da lei, vêm ressignificar o afastamento destes pacientes dos ambientes escolares, ambientes estes, de maior significância nesse período de vida.

Logo, procura-se a partir do presente artigo, refletir o atendimento psicológico aliado ao educacional para com crianças e adolescentes que estão em processo de hospitalização, focalizando interfaces e possibilidades envolvidas nesse contexto, visando à extensão da atividade humana, que em decurso das intervenções médicas e tratamentos invasivos, há o desencadeamento de dor e sofrimento físicos e psíquicos, assim como alterações comportamentais e que, por meio da continuidade das atividades relevantes para sua vida, a criança e o adolescente apresentem a possibilidade de ressignificar sua história.

2. O HOSPITAL E SUA HISTÓRIA

Para López (1998), “hospitalizar” é internar num hospital ou clínica, sendo que “hospital” é um estabelecimento, público ou privado, onde se efetuam cuidados médicos e cirúrgicos e onde existem equipes multiprofissionais. Esses cuidados são proporcionados pelos profissionais que trabalham nos hospitais.

Segundo Marini (2006), a palavra hospital vem do latim “hospes”, que significa hóspede, dando origem a “hospitalis” e “hospitium” que designavam o local onde se hospedavam na Antiguidade os enfermos, viajantes e peregrinos. Na Grécia, no Egito e na Índia antigos, os médicos aprendiam medicina nos templos e exerciam a profissão no domicílio das pessoas doentes. Na Antiguidade, o hospital era apenas uma espécie de depósito em que se amontoavam pessoas doentes, destituídas de recursos, sua função era mais social do que terapêutica.

Na Grécia antiga, a prática médica era itinerante. Havia poucos profissionais que exerciam a medicina, e estes, em geral, ofereciam seus serviços nos domicílios (ROSEN, 1994). Os médicos gregos começaram a migrar para Roma e, aos poucos, foram obtendo prestígio. Como pode ser visto, a função dos hospitais no mundo greco-romano tinha um papel vasto, incluindo tanto ações terapêuticas para a recuperação da saúde como o simples repouso de viajantes. A clientela abrangia tanto pessoas doentes quanto sadias. O lugar do médico era pouco importante, pois a cura não estava visivelmente ligada à sua atuação. A compreensão da cura, vista como a ação divina intermediada pelos sacerdotes, influenciava, por sua vez, a disposição do trabalho hospitalar. Nesta, o sacerdote tinha uma posição

de destaque, sendo garantido ao médico um papel em segundo plano. As técnicas estavam ligadas mais a procedimentos religiosos do que médicos (PEREIRA, 2003).

Sob outra ótica histórica, a figura do hospital surgiu historicamente no ano de 360 d.C. Dessa forma, a história do hospital começa a ser contada a partir de Cristo, pois, recebendo influência direta da religião cristã, o homem passou a olhar para seu semelhante. À medida que a medicina foi se desenvolvendo e de acordo com as regiões, o hospital assumiu características específicas (MARINI, 2006).

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais. Houve na Europa uma série de viagens, entre as quais podemos destacar a de Howard, inglês que percorreu hospitais, prisões e lazaretos da Europa, entre 1775/1780 e a do francês Tenon, a pedido da Academia de Ciências, no momento em que se colocava o problema da reconstrução do Hotel-Dieu de Paris. Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo (FOUCAULT, 1998).

Campos (2005) vem reiterar esta afirmação de que em épocas mais remotas o hospital era apenas uma espécie de depósito em que se amontoavam pessoas doentes, destituídas de recursos; sua função era mais social do que terapêutica e de que os primeiros hospitais foram idealizados como locais de isolamento onde a caridade se exercia como uma prática do cristianismo. Constituíam o último recurso que a caridade oferecia para o paciente sem qualquer outro recurso. A mínima tecnologia médica disponível no momento só diminuía o sofrimento:

os pacientes com maiores recursos tratavam-se em seu domicílio e a relação médico-paciente era independente da organização hospitalar.

Marini (2006) coloca que, no século XI, a Inglaterra aderiu ao movimento evolutivo hospitalar exigindo, em 1084, o seu primeiro hospital geral, que tinha por objetivo principal a restauração da saúde. No mesmo século, em decorrência da necessidade de especialização do sistema hospitalar, especialmente para combater a lepra, a Inglaterra construiu o primeiro hospital especializado.

Com a velha visão modificada, o hospital passou a ser reconhecido como uma instituição devidamente aparelhada de pessoal e material, em condições de receber, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitem de assistência médica diária e cuidados permanentes de enfermagem em regime de internação (MARINI, 2006).

Para Collet e Oliveira (2002) na antiguidade as crianças eram vistas como adultos em miniatura, e, posteriormente, passaram a ser vistas com necessidades e capacidades específicas, com isso a assistência à saúde da criança vem passando por transformações bem significativas.

Foi o médico pediatra Abrahan Jacobi (1830-1919) o precursor da pediatria, influenciando nas descobertas das doenças infantis, considerado o pai da pediatria (CREMESP s/d). O primeiro hospital infantil foi construído em Paris, o L'Hospitales Enfants Malades, em 1802, seguido pelo Hospital for Sickchildren em Londres.

Segundo afirmam Gomes e Adorno (1990), ocorreram em 1920 as primeiras preocupações com o atendimento à criança via serviço de higiene infantil no Brasil. No entanto, é a partir da constituição de 1988 que avança com a preocupação em humanização da assistência à criança garantindo o direito à saúde e à internação hospitalar com acompanhamento. Em muitos lugares, o centro de atenção ainda está voltado somente para a patologia e sem a presença de um acompanhante para a criança que está internada.

3. A HOSPITALIZAÇÃO E A CRIANÇA HOSPITALIZADA

A hospitalização da criança e do adolescente pode se representar como uma expe-

riência potencialmente dolorida e traumática (SANTA ROZA, 1997). Ela os afasta de sua vida cotidiana, do ambiente familiar, escolar e promove um confronto com a dor, a limitação física e a passividade, despertando sentimentos de culpa, punição e medo da morte. Para dar conta de elaborar esse período torna-se necessário que os pacientes em questão possam dispor de instrumento de seu domínio e conhecimento (MITRE e GOMES, 2004).

Quando um indivíduo está em processo de hospitalização, existe uma ruptura com seu ambiente diário, que altera os seus costumes, os seus hábitos e, em geral, a sua capacidade de autorrealização e de cuidado pessoal. Estando num ambiente estranho, sentindo insegurança, primeiramente, pela sua doença e até mesmo o medo da morte e, em segundo lugar, por sua história de vida. Tudo ao seu entorno é novo e não se sabe como deve atuar em cada momento, dependendo das pessoas que o rodeiam, como seus familiares e os profissionais da saúde, responsáveis por seus cuidados. Em outros momentos, devido à complexidade de sua doença, estes pacientes tornam-se “doentes difíceis” de se tratar, já que a sua esperança de cura e a sensação de incapacidade, podem modificar suas reações gerando atitudes de rebeldia ou de abandono, ou ambas. Esses sentimentos podem interferir no quadro clínico, simulando uma “conduta de doença” que não coincide necessariamente com o estado real da doença (LÓPEZ, 1998).

Ainda segundo López (1998), o paciente tende a se sentir indefeso e a abandonar as suas obrigações e responsabilidades, e é nessa altura que se deve agir com cautela, tornando-o participante e também responsável pelo tratamento da sua patologia. Sabemos que o estado de ânimo é muito importante na recuperação do indivíduo.

Já a doença e a hospitalização de uma criança constituem as primeiras crises com as quais as crianças se deparam. Durante os primeiros anos de vida, são particularmente suscetíveis a crises de doenças. As reações das crianças a estas crises são influenciadas por sua idade de desenvolvimento, experiências prévias com a doença, separação ou hospitalização, habilidades de enfrentamento inatas e adquiridas, a gravidade do diagnóstico e o sistema de suporte disponível (WHALEY e WONG, 1999).

Camon-Angerami (2001) afirma que an-

tes do séculos XVIII e XIX, tanto na América do Norte como na Europa, considerava-se que a criança não possuía personalidade e não era valorizada. Dessa forma, se morresse, muitas vezes, nem tinha nome ou seu nome serviria para outra criança. Era feita assim uma substituição completa. Ariès (1989) aponta uma significativa mudança em relação às atitudes perante a morte nas sociedades ocidentais a partir do século XX, em que cada vez mais a morte é banida do discurso cotidiano, é afastada, ocultada e temida, através do processo de hospitalização.

Segundo Sabates e Borba (1999) a internação de uma criança é um dos momentos mais críticos na hospitalização. A hospitalização é considerada uma experiência comumente estressante para a criança e seus pais, na maioria das vezes, impondo uma ruptura nos vínculos afetivos da criança com sua família e com o próprio ambiente em que vive.

Para Sabates e Borba (1999), a criança pode vivenciar a hospitalização como um abandono por parte dos pais ou uma punição por erros cometidos. Também apresenta medos e fantasias relacionados ao hospital, fantasias de morte ou cronicidade, gerando muita ansiedade e angústia que muitas vezes é causada pela falta de informação adequada, falta de prognóstico ou de tratamento. Como resposta a esse quadro, a criança manifesta reações emocionais e comportamentos regressivos.

Para Chaves (2004) a criança diante da hospitalização tende a apresentar sentimentos como medo, sensação de abandono, sensação de punição, que podem gerar mais sofrimento e dificuldade de intervenção para a equipe de trabalho. Todos esses sentimentos ocorrem ao mesmo tempo, porém com intensidades diferentes em cada criança, dependendo da idade, situação psicológica afetiva, rotinas hospitalares, motivo e duração da internação.

A criança hospitalizada apresenta algumas manifestações que são a fase do protesto, a fase do desespero e por último a fase de desligamento. Durante a fase de protesto, as crianças reagem de maneira agressiva por serem separadas de seus pais. Elas choram e gritam por seus pais, recusam a atenção de qualquer pessoa diferente e ficam inconsoláveis em suas culpas. Na fase do desespero, o choro para e a depressão fica evidente, tornando-se muito menos ativa, mostrando-se desinteressada por jogos e brincadeiras ou por alimentos e isolando-se dos

outros. Já na fase do desligamento, algumas vezes chamado de negação, superficialmente, parece que a criança finalmente ajustou-se à perda. A criança torna-se mais interessada nas visitas, brinca e até forma novos relacionamentos, porém superficiais. Entretanto, este comportamento é o resultado da resignação, e não um sinal de contentamento (WHALEY e WONG, 1999).

A doença, como toda situação de crise, altera de forma significativa a vida da criança e de sua família. A hospitalização é um fator que pode compor uma experiência bastante difícil para crianças e adolescentes. Essa vivência pode levar a uma maturação e maior desenvolvimento psíquico ou resultar em prejuízo ao desenvolvimento físico e mental. Nos moldes de atendimento centrado na patologia, a equipe de saúde aborda seus pacientes como doença e não como pessoas, resultando uma situação de desinformação e de pouco contato afetivo do paciente com a equipe, o que favorece um aumento das fantasias de mutilação e de morte, bem como das sensações de ameaça e impotência, contribuindo para um estado de maior sofrimento e angústia às crianças internadas (COLLET e OLIVEIRA, 2002).

Mas, quando a proposta de assistência é realizada de forma integral, portanto de forma humanizada, essa experiência estressante pode ser amenizada pelo fornecimento de algumas condições, como presença de familiares, contato com outras crianças, disponibilidade afetiva dos trabalhadores de saúde, informação, atividades recreativas, continuidade da escolarização, entre outras. A estratégia do alojamento conjunto pediátrico é uma dos métodos que possibilitam a redução do estresse emocional (LIMA, 1996).

Para falar em qualquer tipo de hospitalização na atualidade brasileira não há como não mencionar sobre a humanização dos serviços prestados à saúde, instituída por lei:

A Lei sancionada pelo Presidente da República, Sr. Fernando Collor, e decretada pelo Congresso Nacional, foi publicada no Diário Oficial da União em 20 de setembro de 1990. Essa lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Vigorando em todo o território nacional, para qualquer ação ou serviço de saúde realizado por pessoas ou empresas.

Todos os Seres Humanos têm direito à prestação dos serviços de saúde básica e de especialidades, sendo esse fornecido pelo Estado. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Entretanto, o dever do Estado não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (Resumo da Lei Nº8080. [online] 2010).

Para Fortes (2004), o final dos anos 90 foi caracterizado pela ampliação de proposições políticas governamentais referentes à humanização na atenção à saúde. Já em 2001, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Programa esse que propõe um conjunto de ações integradas, objetivando a alteração dos padrões assistenciais aos usuários no ambiente hospitalar público. O Programa visava à necessidade de ocorrer uma alteração cultural no ambiente hospitalar, orientada pelo atendimento humanizado aos que dele necessitassem, entendendo que resultaria em maior qualidade e eficácia das ações propostas

Fortes (2004) esclarece que um forte diferencial sentido em relação às propostas de “direitos dos usuários” é que o Programa incorporou a preocupação com a valorização, a capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, dos encarregados da tarefa de cuidar e das pessoas ligadas ao “doente”. As políticas de saúde devem proporcionar as condições necessárias para o exercício das tarefas cotidianas e devem criar condições para que os que cuidam possam também ter suas necessidades satisfeitas, entre elas a escolarização de crianças e adolescentes em privação da presença escolar.

O programa estimulou o trabalho em equipe multiprofissional, entre os profissionais da educação, entendendo ser esta uma das condições essenciais para a eficácia da prática humanizada (FORTES, 2004).

De acordo com Whaley e Wong (1999), engajá-las nestas atividades coloca-as em ação, retirando-as por um período da função usualmente passiva dos receptores de um fluxo constante de “coisas” que são feitas nelas. Como em

um ambiente hospitalar, a maioria das decisões são tomadas em prol da criança, a continuidade da escolarização e outras atividades expressivas oferecem a ela oportunidades necessárias para realizar escolhas. Mesmo quando a criança escolhe não participar de uma determinada atividade, a equipe oferece a ela outra escolha, talvez uma dentre muito poucas escolhas reais que ela precisou fazer naquele dia.

Dentre todas as instalações de um hospital, provavelmente nenhuma sala traz mais alívio para os estressores da hospitalização do que a área de lazer ou a sala de atividades, dentre elas as escolares. Neste ambiente, as crianças distanciam-se temporariamente de seus temores de separação, perda de controle e invasão de seu corpo, através de procedimentos. Elas podem trabalhar seus sentimentos em uma atmosfera confortável e sem ameaças e da maneira que é a mais natural para elas. Elas também sabem que os limites da área são seguras contra procedimentos invasivos ou dolorosos e contra questões de sondagem (WHALEY e WONG, 1999).

Correa (2007), afirma que partindo dos aspectos da internação, principalmente de crianças, o processo de humanização busca melhorar a qualidade do atendimento dos pacientes com base no conceito da saúde. Torna-se necessário vislumbrar a criança ou o adolescente hospitalizado como ser humano e não como doença, logo vê-la em sua totalidade, com todas as suas necessidades. O autor menciona dentre essa totalidade o ato de brincar, por exemplo, mas também abarca-se aqui também o ato de estudar.

Neste sentido que, para Camon-Angerami (2001), a função do psicólogo dentro do ambiente hospitalar será realizada no momento em que se encontrar com o paciente, no sentido de recuperar sua essência de vida que foi interrompida pela doença e conseqüentemente o processo de internação. Alicerçada numa visão humanística com especial atenção aos pacientes e familiares, a psicologia hospitalar considera o ser humano em sua totalidade e integridade, única em suas condições pessoais, com seus direitos humanos definidos e respeitados. Em sua atuação o profissional da psicologia deve observar e ouvir com paciência a linguagem verbal e não-verbal dos que dele necessitam, já que ele é quem mais pode oferecer, no campo da terapêutica humana, a possibilidade de amparo do paciente com sua angústia e sofrimento na fase

da hospitalização, buscando amenizar e até superar os momentos de crise.

4. A PSICOLOGIA HOSPITALAR

Para Simonetti (2004), “a Psicologia Hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento”. Para trabalhar com essa demanda afetiva/emocional, a Psicologia Hospitalar é a especialidade da Psicologia que disponibiliza para doentes, familiares e profissionais da equipe de saúde o saber psicológico, que vem a recuperar a individualidade do paciente, suas emoções, crenças e valores (BRUSCATO et al, 2004).

Para Simonetti (2004), o objeto da psicologia hospitalar são os aspectos psicológicos e não as causas psicológicas. Para o autor, psicologia hospitalar não trata apenas do doente com causas psíquicas, mas sim dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença que gere demanda. Desse modo, toda doença apresenta aspectos emocionais; toda doença encontra-se repleta de singularidades, e por isso, pode-se favorecer do trabalho da psicologia hospitalar.

Segundo Simonetti (2004),

diante da doença, o ser humano manifesta subjetividades, tais como sentimentos, desejo, pensamentos e comportamentos, fantasias e lembranças, crenças, sonhos, conflitos e o estilo de adoecer. Esses aspectos podem surgir como causas da doença, como causadores do processo patogênico, como agravante do quadro clínico, como fator de manutenção do adoecimento, ou ainda como consequência desse adoecimento.

Nesse sentido, a função da psicologia hospitalar é a elaboração simbólica do adoecimento, ou seja, auxiliar o paciente a transpor essa experiência do adoecimento por meio de sua subjetividade. Para materializar a sua estratégia de trabalhar o adoecimento no registro do simbólico, a psicologia hospitalar utiliza duas técnicas:

Escuta analítica e manejo situacional. A primeira reúne as intervenções básicas da psicologia clínica, como escuta, associação livre, interpretação, etc. A segunda técnica engloba intervenções direcionadas à situação concreta que se forma em torno do adoecimento. No hospital, é preciso sair da posição de neutralidade e passividade, ca-

racterísticas da psicologia clínica (SIMONETTI, 2004).

O setting terapêutico no contexto do hospital é peculiar: o psicólogo deve adaptar sua atuação visto que os espaços e condições hospitalares são diferentes do setting da atuação clínica em consultório. (ISMAEL, 2005). O ambiente físico não é privativo ao atendimento psicológico, como o valorizado na teoria e modelo de consultório. O atendimento pode ser cessado a qualquer momento pelos demais membros da equipe multiprofissional que atua junto ao doente, no cumprimento de seus deveres e suas funções.

Diante dessas particularidades, a postura do profissional da psicologia é importante para a sua inserção no hospital – deve ser flexível com o objetivo de contornar as dificuldades e reconhecer que seu trabalho sofrerá interrupções, adiantamentos e cancelamentos fora de sua esfera de controle, pois a prioridade das ações médicas tem que ser respeitada. O psicólogo ainda deve conhecer a doença do paciente a quem ele presta atendimento, além de sua evolução e prognóstico (ROMANO, 1999; ISMAEL, 2005).

Segundo Simonetti (2004), seguir a evolução do paciente quanto aos aspectos emocionais que a doença traz é o objetivo principal do trabalho. Mas, o psicólogo pode ainda utilizar de grupos educativos, que facilitem a conscientização do paciente e família no contexto da doença e das formas de tratamento, e trabalhos em equipe no sentido de facilitar a relação equipe/paciente/família.

5. A CRIANÇA E O ADOLESCENTE HOSPITALIZADOS E A CONTINUIDADE DA ESCOLARIZAÇÃO

Com o olhar para a totalidade do “paciente-aluno” e a necessidade de mantê-lo ligado ao seu mundo externo real, o atendimento educacional no ambiente do hospital deve ser visto como uma escuta pedagógica às necessidades e interesses da criança, buscando supri-las o mais adequadamente possível nestes aspectos (CECCIM e colaboradores, 1997), e não como uma mera substituição escolar ou “massacre” concentrado no intelecto da criança ou adolescente. O sucesso do trabalho escolar no hospital depende da contínua e próxima cooperação entre professores, “paciente-aluno”, familiares, psi-

cólogos hospitalares, bem como os profissionais de saúde em geral, inclusive no que diz respeito aos ajustes necessários na rotina e/ou horários quando da interferência desses no desenvolvimento do planejamento para o dia a dia de aulas no ambiente em que se encontra (FONSECA, 2003, p. 14).

Wiese (2013) afirma que para garantir a estabilidade emocional a partir do apoio dos familiares e dos profissionais da saúde é possível reaver a capacidade cognitiva das crianças e adolescentes hospitalizados. Nesse sentido, a escolarização hospitalar, por meio do atendimento pedagógico por profissionais da educação, pode modificar o estado de saúde dos “pacientes/alunos”.

Segundo Jesus (2009, p. 82) “o trabalho pedagógico, nesse contexto, é certamente uma nova perspectiva, porém altamente pertinente e necessária, não menos complexa, tanto para o pedagogo como para a equipe multiprofissional, hospitalizados e acompanhantes”.

A Escolarização no ambiente do hospital nasceu na França em 1935 com Henri Sellier, que fundou em Paris a primeira Classe de Escolarização Hospitalar, objetivando dar continuidade às atividades escolares de crianças vítimas de doenças causadas pela 2ª Guerra Mundial, período considerado como marco decisivo na origem da Escolarização Hospitalar. A partir de 1939, surgiu a necessidade de estabelecer por meio de políticas públicas, a legalização desse tipo de atendimento pedagógico, preocupando-se com a garantia do direito à educação destas crianças e adolescentes hospitalizados, e com a formação de profissionais para atuarem neste contexto, não trabalhando com isso, desvinculados das equipes de saúde.

No Brasil, no ano de 1950 foi instituída a primeira classe hospitalar visando ao atendimento pedagógico em parceria com as escolas para que, quando não necessitassem estar mais hospitalizados, crianças e adolescentes pudessem continuar os estudos sem grandes prejuízos. Foi no ano de 1950, no Hospital Bom Jesus, no Rio de Janeiro, que a professora Lecy Rittmeyer, quando cursava Assistência Social, criou a primeira classe hospitalar, objetivando com isso o atendimento às crianças internadas, para que em seus retornos para as escolas regulares pudessem continuar seus estudos normalmente (SANTOS; SOUZA, 2009, p. 110).

Segundo as autoras, antes desse perío-

do, essas crianças e adolescentes hospitalizados, na maioria das vezes, evadiam-se dos estudos ou não conseguiam acompanhar o currículo devido ao tempo que permaneciam distante da escola, ou ainda, eram aprovados sem mesmo terem o conhecimento básico necessário. O trabalho desenvolvido pela Assistente Social Lecy Rittmeyer foi um marco em âmbito nacional dando vazão a Pedagogia Hospitalar.

Segundo Wiese (2013), o Programa de Atendimento Pedagógico em ambiente hospitalar representa o cumprimento da legislação vigente no Brasil, garantindo aos alunos internados o direito de acompanhar o currículo escolar durante sua permanência no hospital. Essa vertente da educação vem se fortalecendo em nosso país, com inúmeros projetos de sucesso na área da “Escolarização Hospitalar”, presente em vários estados da Federação Brasileira.

A legislação brasileira ampara e legitima o direito à educação aos educandos hospitalizados e os impossibilitados de frequentar a escola. Os documentos que promovem a lei são:

- a) Constituição Federal – CF de 1988 – Art. 205;
- b) Decreto Lei nº. 1.044, de 21 de outubro de 1969 Art. 1º;
- c) Lei nº. 6.202, de 17 de abril de 1975 Art. 1º;
- d) Lei nº. 8.069, de 13 de junho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA);
- e) Resolução nº. 41, de 13 de outubro de 1995 (Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente);
- f) Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996 – (Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDBEN); os Direitos da criança e do adolescente hospitalizados no Brasil;
- g) Parecer do Conselho Nacional de Educação nº 17, de 2001;
- h) Resolução nº. 01, de 03 de abril de 2002 – Conselho Nacional de Educação – CNE / Câmara de Educação Básica – CEB (Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica);
- i) Documento organizado pelo Ministério da Educação – MEC – Secretaria de Educação Especial – dezembro de 2002. Classe Hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações;
- j) Deliberação nº. 02, de 02 de junho de 2003 – Conselho Estadual de Educação – CEE (Normas para Educação especial);
- k) Normas para Educação Especial, modalidade

da Educação Básica para alunos com necessidades educacionais especiais, Sistema de Ensino do estado do Paraná;

l) a Instrução nº 006, de 2008 – SUED / SEED.

Escolarização Hospitalar objetiva o atendimento educacional aos estudantes que se encontram impossibilitados de frequentar a escola, em virtude de situação de internamento hospitalar ou tratamento de saúde, permitindo-lhes a continuidade do processo de escolarização, a inserção ou a reinserção em seu ambiente escolar (SUED/SEED 2012). Embasado pelas Leis Federais, que constatam que no decorrer da história a educação, passou a transcender o espaço escolar, deixando de ser algo exclusivo deste contexto. Assim, novos ambientes não escolares surgiram, onde estes necessitam a presença e os conhecimentos dos educadores, sempre trabalhando com as equipes multiprofissionais, para desenvolver práticas educativas e contribuir com o processo de ensino-aprendizagem, na continuação e no progresso escolar dos sujeitos que se encontram nesses espaços, pois estes também possuem intencionalidades e objetivos educacionais. Portanto, as classes hospitalares, surgiram com a finalidade de assegurar e garantir o direito à educação dos cidadãos que estão impossibilitados de frequentar o espaço escolar, pois estes se encontram em um período de hospitalização, o que é assegurado e garantido, por meio das próprias políticas públicas.

6. O PROFESSOR E SUA ATUAÇÃO NO HOSPITAL

Como já mencionado a educação hospitalar tem como principal objetivo “fazer um acompanhamento pedagógico a crianças e jovens com dificuldades graves de saúde física ou mental” (VASCONCELOS, 2007, p.2), e para tanto, precisa ter claro os objetivos do trabalho de intervenção que realiza, priorizando atividades que instiguem a participação da criança e do adolescente hospitalizados. O papel de mediador que o professor da classe hospitalar desempenha junto à criança e o adolescente tem o poder de confirmar a efetivação do processo de ensino-aprendizagem.

O direito à educação não se encerra para a criança hospitalizada. Conforme Política Nacional de Educação Especial e o Plano de Expansão e Melhoria da Educação Especial, desde

1994, as classes hospitalares estão reconhecidas no cenário educacional brasileiro. Com isso, as crianças e os adolescentes hospitalizados passam a ter o direito à assistência educativa (ORTIZ, FREITAS, 2005).

Na atuação pedagógica no ambiente hospitalar:

[...] contamos necessariamente com a interação social, com as trocas comunicativas que somos capazes de estabelecer com o meio social, numa prática de arbitragem de um universo de significação comum. Precisamos dos outros para que, dessa relação, consigamos formar uma noção do que é a realidade: realidade essa, em última instância, sempre partilhada. Não podemos prescindir dessas relações. Somos essencialmente gregários e necessariamente comunicantes" (CONTRE-RAS, 2002, p. 39).

No processo de mediação pedagógica, quem ensina também aprende. O ambiente hospitalar é para o professor uma fonte de aprendizagem constante por meio da escuta às informações de vida da criança com o seu conteúdo de representação da doença, do tratamento, da Hospitalização e da equipe multiprofissional. Isso leva o professor a melhorar a assistência, de maneira a tornar essa experiência da hospitalização um aspecto positivo para o crescimento e desenvolvimento da criança (FONSECA, 2003, p. 31)

É na interação com a criança ou adolescente que o professor vai possibilitando um espaço para que as dúvidas e os receios possam ser vencidos. Através das explicações e da atenção que dedica para o aluno/paciente e o acompanhante, o professor da classe hospitalar contribui para o processo de recuperação, pois "leva a um melhor cumprimento pelo paciente e sua família das solicitações do médico, contribuindo para a eficácia do tratamento" (FONSECA, 2003, p.24).

Assim, o professor no âmbito do hospital realiza um papel de mediador em dois aspectos: do conhecimento formal (conteúdo escolar) e da compreensão da situação de tratamento. Por isso, deve estar pronto para ouvir os questionamentos e comentários dos acompanhantes acerca de procedimentos que não conseguem compreender.

Segundo Cabreira (2007), é importante aproximar as crianças nos atendimentos peda-

gógicos para que haja uma troca entre elas, estabelecendo um diálogo em que todas possam participar e que o isolamento próprio desse ambiente vá sendo rompido nesses momentos de ensino-aprendizagem.

Cabreira (2007) ressalta que a classe hospitalar, além de um direito da criança, é uma forma de mantê-la inserida num contexto de aprendizagem, em que a interação com os colegas, a situação de aulas, e o processo ensino-aprendizagem desviam sua atenção da condição de um tratamento, muitas vezes acompanhado de injeções e restrições. Assim, ocupada com atividades que representam a continuidade de uma rotina distante da prática hospitalar, a criança tende a se distrair, distanciando-se do contexto de isolamento e doença do hospital.

Cabe ressaltar ainda sobre a maturidade emocional que este profissional deve apresentar para estar preparado para lidar com as diversas situações que o ambiente hospitalar oferece.

No Estado do Paraná no ano de 2007 foi implantado o Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar.

O Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH) oferece apoio educacional aos alunos que estão impossibilitados de frequentar a escola devido à internação hospitalar ou tratamento de saúde. O objetivo é que os alunos possam continuar o processo de escolarização e voltem ao ambiente escolar sem perdas de conteúdo das disciplinas. O acompanhamento dos alunos é feito por um pedagogo e por três professores do quadro do magistério, que realizam atendimento hospitalar e domiciliar.

No atendimento hospitalar, o pedagogo e os três professores atuam em áreas diferentes: ciências exatas, ciências humanas e linguagens. No atendimento domiciliar, há liberação de um professor que acompanha pedagogicamente o aluno em suas atividades escolares. A Secretaria da Educação mantém um termo de cooperação técnica com os hospitais conveniados ao serviço, localizados em Curitiba, Cascavel, Londrina, Maringá, Campo Largo e Paranaguá.

Em Cascavel, o Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar, vigora no Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP, através de um convênio entre o HUOP e a Secretaria de Estado da Educação e na União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer-UOPECCAN em sua ala pediátrica.

O trabalho é diferenciado, pois depen-

de da quantidade de dias que o educando fica no hospital e de sua enfermidade. Os pacientes da hematologia, normalmente, se internam para fazer quimioterapia e ficam em média três dias. Estes alunos/pacientes, muitas vezes, não estão frequentando as aulas da escola onde estudam em decorrência de estarem com a imunidade baixa e realizam trabalhos domiciliares. Dessa forma, é aproveitado o momento em que eles se internam para realizar o atendimento e trazê-los novamente ao ambiente escolar, mas esse atendimento precisa ser realizado logo no primeiro dia em que o educando é internado, antes da sessão de quimioterapia, porque já foi observado, com a prática cotidiana, que se o atendimento for deixado para o outro dia, corre-se o risco de não ser possível fazê-lo, pois a criança fica bastante debilitada depois do tratamento e, muitas vezes, não consegue realizar as atividades propostas.

O agrupamento dos alunos também ocorre, mas na maioria das vezes o trabalho é feito nos leitos. Depois do contato com a escola de origem do educando, são feitas atividades propostas pela escola ou atividades que podem auxiliar cada um dos alunos/pacientes atendidos em sua especificidade, visto que, muitas vezes, depois de uma avaliação diagnóstica realizada pelas professoras do SAREH, percebe-se que o aluno precisa de um trabalho anterior àquele que foi passado pela escola.

Acredita-se que o trabalho de educação hospitalar deva promover o homem para que ele seja capaz de interferir em sua realidade, modificando-a e, assim, deixando de ser excluído e fazendo parte da construção de um mundo com menos desigualdade. O trabalho diário no ambiente hospitalar tem como base esse desenvolvimento do conhecimento dos educandos, possibilitando a transformação dessa realidade. Como citou Saviani, há vários tipos de educação e tenciona-se trabalhar com todos eles no dia a dia hospitalar – como a educação para a subsistência, a educação para a libertação, a educação para a comunicação e, principalmente, a educação para a transformação. Assim, pode-se tentar realizar uma mudança sensível no panorama nacional. Esse conjunto de observações mostra que a realidade do atendimento hospitalar, apesar de todas as limitações, também é um cenário repleto de possibilidades para o desenvolvimento de um programa educacional que supere os impasses existentes e evolua cada vez

mais.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do trabalho analisou-se que o direito à educação se exprime como direito à aprendizagem e à escolarização, traduzido, fundamental e prioritariamente pelo acesso à escola de educação básica, considerada como ensino obrigatório, de acordo com a Constituição Federal Brasileira.

Segundo a Constituição Federal, no art. 205, a escolarização é direito de todos e dever do Estado e da família, devendo ser promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, tendo em vista o pleno desenvolvimento do indivíduo, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

De acordo ainda com a lei, o não oferecimento do ensino obrigatório pelo Poder Público, ou sua oferta irregular, imprime responsabilidade da autoridade competente à criança, tornando-se um aliado do tratamento. Com isso, a sua contribuição é notável na promoção da saúde psíquica e orgânica.

Na impossibilidade de frequência à escola, durante o período sob tratamento de saúde ou de assistência psicossocial, as pessoas necessitam de formas alternativas de organização e oferta de ensino de modo a cumprir com os direitos à educação e à saúde, tal como definidos na Lei e demandados pelo direito à vida em sociedade.

Essa atenção também diz respeito ao paradigma de inclusão e contribui para com as práticas de humanização da assistência hospitalar.

Em relação à criança e adolescente hospitalizados, o tratamento de saúde não envolve apenas os aspectos biológicos da tradicional assistência médica. A experiência de adoecimento e hospitalização envolve alterar rotinas, afastar-se de familiares, amigos e objetos significativos, submeter-se a procedimentos invasivos e dolorosos e, ainda, sofrer com a solidão e o medo da morte – uma vivência diária nos hospitais.

Reestruturar a assistência hospitalar, para que dê conta desse emaranhado de novas experiências, significa certificar o acesso ao lazer, ao convívio com o meio externo, às informações sobre seu processo de adoecimento, cuidados terapêuticos e, como relatado, principalmente a continuidade de escolarização.

Na equipe multidisciplinar, o trabalho da psicologia neste contexto de internação de crianças e adolescentes em idade escolar é muito importante porque a equipe, na maioria das vezes, não trabalha sozinha as questões da angústia, do medo, da ansiedade, sentimentos e emoções.

O psicólogo apoia a equipe de saúde e de educação, realizando um trabalho multidisciplinar junto à equipe; cada um realizando seu trabalho se tem uma visão de um todo do paciente em que ele é visto como um indivíduo e não como doença. Desta forma, desempenhando o trabalho de forma mais tranquila, de maior qualidade, melhorando as relações entre profissionais e o enfrentamento do indivíduo perante a doença.

A Psicologia contribui no processo de humanização do hospital. A pessoa hospitalizada quer ser ouvida e acolhida neste momento tão delicado de sua vida. As crianças, seus pais e a equipe de saúde, têm sentimentos e estes precisam ser expressos, e é o psicólogo que estaria trabalhando os sentimentos e as emoções necessárias para o bem-estar e recuperação mais rápida deste paciente

No tempo em que o ambiente hospitalar torna-se menos ameaçador, tende-se a diminuir as pressões internas e externas, tanto para adultos acompanhantes quanto para as crianças e adolescentes, mas compreende-se que se difere a maneira encontrada de representarem suas vivências, em que a continuidade da escolarização interrompida propicia-os a uma forma de elaboração e continuidade de vida.

Analisando isso, verifica-se como primordial a utilização de métodos que abrandem a insegurança, o medo e o sofrimento, pois a criança e o adolescente podem não apresentar uma compreensão total sobre o momento em que vivem. É necessário compreender suas necessidades e imaturidade para esse enfrentamento. Para tal enfrentamento, é primordial que se trabalhe com um atendimento humanizado, garantido por lei, destacando um tratamento que englobe não somente o corpo, mas também seu psiquismo e sua subjetividade.

Quando no momento de hospitalização todas as ações são decididas pelo paciente, um dos únicos momentos de liberdade de se expressar é durante o aprendizado. Este aprendizado surge para reaproximá-lo da realidade abreviada por ele nesse momento.

A pesquisa proporcionou ampliar os conhecimentos sobre a temática, bem como compreender o trabalho multiprofissional realizado nas alas pediátricas, no intuito de infundir o espírito de enfrentamento da nova realidade vivenciada pela criança e adolescente privados de seu convívio social, mesmo que por tempo abreviado.

REFERÊNCIAS

BACKES, L. V. L. L.; WD, F. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 14, n.1, p. 132-135, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18>>. Acesso em: 04 maio 2014.

CABREIRA, L. G. **O professor e sua prática no ambiente hospitalar**. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/PA-545-12.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2014.

CAMON, V. A. A. (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.

CARVALHO, M. C. de; RUBIANO, M. R. B. Organização dos espaços em instituições pré-escolares. In: OLIVEIRA, Zilma Moraes. (Org.). **Educação infantil: muitos olhares**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

COLLET, N. B. R. G. de O. **Manual de enfermagem em pediatria**. Goiânia: AB, 2002.

FONTES, R. de S. A reinvenção da escola a partir de uma experiência instituinte em hospital. **Educ. Pesqui.** v. 30, n. 2, p. 271-282, ago. 2004.

FONSECA, E. S. da. **Atendimento escolar no ambiente hospitalar**. São Paulo: Memnon, 2003.

FERNANDA, M. P. **A inserção do psicólogo no hospital geral: a construção de uma nova especialidade**. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em História das

Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.ibamendes.com/2010/11/os-hospitais-da-antiga-grecia-ao-mundo.html>>. Acesso em: 04 maio 2014.

FONSECA, E. S. da. **A situação brasileira do atendimento pedagógico-educacional hospitalar**. Rio de Janeiro: Uerj, 1999. Disponível em: <<http://www.bibvirt.futuro.usp.br/textos/hemeroteca/edp/edp25/edp25n108.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

FORTES, P. A. de C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n. 3, p. 30-35, set./dez. 2004.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Geral, 1998.

GOMES, F. Z.; ADORNO, R. C. F. Crescimento e desenvolvimento na prática dos serviços de saúde. Revisão histórica do conceito de criança. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 3, jun. 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101990000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 jul. 2014.

ISMAEL, S. M. C. A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. In: ISMAEL, S. M. C. (Org.). **Prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

JESUS, V. B. G. de. Atuação do pedagogo em hospitais. In: MATOS, Elizete Lúcia (Org.). **Escolarização hospitalar: educação e saúde de mãos dadas para humanizar**. Petrópolis: Vozes, 2009.

LIMA, R. A. G. **Criança hospitalizada: a construção da assistência integral**. 1996. ... f. (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

LOPEZ, M. A. **Hospitalização**. São Paulo: McGraw-Hill, 1998.

MAHONEY, A. A.; ALMEIDA, L. R. de. Afetividade e processo ensino-aprendizagem: contribuições de Henri Wallon. **Psicologia da educação**. São Paulo, n. 20, jun. 2005.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752005000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2012.

MARINI, E. **Psicologia hospitalar: utilização de técnicas transpessoais e metáforas no atendimento hospitalar**. São Paulo: Vetor, 2006.

MITRE, R. M. de Araujo; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2004. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?q=a+hospitaliza%C3%A7%C3%A3o+e+a+crian%C3%A7a+hospitalizada&hl=ptR&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ei=W2VmU9qqG9fNsQSVo4GABw&ved=0CCoQgQMwAA>. Acesso em: 04 maio 2014.

NOBREGA, R. de D. da. et al. Criança em idade escolar hospitalizada: significado da condição crônica. **Texto contexto - enferm.** v. 19, n. 3, p. 425-433, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416099003>> Acesso em: 20 abr. 2014.

OLIVEIRA, V. B. de. **O brincar e a criança do nascimento aos seis anos**. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. **O brincar e a criança do nascimento aos seis anos**. Petrópolis: Vozes, 1995.

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

O PSICÓLOGO escolar. Disponível em: <<http://www.abrapee.psc.br/opsicologo.htm>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

RAPOPORT, A.; SARMENTO, D. F.; PACHECO, S. M. **A criança de 6 anos no ensino fundamental**. São Paulo: Mediação; Autores Associados, 2009.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SABATES, A. L. **Preparo da criança para procedimentos dolorosos: intervenção de**

enfermagem com brinquedo; o cotidiano da prática de enfermagem pediátrica. São Paulo: Atheneu, 1999.

SANTOS, C. B. dos; SOUZA, M. R. de. Ambiente hospitalar e escolar. In: MATOS, E. L. (Org.). **Escolarização hospitalar**: educação e saúde de mãos dadas para humanizar. RJ: Vozes, 2010.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar**: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

PEREZ, G. H. A unidade de emergência: características do ambiente e suas repercussões psicológicas. In: BELLKIS, W. Romano (Org.). **Manual de psicologia clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

VASCONCELOS, S. M. F. **Classe hospitalar no mundo**: um desafio à infância em sofrimento. Disponível em: <http://www.reacao.com.br/programa_sbpc57ra/sbpccontrole/textos/sandramaia-hospitalar.htm>. Acesso em: 17 jun. 2014.

WIESE, M. do C. da S. Pedagogia hospitalar no Brasil: atuação docente nas classes hospitalares. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 1., 2013. **Anais...** 2013. Curitiba: PUCPR, 2013.

WONG, D. L. **Whaley & Wong**: enfermagem pediátrica: elementos essenciais a intervenção efetiva. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

TETZLAFF, A. A. S. Resumo da lei nº 8080. jul. 2010. Disponível em: <<http://hitechnologies.com.br/humanizacao/o-que-e-o-programa-humanizaus/resumo-da-lei-n8080/>>. Acesso em: 19 maio 2014.

<https://www.blogger.com/profile/15239262574014311678>

<http://www.educacao.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=63>

http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/cadernos_tematicos/tematico_sareh.pdf

<http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=68>

IMPACTO EMOCIONAL SUFRIDO POR ESTUDIANTE EN PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

RESUMEN: Este artículo ha tenido como objetivo analizar cómo niños y adolescentes hospitalizados pueden tener una experiencia de internamiento menos traumática, por medio de la intersección de Psicología, Educación y Leyes de Humanización. A través de estrategias utilizadas por profesionales de psicología, salud y profesionales de la educación, en el ámbito hospitalario, utilizando como recurso terapéutico la continuidad de la escolarización interrumpida debido a su enfermedad. La continuidad del aprendizaje pasa a ser una alternativa dentro de los hospitales, además del cumplimiento de una ley, también como recurso terapéutico en que continuar aprendiendo tiene un significado real para que niños y adolescentes puedan proseguir su actividad de mayor significado en esta fase de la vida. Este artículo se ha construido mediante pesquisa bibliográfica, en que se propone una investigación sobre los enfrentamientos de estos educandos, acerca de esa nueva realidad enfrentada por ellos, en un ambiente que pasa a hacer parte de la rutina, ahora alumno/paciente, sujeto al proceso de hospitalización, proceso este que engloban las alteraciones físicas, psíquicas y sociales, los procedimientos invasivos para tratamiento y el significado del alejamiento de los espacios que hacían parte de su realidad.

PALABRAS CLAVE: Internación; Niños/Adolescentes; Psicología Hospitalaria; Escolarización; Educadores.