

O trauma por acidente térmico: aspecto escolar e escuta pedagógica

Trauma for Thermal Accident: School Aspect and Pedagogy of Listening

Eliane Martins Quadrelli Justi¹

¹Mestre em educação, Professor da Faculdade Internacional de Curitiba – FACINTER.
elianemqj@hotmail.com

Resumo

A pesquisa investigou a ação pedagógica por meio de atividades planejadas, de acordo com o currículo escolar, para a criança hospitalizada com queimadura grave, presa ao leito, como prevenção à ruptura do seu processo de escolarização, interrompido pelo extenso tempo de hospitalização. Foi observada uma criança matriculada em escola regular do Ensino Fundamental que sofreu grave queimadura por meio de líquido inflamável, necessitando de internação em pediatria de queimados, em um hospital na cidade de Curitiba, Paraná, no período de três meses. Após a realização de atividades pedagógicas planejadas com esta criança, junto ao leito, observou-se que estas atividades: a) possibilitam o seguimento do processo de escolarização e facilitam a inclusão escolar após a alta hospitalar; b) colaboram no enfrentamento do estresse hospitalar e no resgate da autoestima da criança; c) requer do professor uma formação que lhe permita trabalhar além dos conteúdos escolares os conteúdos emocionais trazidos pela criança enferma. Evidenciou-se também a necessidade de criação, informatização e adaptação de recursos didáticos para o atendimento pedagógico no leito pediátrico. Considerou-se propor maior investimento pedagógico na mediação do conteúdo escolar em ambiente pediátrico a fim de promover a produção do conhecimento paralela ao tratamento da saúde. Apontou-se para que a pediatria seja acompanhada por um quantitativo mínimo de dois professores e dois psicólogos na busca de estabelecer um trabalho interdisciplinar e garantir um atendimento de qualidade à criança com necessidades especiais durante o período de hospitalização.

Palavras chaves: Criança hospitalizada. Educação hospitalar. Pedagogia Hospitalar.

Abstract

*The research investigated the pedagogical action by means of planned activities, according to the school curriculum, for the children hospitalized with severe burns, bedridden, to prevent the interruption of their schooling process, interrupted by lengthy hospital stay. We observed a child enrolled in regular elementary school who suffered a serious burn caused by flammable liquid, requiring hospitalization in pediatric burn ward in a hospital in the city of Curitiba, Paraná, over a three-month period. After conducting educational activities planned with this child, at her bedside, we observed that these activities: a) allow the continuation of the schooling process and facilitate school inclusion after discharge from hospital, b) **cooperate in coping** with hospital stress and in recovering the self-esteem of the child c) require from the teacher a training that allows him/her to work besides the school contents, emotional content brought by the sick child. It also showed the need for the creation, adaptation and computerization of educational resources for the pedagogic approach at the pediatric bed. We considered proposing greater pedagogical investment in mediating school content in pediatric environment in order to promote the production of knowledge parallel to health treatment. We pointed out that the pediatrics is accompanied by an amount of at least two teachers and two psychologists seeking to establish **an interdisciplinary job** and ensure quality care for the child with special needs during hospitalization period.*

Keywords: Hospitalized Child. Hospital Education. Hospital Pedagogy.

Introdução

Geralmente quando se fala em criança queimada, imediatamente o ouvinte manifesta expressão de dor, compaixão, preocupação com as marcas deixadas pelo acidente térmico.

A queimadura está entre as mais dolorosas lesões que o organismo humano pode suportar, afirmam Serra e Santos (1999, p.149). Para estes autores, a dor intolerável contribui para uma resposta emocional que envolve ansiedade, depressão, medo, angústia, irritação, frustração, agressão e regressão, complicando, e muitas vezes impedindo a recuperação física da criança queimada. Os autores afirmam que a desagradável experiência da dor durante a terapia (curativos diários), pode levar ao

trauma emocional prolongado, o qual poderá interferir negativamente no período de fisioterapia para minimizar as seqüelas deixadas pela queimadura. Eles relatam que (p.151):

Para uma criança queimada, os dias, as semanas ou os meses de recuperação são preenchidos com experiências estressantes e dolorosas, principalmente em razão da necessidade da troca de curativo ser diária. A contenção física durante os curativos provoca uma sensação de impotência, aumentando em muito o medo e a antecipação da dor nessas crianças. Muitas vezes elas exibem total falta de compreensão acerca do propósito e da necessidade de procedimentos terapêuticos dolorosos; acreditam que essas medidas, ao invés de beneficiar a cicatrização, poderiam interferir negativamente com a mesma. Não é de surpreender que esse ponto de vista leve a resistência e luta entre a criança e a equipe. O uso dos analgésicos é o principal elemento no controle da dor, porém, além disso, cada vez mais se admite que essas abordagens podem não apenas reduzir o desconforto dos procedimentos dolorosos como permitir que a criança enfrente melhor a internação.

Sabe-se que a queimadura deixa marcas importantes na pele e na alma. Preparar a família e a criança para a alta hospitalar inclui prepará-los para o retorno escolar, o que pode trazer, segundo Silva (1999, p.201), certa ansiedade relacionada à reintegração na sociedade da criança queimada, principalmente na escola, onde certamente irá enfrentar o desafio provocado pelas deformidades.

É comum ouvir depoimentos de pais, cujo filho sofreu a queimadura, dizendo que o retorno escolar pode esperar. No entanto para Gonçalves e Valle (1999, p.274), é fundamental que os pais compreendam a importância da continuidade dos estudos do filho, não apenas no momento da alta hospitalar, mas de modo paralelo ao tratamento da enfermidade. As autoras esclarecem que:

É importante para a criança doente perceber-se produtiva e em desenvolvimento, e a participação em atividades escolares pode significar igualdade em relação às demais crianças da sua idade... É preciso alertar os pais e toda a equipe profissional que, embora ela esteja enferma, seu processo de desenvolvimento continua e deve ser constantemente incentivado, numa tentativa de suprir o efeito negativo do “stress” e da hospitalização.

A queimadura apresenta causas variadas e características bem definidas nas crianças segundo a sua faixa etária. Crianças de zero a seis anos, por exemplo, são as grandes vítimas de acidentes por líquidos superaquecidos, tendo como local de maior incidência a cozinha, onde brincam perto de suas mães, que muitas vezes não tomam consciência do perigo. As crianças com mais de seis anos, motivadas pela curiosidade sem temer ou prever os perigos existentes, realizam diferentes “experiências” com os líquidos inflamáveis como o álcool, a gasolina e outros agentes de fácil combustão. Também é nesta fase que se iniciam as pesquisas escolares, o que aguça ainda mais a curiosidade dos “pequenos cientistas”, conforme observação de Silva (1999, p.197).

Serra e Phebo (1999, p.259), chamam a atenção para as crianças vítimas de maus tratos por queimaduras intencionais que, na maioria das vezes, são causadas por líquidos ou objetos quentes. Esses autores enfatizam que poucas são as doenças que trazem sequelas tão importantes como a queimadura grave. Esclarecem que mesmo com o restabelecimento da saúde e a sobrevivência física, somados ao devido tratamento da pele com plásticas e enxertos, as cicatrizes, contraturas e distorção da própria imagem culminam com frequência, na “morte social”. Segundo Costa (1999, p.225) “estamos diante de uma complexidade na qual se cruzam vida e morte, saúde e doença, *regeneração* do corpo e deformação, retorno ao social e isolamento. É diante dessa complexidade que o paciente, de acordo com sua subjetividade, se posiciona”. Levando-se em conta as transformações que a queimadura provoca no corpo biológico, mais precisamente na pele, considerada como órgão de função protetora que limita e realiza o contorno físico, evidencia-se que os cuidados com a criança queimada são de ordem física e psíquica. Portanto, se faz presente o correspondente psíquico dessa agressão à pele: “é a perda da pele íntegra da imagem anterior do corpo; é estar sob os cuidados e o olhar do outro. A angústia do paciente queimado retrata uma perda concreta”. (COSTA, 1999, p.225).

Frente ao embate físico e psicológico que vive a criança queimada em ambiente hospitalar, uma atitude relativamente simples em muito pode contribuir na terapêutica do seu tratamento à saúde: a prática de escutá-la. De acordo com Costa (1999, p.226), a

prática nos ensina que a escuta torna a palavra possível. O sujeito, através de sua fala, vai elaborar as angústias que foram trazidas pela situação que afeta o seu corpo, pois a queimadura, bem como a doença, remete a uma série de sentimentos relativos à importância humana e à morte.

Fazer existir o tempo para escutar a criança queimada é fazer existir o tempo para que a criança queimada fale. Apesar do extenso tempo destinado ao tratamento da saúde, durante a hospitalização as condutas hospitalares de rotina são realizadas rapidamente. O tempo que efetivamente existe é o tempo para cuidar da enfermidade e dificilmente elabora-se um tempo para cuidar da criança hospitalizada em seu caráter biopsicossocial.

Observa-se o cuidado importante para que se desenvolva a escuta sensível dentro da pediatria, abrindo espaço para os dizeres da criança hospitalizada. Cresce dia a dia a demanda humana, que indica à equipe hospitalar que atua em pediatria, o desenvolvimento de cuidados à atenção integral e escuta a vida da criança hospitalizada. Conforme afirma Costa (1999, p.229)

a família, enquanto parte da vida da criança também necessita dessa escuta, e é através de entrevistas individuais, do grupo terapêutico de pais e acompanhantes, ou mesmo do contato na enfermaria, que poderemos fazer circular a palavra silenciada na situação traumática.

Esta demanda humana indica ainda, a necessidade de integração entre as dimensões: biológica, psicológica e vivencial. Como esclarece Ceccim (2000, p.16),

a dimensão biológica pode ser atendida através da tecnologia médica e de enfermagem tradicional, como também a dimensão psicológica pode ser ouvida através do psicodiagnóstico, mas a dimensão vivencial não pode ser diagnosticada, só pode ser sentida junto com a criança.

O autor delinea esta escuta, à dimensão vivencial da criança hospitalizada pautado no caminho pedagógico e epistemológico das palavras educação (do latim, tirar para fora) e pedagogia (que vem do grego, quer dizer caminhar com a criança, conduzi-la, levá-la à

aprendizagem): “quando nos medimos pela criança, quando nos permitimos escutar seus processos afetivos e cognitivos, observamos suas interações e sua produções, mediamos suas construções e interpomos convites a que produza conosco”. (CECCIM, 2000, p.16).

Neste contexto pedagógico que propõe estar com a criança e aliar-se a ela em sua dimensão biológica, psicológica e vivencial, desponta a Escuta Pedagógica sugerida pelo professor sanitarista Ricardo Ceccim (2000, p.17) “ a escuta pedagógica precisa de uma escola, de conteúdos curriculares e prática docente, mas não para cumprir programas conteudistas, apenas para agenciar conexões, necessidades intelectuais, emoções e o pensamento”.

Afirmar positivamente a experiência da doença ou hospitalização e não marcá-las como rupturas com os laços interativos da aprendizagem de si, do mundo, das relações é o objeto de uma escuta pedagógica. O direito à invenção de si e do mundo é o dever ético do trabalho educacional. Uma escuta pedagógica em saúde decorre da defesa de vida como valor maior. (2000, p.18).

Encontra-se em Conceição (1994, p.6) uma reflexão que relaciona as práticas das áreas na saúde e na educação à VIDA do ser humano, este, chamado educando na área da educação e cliente na área da saúde. Segundo este autor, o objetivo principal das atividades-fim entre os profissionais destas áreas em relação a educandos e a clientes, “é promover e estimular a realização pessoal e integral dos mesmos na busca da efetivação máxima possível dos potenciais genéticos de cada um”. O autor destaca que, como esses potenciais jamais podem ser conhecidos e medidos, cabe aos profissionais da educação e da saúde utilizarem, também, o máximo de seus conhecimentos e experiências no sentido que se cumpra o objetivo.

Nota-se que neste objetivo comum à saúde e à educação na busca de efetivar o máximo possível dos potenciais do ser humano, que não podem ser medidos, origina-se o objetivo de valor maior da escuta pedagógica em saúde: defender a vida.

O desafio de ampliar a abordagem de saúde, na pediatria, para um perfil de atenção que toma como critério a vida, em seus valores de produção de vida e não apenas de sobrevivência ou qualidade biológica da existência, afirma positivamente a experiência da enfermidade ou da hospitalização em lugar de

marcá-las como rupturas com os laços interativos da experiência vivencial. (CECCIM, 1997, p.35).

Pouco se sabe sobre a atividade pedagógica escolar específica para a criança queimada. A preocupação com sua aprendizagem cresce na medida em que o tempo da hospitalização se estende. Os efeitos da queimadura grave na vida da criança contam tempo indeterminado. Porém, o período extenso de tempo destinado ao tratamento e à permanência hospitalar do queimado grave pode ser compatibilizado para possibilitar a continuidade do seu processo de escolarização.

De acordo com Silva (1999, p.197), “a queimadura é um acidente de graves consequências e, geralmente, causa um grande impacto na estrutura da família, principalmente quando envolve criança, por ser um tratamento muito doloroso e por longo período”. Neste sentido, buscar oferecer a continuidade do processo educativo no período de hospitalização da criança queimada, contribui para que se chegue ao melhor resultado possível no final do tratamento, aquele que melhor compactue com a normalidade biopsicossocial, o que na visão realista de Silva (1999, p.198), lamentavelmente, muitas vezes é impossível.

Para avançar objetivamente na prevenção de eventual seqüela imposta pela extensa hospitalização por queimadura e buscar garantir uma melhor qualidade de vida durante e depois do tratamento, Valle (1999, p.52) sugere que a continuidade dos estudos é de fundamental importância, assim como a adaptação escolar e social, para que se busque evidenciar a efetiva preocupação em relação ao futuro acadêmico e profissional da criança hospitalizada. Assim, segue-se apresentando um relato sobre o atendimento pedagógico junto ao leito de uma criança queimada, trabalho este, realizado em determinado hospital da cidade de Curitiba, parte da pesquisa de mestrado da autora do presente artigo.

Registro diário da ação pedagógica desenvolvida à criança acometida por grave queimadura

Apresentam-se as observações coletadas no trabalho pedagógico diário aplicado na pediatria de queimados a determinada criança hospitalizada. O relato que segue pretende refletir e comparar a ação metodológica planejada, relacionada à ação metodológica desenvolvida. Para Ludke e André (1986, p.31) as reflexões metodológicas envolvem “os procedimentos e estratégias metodológicas utilizadas, as decisões sobre o delineamento (design) do estudo, os problemas encontrados na obtenção dos dados e a forma de resolvê-los”.

Para informar a prevalência dos objetivos alcançados diariamente junto à criança queimada, apontada neste estudo por A., optou-se pela utilização dos seguintes símbolos: (+) para indicar os objetivos atingidos; (-) para indicar os objetivos não atingidos; e (+ -) para indicar os objetivos atingidos parcialmente.

Desta feita, abre-se a perspectiva de promover um diálogo entre o trabalho pedagógico planejado e o trabalho pedagógico desenvolvido, aqui representado por uma amostra de quatro encontros entre os meses de outubro a dezembro.

(+ -) Vinte e quatro de outubro

A.,recebia soro pela veia do braço direito e estava submetido pela nutrição a uma dieta alimentar realizada por sonda nasogástrica (sonda para viabilizar a alimentação via nariz-estomago). Seu quadro clínico era bom. Entretanto, não havia condições para a escrita, apenas para a leitura.

Como o impedimento à escrita se tornou constante, evidenciou-se a necessidade de se utilizar um computador portátil como recurso didático no leito hospitalar. Afinal, com um só dedo, seja da mão direita ou esquerda, A. poderia construir textos e elaborar outros conhecimentos.

A. realizou a leitura poética, interpretou com facilidade e ditou as respostas para a pesquisadora escrever. O lanche da tarde chegou, mas ficou para depois, conforme a vontade de A. Tinha-se ainda quinze minutos e houve a proposta de escrever uma carta para os colegas da escola. Ele ficou quieto com os olhos rasos d'água. A. entristeceu-se ainda mais ao falar de seus amigos da escola. A pesquisadora, surpresa com aquela

situação, agiu com rapidez e abordou assuntos de Matemática e exercícios envolvendo as quatro operações (adição, subtração, divisão e multiplicação). De repente surgiu o primeiro sorriso de A., ele quis mostrar que gostava de Matemática!

O campo hospitalar lembra um campo minado; por mais cuidado que se tome, surge algo inesperado. Acredita-se que a poesia desencadeou a carga emocional liberada por A. ao receber o convite para escrever aos colegas da escola. De acordo com o resultado obtido na pesquisa de Gonçalves e Manzini (2000, p.78) “a poesia serviu como instrumento importante para a representação das condições e situações vivenciadas pelas crianças no interior do hospital, ou seja, as crianças usufruíram da poesia como forma de comunicação com o mundo”.

A carga emocional percebida no ambiente de pediatria era fortíssima, motivo pelo qual, optou-se pelo silêncio nos momentos de crise e o estabelecimento de uma comunicação o mais normal possível durante o desenvolvimento da prática pedagógica.

(-) Vinte e oito de outubro

Na utilização do computador para praticar a escrita, de início houve dificuldade para encontrar uma tomada próxima ao leito, logo solucionada com uma extensão. Contudo, foi necessário puxar o leito de A. quase para o meio do corredor para que o fio pudesse alcançar a tomada. As outras crianças da pediatria que podiam caminhar, logo se aproximaram e pediram para “brincar”. Buscou-se explicar que A. estava em aula. Afortunadamente chegou uma voluntária que chamou as crianças para ouvi-la cantar e tocar violão.

Ao ligar o computador, os olhos de A. brilharam e ele projetou imediatamente a cabeça para conseguir visualizar melhor o equipamento. Imediatamente providenciou-se um cobertor para apoiar sua cabeça (não há travesseiro na pediatria), pois no pescoço havia curativo de enxerto e estava totalmente enfaixado. Esta atitude de A. de lançar-se à frente sugere analisar a força de projeção causada pelo exercício do processo de ensino e aprendizagem na criança portadora de enfermidade. Neste sentido, é pertinente pensar

na função de alavanca desenvolvida pela aprendizagem, incorporada ao conjunto terapêutico da clínica médica.

Ao assistir este movimento à frente realizado por A. teve-se a impressão que ele estava pronto para “brincar” no computador. Segundo Oliveira (2001, p.186), “utilizado de forma adequada às demandas de cada comunidade, e dentro de um projeto coletivo, o computador pode ser um importante instrumento de desenvolvimento humano”. Com aproximadamente quinze minutos de iniciação na informática, a enfermeira aproximou-se para administrar o antibiótico na veia. Tranquilamente A. permitiu a intervenção da enfermagem e não desviou os olhos do computador, fato que em outro momento o deixaria muito agitado e nervoso, mas, surpreendentemente, A. gritou de dor naquele momento. Seu globo ocular ficou desordenado e a sonolência imperou abruptamente.

Novamente remete-se ao campo minado do ambiente hospitalar no qual tudo pode mudar num só instante. Não foi possível atingir o objetivo proposto de iniciação à linguagem informatizada por intercorrência física. Entretanto, percebeu-se na fala sonolenta proferida por A. que ele necessitava aprender no hospital tanto quanto necessitava da medicação hospitalar, conforme reflexão de Oliveira (1991, p.146).

(-) Seis de novembro

Nesta tarde A. estava totalmente de braços, com a cabeça, o pescoço e o braço direito totalmente enfaixados. A pesquisadora se surpreendeu com a situação presenciada. O box estava na penumbra, e os pais velavam ... Foi mais um enxerto, agora na parte de trás das pernas e a ordem médica recomendava que o escolar hospitalizado ficasse na posição de braços por praticamente três dias. A. sabia que qualquer movimento do seu corpo desfavorecia a “pega” do enxerto. Caso isso acontecesse, o procedimento seria refazer o enxerto; portanto, disciplinadíssimo, ele mantinha-se completamente imóvel. Aquela contenção física ocasionava um sentimento de impotência para todos.

A. chorava e pedia para por o oxigênio, dizia sentir falta de ar. Um pouco mais calmo pediu uma maçã e suco de laranja. Todos os três ficaram naquele momento

(pesquisadora, A., e sua mãe) na busca de conforto e torcendo para que o tempo se apressasse em passar... Não era possível saber quem ensinava e quem aprendia:

“... me sinto seguro porque não há razão para me envergonhar por desconhecer algo” (FREIRE, 2001, p.153), mesmo sem saber o que fazer ou dizer, optou-se por conviver e aprender com aquela família.

Iniciou-se uma conversa de conteúdo educativo, como por exemplo: o curso de mestrado, a universidade, as atividades oferecidas pela Biblioteca Pública do Paraná, a importância de permanecer na escola e a importância da pesquisa na sociedade. As três pessoas presentes no quarto, concluíram que ali se estava fazendo educação de forma mútua, e que esta relação fazia bem. Concluiu-se ainda, que a aula de hoje como estava programada não aconteceu, mas que nem por isto se deixou de educar-se envoltos pela informalidade, ao meio da enfermidade.

Observou-se na prática a força da escuta à vida, declarada por Ceccim (1997, p.28): “uma escuta à vida será não só às vivências concretas (a vida vivida), mas, também, a captação das forças de vida que pedem passagem em nosso existir”.

O mais interessante foi verificar que a escuta à vida ocorreu de forma recíproca entre a pesquisadora (que também foi ouvida), A. e sua mãe. O ato humano de doar-se uns aos outros naquele momento integrou as forças de vida ali apreendidas, resultando no aumento da força vital, para ser vivida e apreendida um dia de cada vez.

(+) Seis de dezembro

Embora não se tivesse planejado no início do trabalho a reinserção de A. na escola, o período da sua alta hospitalar foi de fundamental importância para a conclusão deste estudo, por coincidir com o final do ano letivo, fato que permitiu avaliar sua reintegração ao âmbito escolar e avaliar, com isso, todo o estudo realizado no hospital.

A tarde estava em alta; chegou o grande dia!

Após realizar a aula de revisão: perímetro, base, altura e “Pi”, optou-se por entregar para A. uma pasta contendo as atividades de ensino realizadas durante a sua hospitalização. Em conversa com sua mãe, a pesquisadora colocou-se à disposição

reafirmando que brevemente entraria em contato, para juntos planejarem com a escola, como e quando seria realizada a avaliação final, necessária para a promoção do aluno para a série seguinte do ensino regular.

O intuito de manter o vínculo após a alta hospitalar foi decisivo para a realização das provas na escola. Percebeu-se por contato telefônico que para a instituição escolar as atividades realizadas por A. durante a hospitalização bastavam para promovê-lo à série seguinte, contudo, optou-se pela realização das provas. De acordo com Paulo Freire (2001, p.160):

Não posso obviamente permitir que minha afetividade interfira no cumprimento ético de meu dever de professor no exercício de minha autoridade. Não posso condicionar a avaliação do trabalho escolar de um aluno ao maior ou menor bem querer que tenha por ele.

É importante esclarecer que a escola em que A. estava matriculado manteve-se aberta, conciliadora e prestativa a qualquer necessidade de seu aluno relacionada à sua escolarização. Entretanto, é fato que no momento da avaliação formal houve uma tendência a facilitar a avaliação, em detrimento ao exercício ético da prática da avaliação escolar. Uma vez observado e analisado este fato, acredita-se que sua relevância centra-se na intenção de promover outras discussões relacionadas às formas e condições em que está sendo realizada a avaliação formal à criança hospitalizada em estado grave de atenção à saúde.

Considerações finais

Entre outras medidas, as considerações da vivência em pediatria de queimados apontam maior investimento no processo estrutural da educação hospitalar. Assim, evidenciou-se a necessidade de seguir com o processo educativo para promoção, atenção e cuidado da criança que precisa da hospitalização por período extenso de tempo.

Remete-se também igual investimento pedagógico à particularidade da flexibilização e criatividade no ato de aplicar o conteúdo escolar em ambiente pediátrico, a fim de possibilitar à criança hospitalizada e afastada da escola seguir construindo o seu saber histórico e pessoal – simultâneo a um estado de inclusão social e cognitiva - paralelo ao tratamento da sua saúde integral.

Também se verificou que a prática diária das aulas previamente planejadas a partir do conteúdo escolar ativa a cognição infantil e evita a abstinência total com o conhecimento sistematizado que impera na hospitalização da criança. E ainda, além de minimizar a ruptura de vínculos, proporciona diferentes experiências de relacionamento humano, como por exemplo: criança-aluno hospitalizado; aluno-professor hospitalar; aluno-criança-enfermidade; família-professor hospitalar; criança-família-escola hospitalar; aluno-colegas hospitalizados; criança-aluno-procedimento médico; hospitalização-aprendizado.

Observou-se que o trabalho pedagógico, tendo como linha norteadora o estudo do conteúdo escolar, significou um instrumento concreto de inclusão à criança hospitalizada no seu retorno à escola de origem.

A relação do trabalho pedagógico centrado na capacidade de aprender e de ensinar com a criança internada na Pediatria de Queimados contagiou as outras crianças ali hospitalizadas, bem como seus familiares, acompanhantes e os profissionais da saúde.

Muito se tem construído na condução do processo educativo no ambiente da saúde. Muito mais há de ser construído, inventado e reinventado na busca do fazer existir uma escola criada para atender as necessidades educacionais em concomitantes com o tratamento da saúde da criança hospitalizada.

Referências

CECCIM, Ricardo Burg e CARVALHO, Paulo R. Antonacci. (orgs) **Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Editora da Universidade. Universidade Federal do rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1997.

CECCIM, Ricardo Burg. **Saúde e Doença: reflexão para a educação da saúde**. P. 37-50. In: Cadernos da Educação Básica nº: 4. MEYER, Dagmar E. E. (org.) Saúde e sexualidade na escola. Porto Alegre: Mediação, 2000.

COSTA, Daniela Scarpa da Silva. **A Escuta da Criança Queimada, da Equipe de Cuidados e dos Pais**. p. 225-250. In: SERRA, Maria Cristina e GOMES, Dino Roberto (organizadores). A Criança Queimada. Rio de Janeiro: Eventos, 1999.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

GONÇALVES, Fontenelle Claudia, VALLE, M.R.Elizabeth. **O significado do Abandono Escolar para a Criança com Câncer**. São Paulo: Acta Oncológica Brasileira. Vol.19 – nº 01, 273-279, Julho 1998 a Dezembro 1999.

LUDKE, Menga e ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Epu, 1986.

OLIVEIRA, Helena. **A Enfermidade na Infância: Um estudo sobre a doença em crianças hospitalizadas**. Dissertação de Mestrado – Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1991.

SERRA, Maria Cristina e PHEBO, Luciana Barreto. **Prevenção de Queimaduras**, p. 251-305. In: SERRA, Maria Cristina e GOMES, Dino Roberto (organizadores). A Criança Queimada. Rio de Janeiro: Eventos, 1999.

SERRA, Maria Cristina e SANTOS, Ricardo Alves. **Analgesia da criança queimada**, p.149-161. SERRA, Maria Cristina e GOMES, Dino Roberto (organizadores). A Criança Queimada. Rio de Janeiro: Eventos, 1999.

SILVA, Berenice. **A Enfermagem e os Aspectos Importantes da Criança Queimada**, p.197-202. SERRA, Maria Cristina e GOMES, Dino Roberto (organizadores).A Criança Queimada. Rio de Janeiro: Eventos, 1999.

VALLE, Elizabeth Ranier Martins. **Criança com Câncer e Escola: Integrando a Pesquisa à Assistência**. Cadernos de Psicologia. Vol. 5 nº1, 51-58. Sociedade Brasileira de Psicologia, 1999.