



Centro Hospitalar Leiria-Pombal

**Escola Superior de Educação e Ciências Sociais – Instituto Politécnico
de Leiria**

RELATÓRIO

Avaliação da qualidade do serviço educativo em contexto hospitalar: o exemplo do Centro Hospitalar Leiria-Pombal

Ana Paula Antunes Carreira Pires

Rita Alexandra Bettencourt Leal

Maria Isabel Pinto Simões Dias

2013

ÍNDICE

Introdução	2
1. Educação em contexto hospitalar.....	2
1.1. Hospitalização da criança.....	4
1.2. O espaço educativo.....	5
1.3. A segurança e a higienização do brinquedo.....	7
2. O docente em contexto hospitalar.....	9
3. O trabalho em parceria.....	11
4. Estudo empírico: Avaliação da qualidade do serviço educativo em contexto hospitalar...12	
4.1. Metodologia do estudo.....	13
4.1.1. Contexto do estudo.....	13
4.1.2. Objetivos do estudo.....	14
4.1.3. Amostra.....	15
4.1.4. Técnicas de recolha de dados.....	16
4.1.5. Análise dos dados.....	18
4.2. Apresentação dos resultados e sua discussão.....	19
4.2.1. Relação dos docentes com a criança/pais.....	19
4.2.2. Espaço educativo.....	26
4.2.3 Atividades desenvolvidas em parceria com o serviço de pediatria.....	30
Conclusão	33
Referências Bibliográficas	35
Anexos	
Anexo I – Protocolo de Cooperação: Programa – O melhor do mundo são as crianças.	
Anexo II – Questionário.	

INTRODUÇÃO

No âmbito do protocolo celebrado entre a Escola Superior de Educação e Ciências Sociais – Instituto Politécnico de Leiria (ESECS-IPL) e o Centro Hospitalar Leiria – Pombal (CHLP), e ao abrigo do Grupo *Projeto Creche*¹, foi desenvolvido um estudo exploratório com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços educativos em contexto hospitalar, recorrendo-se ao inquérito por questionário.

O interesse sobre esta problemática surgiu da necessidade de melhorar o serviço educativo prestado a este nível no CHLP, assumindo-se a humanização hospitalar como princípio e meta a alcançar. Também a nível científico e social, o estudo ganha relevância na medida em que proporciona a reconstrução de conhecimento sobre a importância dos serviços educativos em contexto hospitalar, bem como, a reflexão sobre estas questões. O bem-estar da criança e a possibilidade de maximizar os seus potenciais, em situação de internamento, constituiu o foco do estudo.

O presente relatório é constituído por uma breve revisão de literatura sobre a problemática em questão, seguida da apresentação do estudo empírico realizado.

1. EDUCAÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR

O enquadramento teórico do presente estudo procurou enquadrar a problemática em estudo a nível científico e normativo, centrando-se nos direitos da criança como cidadã (Prout, 2005), incluindo a criança em situação de hospitalização.

A preocupação com a necessidade de oferecer à criança a maior qualidade possível na sua educação em diferentes contextos é constante e crescente ao longo dos tempos (Fonseca, 1990). Neste sentido, foram vários os normativos que foram sendo publicados centrados nos direitos da criança, entre eles, o direito à educação.

Surge, então, primeiramente e na sequência da publicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (proclamada em 10 de dezembro de 1948), a Declaração dos Direitos da Criança a 20 de novembro de 1959. Esta Declaração defende o interesse superior da criança

¹ O *Grupo Projeto Creche* nasceu no ano letivo de 2008/2009 na ESECS-IPL, impulsionado pela necessidade de refletir sobre o trabalho pedagógico desenvolvido em contexto de creche, com crianças até aos três anos de idade.

relativamente à sua proteção, defesa e integração. Entre os vários princípios enunciados, destaca-se o Princípio 7.º por estar relacionado com a educação:

“A criança tem direito à educação, que deve ser gratuita e obrigatória, pelo menos nos graus elementares. Deve ser-lhe ministrada uma educação que promova a sua cultura e lhe permita, em condições de igualdade de oportunidades, desenvolver as suas aptidões mentais, o seu sentido de responsabilidade moral e social e tornar-se um membro útil à sociedade. O interesse superior da criança deve ser o princípio diretivo de quem tem a responsabilidade da sua educação e orientação, responsabilidade essa que cabe, em primeiro lugar, aos seus pais. A criança deve ter plena oportunidade para brincar e para se dedicar a atividades recreativas, que devem ser orientados para os mesmos objetivos da educação; a sociedade e as autoridades públicas deverão esforçar-se por promover o gozo destes direitos.” (Princípio 7º da Declaração dos Direitos da Criança).

Posteriormente, e limitando o foco de atenção para a humanização dos serviços de saúde no atendimento a crianças, surge, no ano de 1988, a Carta da Criança Hospitalizada redigida por várias associações europeias. Esta resume os direitos da criança hospitalizada, salientando-se os seguintes:

“As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. (...) O hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto de equipamento, quer no do pessoal e da segurança.” (Direito 6 e 7 da Carta da Criança Hospitalizada, 1998, s/pág.).

Em 1989, e partindo da necessidade de alargar a área de intervenção dos profissionais de saúde no que se refere ao atendimento da criança, surge a Convenção dos Direitos da Criança, aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas. Segundo esta Convenção regista-se a necessidade de considerar criança qualquer ser humano com idade cronológica inferior aos 18 anos.

“A criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo.” (artigo 1, parte I, A Convenção sobre os Direitos da Criança).

Este alargamento da idade pediátrica da criança veio incluir o adolescente dentro das atribuições do pediatra. Esta mudança trouxe alguns problemas aos pediatras que não estavam preparados para o atendimento a crianças com características tão diferentes bem como algumas exigências quanto às condições do seu acolhimento e hospitalização (Levy, 2006).

1.1. Hospitalização da criança

Considerando que o desenvolvimento do ser humano não depende só das suas características biopsicológicas, mas também da influência dos contextos em que vive (Bronfenbrenner, 2005), é importante avaliar os efeitos do contexto hospitalar no seu desenvolvimento.

Centrando a ideia na criança e tendo consciência que a doença fragiliza o ser humano e que “este sentimento é intensificado quando o doente é a criança”(Xavier, 2006: 25), avaliar os efeitos do contexto hospitalar no desenvolvimento da criança torna-se uma preocupação emergente (Carvalho & Begnis, 2006). A criança hospitalizada, para além de vivenciar uma mudança radical das suas rotinas (o que por si só já é um fator de insegurança), experimenta, também, um sem número de sensações relacionadas com a dor física e psicológica. No hospital, a criança está, naturalmente, vulnerável ao sofrimento, podendo manifestar comportamentos desadaptativos (como, por exemplo, solidão, temores, frustração, hostilidade, angústia, insegurança, ansiedade, fobias ou baixo rendimento escolar), comportamentos que podem influenciar a aceitação da criança em relação ao tratamento e condicionar a sua recuperação (Favero, Dynieciz, Spiller & Fernandes, 2007). Neste sentido, Xavier (2006) defende a humanização dos serviços pediátricos apostando na oferta da qualidade dos recursos humanos e físicos. É seu entendimento que a criança, acompanhada dos seus familiares, deva ser atendida por profissionais competentes capazes de satisfazer as suas reais necessidades (emocionais e físicas) em ambientes agradáveis. Ainda segundo este autor, para melhorar o atendimento à criança/família, será importante que estes se coloquem no lugar do utente desafiando-os ao seguinte exercício:

“Os profissionais devem como que despir “as batas” e percorrer todos os espaços dados por quem procura ajuda: entrem pelas mesmas portas, sentem-se nas mesmas cadeiras, servem-se das mesmas casas de banho, ler e receber as informações facultadas, tentar sentir e pensar, como utentes, agir, antevendo as legítimas expectativas das crianças e famílias.” (Xavier, 2006: 25).

Ainda a propósito da humanização dos serviços, Mota, Martins e Vêras (2006) defendem que a humanização hospitalar deverá ser baseada nas questões relativas à promoção da saúde, num contexto de igualdade. Preconizam, também, a qualidade das relações humanas no que se refere ao atendimento aos utentes e à auscultação da sua opinião nos tratamentos aplicados.

Zannon (1991) sugere a criação de mecanismos que ajudem a criança a enfrentar as dificuldades decorrentes da situação da hospitalização e da doença. Numa vertente mais

lúdica, Carvalho e Begnis (2006) defendem que a utilização de recursos lúdicos, em contexto hospitalar, tem demonstrado um forte incentivo no processo de recuperação da criança doente, aumentando a sua resiliência. Para Santos (2006), brincar, em contexto hospitalar, é tão importante como tomar medicação ou fazer exames médicos. Corroborando esta ideia, Mitre e Gomes (2004) defendem que a promoção de atividades lúdicas pode (i) favorecer uma melhor adequação aos tratamentos, (ii) promover a existência de canais de comunicação entre o doente, as famílias e os profissionais da saúde e (iii) favorecer a regulação dos Direitos da Criança e uma visão desproblematizada do significado da doença. Medina (2010), Junqueira (2003), Carvalho e Begnis (2006) e Lindquist (1992), argumentam que o brincar deve ser visto como um espaço terapêutico que favorece a continuidade do desenvolvimento infantil, ajudando a criança a tomar consciência do que está a viver e a reorganizar os seus sentimentos, reduzindo a sua angústia e tranquilizando-a.

Mitre e Gomes (2004) referem, ainda, que a atividade lúdica, ao reduzir o stress e as tensões acumuladas, tem uma ação direta sobre o sistema imunológico, favorecendo o equilíbrio ao nível da saúde física.

Face a estes dados evidencia-se a importância da existência de um espaço educativo em contexto hospitalar que fomente o lúdico como estratégia terapêutica.

1.2. O espaço educativo

Desde há vários anos que se têm envidado esforços no sentido de minimizar a estadia penosa da criança hospitalizada, assistindo-se a uma melhoria na organização dos serviços de pediatria, dotando-os de espaços de brincar (Jorge, 2006). Esta ideia é igualmente vinculada através do quadro legal existente na *Carta da Criança Hospitalizada* (1998) no que se refere aos seguintes direitos da criança hospitalizada:

“6. As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à sua idade com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade.”

7. “O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.” (Instituto de Apoio à Criança, 1998, s/pág.).

Santos (2006) defende que a existência de espaços lúdicos em ambiente hospitalar tem como principal função amenizar o desconforto provocado pelo internamento da criança, tornando o ambiente mais suave, mais relaxado e mais divertido.

De acordo com Carvalho e Begnis (2006), um ambiente estruturado é favorável e incentiva a saúde e dá respostas adequadas às necessidades dos pacientes favorecendo o seu desenvolvimento. Emergindo a preocupação com o espaço físico, estes dados sugerem, como estratégias promotoras de um ambiente terapêutico de qualidade, a decoração das paredes e o recurso a painéis coloridos e objetos que fazem parte da rotina diária da criança hospitalizada (Favero, Dyniecicz, Spiller & Fernandes, 2007).

Para Cordeiro (2006), o espaço educativo deve ser um espaço próprio de fácil identificação pelas crianças e suas famílias, estar aberto e disponível sempre que os utentes o pretendam utilizar e deve constituir-se um espaço promotor de socialização e aprendizagens. Mitre e Gomes (2004) defendem que o espaço lúdico de uma unidade pediátrica não deverá ser apenas um depósito de brinquedos, mas um espaço de segurança afetiva e domínio para a criança internada, onde ela escolhe o que lhe apetece fazer. Deverá ser um espaço sem qualquer conotação com procedimentos invasivos e dolorosos.

Santos (2006) lembra que não deverão ser esquecidas as crianças acamadas (ou que não se podem deslocar a este espaço), sugerindo que se lhes facilitem os materiais apropriados à sua idade, aos seus interesses e à sua condição física.

Neste espaço educativo, o brinquedo constitui-se como um importante recurso (Lindquist, 1992). Potenciador de um estado de calma e de segurança, o brinquedo facilita à criança a vivência de atividades estimulantes e divertidas fomentadoras de desenvolvimento e aprendizagens levando-a a apresentar o brinquedo como instrumento de redução do stress (inerente à hospitalização) e como catalisador de medos e angústias (Motta & Enumo, 2004).

Pereira (2009) defende que os brinquedos, enquanto objetos, devem ser explorados livremente pela criança em vez de uma utilização exigente de acordo com as regras ou instruções da embalagem. Bandet (1973) entende o brinquedo como um recurso importante na aquisição de conhecimentos da criança independentemente da função para o qual é designado.

No que se refere ao brinquedo propriamente dito, e segundo Machado (2001) citado por Pereira (2009), a criança vai construindo o conhecimento do mundo que a rodeia através das brincadeiras, jogos, dramatizações e regras.

Favero, Dyniecicz, Spiller e Fernandes (2007) compreendem a “brinquedoteca” em contexto hospitalar como um espaço de brincar onde o objetivo passa pela possibilidade de minimizar os traumas psicológicos do internamento através do jogo e das brincadeiras. Estes

autores acreditam que a utilização de materiais lúdicos, em contexto hospitalar, pode acelerar o processo de recuperação da criança, diminuindo o tempo de internamento e, conseqüentemente, baixando os custos associados ao mesmo.

Ainda no campo dos interesses e necessidades da criança hospitalizada, Souza e Alonso (2007) consideram da máxima importância a possibilidade de oferecer à criança material de software lúdico-educativo, que permita a utilização orientada de redes sociais enquanto recurso facilitador de contacto entre amigos, familiares e até como meio de comunicação entre os professores de forma a receber e enviar tarefas escolares.

1.3. A segurança e a higienização do brinquedo

A diretiva 88/378/CEE define, no ponto 1 do artigo 1º, brinquedo como:

“Qualquer produto concebido ou manifestamente destinado a ser utilizado em jogos, por crianças de idade inferior a 14 anos.” (diretiva 88/378/CEE define, no ponto 1 do artigo 1º).

Kishimoto (1998) acrescenta a esta ideia a utilização do brinquedo com uma atribuição lúdica que dá suporte e orienta a brincadeira da criança, podendo ser usado como recurso ou material pedagógico.

A diretiva acima mencionada, transposta pela 2009/48/CE e introduzida na lei portuguesa através do Decreto-Lei nº 43/2011, de 24 de março, determina regras sobre a segurança dos brinquedos disponíveis no mercado europeu. O Decreto-Lei supracitado estabelece que os brinquedos não devem pôr em perigo a saúde e a segurança dos utilizadores, devem ser adequados à sua idade e conter informação sobre os potenciais riscos. A legislação estabelece, ainda, que os brinquedos só podem ser vendidos no mercado europeu se apresentarem a marcação CE (Comissão Europeia), um sinal com que o fabricante atesta que o brinquedo cumpre a lei e as normas europeias e não põe em risco a saúde nem a segurança dos utilizadores. Se um brinquedo, mesmo com marcação CE, colocar em risco a segurança dos utilizadores, a Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE) pode proibir a sua venda e recolhê-lo. Não obstante a legislação em vigor, sabe-se que nem sempre os mecanismos de controlo e a fiscalização do cumprimento da lei funcionam, pelo que importa que haja uma preocupação, por parte do consumidor, no sentido de averiguar se estão assegurados os devidos requisitos de segurança dos brinquedos (Pereira, 2009).

Os alertas e indicações preventivas relativamente à utilização de diferentes tipos de brinquedos explícitos no já referido Decreto-Lei nº 43/2011, de 24 de março, realçam a necessidade de adequação dos mesmos às diferentes faixas etárias e às capacidades das crianças. Esta necessidade já era defendida por Piaget (1978), citado por Costa (2011), ao classificar os brinquedos de acordo com os estádios de desenvolvimento da criança. No período sensório-motor (dos 0 aos 2 anos), os brinquedos deverão ser coloridos, com texturas variáveis e estímulos visuais e sonoros. São indicados brinquedos que se movimentem, brinquedos de pano e de borracha, jogos de encaixe, livros infantis, entre outros. No período pré-operatório (dos 2 aos 7 anos) os brinquedos deverão desenvolver o esquema simbólico através do lúdico. Neste período, as crianças começam a interessar-se pela imitação de cenas familiares, pelo que os brinquedos indicados relacionam-se com a vida familiar, tais como bolas, brinquedos educativos, brinquedos de encaixar e desmontar, brinquedos musicais, carrinhos, bonecas, cavalinho de balanço, brinquedos para praia ou piscina. No período das operações concretas (dos 7 aos 11 anos), os brinquedos deverão simular os objetos do quotidiano (telefone, objetos domésticos, bonecas, quebra-cabeças simples, carros, baldes, bichinhos de plástico, materiais da enfermaria, fantoches, entre outros). No período das operações formais (acima de 12 anos), os brinquedos privilegiados serão os jogos e meios de comunicação (livro, televisão, música).

Como referido anteriormente, o material lúdico constitui uma mais valia para a diversão e desenvolvimento da criança hospitalizada. Contudo, se por um lado este fator é positivo, por outro lado pode constituir um risco para a saúde da criança caso não sejam aplicados os procedimentos adequados de higienização e descontaminação.

A proximidade entre as crianças internadas, a partilha de ambientes comuns, os brinquedos que caem ao chão e a eventual troca dos mesmos são potenciais focos de contaminação por elementos patogénicos (Slavish, 2012).

“O meio ambiente hospitalar, incluindo o ar, a água e as superfícies inanimadas que cercam o paciente, também guarda íntima relação com as infeções hospitalares, podendo proporcionar focos de contacto e de transmissão” (Freitas, Silva, Carvalho, Pedigone & Martins, 2007: 291).

A transmissão de infeções entre os pacientes e profissionais constitui, também, uma forte probabilidade, em contexto hospitalar, pelo que se recomenda a desinfecção das mãos. Para Motta, Ramos e Souza (2012), as infeções adquiridas em meio hospitalar constituem uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, o que resulta num aumento de custos para o tratamento dos doentes. No entanto, grande parte das infeções contraídas em

ambiente hospitalar podem ser evitadas se forem aplicadas medidas de prevenção. Neste sentido, torna-se necessário que sejam implementados planos de prevenção sujeitos a regras e que especifiquem a periodicidade de desinfeção dos brinquedos após a sua utilização por cada utente (Freitas, Silva, Carvalho, Pedigone & Martins, 2007). Cardoso (2007) e Cardoso, Corrêa e Medeiros (2005) defendem que deverão ser criadas, nas unidades pediátricas, equipas multidisciplinares que elaborem planos de adesão para prevenir e controlar as infeções difundidas através do uso dos brinquedos. Como medida preventiva, também Costa (2011) defende a importância da lavagem e desinfeção das mãos antes e depois do contacto com os brinquedos. Slavish (2012) alerta que existem brinquedos que apresentam maior risco de hospedar agentes patogénicos do que outros e que, por isso, não devem ser permitidos nos hospitais (todos os brinquedos que retêm água - brinquedos para o banho - e brinquedos de pano ou de pelúcia de difícil limpeza). Assim, os brinquedos recomendados não deverão ser porosos e deverão tolerar medidas de limpeza e desinfeção completa.

2. O docente em contexto hospitalar

Um ambiente que responda às necessidades físicas, afetivas e educativas das crianças passa, não só pelas questões de segurança e pelos equipamentos, mas também pelos recursos humanos (princípio 7 da Carta da Criança Hospitalizada, 1998). Neste contexto, e no âmbito do presente estudo, o papel do docente assume-se como fator primordial na medida em que, por ser um profissional com formação especializada, pode intervir no processo do desenvolvimento das aprendizagens da criança hospitalizada. O hospital pode, desta forma, constituir um local onde o docente, através da sua ação educativa, pode proporcionar às crianças hospitalizadas um atendimento pedagógico que ultrapassa os muros da escola/instituição educativa (Franco & Selau, 2011). Este serviço educativo prestado poderá ser compreendido como um processo alternativo de educação, uma vez que ultrapassa as estratégias de aprendizagem (muitas vezes tradicionais) preconizadas pelas instituições educativas (Silva, s/d).

Concomitantemente, e sabendo que o processo de hospitalização desorganiza o paciente/criança, tornando-a mais fragilizada, mais insegura e por vezes violentada pelo desconforto causado pela dor, Fonseca (1978) citado por Souza (2011), defende que é essencial o papel do pedagogo, considerando-o como um impulsionador da promoção de atividades significativas para a criança tendo em vista a minimização do seu sofrimento em ambiente hospitalar. Matos e Mugiatti (2006) defendem que a comunicação e o diálogo são

estratégias fulcrais na intervenção educativa em contexto hospitalar uma vez que permitem, nestas situações adversas, a continuidade do desenvolvimento da criança com a regularidade possível.

“Observa-se que a continuidade dos estudos, paralelamente ao internamento, traz vigor às forças vitais da criança (ou adolescente) hospitalizada, como estímulo motivacional, induzindo-a a se tornar mais participante e produtivo, com vista a uma efetiva recuperação. Tal fato, além de gerar uma integração e participação ativa que entusiasma o escolar hospitalizado, pelo efeito da continuidade da realidade externa, contribui, ainda que de forma subconsciente, para o desencadeamento da vontade premente de necessidade de cura, ou seja, nasce uma predisposição que facilita a cura e abrevia o seu retorno ao meio a que estava integrado” (Matos & Mugiatti, 2006: 71-72).

Emerge, deste excerto, a necessidade de se ter em conta o estado biológico e psicológico da criança e as suas obrigações e tarefas escolares, beneficiando-se a sua saúde física e mental e, diminuindo-se o seu tempo de internamento. Também Brito (2006) defende a existência de salas de atividades dinamizadas por educadores de infância, uma vez que a sua ação educativa favorece a recuperação da criança hospitalizada. Segundo esta autora, os educadores de infância têm conhecimentos e competências adequadas para interagirem com as crianças e famílias e, cumulativamente, transformar espaços inóspitos em ambientes agradáveis. Souza (2011) apela ao estabelecimento de boas ações interpessoais entre os diferentes intervenientes, para que seja dado um atendimento de qualidade à criança hospitalizada. Defende a existência de um trabalho colaborativo entre os diferentes profissionais da saúde e os da educação, privilegiando-se a comunicação entre estes e entre o paciente e as famílias de forma a poder planear uma intervenção pedagógica adequada. Para o efeito, não deverá ser descuidada a diversidade cultural, social, étnica, religiosa, sexual e de saúde dos contextos a que a criança pertence. Amaral (2000) entende como essencial que o pedagogo seja detentor de informação relacionada com o estado clínico do paciente, que tenha conhecimento das rotinas do hospital, dos métodos de segurança e higiene e ainda que seja capaz de estabelecer relações amistosas com a equipa multidisciplinar e de criar laços de confiança com as famílias/acompanhantes. Pelo exposto, e segundo Marques (s/d), cada vez mais se valoriza o trabalho educativo em contexto hospitalar, sendo que o docente que intervém neste ambiente deve preocupar-se constantemente com a metodologia escolhida. Da sua ação depende muito a motivação da criança para colaborar consigo. Do mesmo modo as atividades desenvolvidas deverão ser bastante criteriosas, diversificadas e flexibilizadas em função do estado geral do paciente/criança de modo a que estas constituam uma mais valia para a sua estadia hospitalar.

3. O trabalho em parceria

Nos últimos tempos tem-se assistido a uma mudança nas dinâmicas das instituições, assumindo o trabalho em rede e a criação de parcerias uma mais-valia para a instituição, para os profissionais que nela trabalham e, sobretudo, para a comunidade em geral (Daniel, Santos & Oliveira, 2008). Neste sentido, são vários os projetos que envolvem parcerias destinadas a melhorar a qualidade do serviço prestado no campo da cultura, da saúde, da educação e do desporto.

De uma forma geral, o conceito de parceria pressupõe um processo através do qual dois ou mais intervenientes se relacionam tendo por base interesses ou projetos comuns (Carrilho, 2008). Chagas (2002) refere que o trabalho colaborativo, realizado em parceria, parece ser uma forma de gerar sinergias na medida em que a construção do conhecimento resulta da conjugação dos diferentes pontos de vista dos intervenientes. Conforme Vygotsky (1989), as atividades realizadas em grupo, de forma conjunta e colaborativa, permitem vantagens não alcançáveis em ambientes de aprendizagem individualizada.

Schommer (2000), ao nível da ação social pública, as parcerias ganham bastante importância. Elas asseguram sustentabilidade e legitimidade política à ação social na medida em que, através da cooperação e participação conjunta, acrescentam-se conhecimentos e ampliam-se as possibilidades de ganhos para cada instituição.

As parcerias criadas entre o setor da educação e o da saúde, em contexto hospitalar, podem constituir-se como pilares importantes nas situações de internamento da criança. Aqui, Lindquist (1992) menciona que o trabalho pedagógico deve ter em conta que a doença e a hospitalização são fatores geradores de stress e sofrimento vividos num registo de ansiedade e medo. Desta forma, a dinamização de atividades em parceria neste contexto compreende-se como (i) promotora e construtora de bem-estar e qualidade de vida da criança, sentimentos extensíveis ao adulto/familiar que a acompanha (Melo, Cristo & Kamada, 2006), (ii) potenciadora da melhoria dos serviços disponíveis e (iii) estratégia para a construção de uma sociedade mais cidadã (Gallo & Trelha, 2002).

Motta e Enumo (2004) e Mitre e Gomes (2004) referem que o trabalho desenvolvido por entidades exteriores, em parceria com o hospital, facilita o desenvolvimento da função terapêutica do brincar e permite, através de variados estímulos lúdicos potenciadores do desenvolvimento, uma adaptação positiva e redutora de situações de stress e ansiedade. As entidades parceiras, que disponibilizam os seus serviços e desenvolvem atividades variadas

(como música, teatro, palhaços...), promovem a vivência de momentos lúdicos desenvolvidos por profissionais com conhecimento nas respetivas áreas de cultura e animação. Para que estas abordagens se constituam como uma mais-valia para o bem-estar da criança hospitalizada, Jorge (2006) diz que é necessário algum cuidado na sua preparação, bem como na sua articulação e integração, uma vez que a entrada de elementos estranhos, em meio hospitalar, pode desencadear alguns constrangimentos aos utentes e a todos os profissionais de saúde que aí se encontram.

É do conhecimento geral que nem todas as crianças se conseguem motivar numa primeira abordagem. Algumas envolvem-se quase de forma espontânea, outras necessitam de mais tempo para aderir a situações novas. Se isto acontece em situações comuns do dia a dia, em contexto hospitalar estas reações tornam-se muito mais evidentes devido às fragilidades que a hospitalização envolve. Neste contexto, o educador assume um papel importante, dinamizando e construindo um processo participativo com qualidade. A escolha das atividades lúdicas desenvolvidas em parceria não pode ser aleatória ou imposta do exterior para o grupo de crianças, constituindo-se o educador como um mediador da construção do diálogo entre parceiros (Gohn, 2009), como o elemento que escuta e compreende a criança (avaliando se está ou não emocionalmente disponível para estes desafios) e que observa e avalia as suas reações à novidade da parceria. Conforme Cucolo, Faria e Cesarino (2007), o educador assume uma presença mediadora nas situações de aprendizagem, num processo constante de diálogo reflexivo onde o foco são as necessidades, vontades e interesses da criança.

O papel do docente no serviço educativo em contexto hospitalar cruza-se, assim, com o trabalho desenvolvido em parceria, com a organização do espaço e os materiais pedagógicos/lúdicos disponibilizados (questões de segurança e de higienização) e com as condições de hospitalização da criança. É tendo como base este quadro referencial apresentado anteriormente que se desenhou e implementou o estudo empírico “Avaliação da qualidade do serviço educativo em contexto hospitalar” que se apresenta de seguida.

4. Estudo empírico: Avaliação da qualidade do serviço educativo em contexto hospitalar

Esta parte relativa ao estudo empírico é composta pela apresentação das opções metodológicas adotadas e dos resultados obtidos. É de salientar que o critério inerente à

seleção do contexto em estudo prende-se com a relação já existente entre uma das autoras deste relatório e o contexto em estudo, sendo este fator considerado favorável e positivo ao desenvolvimento do estudo e à necessária criação de um vínculo e de uma relação de confiança e confidencialidade (Rosa & Arnoldi, 2008; Erickson, 1986).

4.1. Metodologia do estudo

De seguida apresentam-se as opções metodológicas adotadas no presente estudo. Inicia-se o capítulo com a apresentação do contexto do estudo, seguido dos objetivos de investigação e da amostra utilizada. Posteriormente, apresentam-se as técnicas de recolha e análise de dados, os resultados e a sua discussão.

4.1.1. Contexto do estudo

O serviço de pediatria do CHLP encontra-se dividido em cinco áreas (urgência pediátrica, enfermaria, berçário, unidade de cuidados especiais neonatais e pediátricos e consulta externa de pediatria) e pretende ministrar cuidados de saúde diferenciados aos recém-nascidos e crianças até aos 18 anos de idade, baseados nas suas necessidades e das suas famílias. Para tal conta com uma equipa de profissionais multidisciplinar (pediatras, pedopsiquiatras, enfermeiros, assistentes operacionais, psicólogos clínicos, um educador de infância e dois professores de Ensino Básico) para prestar cuidados de qualidade, num ambiente seguro e adequado à idade e desenvolvimento de cada criança².

O serviço de pediatria do CHLP conta com duas salas destinadas ao desenvolvimento das atividades educativas: uma direcionada para crianças até aos 9 anos de idade e outra direcionada para as crianças dos 10 aos 18 anos de idade. Ambas as salas têm mobiliário adequado às idades das crianças às quais se destinam e as suas paredes encontram-se decoradas (decoração extensível a toda a unidade de pediatria). Quanto ao material lúdico, a sala destinada às crianças mais pequenas está equipada com televisão, leitor de DVD's, jogos e brinquedos adequados às diferentes faixas etárias, vários livros e material de desgaste. A sala destinada a crianças dos 10 aos 18 anos está equipada com televisão, computador sem acesso

² Informação retirada do site oficial do Centro Hospitalar Leiria-Pombal.

à internet e impressora e alguns jogos. Existem, ainda, dois portáteis com acesso à internet que circulam pelos utentes quando necessário.

O serviço de pediatria conta com uma parceria com o Ministério da Educação consubstanciada no Protocolo de Cooperação existente entre o Agrupamento de Escolas Dr. Correia Mateus e o Serviço de Pediatria do CHLP – “Programa: O Melhor do Mundo são as Crianças” (anexo I). Este programa data do ano letivo 1997/1998 e surgiu da necessidade de apoiar crianças com dificuldades de aprendizagem e desenvolvimento da Escola E.B. 2, 3 Dr. Correia Mateus e, ao mesmo tempo, da necessidade sentida em dar apoio pedagógico às crianças internadas no Serviço de Pediatria, visando tornar este espaço hospitalar num local onde as crianças se sintam bem, minorando os efeitos inerentes à situação de internamento. Para o efeito, o Agrupamento de Escolas Dr. Correia Mateus disponibiliza três docentes (uma educadora de infância a tempo inteiro e duas professoras do Ensino Básico a tempo parcial³) ao serviço de pediatria e, em contrapartida, o CHLP dá prioridade no atendimento às consultas das crianças que frequentam este Agrupamento⁴.

O serviço de pediatria conta ainda com outras parcerias designadamente, a Sociedade Artística e Musical de Pousos – SAMP (atividades no âmbito da música com periodicidade quinzenal), a Biblioteca Afonso Lopes Vieira – BALV (empréstimo de livros com periodicidade bisemanal), a Escola Secundária Afonso Lopes Vieira – ESALV (atividades sobre a segurança infantil com periodicidade mensal) e a Casa-Museu João Soares – CMJS (atividades envolvendo histórias e exploração de materiais, com periodicidade mensal).

4.1.2. Objetivos do estudo

Com o presente estudo quantitativo, de índole exploratória, procura-se (i) compreender a dinâmica e o funcionamento dos serviços educativos prestados na unidade de internamento do serviço de pediatria do CHLP e (ii) sustentar possíveis decisões de melhoria da qualidade do serviço prestado.

³ A educadora de infância é responsável pela componente pedagógica que integra crianças com idade cronológica até aos 9 anos de idade. As professoras do Ensino Básico são responsáveis pela componente pedagógica que integra crianças com idade cronológica dos 10 aos 18 anos. Na ausência destas últimas, esta componente pedagógica é também assumida pela educadora de infância.

⁴ Informação retirada do Programa “O melhor do mundo são as crianças” (ver anexo I).

4.1.3. Amostra

Participaram neste estudo 87 respondentes, sendo 19,5% crianças e 80,5% acompanhantes de crianças até aos 9 anos⁵.

Quanto ao grupo das crianças respondentes, 52,9% eram do género feminino e 47,1% do género masculino. Relativamente às suas idades, 41,2% tinham idades compreendidas entre os 10 e os 14 anos e 58,8% entre os 15 e os 18 anos.

Do grupo de acompanhantes de crianças, 98,6% das respostas foram dadas pelos pais das crianças hospitalizadas (87,2% do género feminino e 11,4% do género masculino) e 1,4% foram dadas por uma irmã. Quanto às idades dos pais, 8,7% tinham entre 19 e 27 anos, 53,6% entre os 28 e os 36 anos e 37,7% entre os 37 e os 52 anos, situando-se a maior parte dos respondentes entre os 28 e os 36 anos. Relativamente à idade da irmã participante, esta tinha 30 anos.

Quanto aos dados das crianças hospitalizadas que fazem parte do estudo, 55,2% eram do género masculino e 44,8% do género feminino. Relativamente às suas idades, 49,4% das crianças tinham idades compreendidas entre os dois meses e os três anos de idade, 11,5% das crianças tinham idades entre os quatro e os seis anos, 11,5% das crianças tinham idades entre os sete e os dez anos e 27,6% das crianças tinham idades compreendidas entre os onze e os dezoito anos.

A naturalidade destas crianças variou entre os concelhos de Leiria (41,4%), Nazaré (4,6%), Alcobaça (2,4%), Porto de Mós (6,9%), Marinha Grande (10,3%), Batalha (5,7%), Pombal (5,7%), Coimbra (9,2%) e Ourém (8,1% crianças). Identificou-se, ainda, 5,7% das crianças com nacionalidade estrangeira, uma alemã (1,1%), uma ucraniana (1,1%) e três brasileiras (3,5%).

Do total de crianças que fizeram parte deste estudo, 66,7% estiveram hospitalizadas pela primeira vez, sendo que para 33,3% já era, pelo menos, a segunda vez que estavam em situação de internamento.

No que se refere ao número de vezes que as crianças estiveram hospitalizadas, verificou-se que a maioria (11,5%) esteve hospitalizada duas vezes, 9,2% das crianças estiveram hospitalizadas uma vez, 8,1% três vezes, 2,4% cinco vezes e 1,1% esteve hospitalizada quatro vezes. Do total de respostas, 3,4% dos respondentes não responderam a esta questão e 64,3%

⁵ Ver critérios de inclusão na amostra (capítulo 4.1.4., pág. 17).

das respostas foram consideradas não aplicáveis por se encontrem em situação de primeiro internamento no momento em que preencheram o questionário. Os resultados obtidos parecem evidenciar que as crianças que vivenciaram mais do que uma hospitalização não estiveram mais do que duas vezes internadas.

Relativamente ao número de dias que as crianças estiveram hospitalizadas no último internamento, a maioria dos respondentes (9,2%) refere que o último período de internamento durou quatro dias, 8,1% responderam que durou três dias, 4,6% referem ter estado internadas durante um dia e outras 4,6% durante dois dias. 2,3% dos respondentes referiram que o período do último internamento foi de oito, nove e dez dias respetivamente e 1,1% dos respondente referiram que o último internamento durou sete dias. Do total de respondentes, 1,1% não respondeu à questão e 64,4% respostas foram consideradas não aplicáveis por se encontrem em situação de primeiro internamento no momento em que preencheram o questionário. Os resultados obtidos parecem evidenciar que a maioria das crianças internadas que participaram no estudo esteve hospitalizada por um período de tempo entre os três e os quatro dias.

Quanto aos motivos de hospitalização, estes foram diferenciados. A maioria das crianças (27,7%) foi hospitalizada para realizar intervenções cirúrgicas e 15,1% hospitalizadas por bronquiolite. Com pneumonia foram internadas 9,3% das crianças e com dificuldades respiratórias 5,8%. Com febres altas, infeções nas articulações e diabetes foram hospitalizadas 3,5% das crianças respetivamente. 2,3% das crianças foram hospitalizadas com adenovírus, membros faturados e bronquite asmática respetivamente. Com uma resposta, na percentagem de 1,1%, foram referidos os seguintes motivos de hospitalização: infeção urinária, vômitos, gripe, infeção por bactéria, remoção de gesso e fios, recusa de alimentos, estomatite, púrpura, dificuldades na administração de medicamentos em casa, laringite, unha encravada, quisto, amigdalite, síndrome nefrótica e entorse. Neste total de respostas há a considerar 8,2% de não respostas.

4.1.4. Técnicas de recolha de dados

Como técnica de recolha de dados recorreu-se ao inquérito por questionário, uma vez que esta técnica é largamente utilizada (i) na recolha de informação para sustentar o desenho e a tomada de decisões políticas nas áreas da saúde e educação (Ary, Jacobs, Sorensen & Razavieh, 2010) e (ii) quando se pretende abranger um elevado número de sujeitos em que

todos respondem às mesmas questões da mesma forma (Brace, 2008). Este processo, dada a individualidade de cada sujeito, permite a recolha de informação, valores e atitudes consoante perspetivas diferenciadas, possibilitando a construção de um quadro representativo da ocorrência ou ausência do fenómeno em estudo e uma base para a sua interpretação (Tuckman, 2000). Estas foram as razões que estiveram na base da seleção do inquérito por questionário como técnica de recolha de dados para o presente estudo, compreendendo-se o mesmo, como refere Brace (2008), como meio de comunicação entre o investigador e os sujeitos de investigação.

i) O inquérito por questionário

Durante o processo de construção do questionário, e à semelhança do que refere Fortin (2003), as questões e os objetivos do estudo guiaram o conteúdo do questionário, articulando-se o mesmo com alguma pesquisa sobre a problemática apresentada no enquadramento teórico.

Os procedimentos adotados abarcaram cinco etapas:

1ª etapa: construção do instrumento de recolha de dados e seleção dos participantes do estudo a partir dos critérios de inclusão na amostra, a saber: saber ler e escrever português independentemente de situações de emigração ou idade cronológica.

2ª etapa: validação do instrumento de recolha de dados junto de um painel de juízes com formação na área da saúde e da educação. O objetivo desta etapa era recolher a opinião dos elementos do painel sobre a relevância e adequação das perguntas construídas. O painel de juízes foi constituído por profissionais de saúde e por profissionais de educação com experiência educativa na área da saúde, a saber: o diretor do Serviço de Pediatria (que delegou funções numa pessoa da sua confiança) e duas docentes do 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico que dão apoio pedagógico no hospital. A perspetiva e comentários dos elementos constituintes do painel de juízes ajudaram a repensar, redefinir e reestruturar algumas questões do questionário, nomeadamente no que se refere à linguagem utilizada, ao esclarecimento de alguns conceitos utilizados nas questões (como o de criança e adolescente), à estrutura do questionário e às instruções das questões.

3ª etapa: realização de um pré-teste seguido de uma conversa informal sobre o preenchimento com alguns respondentes. Esta pré-testagem de um questionário considera-se

uma etapa essencial no desenvolvimento de um questionário como instrumento de recolha de dados de forma a evitar ambiguidades ou más interpretações das perguntas formuladas (Bethlehem, 2009; Biemer & Lyberg, 2003). Neste sentido aplicaram-se, durante o mês de outubro de 2012, 10 questionários a potenciais respondentes: 5 mães, 2 pais e 3 crianças.

4ª etapa: reformulação do instrumento de recolha de dados, sendo a sua versão final composta por quatro partes (parte I – caracterização sociodemográfica do respondente e do utente, parte II – caracterização da relação da docente com a criança/pais, parte III – caracterização do espaço educativo e parte IV – caracterização das atividades desenvolvidas em parceria com o serviço de pediatria), existindo no total 13 perguntas abertas e 27 fechadas (anexo II). No que se refere à parte II do questionário, para crianças com idade até aos 9 anos foi mencionado no lugar de docente o educador de infância, uma vez que este é responsável pela componente pedagógica que compreende esta faixa etária (dos 0 aos 9 anos de idade). Nos questionários direcionados para crianças com idade cronológica superior aos 9 anos foi mencionado no lugar de docente o professor de Ensino Básico, uma vez que este é o responsável pela componente pedagógica que abrange esta faixa etária (dos 10 aos 18 anos de idade).

5ª etapa: aplicação de 102 questionários no serviço de pediatria do CHLP, sempre no dia da alta do utente, entre os meses de novembro de 2012 e janeiro de 2013. Este período incluiu o período da primeira interrupção letiva (17 de dezembro de 2012 a 2 de janeiro de 2013), estando presente ao serviço neste período apenas a educadora de infância⁶ e não ocorrendo qualquer atividade de parceria. Além disso, é também de referir que neste período se registou uma grande afluência de internamentos de crianças com idade cronológica até aos 3 anos, razão pela qual o número de questionários respondidos pelos acompanhantes das crianças é superior aos respondidos pelas crianças com idade a partir dos 9 anos.

4.1.5. Análise dos dados

Após a aplicação dos questionários, procedeu-se à análise dos resultados com recurso ao software SPSS Statistics (versão 20), complementado com o recurso ao Microsoft Excel 2007 para construção dos gráficos utilizados. A análise quantitativa dos dados centrou-se nos

⁶ Lembra-se que, aquando da realização do estudo, a educadora de infância estava a exercer funções de docência no hospital a tempo inteiro e a professora do Ensino Básico a tempo parcial, tendo, por isso, de dar cumprimento ao calendário escolar.

indicadores de estatística descritiva e é apresentada em percentagens arredondadas para um dígito após a vírgula decimal.

4.2. Apresentação dos resultados e sua discussão

Dos 102 questionários aplicados, consideraram-se válidos 87, tendo sido anulados 15 pelos motivos seguintes:

- confusão entre naturalidade e nacionalidade, indicando a nacionalidade quando se pedia a naturalidade;
- preenchimento apenas da parte I do questionário (caracterização sócio-demográfica do respondente);
- mau preenchimento quanto à identificação do respondente.

A apresentação dos resultados obtidos e sua discussão, apresentada de seguida, segue a ordem do questionário a partir da parte II inclusivé.

4.2.1. Relação dos docentes com a criança/pais

Antes de se proceder à análise dos resultados obtidos relativamente à relação do docente com a criança/pais, importa analisar o contacto que os respondentes tiveram com os docentes no serviço de pediatria do CHLP (figura 1).

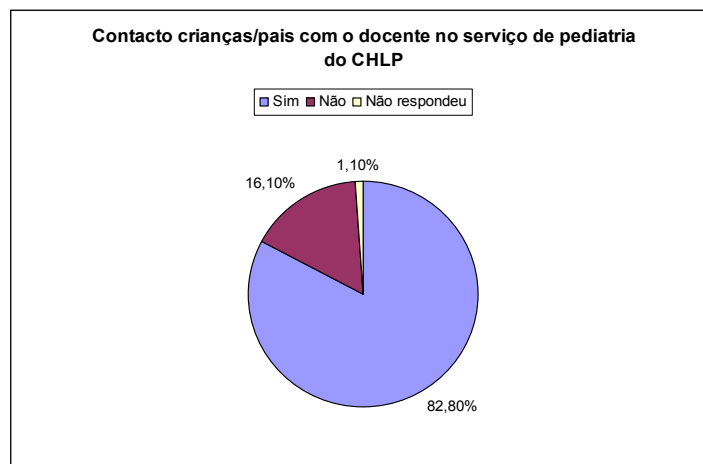


Figura 1 – Contacto crianças/pais com o docente no serviço de pediatria do CHLP.

A maioria dos respondentes (82,8%) afirma terem tido contacto com o docente, 16,1% dos respondentes afirmam que não tiveram qualquer contacto e 1,1% da amostra não respondeu à questão.

Quanto ao local onde este contacto foi estabelecido (figura 2), a maioria dos respondentes (65,6%) refere que o mesmo aconteceu na sala de atividades e/ou na enfermaria. 12,6% dos respondentes referem que contactaram com o docente na sala de atividades e/ou no quarto e 1,1% responderam que este contacto aconteceu na sala de atividades, na enfermaria e no corredor. 20,7% dos respondentes não responderam à questão.

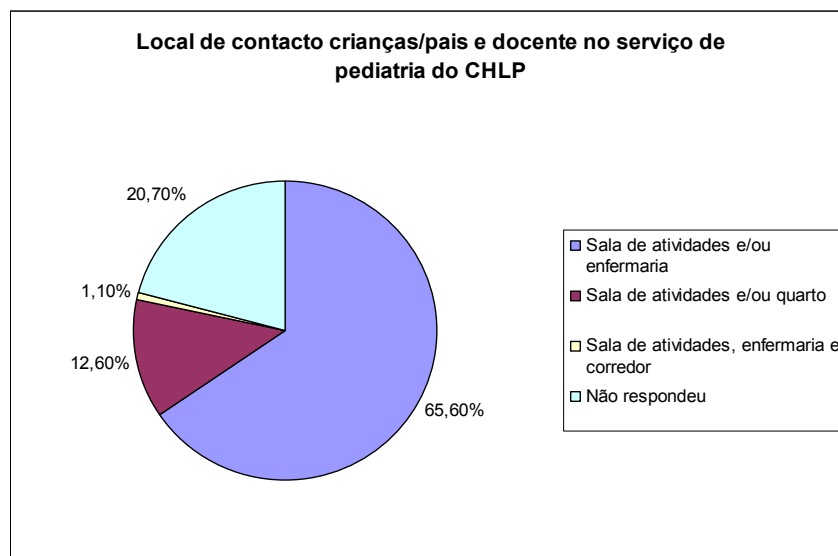


Figura 2 – Local de contacto crianças/pais e docente no serviço de pediatria do CHLP.

Quanto ao conhecimento do serviço educativo em contexto hospitalar (figura 3), a maioria dos respondentes refere que não conhecia este serviço (58,6%) e 41,4% referem que o conheciam.

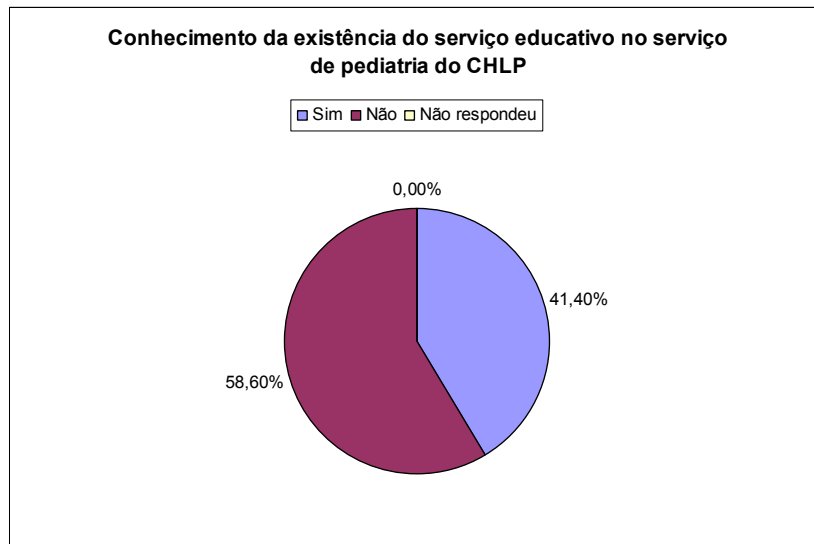


Figura 3 – Conhecimento da existência do serviço educativo no serviço de pediatria do CHLP.

Quanto à importância da presença de um docente neste contexto (figura 4), a maioria dos respondentes refere que a sua presença é importante (97,8%). 1,1% dos participantes referem que não é importante e 1,1% não responderam à questão.

Justificando as suas respostas, os respondentes referiram que é importante e a presença de um docente, porque esta ajuda a minimizar a dor e o sofrimento sentidos pela criança através do desenvolvimento de atividades lúdicas (34,7%). Consideram, ainda, que é benéfico para as crianças e para os pais haver uma pessoa com experiência e conhecimento na área, sendo importante para os pais porque os ajuda nas suas necessidades (33,3%). Outras razões apresentadas relacionam-se com a importância da continuidade da intervenção educativa (nomeadamente em situações de internamento prolongado – 21,3%), com a promoção do desenvolvimento e aprendizagem da criança (9,3%) e, ainda, com a importância de criar laços afetivos com a criança (1,4%). O respondente que referiu que não era importante ter um docente em contexto hospitalar (especificamente um professor de Ensino Básico) não justificou a resposta dada, não respondendo à questão.

Estes resultados obtidos relativamente à relação entre o docente e a criança/pais sustenta o defendido no enquadramento teórico, uma vez que as razões apresentadas pelos respondentes para justificar a pertinência do serviço docente em contexto hospitalar, tal como refere Souza (2011), se prendem com o minorar o efeito do sofrimento, inerente ao internamento, através do desenvolvimento de atividades lúdicas. Também a possibilidade de dar continuidade à intervenção educativa em contexto hospitalar é referida como relevante

pelos respondentes, ideia reforçada por Matos & Mugiatti (2006) quando mencionam que esta continuidade educativa revigora a saúde global da criança hospitalizada.



Figura 4 – Importância da presença de um docente no serviço de pediatria do CHLP.

Centrando-nos, agora, nos resultados obtidos relativos à intervenção educativa da educadora de infância (53 questionários – 60,9%) e da professora do Ensino Básico (34 questionários – 39,1%)⁷.

Quanto à intervenção da educadora de infância (figura 5), há a salientar que:

- a maioria dos respondentes (98,1%) refere que a mesma está disponível para acolher crianças e pais; 1,9% dos respondentes não responderam à questão;

- a maioria dos respondentes (94,3%) refere que presta cuidado e atenção às crianças e pais; 5,7% não responderam à questão;

- a maioria dos respondentes (92,5%) menciona que desenvolve o seu trabalho em articulação com a intervenção dos profissionais de saúde; 7,5% não responderam à questão;

⁷ É de lembrar que a diferença do número de questionários obtidos se deve ao facto de durante o período de implementação do questionário se ter registado uma maior afluência de crianças com idade cronológica até aos 3 anos (ver anexo III).

- a maioria dos respondentes (81,1%) refere que organiza a sua ação tendo em conta o número de crianças; 3,8% referem que tal não acontece; 15,1% não responderam à questão;

- a maioria dos respondentes (88,7%) refere que a educadora de infância adequa a sua intervenção às necessidades e interesses das crianças e dos pais; 11,3% não responderam à questão;

- a maioria dos respondentes (83,0%) refere que a educadora de infância promove o envolvimento com as crianças e pais durante as atividades educativas; 17,0% não responderam à questão;

- a maioria dos respondentes (66,0%) refere que a educadora de infância realiza atividades pedagógicas com as crianças; 18,9% dos respondentes referem que não realiza atividades pedagógicas; 15,1% não responderam à questão;

- quanto à realização de atividades pedagógicas em parceria com os pais, a maioria dos respondentes (58,5%) refere que sim, que são realizadas; 26,4% referem que não existe esta parceria; 15,1% não responderam à questão.

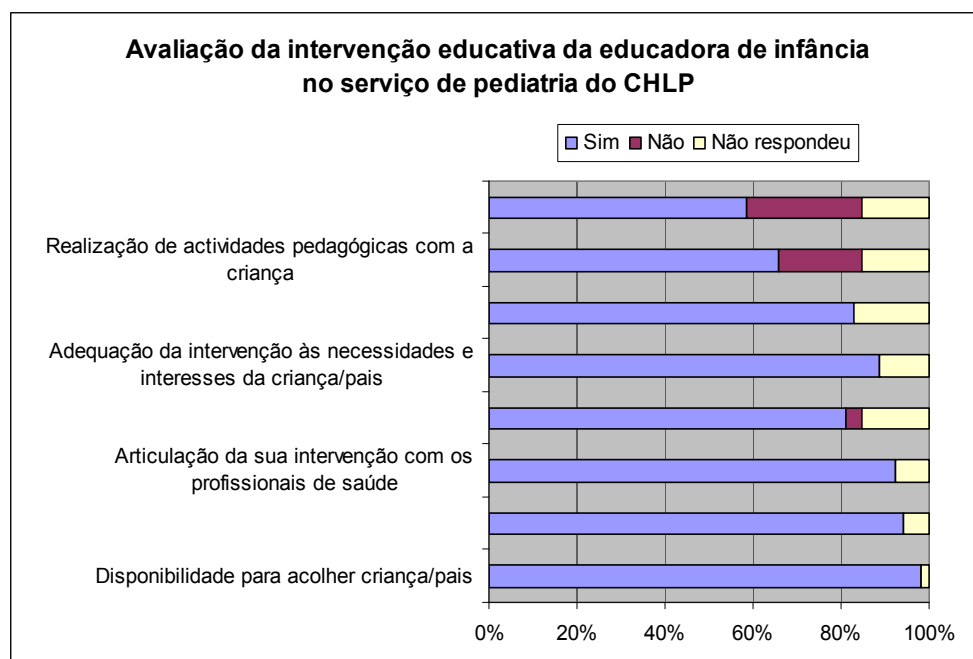


Figura 5 – Avaliação da intervenção educativa da educadora de infância no serviço de pediatria do CHLP.

Relativamente à intervenção da professora do Ensino Básico (figura 6), há a salientar que:

- a maioria dos respondentes (82,4%) refere que a mesma está disponível para acolher crianças e pais; 8,8% dos respondentes referem que não está disponível; 8,8% não responderam à questão;

- a maioria dos respondentes (85,3%) refere que presta cuidado e atenção às crianças e pais; 5,9% dos respondentes referem que não o faz; 8,8% não responderam à questão;

- a maioria dos respondentes (82,4%) menciona que desenvolve o seu trabalho em articulação com a intervenção dos profissionais de saúde; 5,9% dos respondentes referem que não o faz; 11,7% não responderam à questão;

- a maioria dos respondentes (70,6%) refere que organiza a sua ação tendo em conta o número de crianças; 5,9% referem que não; 23,5% não responderam à questão;

- a maioria dos respondentes (73,5%) refere que a professora adequa a sua intervenção às necessidades e interesses das crianças e dos pais; 5,9% referem que não adequa a sua intervenção; 20,6% não responderam à questão;

- a maioria dos respondentes (70,6%) refere que a professora promove o envolvimento com as crianças e pais durante as atividades educativas; 8,8% referem que não promove esse envolvimento; 20,6% não responderam à questão;

- a maioria dos respondentes (58,8%) refere que a professora realiza atividades pedagógicas com as crianças; 26,5% respondentes referem que não realiza atividades pedagógicas; 14,7% não responderam à questão:

- quanto à realização de atividades pedagógicas em parceria com os pais, a maioria dos respondentes (55,9%) refere que não existe esta parceria; 23,5% referem que sim, que as atividades são promovidas em parceria com os pais; 20,6% não responderam à questão.

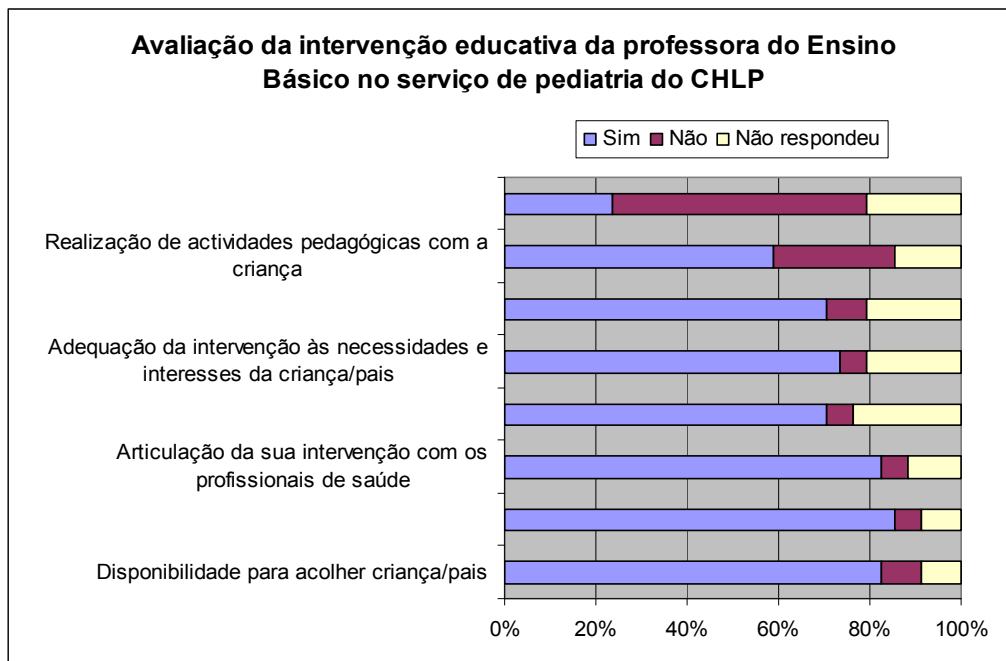


Figura 6 – Avaliação da intervenção educativa da professora do Ensino Básico no serviço de pediatria do CHLP.

A figura 7 resulta de uma análise integradora dos resultados obtidos apresentados anteriormente sobre a intervenção educativa das docentes. Assim, uma visão geral dos resultados obtidos quanto à intervenção da educadora de infância permite concluir que a maioria dos respondentes evidencia estar satisfeito com a sua intervenção educativa (obtendo-se uma média de 83% de respostas afirmativas), revelando que esta se encontra disponível, cuidadosa e atenta, que articula o seu trabalho com os profissionais de saúde, promovendo o envolvimento das crianças e pais nas atividades que realiza. Contudo, é de registar uma média de 6% de respostas negativas, que afirmam que a educadora não organiza a sua intervenção em função do número de crianças na sala e não realiza atividades pedagógicas com as crianças, nem o faz em parceria com os pais. Neste ponto é de salientar que durante o período de implementação do questionário registou-se uma grande afluência de crianças, o que de alguma forma poderá ter dificultado a intervenção educativa e diferenciada da educadora, sendo este um valor fora do normal face à média de utentes/crianças atendidas ao longo do ano no serviço de pediatria. Quanto à intervenção da professora do Ensino Básico evidencia-se que a maioria dos respondentes parece estar satisfeito com a sua intervenção educativa (obtendo-se uma média de 68% de respostas afirmativas). Contudo, é de registar uma média de 15% de respostas negativas, considerando os respondentes que a professora não organiza a sua intervenção em função do número de

crianças na sala e não realiza atividades pedagógicas com as crianças, nem o faz em parceria com os pais.

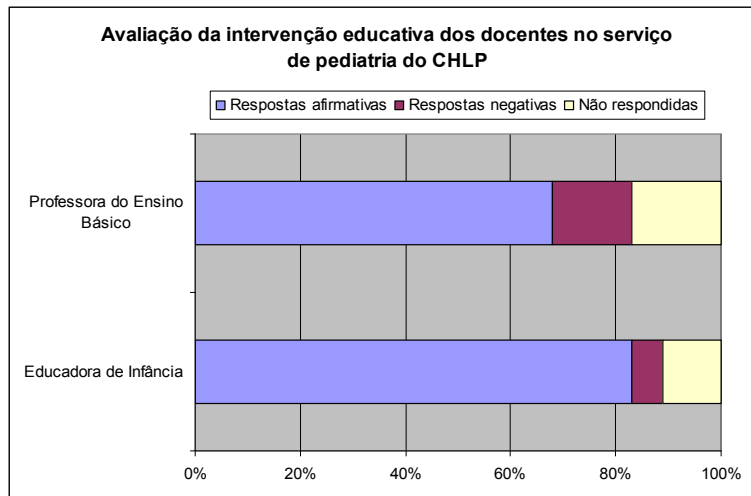


Figura 7 – Avaliação da intervenção dos docentes (educadora de infância e professora do Ensino Básico) no serviço de pediatria do CHLP.

Relativamente às sugestões que os respondentes deixaram para melhorar a relação dos docentes com as crianças e pais, estas centram-se (i) na existência de mais docentes na pediatria de forma a responder ao elevado número de crianças (42,8%), (ii) na realização de um horário mais alargado, incluindo o fim de semana (14,3%), (iii) numa maior presença da docente nos quartos (14,3%), (iv) na criação de mais momentos musicais (14,3%) e (v) na procura de uma maior articulação entre as instituições educativas e o hospital (14,3%). 10,3% dos respondentes referem que não têm nenhuma sugestão a dar, pois estão satisfeitos com o serviço prestado.

4.2.2. Espaço educativo

Os resultados relativos à avaliação das características dos materiais educativos/pedagógicos/lúdicos disponibilizados no serviço de pediatria do CHLP centram-se na sua adaptação às idades e necessidades das crianças, na quantidade disponibilizada e no cumprimento das normas de segurança (figura 8).

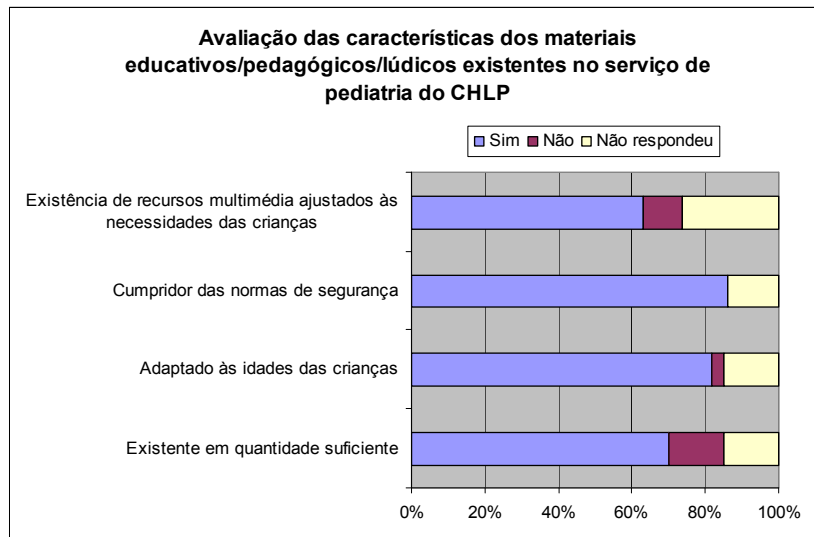


Figura 8 – Avaliação das características dos materiais educativos/pedagógicos/lúdicos existentes no serviço de pediatria do CHLP.

Desta forma, a figura 8 permitem-nos refletir sobre os materiais educativos/pedagógicos/lúdicos disponibilizados, sendo que:

- no que se refere à quantidade de materiais, a maioria dos respondentes refere que os mesmos são em quantidade suficiente (70,2%); 14,9% referem que não são; 14,9% não responderam à questão;

- no que respeita ao grau de adaptação dos materiais às idades das crianças, a maioria dos respondentes (81,7%) refere que os materiais se encontram adaptados às idades das crianças; 3,4% dos respondentes referem que não estão adaptados; 14,9% não responderam à questão;

- no que alude às normas de segurança, 86,2% dos respondentes consideram que os materiais respeitam as normas de segurança; 13,8% não responderam à questão. De referir que nenhum respondente considerou que os materiais disponibilizados não cumpriam as normas de segurança necessárias. Estes resultados estão de acordo com o previsto na legislação em vigor, nomeadamente o Decreto-Lei Nº 43/2011 de 24 de março.

- relativamente à existência de recursos multimédia ajustados às necessidades das crianças, a maioria dos respondentes (63,3%) refere que existem esses recursos; 10,3% dos respondentes referem que não existem; 26,4% não responderam à questão.

Quanto à existência de algum brinquedo/material educativo/pedagógico/lúdico que não tivesse encontrado (figura 9), a maioria não aponta sugestões (55,2%). Dos 18,4% de respondentes que apresentam sugestões, mencionam que gostavam de encontrar material multimédia como jogos, DVD's e playstations (35,8%), "triciclos e moto4" (21,5%), material direcionado para crianças mais pequenas (14,3%), "brinquedos de meninos" (7,1%),

“brinquedos com música e luzes” (7,1%) e a existência de mais livros (7,1%). 7,1% também referem a necessidade de existirem pilhas para os brinquedos didáticos disponibilizados. 26,4% não respondem à questão.

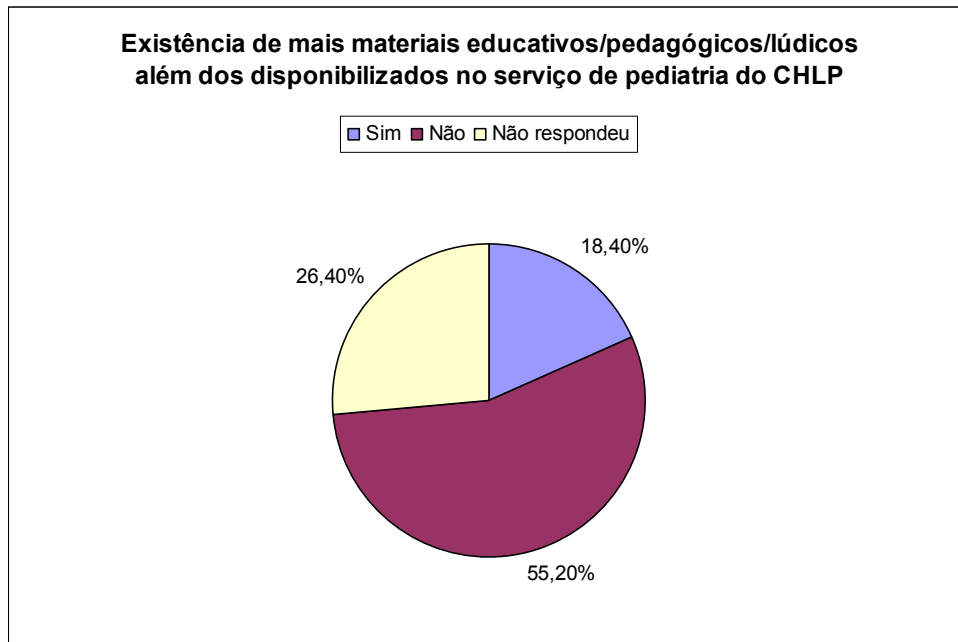


Figura 9 – Existência de mais material educativo/pedagógico/lúdico além dos disponibilizados no serviço de pediatria do CHLP.

Quanto ao conhecimento inerente aos procedimentos relativos à higienização/substituição dos materiais educativos/pedagógicos/lúdicos (figura 10), a maioria dos respondentes (63,3%) refere que as conhece, salientando a necessidade de (i) colocar os brinquedos utilizados em caixas próprias para posteriormente se efetuar a sua higienização (89,5%) e (ii) proceder à higienização do espaço e das mãos (10,5%). Das restantes respostas, 27,6% dos respondentes referem não conhecer os procedimentos de higienização e 9,1% não responderam à questão.

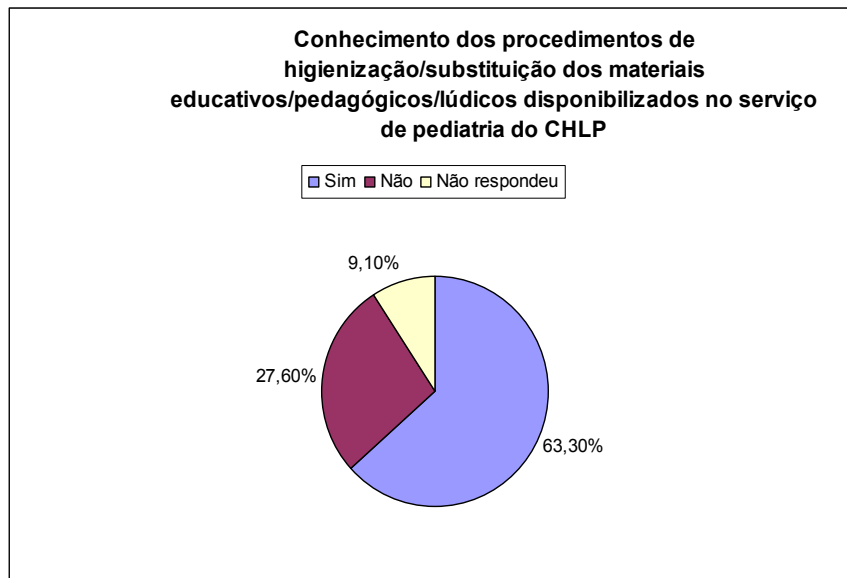


Figura 10 – Conhecimento dos procedimentos de higienização/substituição dos materiais educativos/pedagógicos/lúdicos disponibilizados no serviço de pediatria do CHLP.

Estes resultados corroboram o defendido por Cardoso (2007) e Cardoso, Corrêa e Medeiros (2005) ao reforçarem a importância de se criar e dar a conhecer aos utentes planos de adesão para controlar e prevenir as infeções através do uso do material educativo/pedagógico/lúdico disponibilizado.

Quanto às sugestões apontadas para melhorar o equipamento da sala de atividades do serviço de pediatria do CHLP, os respondentes apontam as seguintes: a existência de computadores (14,5%) e a cedência de password para aceder à internet (28,6%), a existência de maior diversidade de livros e brinquedos (21,4%), a existência de material ajustado à idade das crianças, nomeadamente as mais novas (7,1%), a possibilidade de “colocar meninas novas a tomar conta de crianças mais pequenas” (7,1%), a existência de uma “casinha das bonecas e cadeiras mais pequenas” (7,1%), “mais lápis de cera e de pau” (7,1%) e ainda a existência de brinquedos com som (7,1%). 9,2% dos respondentes referem não ter sugestões por considerarem que o equipamento disponibilizado é bastante bom e diversificado e 75,9% dos respondentes não responderam à questão.

Uma visão geral sobre os resultados obtidos inerentes ao espaço educativo, parece corroborar a ideia de Costa (2011) sobre a necessidade de diversificar o material educativo/pedagógico/lúdico existente no serviço de pediatria dando-se resposta às diferentes

faixas etárias das crianças. Desta forma, alguns respondentes sugerem a aquisição de material adequado às crianças mais novas, nomeadamente crianças até aos 3 anos. Outra sugestão apontada pelos respondentes passa pela disponibilização de computadores e de password para aceder à internet. Esta sugestão vem ao encontro do que refere Souza e Alonso (2007), considerando estes autores que a existência de material software lúdico-educativo potencia a recuperação da criança, dado que permite a comunicação entre esta e os seus amigos, familiares e professores.

4.2.3 Atividades desenvolvidas em parceria com o serviço de pediatria

Relativamente ao conhecimento das atividades lúdicas desenvolvidas no serviço de pediatria do CHLP pelas instituições parceiras (figura 11), a maioria dos respondentes (64,4%) refere não conhecer as atividades lúdicas desenvolvidas neste serviço pelas instituições parceiras. 31,0% dos respondentes afirmam conhecer o trabalho desenvolvido em parceria e 4,6% não responderam a esta questão.

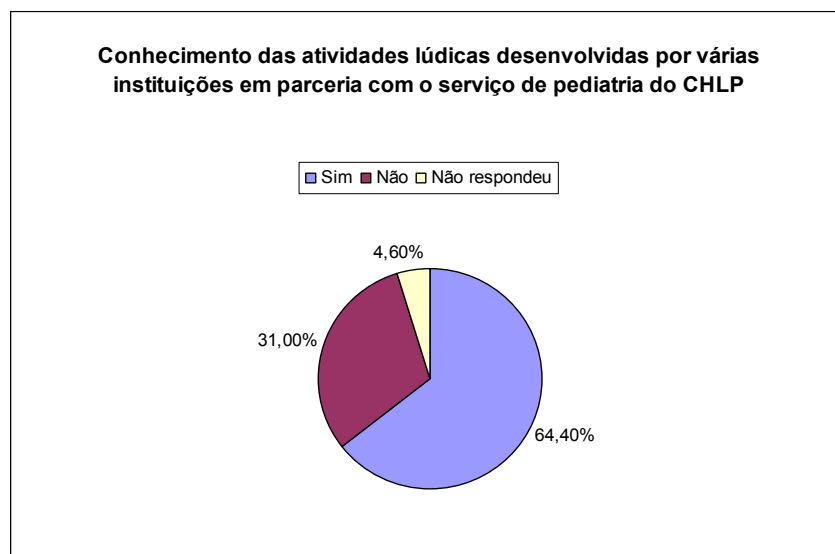


Figura 11 – Conhecimento das atividades lúdicas desenvolvidas por várias instituições em parceria com o serviço de pediatria do CHLP.

Quanto à participação nas atividades lúdicas desenvolvidas em parceria no serviço de pediatria do CHLP, a figura 12 apresenta os resultados obtidos por entidade parceira.

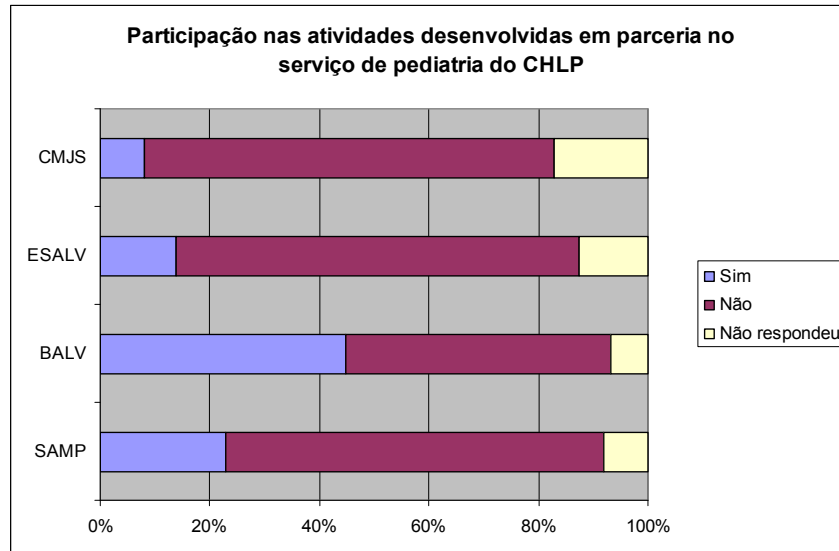


Figura 12 – Participação nas atividades desenvolvidas em parceria no serviço de pediatria do CHLP.

Relativamente à parceria com a SAMP, a maioria dos respondentes (69%) não teve oportunidade de assistir a nenhuma atividade desenvolvida durante o tempo de internamento hospitalar, 23% dos respondentes assistiram a algumas das atividades desenvolvidas pela SAMP e 8% não responderam à questão.

No que se refere à parceria com a BALV, as respostas dividem-se entre o “não” teve oportunidade de assistir a nenhuma atividade (48,3%) e o “sim”, teve oportunidade de assistir ao empréstimo de livros (44,8%). 6,9% dos respondentes não responderam à questão. Esta parceria com a BALV é a que menos diferença regista nas respostas entre o teve oportunidade ou não teve de assistir às atividades desenvolvidas. Justificamos este dado com o facto desta parceria ser dinamizada numa periodicidade bisemanal, sendo, assim, o empréstimo de livros a atividade mais frequente de todas as atividades realizadas em parceria.

Quanto à parceria com a ESALV, a maioria dos respondentes (73,6%) refere não ter tido oportunidade de assistir a nenhuma atividade desta parceria, tendo sido 13,8% dos respondentes que referem ter assistido e 12,6% os que não responderam à questão.

Por fim, e relativamente à parceria criada com a CMJS, 74,8% dos respondentes referem não ter tido oportunidade de assistir a nenhuma atividade resultante desta parceria. Apenas 8% dos respondentes referem ter tido essa oportunidade, sendo de registar que o trabalho desenvolvido inerente a esta parceria é o que menos respondentes conhecem. Do total de respondentes, 17,2% não responderam à questão.

As parcerias com a ESALV e a CMJS são as que mais diferença registam nas respostas entre o teve oportunidade ou não teve de assistir às atividades desenvolvidas, o que se poderá

justificar com o facto destas parcerias serem dinamizadas numa periodicidade mensal, sendo, assim, as atividades menos frequentes de todas as realizadas em parceria.

A leitura destes resultados permite-nos inferir que a maioria dos respondentes não teve oportunidade de assistir a nenhuma atividade resultante da parceria interinstitucional⁸, corroborando-se a ideia de que a maioria dos respondentes não conhece o trabalho desenvolvido no âmbito das parcerias estabelecidas. Estes dados parecem evidenciar a necessidade de articular e divulgar melhor as parcerias criadas para que as crianças hospitalizadas possam usufruir da qualidade destes serviços prestados.

Quando questionados sobre a importância da realização destas atividades para o bem-estar da criança (figura 13), a maioria dos sujeitos em estudo (71,3%) revela esta importância como “muita”, sendo que 9,2% respondentes referem “alguma” importância. Do total de respondentes, 19,5% não responderam à questão. Quando questionados sobre as razões que justificam a sua resposta, os respondentes referem que o trabalho desenvolvido em parceria com estas instituições permite criar bem-estar para a criança hospitalizada (40,8%), distraí-la de forma lúdica (22,4%) e, conseqüentemente, minorar o efeito do internamento hospitalar (18,4%). Os respondentes salientam, ainda, que estas atividades desenvolvidas em parceria são importantes para o desenvolvimento da criança, respondendo às suas necessidades (14,3%) e auxiliando os pais no suporte a dar aos seus filhos (4,1%).

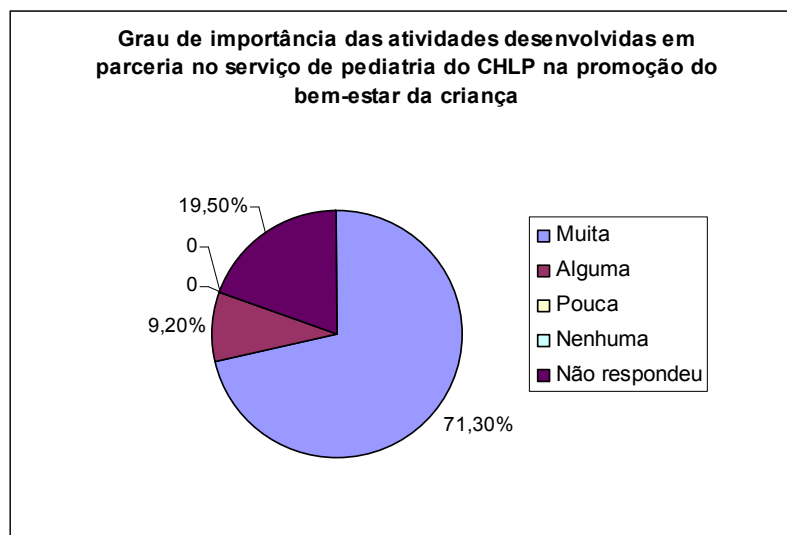


Figura 13 – Grau de importância das atividades desenvolvidas em parceria no serviço de pediatria do CHLP na promoção do bem-estar da criança.

⁸ É de lembrar que o questionário foi aplicado durante um período que integrou a primeira interrupção letiva do ano 2012/2013, não ocorrendo atividades em parceria neste período.

Estes resultados corroboram o mencionado por Melo, Cristo e Kamada (2006) quando defendem que as atividades desenvolvidas em parceria têm um papel importante na promoção do bem-estar e da qualidade de vida da criança. Na perspetiva de Lindquist (1992), as parcerias assumem-se como um contributo essencial para tornar mais agradável e menos traumatizante a situação de internamento hospitalar da criança, diminuindo o registo de ansiedade e medo que daí poderá advir. Responder às necessidades da criança hospitalizada, tendo um extremo cuidado na preparação e articulação das visitas destas instituições parceiras, é também um dado importante salientado por Jorge (2006).

Ao pedir sugestões sobre que outras atividades em parceria gostariam de ver desenvolvidas no serviço de pediatria, os respondentes referem a existência de (i) palhaços para trazer alegria às crianças, (ii) atividades de teatro, (iii) visualização de filmes, (iv) realização de jogos para interagir com outras crianças, como são o jogo de xadrez e de damas, (v) atividades de primeiros socorros, (vi) recolha de tampinhas dada a quantidade de garrafas de água bebidas neste serviço e (vii) “atividades de educação moral e religiosa e evangélica”.

CONCLUSÃO

Em síntese, o estudo quantitativo de índole exploratória, aqui apresentado com o objetivo de refletir sobre a dinâmica e o funcionamento dos serviços educativos prestados na unidade de internamento do serviço de pediatria do CHLP, evidencia a importância deste serviço educativo enquanto promotor do bem-estar e qualidade de vida da criança durante o período de internamento hospitalar.

Humanizar os serviços prestados e minorar o efeito do internamento na vida quotidiana da criança, através de recursos educativos/pedagógicos/lúdicos diversos, parece ser um dos grandes objetivos que norteia o trabalho pedagógico desenvolvido neste serviço. Neste sentido, e avaliando o grau de satisfação dos utentes da unidade de internamento do serviço de pediatria do CHLP através de um inquérito por questionário, os resultados obtidos evidenciam que, de uma forma geral, os utentes estão satisfeitos com o serviço prestado ao nível da relação do docente com a criança/pais, do espaço educativo e material pedagógico/lúdico disponibilizado e das atividades desenvolvidas em parceria com outras instituições educativas da região de Leiria. Apresentam, também, algumas sugestões de melhoria, das quais se destacam a existência de mais docentes neste serviço e com horário alargado, a diversidade de material pedagógico/lúdico (incluindo material multimédia, acesso

à internet para computadores pessoais e brinquedos para crianças mais pequenas) e a criação de novas parcerias com outras instituições como por exemplo a “Operação Nariz Vermelho”.

Os resultados obtidos resultam da aplicação de um conjunto de procedimentos metodológicos que se achou serem os mais pertinentes para alcançar os objetivos estabelecidos para o presente estudo exploratório. Contudo, têm-se consciência da ocorrência de algumas limitações, como é o facto do questionário ter sido aplicado durante o período da primeira interrupção letiva, não estando ao serviço neste período a professora do Ensino Básico, pelo que alguns utentes que responderam ao questionário não tiveram contacto com esta. Outra limitação prende-se com o facto de ser a educadora de infância a facultar o questionário para preenchimento a todos os utentes, inclusive os utentes com idade cronológica superior aos 9 anos, podendo estes ter confundido a sua intervenção educativa com a intervenção educativa da professora do Ensino Básico, não diferenciando este aspeto no questionário aplicado. É de salientar, ainda, que se procurou, em todos as situações, assegurar que os respondentes tivessem o máximo de conforto e tempo suficiente para responder ao inquérito por questionário, minimizando-se qualquer perturbação externa. Contudo, o contexto de alta de internamento num centro hospitalar acarreta sempre ansiedades/euforias não passíveis de controlar no estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, D. P. (2000). *Saber e Prática docente em classes hospitalares: um estudo no Município do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado em Educação, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil.
- Ary, D., Jacobs, L. C., Sorensen, C. K. & Razavieh, A. (2010) *Introduction to Research in Education*. United Kingdom: Cengage Learning.
- Assembleia Geral das Nações Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Consultado em janeiro 14, 2013, de <http://dre.pt/comum/html/legis/dudh.html>.
- Bandet, J. (1973). *A criança e os brinquedos*. Lisboa: Estampa.
- Bethlehem, J. G. (2009). *Applied survey methods: a statistical perspective* (Vol. 558): John Wiley & Sons Inc.
- Biemer, P. P. & Lyberg, L. (2003). *Introduction to survey quality*. Hoboken, New Jersey: Wiley Interscience.
- Brace, I. (2008). *Questionnaire design: How to plan, structure and write survey material for effective market research*. United States: Kogan Page Ltd.
- Brito, I. (2006). O acolhimento e a hospitalização da criança pequena. In L. Santos (Coord.). *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (pp. 33-34). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. London: SAGE Publications.
- Cardoso, M. F. A. (2007). A higienização dos brinquedos no ambiente hospitalar. In D. Viegas (Org.). *Brinquedoteca Hospitalar: isto é humanização* (pp. 147-150). Rio de Janeiro: WAP.
- Cardoso, M. F., Corrêa, L., & Medeiros, A. C. (2005). A higienização dos brinquedos no ambiente hospitalar. *Prática Hospitalar*, 42 (2005): 29-42.
- Carrilho, T. (2008). Conceito de parceria: três projetos locais de promoção do emprego. *Análise Social*, XLIII (1), 81-107.
- Carvalho, A. M. & Begnis, J. G. (2006). Brincar em unidades de atendimento pediátrico: Aplicações e perspectivas. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 109-117.
- Chagas, I. (2002). Trabalho em colaboração: condição necessária para a sustentabilidade de redes de aprendizagem. In M. Miguéns (Dir.). *Redes de aprendizagem. Redes de conhecimento* (pp. 71-82). Lisboa: Conselho Nacional de Educação.
- Cordeiro, E. (2006). A escola, que espaço no hospital?. In L. Santos (Coord.). *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (pp. 39-41). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

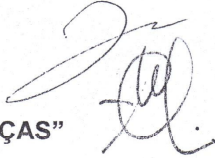
- Costa, J. F. (2011). *Estudo de desinfeção de brinquedos confeccionados em fibras têxteis (tecidos) usados em ambientes hospitalares*. Tese de doutorado – Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Cucolo, D. F., Faria, J. I. L., & Cesarino, C. B. (2007). Avaliação emancipatória de um programa educativo do serviço de controle de infeção hospitalar. *Ata*, 20(1), 49-54.
- Daniel, A., Santos, F. & Oliveira, S. (2008). As vantagens do trabalho em parceria. *Empreender – da teoria à prática*, 2008(janeiro), 14.
- Erickson, F. (1986). Qualitative methods in research on teaching. In M. C. Wittrock (ed.), *Handbook of research on teaching* (pp. 119-161). New York: MacMillan.
- Favero, L., Dyniewicz, A. M., Spiller, A. P. M., & Fernandes, L. A. (2007). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de enfermagem: Relato de experiências. *CogitareEnferm*, 12(4): 519-524.
- Fonseca, A. (1990). *Guia dos direitos da criança*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Franco, P. F. P., & Selau, B. (2011). A atuação do pedagogo no ambiente hospitalar: algumas reflexões. *Revista Liberato*, 12 (18), 107-206.
- Freitas, A. P. C. B., Silva, M. C. F., Carvalho, T. C., Pedigone, M. A. M., & Martins, C. H. G. (2007). Brinquedos em uma brinquedoteca: um perigo real?. *RBAC*, 39 (4), 291-294.
- Gallo, D. L. L., & Trelha, C. S. (2002). Humanizando a pediatria: relato de experiência do trabalho voluntário. *Espaço para a Saúde (Online)*. 4(1).
- Gohn, M. G. (2009). Educação não-formal, educador(a) social e projetos sociais de inclusão social. *Meta: Avaliação*, 1(1), 28-43.
- Instituto de Apoio à Criança. (1998). *Carta da criança hospitalizada. Humanização dos serviços de atendimento à criança*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Jorge, A. (2006). Animação cultural no hospital: parceiros ou concorrentes. In L. Santos (Coord.). *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (pp. 81-82). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Junqueira, M. F. P. S. (2003). A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: Um relato de experiência. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 193-197.
- Kishimoto, T. M. (1998). *O jogo e a educação infantil*. São Paulo: Pioneira.
- Levy, M. L. (2006). A convenção dos direitos da criança/idade pediátrica. In L. Santos (Coord.). *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (pp. 10-11). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

- Lindquist, Y. (1992). Brincar no hospital. In A. Friedmann (Org.) *O direito de brincar: a brinquedoteca* (pp. 127-138). São Paulo: Scritta.
- Marques, E. H. (s/d). Trabalho pedagógico no contexto hospitalar. Consultado em junho 6, 2013, de http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2213_1043.pdf.
- Matos, E. L. M., & Mugiatti, M. M. T. F. (2006). *Pedagogia hospitalar: a humanização integrando educação e saúde*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Medina, M. A. P. G. (2010). *A escola do 1º CEB em contexto hospitalar - A Escola do 1ºCEB em contexto hospitalar – Que representações sociais da administração e gestão educativa? – Estudo de caso no hospital pediátrico de Coimbra*. Tese de mestrado em Administração e Gestão Educacional, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- Melo, M. C., Cristo, R. C., & Kamada, I. (2006). Avaliação da assistência multiprofissional dos casos de violência intrafamiliar atendidos em uma unidade de pediatria. *Comum Ciênc Saúde*, 17(1), 47-52.
- Ministério da Economia, da Inovação e do Desenvolvimento (2011). *Decreto-Lei nº 43/2011, de 24 de março*. Consultado em junho 6, 2013, de <http://dre.pt/pdf1sdip/2011/03/05900/0164301662.pdf>.
- Mitre, R. M. A., & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 147-154.
- Mota, R. A., Martins, C. G. de M., & Veras, R. M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 323-330.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2004). Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 19-28.
- Motta, E. C., Ramos, M. G., & Souza, R. D. (2012). *Manual de procedimentos e condutas para prevenção de infeções relacionadas à assistência à saúde 2012/2013*. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora: Juiz de Fora – M.G.
- Pereira, M. L. D. (2009). *Design inclusivo – um estudo de caso: tocar para ver – brinquedos para crianças cegas e de baixa visão*. Tese de mestrado em Design e Marketing, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Prout, A. (2005). *The future of childhood: Towards the interdisciplinary study of children*. London: RoutledgeFalmer.
- Rosa, M. V., & Arnoldi, M. A. (2008). *A entrevista na pesquisa qualitativa: Mecanismos para validação dos resultados*. Belo Horizonte: Autêntica.

- Santos, L. (2006). Atividade lúdica – Espaço, objetivos e eu profissionais intervêm?. In L. Santos (Coord.). *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (pp. 41-43). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Schommer, P. C. (2000). Investimento social das empresas: cooperação organizacional num espaço compartilhado. *O&S*, 7(19), 145-160.
- Silva, A. (s/d). Meu artigo. *O papel do pedagogo hospitalar*. Consultado em junho 6, 2013, de <http://meuartigo.brasilecola.com/educacao/o-papel-pedagogo-hospitalar.htm>.
- Slavish, S. M. (2012). *Manual de prevenção e controle de infeções para hospitais*. Porto Alegre: Artmed.
- Souza, A. M. (2011). A formação do pedagogo para o trabalho no contexto hospitalar: a experiência da Faculdade de Educação da UnB. *Linhas Críticas*, 17 (33), 251-272.
- Souza, A. M. S., & Alonso, C. M. (2007). Las tecnologías aplicadas a la educación especial integradora: la contribución del software “Hércules y Jiló”. *Linhas Críticas*, 13 (24), 131-150.
- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação: Como conceber e realizar o processo de investigação em Educação* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- UNICEF (1959). *Declaração Universal dos Direitos da Criança*. Consultado em janeiro 14, 2013, http://www.ie.uminho.pt/Uploads/NEDH/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf.
- UNICEF (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Consultado em janeiro 14, 2013, de http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.
- Vygotsky, L. (1989). *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- Xavier, B. (2006). A qualidade na urgência. In L. Santos (Coord.). *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* (pp. 25-26). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Zannon, C. M. L. (1991). Desenvolvimento psicológico da criança: questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. *Teoria e Pesquisa*, 7 (2), 119-136.

ANEXOS

**ANEXO I – PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO: PROGRAMA – O MELHOR DO MUNDO SÃO AS
CRIANÇAS**




**PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO
PROGRAMA - “O MELHOR DO MUNDO SÃO AS CRIANÇAS”**

Protocolo de cooperação institucional para apoio ao Programa “ **O melhor do Mundo são as Crianças** “ do Agrupamento de Escolas Dr. Correia Mateus de Leiria, com o Serviços Pediatria do Hospital de Santo André, que visa prestar **apoio pedagógico, às crianças do pré-escolar ao 3º Ciclo, com e sem problemas do desenvolvimento**, internadas no Serviço de Pediatria do Hospital de Santo André.

Fundamentação

Considerando que:

- Numa sociedade solidária, compete a todas as estruturas, nomeadamente da saúde e educativas criar os meios necessários a compensar desigualdades e permitir que o caminho da esperança possa ser percorrido por todos;
- O internamento de uma criança corresponde a uma interrupção obrigatória no seu percurso pessoal e escolar, levando ao risco de regressão das suas competências e a possíveis dificuldades de aprendizagem, acarretando prejuízos, por vezes, irreparáveis, tanto na sua vida pessoal, como no seu desenvolvimento enquanto estudante;
- De entre aquelas crianças e jovens encontram-se pessoas com deficiência, que pela sua própria situação estão sujeitas a internamentos repetidos e frequentes.
- Em 2008 foram internadas no Serviço de Pediatria do Hospital de Santo André, por períodos de diferente duração, 1285 crianças, das quais cerca 900 tinham mais de três anos.
- Na maior parte dos países comunitários, os Hospitais Pediátricos/ Serviços de Pediatria têm a colaboração de docentes para apoio das crianças internadas, integrando nela as políticas de apoio estatal destinadas a garantir os direitos das crianças inscritos na Convenção dos Direitos das Crianças, ratificada por Portugal.
- Este Protocolo existente desde há onze anos, se tem revelado de enorme valor para as crianças e jovens hospitalizadas e suas famílias, reduzindo significativamente as fragilidades emocionais relativas ao afastamento do seu ambiente natural, à própria doença e aos tratamentos, deve ser consolidado e alargado no seu apoio.
- O mesmo protocolo foi reconhecido pela comunidade local, tendo sido agraciado com o galardão “Afonso Lopes Vieira”.
- A filosofia subjacente ao Despacho Conjunto MJ/ME/MESS, no seu preâmbulo, aplicava-se por inteiro às crianças e jovens impedidos de frequentar uma estrutura educativa normal.



Nesta conformidade é celebrado o presente protocolo:

Entre:

1º Outorgante: Agrupamento de Escolas Dr. Correia Mateus, com sede na Rua Paulo VI, 2414-015, titular do cartão de pessoa colectiva nº 600076504 aqui representado pelo seu Director António Manuel Oliveira

E

2º Outorgante: Hospital Santo André, EPE, com sede na Rua das Olhalvas, 2410 - 197 LEIRIA, titular do cartão de pessoa colectiva nº 506361675, representado neste acto pelo Director do Serviço de Pediatria, Júlio Augusto Bilhota Salvado Xavier.

CLÁUSULA UM

O Presente Protocolo visa:

1. Promover e dinamizar o Programa "O melhor do Mundo são as Crianças" de apoio pedagógico a crianças internadas no Serviço de Pediatria do Hospital de Santo André, de forma a contribuir para o seu desenvolvimento educativo, enquanto afastadas das escolas que frequentam;
2. Estabelecer interligação com essas Escolas sempre que a duração do internamento o justifique;
3. Concretizar no serviço de Pediatria, modalidades de apoio educativo e complemento educativo, a fim de minimizar carências de aprendizagem, que se tornem impeditivas de um desenvolvimento adequado do processo de ensino aprendizagem;
4. Consubstanciar, numa perspectiva de racionalização de meios e aproveitamento de recursos, uma articulação interinstitucional inovadora;
5. Garantir um horário de actividades das crianças e jovens internados, compatível com o período de tratamento;

CLÁUSULA DOIS

O primeiro outorgante compromete-se:

1. Garantir o funcionamento de actividades de apoio e complemento educativo no âmbito dos 2º e 3º Ciclos num total de 17 horas por semana e de apoio a todas as outras crianças com e sem problemas de desenvolvimento num total de 20 horas por semana;
2. Designar, de entre os Docentes que leccionam no Agrupamento e que manifestem interesse em protagonizar funções no âmbito deste Protocolo, aquele ou aqueles a quem incumbirá a tarefa de as concretizar;
3. Distribuir o serviço lectivo no serviço de Pediatria do Hospital de Santo André pelo(s) docentes(s) referidos no número anterior;
4. Proceder à articulação das actividades, numa perspectiva de racionalização de meios e de aproveitamento de recursos existentes.
5. Elaborar o Plano de Acção Educativa a desenvolver;
6. Criar os instrumentos adequados à comunicação entre o professor de apoio com a Escola frequentada pela criança internada;

7. Elaborar a ficha de informação, sobre as necessidades educativas e escolares que no momento de internamento da criança deverão ser satisfeitas, a ser preenchida pelos docentes da Escola da qual a criança/aluno faz parte,
8. Recolher no Centro de Recursos da Escola o material necessário (fichas, textos etc.) para concretizar o apoio educativo necessário a cada criança no período e internamento.

CLÁUSULA TRÊS

O 2º Outorgante compromete-se:

1. Ceder o uso de instalações para o funcionamento das actividades durante o horário que vier a ser fixado;
2. Suportar os encargos financeiros do presente projecto que envolvam material necessário para as actividades de apoio (fotocópias, papel, canetas, cartolinas etc.);
3. Possibilitar quatro primeiras consultas por mês no Serviço de Pediatria do Hospital de Santo André, a crianças, alunos do Agrupamento, cujo perfil aconselhe uma avaliação médica, depois de ouvidos os pais/ encarregados de educação.

CLÁUSULA QUATRO

No termo de cada período de vigência do Protocolo, as Entidades subscritoras reunir-se-ão, com vista a avaliar os resultados obtidos e a pensar, eventualmente, noutras formas tendentes a melhorá-los no futuro.

CLÁUSULA CINCO


O presente Protocolo está aberto à adesão de novas Entidades que venham a ser necessárias e complementares para alcançar os objectivos propostos, sendo para tal necessário o acordo dos subscritores deste Protocolo

CLÁUSULA SEIS

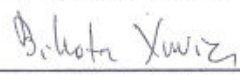
O Presente Protocolo vigorará pelo prazo de um ano lectivo – de 1 de Setembro a 31 de Agosto - sendo sucessivamente renovado por iguais períodos, se nenhuma das partes o denunciar até três meses antes do seu termo. Entra em vigor no dia 1 de Setembro de 2009.

Leiria, 21 de Julho de 2009

O Primeiro Outorgante


António Manuel Oliveira

O Segundo Outorgante


Júlio Augusto Bilhota Salvado Xavier



Nº

Questionário de avaliação dos serviços educativos em contexto hospitalar

Com este questionário pretende-se recolher a opinião dos utentes sobre a qualidade dos serviços educativos prestados pelo Centro Hospitalar Leiria-Pombal – serviço de Pediatría. Este questionário é anónimo e confidencial. As suas respostas serão importantes para podermos melhorar os nossos serviços, pelo que pedimos que responda com a máxima sinceridade a todas as questões.

Obrigada pela sua colaboração!

Das opções abaixo indicadas assinale com uma cruz ou preencha os espaços em branco

Parte I: Caracterização sociodemográfica do respondente e do utente (criança).

1. Em que qualidade está a responder a este questionário?

Mãe 1 Pai 2 Criança 3 Outra (Indique qual) _____

2. Indique a sua idade _____ anos

3. Dados da criança hospitalizada

3.1. Género

Masculino 1 Feminino 2

3.2. Idade da criança _____ (anos/meses)

3.3. Naturalidade _____

3.4. É a primeira vez que está hospitalizado? Sim 1 Não 2

(Se respondeu “sim” à questão anterior passe à pergunta 3.5)

3.4.1. Nº de vezes que esteve hospitalizado? Vezes.

3.4.2. Duração da última hospitalização dias

3.5. Data da admissão da atual hospitalização ____/____/____

3.5.1. Motivo da hospitalização atual

3.6. Durante o período da atual hospitalização, houve algum contato com a Professora do Ensino Básico? Sim 1 Não 2

3.6.1. Se sim, em que espaço?

Na sala de atividades 1 Na enfermaria 2 Outros Quais?

Parte II: Caracterização da relação da Professora do Ensino Básico com a criança/pais

4. Sabia da existência do serviço educativo neste contexto hospitalar?

Sim 1 Não 2

5. Considera importante a presença de uma Professora do Ensino Básico neste contexto?

Sim 1 Não 2

5.1. Apresente as razões que estiveram na base da sua resposta à questão anterior

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

6. Pensando na sua experiência atual, considera que a Professora do Ensino Básico:

6.1. Manifestou disponibilidade para acolher a criança/pais? Sim 1 Não 2

6.2. Mostrou ser cuidadosa e atenta à criança/pais? Sim 1 Não 2

6.3. Respeitou o que é melhor para a criança/pais em articulação com os profissionais de saúde? Sim 1 Não 2

6.4. Organizou a sua ação em função do nº de criança/pais na sala? Sim 1 Não 2

6.5. Respeitou as necessidades e interesses da criança/pais ajustando a sua intervenção? Sim 1 Não 2

6.6. Promoveu o envolvimento com a criança/pais nas atividades educativas?

Sim 1 Não 2

6.7. Realizou atividades pedagógicas com a criança? Sim 1 Não 2

6.8. Realizou atividades pedagógicas em parceria com os pais? Sim 1 Não 2

7. Quais as sugestões que gostaria de deixar para melhorar a relação Professora do Ensino Básico com a criança/pais?

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Parte III: Caracterização do espaço educativo

8. Pensando na sala de atividades da Professora do Ensino Básico, no que respeita aos materiais educativos/pedagógicos/lúdicos, considera que:

8.1. Existem em quantidade suficiente? Sim 1 Não 2

8.2. São adaptados às idades das crianças? Sim 1 Não 2

8.3. Cumprem as normas de segurança? Sim 1 Não 2

8.4. Há recursos multimédia ajustados às necessidades da criança? Sim 1 Não 2

9. Gostaria que aqui estivesse algum brinquedo/material educativo que não encontrou?

Sim 1 Não 2 Qual?

10. Conhece os procedimentos relativos à higienização/ substituição dos materiais pedagógicos? Sim 1 Não 2

10.1. Se respondeu “Sim” à questão anterior, por favor, especifique os procedimentos que conhece.

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

11. Quais as sugestões que gostaria de deixar para melhorar o equipamento da sala de atividades?

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Parte IV: Caracterização das atividades desenvolvidas em parceria com o serviço de Pediatria

12. Conhece as atividades lúdicas desenvolvidas, por várias instituições, em parceria com o serviço de Pediatria? Sim 1 Não 2

13. Pensando na sua experiência atual, teve oportunidade de assistir a alguma(s) dessa(s) atividades desenvolvidas pela:

13.1. Sociedade Artística e Musical de Pousos–SAMP (Música) Sim 1 Não 2

13.2. Biblioteca Afonso Lopes Vieira (Empréstimo de livros) Sim 1 Não 2

13.3. Escola Secundária Afonso Lopes Vieira (Ações de educação sobre Segurança infantil)

Sim ₁ Não ₂

13.4. Casa-Museu João Soares (Histórias e Construção de materiais) Sim ₁ Não ₂

Outras

14. Qual a importância que atribui a estas atividades na promoção do bem-estar da criança?

Muita ₁ Alguma ₂ Pouca ₃ Nenhuma ₄

14.1. Quais as razões que justificam a sua resposta à questão anterior?

15. Que outras atividades gostaria de ver desenvolvidas no serviço de Pediatria?

Obrigada pela sua colaboração!