

Psicopedagogia hospitalar: a doença¹ crônica e o lúdico na infância

Hospital psychopedagogy: chronic disease
and the playful in childhood

Adriana Orosco de Souza²
Claus Dieter Stobäus³

Resumo: O artigo aborda aspectos psicopedagógicos que devem ser levados em conta ao estabelecer interfaces entre as áreas da psicopedagogia, educação e saúde, em especial sobre o jogo e o lúdico e a abordagem psicopedagógica de crianças, institucionalizadas ou não, com doenças crônicas.

Palavras-chave: Psicopedagogia hospitalar; Educação; Saúde; Doença crônica.

Abstract: The article approaches psychopedagogical aspects that must be taken into account when establishing interfaces among the areas of the psychopedagogy, education and health, especially about game and the playful and the psychopedagogical approach to children, institutionalized or not, with chronic diseases.

Keywords: hospital psychopedagogy; education; health; chronic disease

Introdução

O adoecimento e a hospitalização de uma criança representam rupturas no dia a dia dela. Debilitadas fisicamente, em sofrimento, elas são afastadas dos familiares, do seu animal de estimação, dos brinquedos, enfim, do seu convívio social. Chegam a um lugar frio e desconhecido, são recebidas por pessoas desconhecidas vestidas de branco, equipamentos estranhos para todo o lado. A experiência pessoal e profissional desses dois fatores, inevitavelmente estabelece relações com os sentimentos de perda, morte, despedida e luto. Por isso, a necessidade de ajudá-las a elaborar esse processo de transição.

Para conseguir elaborar melhor essas questões, torna-se necessário que a criança, e seu entorno familiar e educacional, possam dispor de elementos e instrumentação metodológica com os quais possam melhor externalizar e (re)trabalhar

¹ Trabalho apresentado no III SIPASE, Faculdade de Educação da PUCRS, ago. 2011

² Psicopedagoga, formada pelo Unilasalle em 2010. adrianaoroscodesouza@gmail.com

³ Pós-doutor em Psicologia pela Universidad Autónoma de Madrid, Doutor em Educação, professor titular na PUCRS e no Centro Universitário La Salle - stobaues@pucrs.br

cognitiva, afetiva e socialmente sobre o que estão sentindo. Nessa perspectiva, aparece a possibilidade da utilização também do lúdico, aqui como estratégia de possibilidade de expressão de sentimentos, medos, tornando-se o elo entre o mundo familiar e as situações novas com as quais se defronta. Dessa forma, o brincar surge como uma estratégia para modificar o ‘dia a dia’ da internação, além de fazer com que a criança consiga elaborar seus conflitos internos.

A criança, frente a um quadro de internação prolongado, acaba entendendo a morte como perda de controle, abandono de tudo e de todos. O grau de entendimento de uma criança sobre a morte vai depender do nível de desenvolvimento em que se encontra. Também depende do entorno familiar, de seus pares/amigos, a própria escola e, sem dúvida, do apoio social, que vai desde o local de internação e os seus cuidadores, até mais amplamente, com os meios de comunicação, por exemplo, e de como é abordada esta temática no sentido social mais amplo.

É nesse momento que (re)surge a figura do profissional da Psicopedagogia, passando a atuar junto à criança internada, dentro do ambiente hospitalar e de apoios familiares e de seus cuidadores, fazendo com que esse processo torne-se o menos traumático possível.

A isso também podemos chamar de Inclusão, tanto escolar como social, como bem destacavam Stobäus e Mosquera (2006).

Desse modo, este artigo está estruturado em três partes, a primeira apresenta o papel da Psicopedagogia como intermediação de tratamento à criança juntamente com a equipe multidisciplinar, a segunda aborda a importância do lúdico no desenvolvimento infantil, propiciando uma melhor compreensão da criança na interpretação da sua realidade e a terceira descreve elementos do enfrentamento da criança frente à doença e à morte, além do sentido da morte frente às fases de desenvolvimento da criança.

REVISÃO DE LITERATURA

Psicopedagogia

Primeiramente, há necessidade de definir a Psicopedagogia em geral, que, segundo prescrito no Código de Ética da Associação Brasileira de Psicopedagogia – ABPp (1996), a Psicopedagogia diz respeito às reflexões e práticas que levam em consideração os padrões normais e patológicos, tendo em vista a influência do meio – família, escola e sociedade – e o desenvolvimento psico-sócio-educacional e físico dos aprendizes, utilizando procedimentos próprios da Psicopedagogia. É interdisciplinar uma vez que se utiliza de diversas áreas do conhecimento humano para a compreensão do ato de aprender, pois sua aplicação vai além do campo da Psicologia e Pedagogia, voltada para os problemas de aprendizagem.

Tem como objetivo tratar das questões que envolvem a posição do sujeito frente ao conhecimento. A Psicopedagogia surgiu da necessidade de atender a crianças com problemas de aprendizagem como uma forma de reeducação escolar. Hoje, os estudos, muito mais desenvolvidos e os trabalhos, que inicial-

mente confundiam-se com um reforço pedagógico (sem propiciar os resultados desejados), mostram-se bem distantes dessa visão.

Segundo Bossa (2000, p.17), “a Psicopedagogia, que nasceu da necessidade de uma melhor compreensão do processo de aprendizagem, não se basta como aplicação da Psicologia à Pedagogia”.

Constitui-se como área de conhecimento por seu objeto específico, o processo de aprendizagem e as dificuldades que dele surgem e se afirma pelo desenvolvimento de instrumentos específicos de abordagem de seu objeto. É um campo de conhecimento caracterizado pela interdisciplinaridade (Pedagogia, Psicanálise, Psicologia, Linguística, Fonoaudiologia, Medicina e da Antropologia) e utiliza-se de várias correntes teóricas, surgindo como um trabalho clínico dedicado àqueles que apresentavam dificuldades na aprendizagem por problemas específicos.

Diferentemente dos primeiros movimentos educacionais preocupados em compreender as razões do insucesso das crianças na escola, buscando apenas no aluno as respostas, a tendência atualmente é considerar o insucesso enquanto sintoma social e não apenas como uma patologia do aluno. Hoje, é inegável o reconhecimento da contribuição social e científica da Psicopedagogia e dos Psicopedagogos na realidade brasileira. Embora nossa referência seja a Psicopedagogia, enquanto área de atuação preocupada com a questão da aprendizagem humana, sabemos que muitos são os estilos dos psicopedagogos, pois cada um os constrói a partir de sua singularidade, a qual determina as diferentes opções pelos modelos e referenciais teóricos. Entende-se que existe uma profunda relação e entrelaçamento entre os aspectos teóricos, a formação e o modo de agir do profissional. Sem uniformidade de modelos teóricos, não há uma única *práxis* psicopedagógica. Diz Bossa (2000, p. 87):

A Psicopedagogia tem o seu lugar na clínica e na instituição. Cada um desses espaços implica uma metodologia específica de trabalho. Em ambos, no entanto, devemos considerar especialmente as circunstâncias, isto é, o contexto de vida do sujeito, ou seja, a família, a escola, a comunidade.

Psicopedagogia Clínica e Institucional

Quando o trabalho é feito dentro de um espaço físico fixo para sanar problemas já instalados, falamos em ‘trabalho clínico’, que em geral é feito individualmente.

Segundo Bossa (2000, p. 67),:

A Psicopedagogia clínica procura compreender de forma global e integrada os processos cognitivos, emocionais, sociais, culturais, orgânicos e pedagógicos que interferem na aprendizagem, a fim de possibilitar situações que resgatem o prazer de aprender em sua totalidade, incluindo a promoção da integração entre pais, professores e demais especialistas que transitam no universo educacional do aluno.

Para fazer o diagnóstico e levantar hipóteses, podemos utilizar de vários recursos, tais como: desenhos, jogos, atividades artísticas, além de um levantamento

sobre a história de vida do paciente. Em geral, já nessa fase, observamos uma mudança no comportamento da pessoa.

Durante a intervenção, podemos utilizar os mesmos recursos do diagnóstico que serão selecionados de acordo com as dificuldades apresentadas.

A Psicopedagogia Institucional tem seu campo de atuação na área educativa, onde a melhoria da qualidade do ensino é sua meta. A função do Psicopedagogo Institucional é mais recente em nosso meio e sua importância tem sido reconhecida a ponto de que hoje há concursos públicos para essa função em Escolas Públicas.

O profissional atua na instituição como um todo, ou seja, trabalha com os profissionais que nela atuam. Por exemplo, um psicopedagogo institucional que trabalha em uma escola, ajudará os professores a planejar e desenvolver suas aulas de maneira a obter melhores resultados, visa a fortalecer-lhe a identidade, bem como buscar o resgate das raízes dessa instituição, ao mesmo tempo em que procura sintonizá-la com a realidade que está sendo vivenciada no momento histórico atual, buscando adequar essa escola às reais demandas da sociedade.

O Psicopedagogo institucional tem várias funções numa instituição. Ele atua sempre no campo clínico-preventivo porque ele está sempre interferindo no processo de ensino e aprendizagem. Ele pode trabalhar com formação continuada de professores, de reflexão sobre currículos e programas junto com a coordenação pedagógica, atuando junto com famílias e comunidade e com alunos com dificuldades de aprendizagem, detectando fraturas nesse processo. Caso o aluno precise de uma orientação mais específica, ele deverá encaminhá-lo para um trabalho individual (clínico), mas depois de verificar se o aluno tem ou não um comprometimento cognitivo ou se é apenas defasagem de conteúdo escolar. É um trabalho complexo e requer do profissional sensibilidade para detectar essas dificuldades e as reais necessidades da escola.

Além de trabalhar em escolas, esse profissional pode atuar em hospitais, auxiliando os pacientes a manter contato com as atividades normais de aprendizado. Pode trabalhar também em centros comunitários, em consultório, público ou particular, orientando estudantes e seus familiares.

Psicopedagogia Hospitalar

Conforme Porto (2008), a Psicopedagogia Hospitalar, além do que já é específico do fazer psicopedagógico nos âmbitos clínico e institucional, tem como objeto de estudo a (re)aprendizagem e seus processos no paciente interno, utilizando-a como subsídio para a humanização e a promoção da saúde. A Psicopedagogia não se limita apenas à aprendizagem da criança, mas, também, ao adolescente ou adulto, portanto a ação psicopedagógica abrange as diferentes fases/etapas do desenvolvimento humano. Para Porto (2008, p. 48), a Psicopedagogia Hospitalar surge como uma terceira força da Psicopedagogia que se organiza a partir de várias áreas de Educação e de Saúde.

Por se tratar de uma área relativamente nova no campo habitual da saúde (médicos, enfermeiras etc.), torna-se difícil a inserção do profissional da psicopedagogia. A instituição não sabe para qual função esse profissional está habilitado a desempenhar.

Desse modo, conforme Vasconcelos (*apud* PORTO, 2008, p.50):

È imprescindível compreender todo o corpo de uma estrutura hospitalar, por se tratar de uma área relativamente nova, onde a instituição hospitalar em algumas situações não saberá o que pedir ao psicopedagogo e cabe a ele mostrar o que pode acrescentar em benefício do paciente e da instituição. [...] junto à equipe multidisciplinar atuando de forma coesa e nunca isoladamente ou fragmentada, [...] conhecer o olhar de cada um contribuirá para reconhecer as dificuldades pessoais e institucionais para pôr em ação uma atitude sistemática. Contínua e reflexiva, de maneira a contribuir para que o vínculo entre a equipe se consolide o mais prazeroso possível, visando um ambiente mais humanizado ao paciente pediátrico. O qual nos remete a ser um ambiente impessoal, frio, hostil, assustador, incompreensível e depressivo, vivenciado e sentido na condição de hospitalizado.

Não só crianças, mas todo ser humano está sujeito a passar por um processo de internação, podendo ele ser de breve ou longo período. Ao sermos afastados do nosso convívio familiar e social por força da circunstância, acabamos perdendo qualidade de vida. Tornamo-nos apenas mais um em um leito de hospital, onde somos identificados por um prontuário, um número, um leito e uma enfermaria. Profissionais entram e saem a todo o momento, executam suas atividades e vão embora. O paciente perde totalmente sua privacidade, fica exposto sem poder fazer nada. Com a criança, esse processo não poderia ser diferente. Torna-se mais cruel ainda pelo fato de não ter o entendimento do que está acontecendo. É afastada de tudo do que gosta de fazer, o que acarreta em um fator estressante afetando, assim, o seu desenvolvimento.

Num processo de internação, é de direito do paciente e de seus familiares saberem o motivo pelo qual ele chegou a essa situação. Faz-se necessário que uma equipe da saúde que, além de transmitir essa informação da forma mais simples possível, possa também dar assistência aos familiares nesse momento tão sofrido e angustiante. É a partir desse momento que o psicopedagogo passa a atuar junto ao enfermo e à família, dando a primeira acolhida, fazendo com que esse processo se torne o menos traumático possível.

Neste projeto de pesquisa, nos deteremos em estudar somente o que diz respeito à doença crônica, o comportamento infantil no âmbito hospitalar por um longo período de internação e sua interação com o lúdico.

O Lúdico no Desenvolvimento Infantil

Não poderíamos falar de desenvolvimento infantil através do lúdico sem antes conceituarmos o brincar. Jogo é a ação de jogar, divertimento. Brinquedo, objeto destinado a divertir uma criança. Brincadeira é a ação de brincar, divertimento; gracejo, zombaria; festinha entre amigos ou parentes; Brincar: anterior ao jogar (conduta social que supõe regras). Lúdico abrange os conceitos de brincar e jogar (atividade individual e livre/atividade coletiva e regrada).

O brinquedo está para a criança assim como o trabalho está para o adulto. O brincar de forma espontânea e prazerosa é sinal de saúde mental e desenvolvimento

cognitivo adequado, bem como, a ausência deste, pode ser um sinal de sintoma de doença. Ao brincar, as crianças dão sentido ao saber que possuem, tentando integrar outros saberes que desejam alcançar. Dessa forma, podemos entender como é importante o brincar para o desenvolvimento infantil.

Para os Psicólogos e Psicopedagogos, é de extrema importância à observação do brincar da criança, pois, é nesse brincar que, muitas vezes, de alguma forma, é passado o que a criança não consegue expressar verbalmente.

A compreensão do significado da vida não é subitamente adquirida numa certa idade, nem mesmo quando alcançamos nossa maturidade cronológica. O ser humano passa a sua vida inteira em constante desenvolvimento, mas, é na infância que o processo de maturação psicológico se inicia.

Conforme Bettelheim (1980, p. 11), a maturidade psicológica é o resultado final de um longo desenvolvimento, pois, a cada idade, o ser humano deve ser capaz de achar alguma quantidade modesta de significado coerente com o ‘quanto’ a mente e compreensão já se desenvolveram, pois:

Apenas na idade adulta podemos obter uma compreensão inteligente do significado da própria existência nele vivida. Infelizmente, muitos pais querem que as mentes dos filhos funcionem como as suas – como se uma compreensão madura sobre nós mesmos e o mundo, e nossas ideias sobre o significado da vida não tivessem que se desenvolver tão lentamente quanto nossos corpos e mentes.

A criança, à medida que cresce, deve aprender a se entender melhor: com isso, é capaz de entender melhor os outros e criar vínculos mais significativos para ela. Para que isso aconteça, deve ultrapassar seus limites de existência auto-centrada e começar a desenvolver sentimentos de que realmente existe um papel a ser desenvolvido por ela nesta vida, uma visão de futuro, de ser útil. É preciso que suas emoções, imaginação e intelecto estejam também desenvolvidos. Esse sentimento é que a mantém com uma perspectiva de vida, pronta e madura para casualidades que dela vierem.

Através do uso do lúdico, a criança consegue desenvolver sua capacidade de encontrar sentido na vida, ou seja, tornar a vida cheia de significados, e essa tarefa cabe aos pais auxiliarem.

Da mesma forma, para Winnicott (1975), o brincar é universal e próprio da saúde, pois é no brincar que se dá a constituição do sujeito. O primeiro brincar se dá entre a mãe e o bebê. O brincar facilita o crescimento e conduz aos relacionamentos grupais, podendo também, ser uma forma de comunicação. As atividades lúdicas proporcionam à criança a busca do prazer, estimulação de expressões (agressão), proporciona contatos sociais e realiza a integração da personalidade.

Segundo Bettelheim (1980, p. 12), é através das estórias dos contos de fadas folclóricos, que a criança ainda muito pequena internaliza mais facilmente esse tipo de informação. Para que uma estória prenda a atenção da criança, deve, além de entretê-la, despertar sua curiosidade e imaginação. A estimulação desse tipo de leitura permite a criança aprender mais sobre os problemas interiores dos seres humanos e suas soluções, pois, ao mesmo tempo em que surgem os questiona-

mentos através do que vivencia no seu dia a dia, a criança é capaz de correlacionar a sua experiência real às estórias lidas.

Assim, conforme Bettelheim (1980, p. 14):

[...] os contos de fada transmitem à criança de forma múltipla: que uma luta contra dificuldades graves na vida é inevitável, é parte intrínseca da existência humana – mas que se a pessoa não se intimida, mas, se defronta de modo firme com as opressões inesperadas e muitas vezes injustas, ela dominará todos os obstáculos e, ao fim, emergirá vitoriosa.

É característica dos contos de fada a colocação de dilemas existenciais. Isso faz com que a criança aprenda o problema em sua forma mais real. O conto de fadas coloca de forma clara e objetiva tanto o bem quanto o mal, pois, experienciamos ambas as situações durante a vida inteira, não escolhendo o período do nosso ciclo de vida.

O lúdico, aqui detalhado através das estórias de conto de fadas, ao mesmo tempo em que diverte a criança, a ajuda a entender-se a si mesma, auxiliando a desenvolver sua personalidade. Podemos dizer que, uma gama infinita de informações reais é introduzida sem que as crianças percebam, mas que, inconscientemente são absorvidas. Considerado como terapêutico, o conto de fadas faz com que o paciente encontre sua própria solução através da visão do que uma estória parece envolver acerca de conflitos internos nesse momento de vida. Muitas vezes o conteúdo de uma estória nada tem a ver com a vida do paciente, pois tem a ver com seus problemas interiores que parecem incompreensíveis e insolucionáveis.

A Criança Frente à Doença Crônica e à Morte

Das crianças hospitalizadas, as que mais sofrem em termos de perda, são aquelas que necessitam ficar internadas por longos períodos, ou que precisam estar constantemente retornando ao hospital para tratamento.

A reação que a criança demonstra diante da doença está diretamente relacionada a vários fatores, tais como: idade, estresse pela dor física desencadeada pela doença, angústia de separação de seu convívio social e familiar, entre outros, depende ainda da postura dos pais frente à notícia, bem como, da forma como o médico a transmite.

Conforme Trad (*apud* CECCIM e CARVALHO, 1997, p. 159):

Essa reação varia de acordo com seu nível de compreensão, decorrente da fase evolutiva em que se encontra. Assim, somente à medida que a criança amadurece sua concepção da doença vai ficando mais ampla, complexa e realista. Quanto menor, mais concreta será essa compreensão.

Segundo Mahler, Pine e Bergman (*apud* CECCIM e CARVALHO, 1997), o recém-nascido é separado biologicamente da mãe no momento em que o cordão umbilical é cortado, entretanto, essa sensação de separação e constituição em um indivíduo só, aparecerá mais tarde.

Para Winnicott (1975, p. 153) nas primeiras fases do desenvolvimento emocional do bebê, um papel vital é desempenhado pelo meio ambiente, ou seja, ainda não ocorreu de fato a separação de si mesmo. Com o passar do tempo, o bebê vai gradativamente amadurecendo neurologicamente e vai desvinculando a imagem de si mesmo da imagem da mãe. Durante esse período, a criança torna-se cada vez mais capaz de afastar-se da mãe fisicamente para começar a explorar o meio ambiente em que vive. Passa a utilizar objetos de brinquedos, como cobertores, travesseiros, entre outros, que passam a assumir o papel materno (objetos transicionais), por espaços curtos de tempo. Um afastamento muito longo de sua mãe pode ocasionar na criança uma intensa ansiedade.

Diante dessa breve explanação, podemos perceber que a criança, antes dos 3 anos de idade, ao afastar-se de seu convívio habitual, sofrerá mais pela separação dos pais e do ambiente do que pela doença propriamente dita. Podemos dizer que, a hospitalização de uma criança causará mais danos à saúde do que da própria criança.

Conforme Spitz (*apud* CECCIM e CARVALHO, 1997, p. 159):

[...] depressão anaclítica, na qual a criança afastada da sua mãe apresenta inicialmente um período de choro e gritos incessantes, que entende como manifestação de protesto diante da separação. Caso a mãe não retorne ou não seja substituída por outra figura de apego, a criança evolui para um quadro de apatia com recusa do contato ou indiferença aos circunstantes.

Ao longo de seu desenvolvimento, a criança vai ampliando a noção de seu próprio corpo, demonstrando certo pavor ao ferir-se, querendo estancar seus ferimentos como se fosse para não perder nada do que é seu. Até a idade dos 6 anos a criança assume sua doença como forma de castigo.

Dos 6 anos aos 11 anos, a criança já se encontra em condições de compreender melhor seu corpo, sua doença e o conceito de morte. Conforme Ceccim e Carvalho (1997), como a criança ainda encontra-se sobre efeito do ‘conflito edípico’ e cheia de curiosidades próprias desse momento, é quando vivencia experiências prazerosas como a masturbação com culpa, dada a vinculação fantasiosa que tornou os desejos sexuais e agressivos proibidos.

Nesta fase, a criança, para lidar com a ansiedade, se apropria de um mecanismo que se denomina de defesas da linha obsessiva, valendo-se de intelectualizações, racionalizações e anestesia dos sentimentos. Assim, podemos encontrar uma criança com uma doença crônica, que entende o que tem sem estar sofrendo por isso, bem como, crianças que desenvolvem reações patológicas caracterizadas por medos irracionais (sintomas fóbicos), como por exemplo: medo do escuro, da própria doença e da morte. Muitas vezes, os efeitos depressivos são tão fortes que a criança desenvolve mecanismos de defesas como negação da doença, hostilização aos pais e aos profissionais da saúde.

Consideramos a fase da adolescência a mais crítica para se contrair uma doença crônica, pois, é um período onde uma série de mudanças começa a ocorrer no metabolismo do adolescente. A fase hormonal em transição, mudanças corporais acontecendo, perspectivas de futuro, formação de grupo de iguais e o enfrentamento em relação à autoridade dos pais que pode ser transferido para a

equipe médica. Nessa idade, o adolescente vive em constante dilema de vida, pois não se é mais considerado uma criança, mas, também, não é adulto.

Mas vivencia situações dúbias como, por exemplo: não é adulto, mas é internado numa UTI para adultos. O adolescente hospitalizado é afastado de uma hora para outra de seu grupo de iguais, de sua família, de sua escola, ficando completamente sozinho num turbilhão de pensamentos. Por um lado, quer crescer, ser independente e capaz de resolver seus problemas, por outro, anseia por voltar a ser criança e ter quem o proteja.

A criança frente à morte nas fases de desenvolvimento

A reação de uma criança frente à doença crônica ou a morte dependerá da fase de desenvolvimento em que se encontrar.

Diz Trad (*apud* CECCIM e CARVALHO, 1997, p. 162) que:

A depressão melancólica pode inundar a vida psíquica da criança interferindo em suas capacidades intelectuais, de maneira que o déficit cognitivo que acompanha a depressão torna difícil delimitar as fronteiras entre a fantasia e a realidade.

Como vimos anteriormente, até os 4 anos de idade, as crianças têm uma ideia de morte como algo reversível, ou seja, morre-se, mas em seguida volta-se a viver. O conceito que esta tem em relação à morte nada mais é o que os pais lhe passaram. Percebe-se que através do lúdico, do desenho, as crianças acabam externalizando suas vivências de morte como separação e abandono.

Segundo Ceccim e Carvalho (1997, p. 162), dos 4 aos 10 anos de idade, começa a se formar gradualmente o conceito de morte irreversível. Mas, ainda nessa faixa de idade, a criança a percebe como um ato de justiça ou punição por algo de errado que tenha feito. Dos 9 aos 10, forma-se o conceito definitivo de morte. A negação surge devido a muitos fatores, principalmente de ordem emocional, em que se expressa por negação intensa, intercalada com crises de ira e ansiedade extrema.

Conforme Kübler-Ross (2005, p. 92), existem dois tipos de depressão em uma situação terminal: a primeira como uma depressão reativa, onde diante dos prejuízos reais durante o decorrer do processo da doença, implica perdas físicas, emocionais e materiais. A segunda, depressão preparatória é um instrumento de preparação da perda iminente de tudo e de todos e, por fim, a perda derradeira que é a perda da vida.

Coloca Aberastury (*apud* CECCIM e CARVALHO, 1997, p. 163):

[...] uma criança leucêmica, em seu período terminal, costuma jogar damas com sua analista. A criança utilizava as pedras vermelhas e a psicanalista as brancas. As regras do jogo eram modificadas a cada dia pela criança, de tal forma que ela ficava cada dia com menos pedras vermelhas. Até 24 horas antes de sua morte “perdeu” a última pedra vermelha, e verbalizou: “o jogo terminou”.

Estudos apontam que a criança com doença crônica, em determinada fase da doença, sabe quando vai morrer. Que se omitem esse fato é porque percebem que o adulto não deseja falar sobre esse assunto. E perguntaríamos agora: quem educa esse adulto?

Comentários finais

Ao terminarmos este texto gostaríamos de ressaltar a ideia do necessário preparo do psicopedagogo para poder lidar com todas essas questões, tanto pessoal como profissionalmente. Mas não podemos esquecer que, no fundo, nossas reflexões vão para bem mais além, desde a atenção para a família, para os colegas de escola, para os docentes e a direção dessa escola que realiza a inclusão social, para a sociedade que necessita também de melhores conhecimentos, comportamentos pró-sociais e atitudes mais positivas.

Referências

BACK, João M. *Manual para Apresentação de Trabalhos Acadêmicos: Graduação e Pós-Graduação*. 3. ed. Canoas: Salles, 2007.

BETTELHEIM, Bruno. *A Psicanálise dos Contos de Fada*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

BOSSA, Nadia A. *A Psicopedagogia no Brasil: Contribuições a partir da prática*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BRANDÃO, Lenise M. *Psicologia Hospitalar: Uma abordagem holística e fenomenológico-existencial*. São Paulo: Livro Pleno, 2002.

CAMON, Valdemar A. A. *Tendências em Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

CECCIM, Ricardo B.; CARVALHO, Paulo R. A. *Criança Hospitalizada: Atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997.

CÓDIGO de Ética da Associação Brasileira de Psicopedagogia. Disponível em: < http://www.abpp.com.br/leis_regulamentacao_etica.htm >. Acesso em 13 outubro 2008.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morrer*. Trad. Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PORTO, Olívia. *Psicopedagogia Hospitalar: Intermediando a Humanização na Saúde*. Rio de Janeiro: Wak, 2008.

STOBÄUS, Claus D.; MOSQUERA, Juan J. M. **Educação Especial**: em direção à Educação Inclusiva. 3 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

WINNICOTT, Donald W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Data de submissão: 2012-09-17

Data do Aceite: 2012-10-16