



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

BEATRIZ VIEIRA BARONE

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO HOSPITAL PARA AS CRIANÇAS DOENTES: O
PAPEL DA MEDIAÇÃO PEDAGÓGICA**

São Carlos - SP

2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

BEATRIZ VIEIRA BARONE

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO HOSPITAL PARA AS CRIANÇAS DOENTES: O
PAPEL DA MEDIAÇÃO PEDAGÓGICA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, ofertado pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação Especial.

Apoio: CAPES

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Garcia Gonçalves.

São Carlos - SP

2025

Barone., Beatriz Vieira

Representação social do hospital para as crianças doentes: o papel da mediação pedagógica / Beatriz Vieira Barone. -- 2025.
166f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos
Orientador (a): Adriana Garcia Gonçalves
Banca Examinadora: Carolina Severino Lopes da Costa, Cristina Bressaglia Lucon
Bibliografia

1. Classe hospitalar. 2. Representação social. 3. Mediação pedagógica. I. Barone., Beatriz Vieira. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Educação Especial

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Beatriz Vieira Barone, realizada em 26/02/2025.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Adriana Garcia Gonçalves (UFSCar)

Profa. Dra. Carolina Severino Lopes da Costa (UFSCar)

Profa. Dra. Cristina Bressaglia Lucon (UNIESI)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial.

A todas as crianças cujo processo de escolarização foi interrompido, seja por um curto ou longo período, devido à internação para o tratamento de saúde. Espero que esse trabalho proporcione reflexões sobre o papel da mediação pedagógica no contexto hospitalar e suas contribuições no processo de ensino-aprendizagem e bem-estar dos estudantes doentes.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, expresso minha gratidão a **Deus** pela força, sabedoria e perseverança concedidas ao longo desta jornada. Agradeço por ter proporcionado vivências de aprendizagem e enriquecimento, tanto profissional quanto pessoal, ao longo desses dois anos. Sem a sua presença constante em minha vida, não seria possível alcançar este importante marco.

Agradeço profundamente à minha estimada orientadora, **Adriana Garcia Gonçalves**, por me acolher com ternura desde o início da graduação no curso de Licenciatura em Pedagogia. Sou imensamente grata por ter acreditado em meu potencial, incentivando-me a superar os desafios e a buscar sempre o melhor. Sua dedicação e paixão pelo conhecimento foram uma fonte constante de inspiração. Agradeço por cada conselho, por cada análise minuciosa e por cada palavra de encorajamento.

Às minhas amigas de graduação e pós-graduação **Aline de Jesus Peixinho, Jaqueline Martins de Lima, Victória Mariellen de Sousa Paixão, Isadora Virgílio Tomaz de Aquino, Gabriela de Souza Costa, Yasmin Carolin Pedroso, Chaiane Candido dos Santos Wenzel, Helena de Paula Silva, Beatriz Bispo, Marília Carollyne Soares de Amorim e Mariana Ferraz** pela amizade, parceria e companheirismo de sempre. Agradeço por cada produção acadêmica, pelas risadas e diversão, mas especialmente pelo apoio incondicional e pela presença nos momentos de dúvida, incerteza e dificuldade.

Agradeço imensamente à **Larissa de Melo Cardoso e Mariana Cristina Pedrino** por serem além de auxiliares desta pesquisa, grandes amigas. Obrigada por estarem ao meu lado em todas as fases desta jornada, compartilhando experiências, conselhos preciosos e incentivando-me a crescer e não desistir. Gratidão por dedicarem vossos tempos e conhecimentos nas reflexões desta produção.

Aos membros do “**Núcleo de Estudos e Pesquisas: Educação inclusiva, tecnologia educacional e formação profissional em diferentes contextos**” pelas partilhas e trocas ao longo do desenvolvimento e escrita deste trabalho.

A todos os **docentes do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial (PPPGes)**, pelo compartilhamento dos saberes teóricos e práticos durante as aulas e eventos do Programa. Em especial, gostaria de expressar minha profunda gratidão à **Carolina Severino Lopes da Costa** e à **Ketilin Mayra Pedro**, membro titular e suplente da banca, visto que durante minha jornada no mestrado, vossas orientações, especialmente as discussões e reflexões proporcionadas pela disciplina de Seminários, foram fundamentais para o enriquecimento da minha pesquisa e para a consolidação das ideias aqui apresentadas. Gratidão à **Eliane C. Nucci**

Rodrigues, pelo comprometimento e profissionalismo nas atividades administrativas e burocráticas.

Gostaria de expressar minha sincera gratidão à **Cristina Bressaglia Lucon** pela disponibilidade em participar como membro titular da banca. Seus estudos enriqueceram significativamente o embasamento teórico deste trabalho, oferecendo novas perspectivas e aprofundando as discussões que sustentam esta pesquisa.

A todos **os profissionais do hospital no qual a pesquisa foi realizada**, que atenciosamente me acolheram juntamente com as auxiliares de pesquisa, pelo constante profissionalismo no atendimento com as crianças doentes e por se prontificarem em compartilhar informações fundamentais na escrita deste trabalho.

Ao meu namorado **Tulifi Moraca Lallo** e sua **família** pelo amor, apoio, carinho e compreensão, vocês se tornaram minha fonte de conforto, visto que deixaram essa trajetória mais leve e significativa.

À minha amada mãe, **Silvana Vieira Barone**, e ao meu estimado pai, **Clayton Barone** pelo amor incondicional, apoio e sacrifícios que fizeram, sem vocês não teria sido possível alcançar este marco em minha vida. Gratidão por compreenderem o motivo que decidi mudar de cidade e por continuarem me incentivando a seguir meus sonhos e nunca desistir diante dos desafios. Obrigada por serem fonte de inspiração e acolhimento, pelo conforto nos abraços e pelas orações.

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. Ensinar exige alegria e esperança. Há uma relação entre a alegria necessária à atividade educativa e a esperança. A esperança de que professor e alunos juntos podemos aprender, ensinar, inquietar-nos, produzir e juntos igualmente resistir aos obstáculos à nossa alegria (Freire, 2004).

RESUMO

A internação de uma criança representa um momento complexo e desafiador, influenciando não apenas sua saúde física, mas também seu desenvolvimento social, emocional e educacional. O distanciamento da família, amigos, escola e atividades cotidianas pode desencadear sentimentos de medo, ansiedade, tristeza, solidão, regressão e até mesmo trauma. A presente pesquisa teve como finalidade analisar a representação social do hospital para as crianças doentes a partir da mediação pedagógica por meio da técnica Desenho-Estória com Tema. Tratou-se de uma pesquisa de intervenção pedagógica, de abordagem qualitativa e com delineamento descritivo. O estudo foi realizado na brinquedoteca de uma enfermaria pediátrica localizada em um hospital filantrópico de uma cidade de médio porte no interior do estado de São Paulo. Participaram dez crianças entre seis e dez anos de idade, bem como seus respectivos acompanhantes. A coleta de dados ocorreu por meio de cinco etapas: [1] aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada com o acompanhante; [2] solicitação para a criança de um Desenho-Estória com Tema “hospital”; [3] entrevista semiestruturada com a criança; [4] elaboração e aplicação de atividades pedagógicas escolares, com análise e opinião das crianças acerca da mediação pedagógica; [5] solicitação de um novo Desenho-Estória com Tema “hospital a partir da vivência com a professora”. Os primeiros desenhos revelaram duas percepções sobre o hospital. De um lado positivas, relacionadas ao cuidado da equipe de enfermagem, por outro lado negativas relacionado à espera pelo atendimento, ao procedimento de punção venosa e à permanência prolongada no leito. A mediação pedagógica foi estruturada por meio de três atividades pedagógicas escolares: contação de história, atividade curricular e jogo. Para análise, utilizou-se os resultados de um protocolo de observação aplicado por uma auxiliar de pesquisa, com destaque as ações da professora/pesquisadora e respostas da criança nos eixos instrução, desenvolvimento e *feedback*. A mediação pedagógica destacou os impactos positivos da relação entre professor-aluno, contribuindo significativamente para o bem-estar das crianças e possibilitando vivências de alegria, aprendizagem e diversão, mesmo em meio às adversidades do contexto hospitalar. Os desenhos a partir dessa intervenção introduziram novos personagens ao contexto hospitalar, como a brinquedoteca, o professor, auxiliar de pesquisa e o jogo, destacando a importância do brincar e estudar nesse ambiente. À vista disso, ressalta-se a importância do estudo para compreender as perspectivas das crianças sobre o ambiente hospitalar e de garantir seu direito à continuidade da escolarização, promovendo não apenas o desenvolvimento cognitivo, mas também o resgate de sua identidade e bem-estar.

Palavras-chave: Educação Especial; Representação social; Criança doente; Hospital; Mediação pedagógica.

ABSTRACT

The hospitalization of a child represents a complex and challenging moment, influencing not only their physical health but also their social, emotional, and educational development. The distance from family, friends, school, and daily activities can trigger feelings of fear, anxiety, sadness, loneliness, regression, and even trauma. The present research aimed to analyze the social representation of the hospital for sick children through pedagogical mediation using the Drawing-Story with Theme technique. This was a pedagogical intervention study, with a qualitative approach and descriptive design. The study was carried out in the playroom of a pediatric ward located in a philanthropic hospital in a medium-sized city in the interior of the state of São Paulo. Ten children between six and ten years of age participated, as well as their respective caregivers. Data collection occurred through five stages: [1] application of a semi-structured interview script with the caregiver; [2] request for the child to create a Drawing-Story with the theme "hospital"; [3] semi-structured interview with the child; [4] development and implementation of school-based pedagogical activities, with analysis and feedback from the children regarding the pedagogical mediation; [5] request for a new Drawing-Story with the theme "hospital after the experience with the teacher." The initial drawings revealed two perceptions of the hospital. On the one hand, positive aspects related to the care provided by the nursing staff; on the other hand, negative aspects related to the wait for medical care, the venipuncture procedure, and prolonged bed rest. The pedagogical mediation was structured through three school-based educational activities: storytelling, curricular activity, and game. For the analysis, results from an observation protocol applied by a research assistant were used, highlighting the actions of the teacher/researcher and the child's responses within the axes of instruction, development, and feedback. The pedagogical mediation highlighted the positive impacts of the teacher-student relationship, significantly contributing to the children's well-being and enabling experiences of joy, learning, and play, even amid the adversities of the hospital context. The drawings produced after this intervention introduced new characters into the hospital setting, such as the playroom, the teacher, the research assistant, and the game, emphasizing the importance of play and study within this environment. In view of this, the importance of the study is emphasized for understanding children's perspectives on the hospital environment and for ensuring their right to educational continuity, promoting not only cognitive development but also the recovery of their identity and well-being.

Keywords: Special Education; Social Representation; Sick Child; Hospital; Pedagogical Mediation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação social do hospital para C1	72
Figura 2 - Representação social do hospital para C2	73
Figura 3 - Representação social do hospital para C3	74
Figura 4 - Representação social do hospital para C4	75
Figura 5 - Representação social do hospital para C5	76
Figura 6 - Representação social do hospital para C6	77
Figura 7 - Representação social do hospital para C7	78
Figura 8 - Representação social do hospital para C8	79
Figura 9 - Representação social do hospital para C9	80
Figura 10 - Representação social do hospital para C10	81
Figura 11 - Organograma da mediação pedagógica	87
Figura 12 – Atividade curricular para C3	99
Figura 13 – Atividade curricular de C10.....	106
Figura 14 - Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C1.....	124
Figura 15 - Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C2.....	125
Figura 16 - Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C3.....	126
Figura 17 - Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C4.....	128
Figura 18 – Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C5	129
Figura 19 – Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C6	130
Figura 20 - Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C7.....	131
Figura 21 – Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C8	132
Figura 22 – Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C9	133
Figura 23 - Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C10.....	134

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos acompanhantes das crianças doentes	50
Quadro 2 – Caracterização das crianças doentes participantes da pesquisa	51
Quadro 3 - Síntese das atividades pedagógicas escolares desenvolvidas com cada participante	58
Quadro 4 - Temas de análise para as representações sociais	65
Quadro 5 – Ações da professora/pesquisadora no eixo desenvolvimento durante a contação de história	88
Quadro 6 – Respostas da criança no eixo desenvolvimento durante a contação da história...	88
Quadro 7 – Ações da professora/pesquisadora no eixo feedback durante a contação de história	95
Quadro 8 – Respostas da criança no eixo feedback durante a contação de história	95
Quadro 9 – Ações da professora/pesquisadora no eixo instrução durante a atividade pedagógica curricular	97
Quadro 10 – Respostas da criança no eixo instrução durante a atividade pedagógica curricular.....	97
Quadro 11 – Ações da professora/pesquisadora no eixo desenvolvimento durante a atividade pedagógica curricular	102
Quadro 12 – Respostas da criança no eixo desenvolvimento durante a atividade pedagógica curricular.....	103
Quadro 13 – Ações da professora/pesquisadora no eixo feedback durante a atividade pedagógica curricular	107
Quadro 14 – Respostas da criança no eixo feedback durante a atividade pedagógica curricular	108
Quadro 15 – Ações da professora/pesquisadora no eixo instrução durante o jogo.....	110
Quadro 16 – Respostas da criança no eixo instrução durante o jogo.....	110
Quadro 17 – Ações da professora/pesquisadora no eixo desenvolvimento durante o jogo ..	112
Quadro 18 – Respostas da criança no eixo desenvolvimento durante o jogo	112
Quadro 19 – Ações da professora/pesquisadora no eixo feedback durante o jogo	114
Quadro 20 – Respostas da criança no eixo feedback durante o jogo	115
Quadro 21 – Resultados do roteiro de opinião das crianças acerca da mediação pedagógica	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Quantitativo das ações da professora/pesquisadora e respostas das crianças durante a contação de história	116
Tabela 2: Quantitativo das ações da professora/pesquisadora e respostas das crianças durante a atividade curricular	118
Tabela 3: Quantitativo das ações da professora/pesquisadora e respostas das crianças durante o jogo	121

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Espaços que as crianças conhecem do hospital.....	69
Gráfico 2 - Atividades que as crianças gostam e não gostam de realizar no hospital	69
Gráfico 3 - Percentual de crianças que gostam e não gostam de frequentar a escola.....	70
Gráfico 4 - Preferências curriculares	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABEP** - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
- AEE** - Atendimento Educacional Especializado
- BA** - Bahia
- BNCC** - Base Nacional Comum Curricular
- CAPES** - Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CNH** - Carteira Nacional de Habilitação
- CNPq** - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- D-E** - Desenho-Estória
- DI** - Deficiência Intelectual
- EJA** – Educação de Jovens e Adultos
- ENEM** - Exame Nacional do Ensino Médio
- LDBEN** - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
- MEC** - Ministério da Educação e Cultura
- MG** – Minas Gerais
- PDE-T** - Desenho-Estória com Tema
- PIBIC** - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
- PNH** - Política Nacional de Humanização
- PPGEEs** - Programa de Pós-Graduação em Educação Especial
- SP** – São Paulo
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TALE** - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TEA** - Transtorno do Espectro Autista
- TRS** - Teoria das Representações Sociais
- UCO** - Unidade de Tratamento Coronário
- UFSCar** – Universidade Federal de São Carlos
- UFU** - Universidade Federal de Uberlândia
- UTI** - Unidade de Terapia Intensiva
- ZDP** - Zona de Desenvolvimento Proximal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	22
1. A CRIANÇA DOENTE E O ATENDIMENTO ESCOLAR HOSPITALAR.....	27
2. A TÉCNICA DO DESENHO-ESTÓRIA COMO INSTRUMENTO DE PESQUISA	36
3. A CRIANÇA COMO PROTAGONISTA: EXPLORANDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO HOSPITALAR	41
4. MÉTODO	47
4.1 Delineamento de pesquisa	47
4.2 Procedimentos éticos da pesquisa.....	47
4.3 Local e duração da coleta de dados	48
4.4 Participantes.....	48
4.5 Materiais e equipamentos	53
4.6 Técnicas e instrumentos de coleta de dados	53
4.7 Procedimentos de coleta de dados	55
4.7.1 Primeira etapa: entrevista semiestruturada com o acompanhante	55
4.7.2 Segunda etapa: Desenho-Estória com Tema	56
4.7.3 Terceira etapa: entrevista semiestruturada com a criança	56
4.7.4 Quarta etapa: elaboração e aplicação de atividades pedagógicas escolares	56
4.7.5 Quinta etapa: Desenho-Estória com Tema	63
4.8 Análise dos dados	64
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	66
5.1 Caracterização das crianças doentes.....	66
5.2 Representação social do hospital para as crianças doentes	71
5.2.1 Humanização na assistência em Saúde.....	82
5.2.2 Espaço físico do hospital e ambiente externo.....	84
5.3 Mediação pedagógica	86
Contação de história	87
Atividade curricular.....	97
Jogo.....	109
5.3.1 Opinião das crianças acerca da medicação pedagógica.....	123
5.4 Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para as crianças doentes	124
5.4.1 Espaço físico no hospital para o desenvolvimento de atividades pedagógicas escolares	135
5.4.2 Representação social do coletivo no ambiente hospitalar a partir da mediação pedagógica.....	138

5.4.3 Ludicidade na mediação pedagógica.....	139
CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
REFERÊNCIAS	145
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada para o acompanhante.....	158
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada para a criança doente em internação	161
APÊNDICE C - Protocolo de observação da mediação pedagógica inicial.....	163
APÊNDICE D - Protocolo de observação da mediação pedagógica.....	164
APÊNDICE E - Roteiro de opinião sobre a mediação pedagógica.....	166

APRESENTAÇÃO

Sou filha única de Silvana Vieira Barone, uma dedicada cozinheira de uma escola de educação infantil na Prefeitura Municipal de Jaboticabal (SP). Diante da desvalorização de sua profissão, nunca desistiu de ampliar seus conhecimentos. Assim, concluiu o Ensino Médio na Educação de Jovens e Adultos (EJA) e graduou-se em Pedagogia. Silvana viveu sua infância em um sítio localizado no interior da Bahia, trabalhou na roça ao lado de minha avó, Dona Maria. Aos doze anos, mudou-se para o interior de São Paulo, em busca de melhores oportunidades, devido às dificuldades enfrentadas pela seca nas plantações. Nesse cenário, teve que abdicar dos estudos para trabalhar como doméstica, auxiliar de máquinas pesadas e em ambientes de altas temperaturas nas indústrias.

Meu pai, Clayton Barone, é vigilante da Câmara Municipal de Jaboticabal (SP). Assim como minha mãe, concluiu seus estudos na EJA e posteriormente realizou um curso de técnico em segurança, que o habilitou para o cargo que ocupa atualmente. Clayton provém de uma família numerosa com cinco irmãos, o que o levou a começar a trabalhar desde jovem, engraxando sapatos na rodoviária da cidade. Sua dedicação ao trabalho para sustentar a família muitas vezes o levou a sacrificar seus estudos, resultando na sua retenção na antiga 5ª série.

Diante disso, minha família sempre investiu na minha escolarização, visto que acreditavam que este era o único meio capaz de proporcionar novas oportunidades. Desse modo, cursei toda Educação Básica na escola SESI, na qual tive grandes referências para a constituição do meu ser docente.

Ser professora sempre foi minha escolha desde a infância, quando brincava de escolinha no fundo de casa colocando as bonecas enfileiradas e rabiscando as paredes com giz. Em 2017, prestei o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e fui classificada no curso de Licenciatura em Pedagogia na Universidade Federal de Uberlândia (UFU) campus Pontal (Ituiutaba – MG). Em 2018, vivenciei experiências que até então jamais tinha testemunhado por viver em uma única bolha. Desse modo, fui morar em uma cidade desconhecida e sozinha, mas sempre com todo apoio e incentivo da minha família. Diante disso, aprendi a cozinhar, a cuidar dos serviços domésticos, tirei a Carteira Nacional de Habilitação (CNH) - mesmo depois de reprovar três vezes - peguei ônibus pela primeira vez e enfrentei desafios que só morando fora me permitiram viver. Além disso, foi nessa cidade que construí amizades verdadeiras, que se tornaram meu porto seguro até os dias atuais. No entanto, a distância de 350 km dificultava encontrar minha família com frequência e a saudade apertava a cada minuto.

À vista disso, prestei o edital de transferência externa para o mesmo curso na

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), a qual sou totalmente grata por ter me proporcionado essa oportunidade. Em 2019, recomecei a vida em uma nova cidade (São Carlos – SP), enfrentando diferentes desafios, mas agora a distância era de apenas 111 km, conseguindo encontrar refúgio na minha família com maior frequência. A construção de amizades nesta instituição foi mais difícil, foi então que decidi me aprofundar nos estudos, realizando duas pesquisas no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

Durante toda minha adolescência cursei teatro no Prof^o Francisco Berlingieri Marino, tradicionalmente conhecida como Escola de Artes, viajei para festivais, ganhei prêmios e apresentei em diversas cidades da região. No entanto, me questionava sobre como levar o teatro para espaços não tradicionais, como por exemplo, o hospital. Foi então que assistindo o filme Patch Adams (direção de Tom Shadyac) e os vídeos dos Doutores da Alegria, que me encantei por esse universo. Em Ituiutaba participei de um grupo de palhaços que frequentava o hospital público da cidade uma vez por semana e levava diversão e alegria para as crianças internadas.

Na UFSCar por indicação de uma professora da UFU, descobri que tinha uma pesquisadora renomada na área de Classe Hospitalar (Adriana Garcia Gonçalves). Desse modo, procurei no *Google* suas informações e entrei em contato via *e-mail*. Adriana me recebeu de braços abertos em uma reunião individual explicando as diferenças entre o processo de escolarização no ambiente hospitalar e a palhaçaria. Assim, comecei participando do projeto de extensão e depois nos tornamos amigas e parceiras de pesquisas científicas. Sou muito grata por ter encontrado uma orientadora que torna o processo acadêmico mais leve e prazeroso.

Fui bolsista pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) com dois projetos desenvolvidos "Práticas pedagógicas de professores/as de Classes Hospitalares na representação social do hospital para estudantes hospitalizados/as" (2020-2021) e "Planejamento colaborativo na Classe Hospitalar: contribuições para as representações sociais do hospital sob a ótica das crianças hospitalizadas" (2021-2022). A oportunidade proporcionada pelo CNPq não apenas possibilitou o desenvolvimento de pesquisas em uma área pouco explorada no país, mas também foi determinante para minha formação profissional. Hoje, com orgulho, afirmo que, além de professora, sou também pesquisadora, comprometida com a produção de conhecimento e com o avanço da ciência em minha área de atuação.

Em 2020, o mundo enfrentou a pandemia da COVID-19, todas as atividades foram paralisadas por tempo indeterminado. Sendo assim, tive que retornar para Jaboticabal (SP) e minha pesquisa de campo teve que ser reformulada virtualmente respeitando todos procedimentos éticos. Nesse cenário, enfrentei o medo de perder minha mãe pela doença,

ocasionando em mim uma depressão e ansiedade exacerbada, as quais dificultaram minha concentração nos estudos, mas Adriana sempre esteve ao meu lado me incentivando a nunca desistir.

Com o retorno gradual das atividades, tive a oportunidade de ser estagiária na mesma escola que estudei (SESI) durante oito meses. Dentre as minhas atribuições, acompanhei um estudante do terceiro ano do Ensino Fundamental com Transtorno do Espectro Autista (TEA), em que sua professora, a qual também tinha sido minha referência quando criança, realizava adaptações curriculares para o seu processo de ensino-aprendizagem, tornando o ambiente escolar inclusivo e participativo.

Em 2022, retornei para São Carlos realizei todas disciplinas, estágios obrigatórios e concluí antecipadamente o curso em fevereiro de 2023. A conclusão antecipada foi decorrente da aprovação no Mestrado do Programa de Pós-graduação em Educação Especial (PPGEEs/UFSCar). Dessa forma, o ano de 2023 foi caracterizado pela exploração de novos conhecimentos no campo da Educação Especial, área até então pouco explorada no curso de Pedagogia. Neste cenário, gostaria de expressar minha sincera gratidão à Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo incentivo inestimável à pesquisa e pelo suporte financeiro que tornaram possível a realização deste trabalho. Graças a esse apoio, foi possível dedicar-me integralmente ao desenvolvimento da pesquisa, contribuindo para a ampliação do conhecimento e para a formação de novas perspectivas no campo de atuação ao qual me dedico. Concomitantemente à realização do mestrado acadêmico, também cursei virtualmente uma especialização na mesma área.

O ano de 2023 também foi permeado por viagens pela região prestando concursos públicos, visto que buscava uma segurança financeira. Assim, em fevereiro de 2024, fui convocada pela Prefeitura Municipal de São Carlos para o cargo de Professor III (Educação Especial), que exerci durante três meses as atribuições do ensino colaborativo, encarregada de acompanhar pedagogicamente três estudantes com TEA em uma turma de quarto ano.

Em maio de 2024, fui convocada pela Prefeitura Municipal de Matão para o cargo de professora dos anos iniciais do ensino fundamental. A cidade de destino é onde reside meu namorado, com quem mantenho um relacionamento de três anos, sendo ele sempre meu ponto de paz em todos os momentos de dificuldade. Diante disso, solicitei exoneração do concurso em São Carlos e assumi o cargo efetivo em Matão. Essa mudança de cidade permitiu que eu passasse a morar junto com meu parceiro, com quem desejo construir uma vida conjunta, marcada por harmonia e realizações mútuas.

Mediante o exposto, nota-se a mudança significativa pessoal que tive em um curto

espaço de tempo, ao mesmo tempo que enfrentava os desafios do processo de coleta de dados da pesquisa. Estudar e trabalhar simultaneamente é um desafio significativo que exige uma combinação de disciplina, organização e resiliência. Conciliar as responsabilidades acadêmicas com as profissionais pode ser exaustiva, mas também é uma experiência enriquecedora que promove o crescimento pessoal e profissional. Esse processo só foi possível pela colaboração e apoio que tive da minha família, da minha orientadora e do meu namorado!!

INTRODUÇÃO

A criança em tratamento de saúde vivencia um período complexo e desafiador, que impacta tanto sua saúde física quanto seu desenvolvimento social, emocional e educacional. O distanciamento da família, amigos, escola e atividades cotidianas pode desencadear sentimentos de medo, ansiedade, tristeza, solidão, regressão e até mesmo trauma (Coelho *et al.*, 2021). O ambiente hospitalar, muitas vezes frio, impessoal e com barulhos constantes, pode ser assustador e hostil para a criança. Além disso, a rigidez dos horários estabelecidos para refeições, sono, administração de medicamentos e procedimentos médicos, pode ser desconcertante e frustrante, sendo caracterizado pela perda de sua autonomia e liberdade (Fontes, 2005).

No imaginário social a doença é representada como um impedimento à aprendizagem, indicando que, a recuperação da saúde deve preceder o retorno à vida escolar. Em contrapartida, Fonseca (2015) alega que a criança doente não pode ser representada apenas pela sua doença, visto que continua crescendo e se desenvolvendo. Nesse contexto, é fundamental garantir o pleno acesso às atividades escolares, assegurando os seus direitos e promovendo oportunidades que favoreçam seu aprendizado e inclusão, mesmo diante das adversidades.

A educação é reconhecida como um direito de todos os cidadãos brasileiros, conforme estabelece o Artigo 205 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). Dessa forma, crianças e adolescentes que se encontrem temporariamente afastados da escola em razão de tratamento de saúde também estão amparados por essa prerrogativa legal. Entretanto, a especificidade do atendimento educacional para este público consiste em uma conquista recente no Brasil, com muitas lacunas a serem preenchidas.

Para Fonseca (1999) a primeira Classe Hospitalar no Brasil tem seus primórdios em 1950, na capital do Rio de Janeiro, no Hospital Municipal Menino Jesus. Todavia, este termo manifesta-se pela primeira vez em 1994, na Política Nacional de Educação Especial ¹(Brasil, 1994), mas somente a partir dos anos 2000, que esta juridicidade começa se difundir no país.

As Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica (Brasil, 2001) revela os objetivos deste atendimento, os quais concebem na continuidade do processo de desenvolvimento e aprendizagem dos estudantes matriculados na Educação Básica, para seu retorno e reintegração à escola de origem. Também, ao desdobramento de um currículo

¹ Um dos dilemas encontrados nesta área refere-se à nomenclatura, podendo receber diversos nomes, como por exemplo, Pedagogia Hospitalar (Matos; Mugiatti, 2001), Classe Hospitalar (Brasil, 2002), Escola Hospitalar e Atendimento escolar hospitalar (Fonseca, 2008). Entretanto, neste estudo optou-se por utilizar o termo Classe Hospitalar, visto que é a nomenclatura adotada pelo MEC.

flexibilizado para aqueles que não se encontram matriculados, possibilitando o seu posterior acesso à escola regular.

Em 2002, foi elaborado pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) um documento orientador intitulado: “Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações”, sendo este o único instrumento específico criado até o momento sobre a temática.

Assim, conceitua a Classe Hospitalar como o

atendimento pedagógico-educacional que ocorre em ambientes de tratamento de saúde, seja na circunstância de internação, como tradicionalmente conhecida, seja na circunstância do atendimento em hospital-dia e hospital-semana ou em serviços de atenção integral à saúde mental (Brasil, 2002, p. 13).

Em 2009, a Resolução CNE/CEB número quatro, determinou que o Atendimento Educacional Especializado (AEE) em ambiente hospitalar ou domiciliar, seria ofertado tanto pela própria escola em que os estudantes estão matriculados, quanto por instituições filantrópicas e confessionais sem fins lucrativos, o qual ocorrerá de forma complementar ou suplementar (Brasil, 2009). Em outras palavras, a Classe Hospitalar foi designada à modalidade da Educação Especial, visto que abrange crianças e adolescentes com necessidades específicas em decorrência das dificuldades enfrentadas no acompanhamento das atividades curriculares, que são ocasionadas pelas limitações das condições de saúde.

Em 2018, a alteração da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) proclamou o direito ao

atendimento educacional, durante o período de internação, ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado, conforme dispuser o Poder Público em regulamento, na esfera de sua competência federativa (Brasil, 2018, Art. 4º-A).

Apesar das garantias legais que asseguram o direito à educação, o número de escolas em hospitais e serviços de atendimento escolar domiciliar no Brasil é insuficiente para atender à demanda crescente (Araújo, 2017). Essa deficiência reflete a falta de uma política pública amplamente estruturada para integrar a educação ao tratamento de saúde, o que compromete o acesso à aprendizagem deste público. Pacheco (2017) argumenta que

enquanto o MEC não se posiciona no que concerne o atendimento pedagógico ao escolar em tratamento de saúde, a partir de uma secretaria com objetivos claros que responda por esse tipo de atendimento, a situação não tende a modificar-se. Consequentemente, esses cidadãos estarão sempre na dependência que estados e municípios compreendam e acatem o que reza a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 205, “que a educação é um direito de todos” (p. 71).

No atendimento escolar em tratamento de saúde as práticas pedagógicas são desenvolvidas e investigadas com o objetivo de garantir o desenvolvimento integral da criança doente. Nesse contexto, o lúdico configura-se como uma estratégia fundamental para organizar as adversidades vivenciadas pelas crianças cujas vidas foram impactadas pela doença. O lúdico é adotado pelo professor como instrumento de resgate da normalidade social, atuando como um facilitador de dinâmicas de interação e auxiliando no reconhecimento desse novo ambiente, da condição de saúde e da própria identidade, proporcionando à criança maior tranquilidade e adaptação ao contexto hospitalar (Barros, 1999; Mitre; Gomes, 2004; Fontes, 2005).

Um estudo conduzido pela Secretaria da Saúde no Hospital Infantil Cândido Fontoura, localizado na zona leste da capital paulista, avaliou 330 pacientes com idades entre quatro e 14 anos, todos diagnosticados com doenças respiratórias. Os pacientes foram divididos em dois grupos, um que teve acesso a atividades lúdicas na brinquedoteca, enquanto o outro não teve acesso aos brinquedos, nem mesmo em seus leitos. Para medir os níveis de estresse, foram coletadas amostras de urina no primeiro e no quinto dia de internação, avaliando a concentração de cortisol. Os resultados demonstraram que a participação em atividades lúdicas não apenas reduziu significativamente os níveis de estresse, mas também contribuiu para uma melhora na qualidade do sono (Governo do Estado de São Paulo, 2009).

À vista disso, na Classe hospitalar o brincar e a arte são recursos essenciais que permitem que a criança expresse seus sentimentos e compartilhe suas experiências de internação, atribuindo significados à doença e à hospitalização em uma perspectiva subjetiva, facilitando o desenvolvimento da aprendizagem e a construção de habilidades cognitivas (Gonçalves; Manzini, 2011). Ao mesmo tempo, o atendimento educacional nesse contexto deve ser fundamentado na educação formal, visto que tem como finalidade a continuidade do processo de escolarização para minimizar as possibilidades de repetência e evasão escolar (Reis, 2017).

Dessa maneira, o pedagogo hospitalar torna-se um elo primordial entre a hospitalização e a conexão com uma das realidades que foi temporariamente deixado para trás, a escola. Em outras palavras o docente assume o papel de "outro social" na vida da criança doente e, por meio de sua mediação pedagógica, busca ressignificar o ambiente hospitalar, promovendo uma educação que respeita as singularidades, especificidades e enfermidades (Tinée; Ataíde, 2012). Compreende-se por mediação pedagógica a ponte entre o aprendiz e a aprendizagem, ou seja, a maneira como o professor apresenta e aborda um conteúdo/tema para seu educando (Masetto, 2000).

Nesse sentido, as investigações sobre as representações sociais do hospital para as

crianças doentes (Ribeiro; Pinto Junior, 2009; Costa; Morais, 2017) são importantes para compreender essas percepções e buscar mecanismo para suscitar a sua aprendizagem. Entende-se por representação social conceitos, proposições e explicações de um determinado objeto, que são construídas coletivamente por meio da comunicação e da linguagem, tendo como finalidade tornar familiar aquilo que é desconhecido ou modificar concepções pré-estabelecidas (Moscovici, 1978).

Em outras palavras, “[...] a representação iguala toda imagem a uma ideia e toda ideia a uma imagem [...]” (Moscovici, 2003, p. 46). Portanto, a representação social não se resume a uma mera opinião individual, mas em um pensamento estruturado e sistematizado coletivamente, orientando o comportamento e a compreensão da realidade em que o sujeito se encontra.

Nas seções seguintes será evidenciado que não foi encontrado nenhum estudo diretamente relacionado a temática de representação social e mediação pedagógica, mas sobre as práticas pedagógicas (Lucon, 2010), o cuidado em enfermagem pediátrica (Teibel, 2017), a brinquedoteca (Ferreira *et al.*, 2014), o hospital (Ribeiro; Pinto Junior, 2009; Costa; Morais, 2017) e a musicalização (Franco *et al.*, 2021).

À vista disso, justifica-se o desenvolvimento deste estudo para ampliação da literatura acadêmica na área, ressaltando a importância da mediação pedagógica em contextos hospitalares. Essa atuação vai além da promoção do processo de ensino-aprendizagem, desempenhando um papel fundamental no apoio à criança doente, ao contribuir para a compreensão de sua condição de saúde, do tratamento a que está sendo submetida e para a promoção de seu bem-estar físico, emocional e social.

Para tanto, esse estudo pautou-se nas seguintes questões norteadoras: Qual a representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para as crianças doentes? Como as crianças avaliam a realização de atividades pedagógicas escolares no período de internação?

Nesse sentido, o presente estudo teve como finalidade analisar a representação social do hospital para as crianças doentes a partir da mediação pedagógica por meio da técnica Desenho-Estória com Tema. Ademais, como objetivos específicos buscou-se: [1] caracterizar as crianças doentes [2] identificar a representação social do hospital para as crianças doentes por meio da técnica Desenho-Estória com Tema; [3] identificar como as crianças expressam suas percepções do ambiente hospitalar a partir do desenvolvimento de atividades pedagógicas escolares e [4] verificar a opinião das crianças doentes acerca da mediação pedagógica.

O texto está organizado em cinco seções e as considerações finais. A Seção 1, intitulada,

“A criança doente e o atendimento escolar hospitalar”, procurou caracterizar o contexto de escolarização no ambiente hospitalar, destacando a formação do professor, as práticas pedagógicas desenvolvidas e o papel da mediação pedagógica.

Na Seção 2 “A técnica do Desenho-Estória como instrumento de pesquisa”, apresentou o recurso do desenho-estória em pesquisas de abordagem qualitativa que combina a criação de desenhos com a narração de histórias para explorar os pensamentos, sentimentos e percepções das crianças sobre um determinado tema.

Na Seção 3 “A criança como protagonista: explorando as representações sociais no contexto hospitalar” retratou sinteticamente a abordagem teórica e metodológica desenvolvida pelo psicólogo social Serge Moscovici e apresentou a literatura diretamente relacionada ao objeto desta pesquisa.

Na Seção 4, denominada "Método", foi apresentado o delineamento de pesquisa, os procedimentos éticos, a descrição detalhada dos participantes, os materiais e equipamentos utilizados, as técnicas e instrumentos de coleta de dados, os procedimentos de coleta e a organização da análise dos dados.

A Seção 5, “Resultados e Discussão”, traz os resultados obtidos de todas as etapas desenvolvidas e as discussões com a literatura atual.

Nas "Considerações Finais", é feita uma síntese dos resultados, buscando responder às questões de pesquisa e aos objetivos estabelecidos. Além disso, são apresentadas possíveis soluções para os dilemas atuais e sugestões de questões para investigações futuras.

1. A CRIANÇA DOENTE E O ATENDIMENTO ESCOLAR HOSPITALAR

Esta seção visa contextualizar o processo de escolarização para as crianças doentes, abordando as práticas pedagógicas escolares desenvolvidas em ambientes hospitalares para garantir a continuidade do desenvolvimento cognitivo. Além disso, discute a formação necessária para os professores que atuam nesse espaço, com destaque ao papel da mediação pedagógica como facilitador tanto do processo de ensino-aprendizagem quanto da ressignificação do ambiente hospitalar.

O termo "crianças em tratamento de saúde" é empregado pelos pesquisadores da área para se referir às crianças acometidas por doenças que necessitam de acompanhamento médico, seja em regime hospitalar ou domiciliar (Menezes, 2018; Costa, Rolim, 2020). Por sua vez, a expressão "crianças em internação hospitalar" ou "crianças hospitalizadas" é utilizada de forma específica para designar aquelas que se encontram em regime hospitalar para tratamento (Gonçalves; Manzini 2011; Fontes, 2005). Já o termo "criança doente" é adotado por Fonseca (2015), enquanto Covic e Costa (2022) optam por "criança enferma".

Fonseca (2015) argumenta que as crianças apresentam uma variedade de doenças, algumas de caráter grave e outras que poderiam ser prevenidas, caso houvesse uma atuação mais eficiente na atenção básica à saúde e se as famílias dispusessem de condições mínimas adequadas de moradia, saneamento e alimentação. Todavia, a autora afirma que a criança doente é aquela que continua

crescendo e se desenvolvendo mesmo que com alguns comprometimentos causados pela enfermidade ou pelo tratamento médico necessário (intervenções cirúrgicas, exames invasivos, fármacos com efeitos colaterais) e têm interesses e necessidades também no âmbito acadêmico, e precisam de assistência do profissional docente (Fonseca, 2015, p. 16).

Assim, a internação hospitalar é uma experiência delicada na vida de qualquer indivíduo, especialmente para as crianças, visto que emerge diferentes sentimentos, como ansiedade, preocupação, sensação de abandono, tristeza, medo e insegurança (Ribeiro; Ângelo, 2005). A perspectiva de Fonseca (2015) sobre a criança doente é crucial para garantir que a sua identidade não se limite à sua condição de saúde, mas que reconheça a continuidade de seu desenvolvimento físico, emocional, social e principalmente cognitivo. À vista disso, nesse estudo optou-se por adotar o termo "criança doente" empregado pela autora, mas vale salientar que os participantes desta pesquisa também se encontravam em regime de internação hospitalar.

O ambiente hospitalar não foi projetado com a existência de uma escola como parte do espaço físico, exigindo dos professores a criatividade em adaptarem espaços para viabilizar o

ensino. Desse modo, em alguns casos, os hospitais oferecem salas exclusivas com recursos pedagógicos apropriados, em outros, adaptam espaços em horários específicos. Também, quando não há áreas destinadas, a enfermaria, brinquedoteca, corredores largos ou leitos podem ser usados como ambiente escolar. Diante disso, a organização do ensino depende das condições clínicas das crianças e da infraestrutura disponível, exigindo flexibilidade e criatividade do professor (Fonseca, 2015).

A rotina na Classe Hospitalar inicia-se com o professor fazendo um *checkup* dos pacientes em idade escolar internados no hospital e em quais leitos se encontram. O tempo do atendimento varia de acordo com a condição clínica e do tratamento realizado. Em alguns casos, o professor inicia a aula realizando uma avaliação diagnóstica, com a finalidade de averiguar por meio da sondagem o que aprendeu e o que ainda precisa aprender. Para os estudantes que permanecem no hospital por mais tempo, é realizada uma parceria com a escola de origem. Já para aqueles que permanecem por um curto período, o ensino é focado em atividades de alfabetização e leitura (Rodrigues; Maria, 2018). Portanto, não há um currículo próprio da Classe Hospitalar, todavia este

deve ser flexível e multicultural, para possibilitar o atendimento aos percursos individuais dos alunos enfermos e eles se sentirem agentes de seu processo educacional e do seu tratamento, podendo transformar a realidade [...] fomentando o despertar do desejo de agir e construir, de maneira participativa, valores, atitudes e saberes (Assis, 2009, p. 162).

Ainda, o manual elaborado pelo MEC (Brasil, 2002) determina que fica a cargo da Secretaria de Educação dos municípios atender às demandas dos hospitais relacionadas ao atendimento pedagógico hospitalar, realizando a contratação de professores, o planejamento de recursos financeiros e materiais necessários para os atendimentos, além de supervisionar e avaliar o funcionamento das classes hospitalares.

Paralelo a isso, Ceccim (2001) levanta uma questão essencial que frequentemente é negligenciada no ambiente hospitalar

Com que saúde opera um professor? Não é a mesma dos médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e recreacionistas. Isto só quer dizer que não existe mesmo uma única saúde, existem muitas e precisamos ouvir e atender ao conjunto delas para promover a saúde integral (p. 17).

À vista disso, a assistência oferecida pelos professores no hospital é fundamental para atender às necessidades acadêmicas e promover o sentido de normalidade e continuidade no processo de aprendizagem. Fontes (2005) afirma que o “ofício do professor no hospital apresenta diversas interfaces (política, pedagógica, psicológica, social e ideológica), mas

nenhuma delas é tão constante quanto a disponibilização de estar com o outro e para o outro” (p. 123).

As atividades escolares no ambiente hospitalar devem ser planejadas com início, meio e fim para atender cada criança individualmente, considerando que nem todas chegam ou permanecem na aula ao mesmo tempo. O planejamento torna-se essencial para organizar as ações pedagógicas, além de ser uma ferramenta crucial para avaliar o desempenho de cada criança e registrar as práticas realizadas. Esse processo contribui para garantir a continuidade e a eficácia do ensino (Fonseca, 2015). Nesse cenário, o professor precisa planejar sua prática pedagógica de maneira flexível e inclusiva, considerando as limitações de tempo, espaço e energia da criança, mas também valorizando suas capacidades, necessidades e interesses.

[...] a prática pedagógica nesses espaços deve ser muito bem planejada e contextualizada, para ser realmente humanizadora; o currículo não pode ser uma cópia do currículo da escola regular, pois os ambientes e sujeitos são diferenciados e o conhecimento precisa contribuir para o bem-estar físico, psíquico e emocional, para a continuidade da aprendizagem cultural e formativa, propiciando a manutenção e reestabelecimento das atividades sociais e escolares (Loss, 2014, p. 90).

Entende-se por prática pedagógica o “[...] conjunto de atividades ordenadas, estruturadas e articuladas para a realização de certos objetivos educacionais, que tem um princípio e um fim conhecidos tanto pelos professores como pelos alunos” (Zabala, 1998, p. 18). Também, para Libâneo (2012), uma prática é considerada pedagógica quando está ancorada em concepções e possuiu uma intencionalidade que visa “[...] atender a determinadas expectativas educacionais [...]” (p. 173).

Na Classe Hospitalar, o público é composto por crianças e adolescentes com diferentes faixas etárias e de todas as etapas da educação básica. Em alguns hospitais, o atendimento é realizado de forma coletiva, em turmas multisseriadas, em outros, ocorre individualmente. Independentemente do formato, é imprescindível que a prática pedagógica seja personalizada, considerando a diversidade de perfis, necessidades e interesses dos estudantes, além de garantir a continuidade do currículo escolar.

Para exemplificar as práticas pedagógicas desenvolvidas no contexto hospitalar elencou-se alguns estudos, os quais tem como ênfase o lúdico. Para Oliveira (1985), o lúdico é uma estratégia metodológica que proporciona “uma aprendizagem espontânea e natural. Estimula a crítica, a criatividade, a sociabilização. Sendo, portanto, reconhecido como uma das atividades mais significativas – senão a mais significativa – pelo seu conteúdo pedagógico social” (p. 74). Para Luckesi (2002), a ludicidade está presente em jogos, brincadeiras e em

qualquer atividade que possa ser desenvolvida de modo leve e prazeroso.

Assim, o estudo de Hoster *et al.* (2014) revelou que o brincar no ambiente hospitalar possibilita a melhora dos problemas emocionais e comportamentais das crianças. Já o ensaio realizado por Gonçalves e Souza (2018), demonstrou que os jogos educacionais digitais podem contribuir no esclarecimento sobre os procedimentos médicos nos quais as crianças são submetidas diariamente, como por exemplo, a punção venosa. Rodrigues *et al.* (2018) apontou que a contação de histórias pode ser utilizada como instrumento de familiarização do hospital, ocasionando conseqüentemente, a interação social entre os envolvidos, bem como o enfrentamento dos desafios do adoecimento.

os profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidado/tratamento do paciente/aluno relatam que a criança que recebe algum tipo de atenção educacional durante o internamento tende a ser mais receptiva calma e realiza as tarefas terapêuticas com disposição, o que auxilia em sua recuperação (Castro, 2009, p. 43).

Os estudos apresentados evidenciam que o brincar no contexto hospitalar desempenha um papel crucial no desenvolvimento e bem-estar das crianças doentes. Além de proporcionar momentos de descontração e prazer, o brincar contribui para aliviar o estresse causado pela hospitalização, estimular a criatividade e fortalecer vínculos afetivos. Para Kishimoto (2010)

o brincar é uma ação livre, que surge a qualquer hora, iniciada e conduzida pela criança; dá prazer, não exige como condução um produto final, relaxa, envolve, ensina regras, linguagens, desenvolve habilidades e introduz a criança no mundo imaginário (p. 01).

A autora também define o brinquedo como o objeto que dá suporte à brincadeira, como bolas, bonecas, carrinhos e entre outros. Esses brinquedos podem ser classificados em duas categorias: estruturados, que possuem uma função específica, e não-estruturados, que permitem maior liberdade para a criatividade e imaginação da criança durante o uso. Já as brincadeiras podem ser individuais ou coletivas e caracterizam-se por ter uma estrutura pré-estabelecida, entretanto é flexível e pode ser modificada conforme a preferência de quem a conduz ou pelas escolhas da própria criança durante sua realização. Assim, são divididas em três categorias: tradicional, faz de conta e de construção (Kishimoto, 2010).

Já o jogo, Kishimoto (2011) afirma que apresenta uma complexidade maior para definição devido às variações culturais. Cada jogo possui características próprias, o que significa que um mesmo jogo pode ter significados diferentes em cada cultura. Nesse sentido, o jogo é “[...] o resultado de um sistema linguístico que funciona dentro de um contexto social, um sistema de regras ou como um objeto” (p. 18). Em outras palavras, o jogo requer disciplina

no cumprimento das regras e demanda o desenvolvimento de habilidades específicas, enquanto o brincar é caracterizado pela liberdade e pela ausência de normas rígidas.

À vista disso, o ato de brincar no atendimento escolar hospitalar é essencial para o desenvolvimento infantil, pois permite à criança reinterpretar sua realidade, construir relações interpessoais e manifestar pensamentos e emoções. Para Vygotsky (1998) “é brincando, jogando, que a criança revela seu estado cognitivo, visual, auditivo, tátil, motor, seu modo de aprender e entrar em uma relação cognitiva com o mundo de eventos, pessoas, coisas e símbolos” (p. 96).

Nesse contexto, é essencial distinguir as funções da Classe Hospitalar e da brinquedoteca. Desde 2005, a brinquedoteca é considerada uma instalação obrigatória em unidades de saúde com atendimento pediátrico em regime de internação (Brasil, 2005). As brinquedotecas hospitalares contribuem na recuperação da criança doente, promovendo sua conexão com o mundo exterior e auxiliando-a na compreensão da sua experiência no ambiente hospitalar (Carneiro, 2015). Para tanto,

Entende-se por brinquedoteca o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar, contribuindo para a construção e/ou fortalecimento das relações de vínculo e afeto entre as crianças e seu meio social (Brasil, 2005, artigo 3º).

Por outro lado, a oferta da Classe Hospitalar não é obrigatória e corresponde ao atendimento pedagógico-educacional, que assegura o ensino de forma complementar ou suplementar (Brasil, 2002). Todavia, nota-se que “embora a legislação brasileira reconheça o direito da criança e do adolescente hospitalizado a receber esse tipo de atendimento pedagógico [...] essa oferta ainda é muito restrita, não contemplando a todas as crianças” (Oliveira, 2013, p. 27686).

A formação dos professores destinados a atuar na Classe Hospitalar deve ser diversificada, ultrapassando a transmissão de conteúdos e incorporando práticas pedagógicas adaptadas às particularidades do hospital (Mazer; Santos Tinós, 2011). O documento elaborado pelo MEC em 2002, orienta que o professor no ambiente hospitalar

[...] deverá ter a formação pedagógica preferencialmente em Educação Especial ou em cursos de Pedagogia ou licenciaturas, ter noções sobre as doenças e condições psicossociais vivenciadas pelos educandos e as características delas decorrentes, sejam do ponto de vista clínico, sejam do ponto de vista afetivo [...] (Brasil, 2002, p. 22)

Além da formação inicial, é fundamental a participação em programas de formação continuada para que os professores reflitam “sobre sua própria prática, bem como para a

utilização da reflexão como instrumento de desenvolvimento do pensamento e da ação” (Lopes, 1997, p. 574). Nesse sentido, a formação do professor hospitalar vai além da definição das doenças, dos prognósticos e dos tratamentos, é essencial que adquiram noções sobre “sinais e administração de emergências médicas, comportamentos e problemas psicológicos que a criança pode experimentar como resultado do uso de medicamentos, tratamentos e da doença em si.” (Nonose, 2009, p. 14).

Em outras palavras, os professores necessitam de uma formação continuada que aborde as complexidades das condições de saúde, seus efeitos no desenvolvimento e comportamento da criança, bem como suas implicações na aprendizagem, com o objetivo de planejar adaptações e implementar estratégias e recursos adequados. Portanto, essa formação deve incluir tanto o conhecimento técnico quanto as habilidades práticas para utilização de auxílios e recursos suplementares (DePaepe; Garrison-Kane; Doelling, 2002).

O estudo de Gonçalves e Manzini (2011) revela que a criança doente possui uma identificação maior com o professor hospitalar, visto que se depara diariamente com este personagem na sua vida fora do hospital, nesse sentido, o vínculo entre eles ocorre de maneira natural. Ademais, destacam que o docente garante a continuidade do desenvolvimento cognitivo e social da criança, estimulando suas competências por meio de suas potencialidades mesmo estando doente.

[...] a abordagem pedagógica pode ser entendida como instrumento de suavização dos efeitos traumáticos da internação hospitalar e do impacto causado pelo distanciamento da criança de sua rotina, principalmente no que se refere ao afastamento escolar. O período de hospitalização é transformado, então, num tempo de aprendizagem, de construção de conhecimento e aquisição de novos significados, não sendo preenchido apenas pelo sofrimento e o vazio do não desenvolvimento afetivo, psíquico e social (Fontes, 2004, p.276).

Dessa maneira, com relação aos recursos humanos, o manual orienta que a Classe Hospitalar deve ser composta pelo professor coordenador, o professor atuante e o profissional de apoio (Brasil, 2002). O primeiro é responsável pela articulação com a equipe de saúde do hospital, Secretaria de Educação e com a escola de origem, bem como por orientar os professores atuantes com relação às suas atividades. O segundo elabora estratégias didático-pedagógicas e práticas alternativas que atendam às necessidades do processo de ensino-aprendizagem das crianças doentes, além de demonstrar disposição para trabalhar em equipe e oferecer suporte às escolas de origem para o processo de inclusão. Já o profissional de apoio tem formação em nível médio ou universitário e tem a função de auxiliar o professor atuante na organização do espaço das aulas e no registro de frequência, contribuindo também na

manutenção da higiene do ambiente e dos materiais utilizados, além de acompanhar os pacientes durante o uso do banheiro e nos momentos de alimentação realizados durante os atendimentos.

Outra estratégia fundamental que deve ser desempenhada constantemente pelo professor de Classe Hospitalar é a escuta pedagógica. Isso significa estar verdadeiramente atento às necessidades, preocupações e experiências das crianças, muitas das quais podem estar enfrentando situações de saúde desafiadoras.

A escuta a que nos referimos deve acontecer com as crianças e adolescentes em atendimento, mas também com seus familiares. O professor no hospital precisa ter a disponibilidade de estar com o outro e para o outro: “fica menos traumático enfrentar esse percurso quando não se está sozinho, podendo compartilhar com o outro a dor, por meio do diálogo e da escuta atenciosa” (Fontes, 2005, p. 123).

À vista disso, é notório que as relações humanas pressupõem processos de relação interpessoal e intrapessoal. O primeiro processo refere-se às relações entre sujeitos em diferentes espaços sociais, já o segundo são os pensamentos internos. Nesse sentido, “é através da relação interpessoal concreta com os outros homens que o indivíduo vai chegar a interiorizar as formas culturalmente estabelecidas de funcionamento psicológico” (Oliveira, 1997, p. 38).

Para Vygotsky (2002), o desenvolvimento do indivíduo é um processo que se constrói por meio das interações estabelecidas dentro do contexto histórico e cultural no qual está inserido. Por meio da interação com outros e da utilização da linguagem, o indivíduo internaliza conhecimentos científicos. Em outras palavras, quando a criança está imersa em uma cultura e participando nas relações sociais, ela aprende e, como resultado desse aprendizado, se desenvolve.

Ainda, Vygotsky (2008) afirma que na ausência do outro, o homem não se constitui como tal, visto que o desenvolvimento da inteligência ocorre pela interação com seus pares. À vista disso, a mediação, realizada por meio de instrumentos e signos introduzidos por um intermediador (como um professor), facilita novas aprendizagens e promove o desenvolvimento (Berni, 2006; Facci, 2004).

Ampliando essa discussão para o contexto escolar, o conceito de mediação pedagógica, conforme desenvolvido por Masetto (2000), refere-se à maneira como o professor apresenta e aborda um conteúdo ou tema, visando a construção de um conhecimento que seja significativo para o estudante, tanto em termos cognitivos quanto sociais. Nas palavras do autor, a mediação pedagógica

é a atitude, o comportamento do professor que se coloca como um facilitador, incentivador ou motivador da aprendizagem, que se apresenta com a

disposição de uma ponte entre o aprendiz e sua aprendizagem – não uma ponte elástica, mas uma ponte ‘rolante’ que ativamente colabora para que o aprendiz chegue aos seus objetivos (Masetto, 2000, p. 144-145).

Portanto, evidencia-se que a aprendizagem ocorre de forma mediada pelo outro. Essa afirmativa encontra-se interligada com o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), que diz respeito a distância entre o que o aprendiz pode fazer individualmente e aquilo que é capaz de atingir com auxílio de pessoas experientes, como o professor (Vygotsky, 2008).

O estudo de Chiote (2013) teve como finalidade analisar o papel da mediação pedagógica no desenvolvimento do brincar de uma criança com autismo na educação infantil. A autora aponta a mediação pedagógica como um fator crucial para facilitar o brincar, visto que requer o papel ativo do educador na criação de ambientes e atividades que estimulem o engajamento da criança com autismo, considerando suas necessidades individuais e preferências.

Papim e Oliveira (2023) analisaram a importância da mediação pedagógica para a criação de sentido, necessidade e motivação no processo de aprendizagem da leitura e escrita em duas crianças com Deficiência Intelectual (DI) e com idade entre oito e nove anos. Os autores desenvolveram um Plano de Ação Pedagógica para as habilidades alvo investigadas. Os resultados mostraram que a mediação pedagógica, aliada a interações sociais baseadas no diálogo e à proximidade do professor, favorece o engajamento de crianças com DI na aprendizagem da leitura e escrita, ao oferecer um suporte individualizado que supera barreiras e promove a inclusão.

No contexto hospitalar, o professor atua como intermediador da nova realidade, avaliando, acompanhando e intervindo tanto em aspectos intelectuais quanto sociais (Tinée; Ataíde, 2012). A mediação pedagógica abordada no estudo de Paula (2007) priorizava atividades realizadas em círculos ou grupos, com ênfase no diálogo, na reflexão e na escuta, visando a construção de uma educação crítica e democrática. O estudo foi realizado em um hospital filantrópico na Bahia e contou com a participação de 250 pessoas (crianças, adolescentes e familiares). As aulas eram realizadas fora do ambiente da enfermaria em turmas multisseriadas, abordando temas relacionados ao cuidado com bens coletivos, aos direitos e deveres das crianças (cidadania), e à escuta sensível das angústias e medos associados às enfermidades.

Por outro lado, o estudo de Campos, Gonçalves e Baptistela (2009) revela que o desenvolvimento da mediação pedagógica em algumas classes hospitalares pode ser permeado

por características do ensino conteudista e tradicional, com aulas expositivas e centralizadas na continuidade do livro didático da escola de origem.

Mediante o exposto, não há um modelo padronizado para o desenvolvimento do trabalho de mediação pedagógica, uma vez que este deve ser adaptado às propostas pedagógicas individuais de cada professor e às necessidades específicas das crianças doentes. Todavia, o atendimento educacional em ambientes hospitalares deve assegurar o seu desenvolvimento integral. Para isso, é essencial compreender como representam o hospital, identificando suas impressões e expectativas em relação a esse espaço. Essa compreensão possibilita o planejamento de abordagens pedagógicas mais adequadas, bem como a utilização de técnicas e instrumentos mais alinhados às necessidades específicas de cada criança, contribuindo para o desenvolvimento de modelos de atuação que promovam uma experiência educativa, acolhedora e significativa.

2. A TÉCNICA DO DESENHO-ESTÓRIA COMO INSTRUMENTO DE PESQUISA

O desenho, assim como a poesia (Gonçalves; Manzini, 2011) e a contação de histórias (Teibel, 2017), são técnicas amplamente utilizadas por permitir que a criança se expresse e compartilhe suas vivências no ambiente hospitalar. Assim, nesta secção será aprofundado a técnica de desenho-estória como recurso de externalização e comunicação dos sentimentos.

O Desenho-Estória (D-E) é caracterizado pela “associação de processos expressivo-motores (entre os quais inclui o desenho livre) e processos aperceptivos dinâmicos (verbalizações temáticas)” (Trinca, 1997, p. 13). Diante disso, este procedimento consiste em solicitar um desenho, pedir que o participante conte sua estória, atribuindo-o um nome. Posteriormente, ocorre a etapa de inquérito, em que se questiona a pessoa acerca da produção. Paralelo a isso, a técnica desenho-estória com tema é uma adaptação realizada por Aiello-Vaisberg (1997), com a diferença de delimitar o desenho em um eixo temático conforme desejado pelo pesquisador.

O estudo de Maturana e Mendes (2017) teve como objetivo investigar a concepção de estudantes com deficiência intelectual (DI) sobre a escola especial e a escola regular por meio da técnica do Desenho-estória com tema. Tratou-se de uma pesquisa descritiva com delineamento de múltiplos casos. Participaram cinco estudantes entre dez e 18 anos de idade, sendo que dois passaram pela escola comum e encontravam-se naquele momento matriculados na escola especial, e três vivenciaram o processo inverso, ou seja, foram transferidos da escola especial para a escola comum. Ademais, apenas um aluno da escola comum frequentava a Sala de Recursos Multifuncional (SEM). Para coleta de dados, as autoras solicitaram que os participantes desenhassem e contassem a estória da escola atual e da escola anterior.

Os dados evidenciaram que a escola especial é caracterizada como um espaço de acolhimento e cuidado, sendo um ambiente agradável e seguro devido às atividades lúdicas desenvolvidas e por se sentirem aceitos pelos colegas e profissionais. Também, evidenciaram o contato com a natureza, os passeios e a oportunidade profissional. Por outro lado, a escola comum é vista como um local de aprendizado estruturado, sendo associada aos conceitos de "estudar" e "aprender". Para os participantes que não estavam matriculados na escola comum, mas que já tiveram essa experiência, ela foi idealizada como um "local de gente grande", um espaço de sonhos, embora também tenham mencionado experiências de *bullying* e rejeições por parte dos colegas (Maturana; Mendes, 2017).

A investigação de Souza, Jurdi e Cipullo (2016) teve como finalidade conhecer e

analisar as representações sociais que três professores auxiliares da rede municipal de ensino fundamental do município de Santos (SP) têm dos alunos com deficiência e seu processo de inclusão, utilizando a técnica do Desenho-estória com tema. Para coleta de dados, as pesquisadoras solicitaram que os participantes desenhassem uma criança sem deficiência, atribuísse um nome a ela e contasse sua estória, destacando sua rotina, sua relação com a família e com os colegas de escola. Posteriormente, foi realizado um segundo desenho, sendo este de uma criança com deficiência, em que deveriam narrar a estória com o mesmo modelo do anterior.

Os dados revelaram que a maioria dos participantes atribuía às crianças sem deficiência as características de inteligente, afetiva/amorosa e felicidade. Por outro lado, os desenhos de crianças com deficiência foram atravessados por expressões de “tadinha”, “coitada”, “dó”, “flor meio quadrada”, bem como pela paparicação e superproteção (Souza, Jurdi, Cipullo, 2016).

Mediante os dois estudos apresentados, observa-se as dificuldades da inclusão das crianças do público-alvo da educação especial na escola comum, sendo evidenciado por meio de relatos dos próprios participantes as experiências de *bullying* e rejeição entre os seus pares (Maturana & Mendes, 2017). Ao mesmo tempo, os próprios professores possuem percepções deste público referenciadas no modelo biomédico, com ênfase no diagnóstico e atuação centralizada no aluno, sem estratégias de promoção à acessibilidade (Souza, Jurdi, Cipullo, 2016).

A pesquisa conduzida por Depianti, Melo e Ribeiro (2018) teve como objetivo investigar o significado atribuído ao ato de brincar por oito crianças hospitalizadas, com idades entre cinco e dez anos, sob precaução, em um hospital público infantil localizado na cidade de São Paulo. A coleta de dados foi realizada em um período de três dias, utilizando a observação participante de atividades lúdicas e entrevistas semiestruturadas mediadas pela técnica do Desenho-estória com tema. Durante o estudo, foi entregue às crianças um *kit* surpresa contendo massa de modelar, giz de cera, bolas de soprar, folhas de papel A4, lápis preto e coloridos, jogo da memória, bola, quebra-cabeça, dominó, boneca plástica, dois carrinhos, alguns utensílios domésticos e um celular de brinquedo, com o intuito de incentivá-las a brincar livremente. Posteriormente, foi solicitado que desenhassem uma criança brincando em um quarto de hospital. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo.

Os resultados indicaram que o ato de brincar confere protagonismo às crianças, permitindo-lhes se valorizar, expressar-se e ter voz, além de proporcionar momentos de felicidade. As crianças expressaram a sensação de estarem aprisionadas no hospital, mas relataram que, ao brincar, sentem-se libertas, como um animal que aprende a voar. Ademais, as

narrativas dos desenhos revelaram que o hospital foi caracterizado como um local que se sentem sozinhas, tristes, sofrendo, presas e ameaçadas devido aos procedimentos técnicos. No entanto, o brincar nesse contexto mostrou-se como um recurso muito importante para aliviar o estresse e as tensões, ajudando-as a não se sentirem mais solitárias.

Silva *et al.* (2017) realizaram um estudo sobre a rede e o apoio social na percepção de oito crianças, com idades entre seis e doze anos, com doenças crônicas, empregando o procedimento de Desenho-Estória com tema. Para coleta de dados, as pesquisadoras utilizaram o seguinte comando “gostaria que você fizesse um desenho de uma criança que tem uma doença e está em tratamento” (p. 03).

Os resultados identificaram que a rede de apoio social incluía familiares (família nuclear e estendida), profissionais de saúde e amigos, os quais ofereciam cuidado diário, solidariedade, apoio emocional e informacional. Contudo, a pesquisa também revelou que essa rede nem sempre era forte o suficiente para oferecer o apoio necessário, destacando a desinformação escolar sobre a doença e a falta de escuta e atenção de alguns profissionais de saúde (Silva *et al.*, 2017).

Assim, enquanto o estudo de Silva *et al.* (2017) enfatiza a necessidade de soluções para os desafios enfrentados por crianças com doenças crônicas no que se refere ao apoio social, a pesquisa de Depianti, Melo e Ribeiro (2018) destaca a relevância do brincar no ambiente hospitalar, atribuindo-lhe um papel terapêutico e promotor de bem-estar físico e emocional, ao permitir a ressignificação do espaço. Ademais, ambas as pesquisas ressaltam a importância de os profissionais de saúde desenvolverem uma escuta sensível e adotarem estratégias que assegurem o cuidado integral das crianças, fortalecendo os vínculos e contribuindo para a desconstrução de representações negativas associadas ao hospital.

O estudo realizado por Rotella *et al.* (2019) teve como objetivo investigar as repercussões emocionais e a qualidade de vida relacionadas à doença renal crônica em crianças e adolescentes submetidos à hemodiálise ou ao transplante renal. A pesquisa contou com a participação de 48 pessoas, com idades entre cinco e 18 anos, sendo que metade estavam em tratamento com hemodiálise e a outra metade era composta por pacientes que haviam realizado com sucesso um transplante renal. Os participantes foram entrevistados, responderam a um questionário para avaliação da qualidade de vida e produziram um Desenho-Estória representando uma pessoa com doença renal. Os dados do questionário ocorreram de forma quantitativa pela somatória dos pontos, já os desenhos as interpretações foram realizadas com base nas teorias freudiana e lacaniana.

Os dados revelaram que o grupo de participantes submetidos à hemodiálise, associaram

a doença a sentimentos de tristeza, solidão e cansaço, e expressaram ideias como "o rim é minha marca" e "transplante minha salvação". Alguns ainda negaram a gravidade da doença como mecanismo de defesa. Em contrapartida, os participantes transplantados enfatizaram a aceitação da condição, com pensamentos como "o que não tem remédio nem nunca terá", "mesmo com problemas siga em frente", além de uma visão mais positiva sobre a vida após o transplante.

O estudo realizado por França *et al.* (2018) teve como objetivo compreender a experiência existencial de onze crianças, com idades entre sete e onze anos, diagnosticadas com câncer e em cuidados paliativos, na cidade de João Pessoa, Paraíba. Para o recrutamento dos participantes, os critérios de inclusão estabelecidos incluíram: a criança possuir diagnóstico de qualquer tipo de câncer sem possibilidades terapêuticas de cura por um período superior a seis meses, estar em acompanhamento na instituição e ter conhecimento sobre seu diagnóstico. Para coleta de dados, utilizou-se o instrumento de Desenho-Estória, em que foram convidadas a desenhar e a contar a história de uma criança que descobriu que estava com câncer. Na fase de inquérito as pesquisadoras questionaram "O que essa criança sentiu quando soube que estava com câncer? O que mudou na vida da criança depois da doença?" (p. 1402). Os dados foram analisados com base na Teoria Humanística de Enfermagem.

Os resultados identificaram duas principais categorias temáticas: a primeira relacionada aos sentimentos de medo, tristeza, angústia e insegurança diante do diagnóstico, e a segunda ao temor da separação de suas famílias devido à possibilidade de morte. Para os participantes, o câncer está associado a uma sobrecarga de sentimentos e emoções negativas, a incerteza sobre o futuro e a percepção crescente da proximidade da morte (França *et al.*, 2018).

O estudo realizado por Fonseca, Pancieira e Zihlmann (2021) teve como objetivo analisar a compreensão de cinco crianças, com idades entre quatro e nove anos, diagnosticadas com leucemia, acerca dos processos de hospitalização e tratamento. Para coleta de dados, os autores empregaram diário de campo, entrevistas semiestruturadas com responsáveis, provas piagetianas para classificar as crianças e a técnica do desenho-estória com tema que foi solicitado por meio do seguinte comando: "Faça um desenho e conte uma história sobre o que você sente estando aqui no hospital" (p. 05).

Os resultados evidenciaram que as duas crianças da fase pré-operatória (com quatro e seis anos) não se identificaram diretamente nas histórias, expressando-se por meio de personagens fictícios e relatando principalmente o sofrimento causado pela doença e hospitalização, com ênfase nos medos e na luta. Já as três crianças da fase operatória-concreta (com oito e nove anos) se representaram diretamente nos desenhos e compreenderam as razões para as mudanças em suas rotinas e a restrição de certas atividades, demonstrando a capacidade

de estabelecer relações causais. Ambos os grupos expressaram uma postura otimista em relação à cura.

O estudo de Costa e Morais (2017) teve como finalidade analisar como seis crianças hospitalizadas entre sete e 12 anos percebem e vivenciam o processo de internação. Para coleta de dados foi utilizado entrevistas semiestruturadas e a técnica Desenho-Estória, esta foi realizada por meio do seguinte comando “Desenhe para mim como você se sente em estar aqui no hospital” (p. 359). Os desenhos foram analisados por meio da análise temática, com a divisão em três categorias: [1] a hospitalização revelada por meio dos procedimentos técnicos/dolorosos; [2] vivenciando as repercussões negativas da hospitalização e [3] o que tem de bom? Experimentando sentimentos positivos durante a hospitalização.

O estudo evidencia a dualidade de sentimentos vivenciados pelas crianças durante o processo de hospitalização. De um lado, a experiência é percebida de forma negativa, em razão dos procedimentos técnicos, das restrições impostas e do isolamento. Por outro lado, é interpretada de maneira positiva, uma vez que as crianças reconhecem a importância do tratamento para a recuperação de sua saúde (Costa; Morais, 2017).

Com base nos estudos apresentados, a técnica de Desenho-Estória, amplamente utilizada no contexto hospitalar, mostra-se uma estratégia importante para compreender as experiências, representações e emoções das crianças. Em outras palavras, diante de situações complexas e estressantes, o Desenho-Estória emerge como um recurso facilitador da comunicação, proporcionando valiosos *insights* sobre a vivência da doença, do tratamento e do ambiente.

Portanto, permitir que as crianças expressem suas percepções sobre o ambiente hospitalar é uma oportunidade que dá voz, tornando-a protagonista e que não apenas valoriza a sua subjetividade, mas também fornece subsídios essenciais para que o professor desenvolva uma escuta pedagógica sensível e reflexiva. Desse modo, por meio dessa escuta, o professor busca estratégias para que o ensino atenda aos interesses, experiências e necessidades específicas de cada criança, promovendo uma mediação pedagógica dialógica e significativa. Além disso, tal abordagem contribui para a ressignificação de possíveis representações negativas associadas ao hospital, transformando-o em um espaço que o cuidado e o aprendizado caminham juntos.

3. A CRIANÇA COMO PROTAGONISTA: EXPLORANDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO HOSPITALAR

Como abordado na seção anterior, a técnica de Desenho-Estória desempenha um papel importante ao possibilitar que as crianças expressem suas percepções, sentimentos e experiências de maneira simbólica e criativa. Essa técnica permite que representem suas experiências por meio de desenhos e narrativas, facilitando a comunicação de suas impressões sobre um determinado tema, contribuindo para que o pesquisador compreenda suas necessidades, angústias e expectativas de forma mais profunda. Diante disso, o presente estudo integra à técnica ao conceito de representação social do hospital, visto que como será apresentado nas seções seguintes esta pesquisa de mestrado explorou como as crianças expressam suas percepções do ambiente hospitalar interligado com as experiências proporcionadas pelo professor por meio da mediação pedagógica.

Nesta seção será apresentado de forma sintetizada o conceito de representação social desenvolvido por Moscovici (1978; 2003). Esse conceito, fundamental na psicologia social, será explorado em seu papel de mediador das interações sociais e das construções simbólicas que orientam o comportamento humano. Ademais, será realizado um diálogo do conceito de representação social com a literatura que adota a criança como protagonista.

A palavra "protagonismo" tem origem no latim, em que *protos* significa "principal" e *agonistes* refere-se a "lutador". Assim, ser protagonista implica ocupar uma posição de destaque em um evento, contexto ou situação. Na área da Educação, o conceito de protagonismo começou a se propagar a partir das reflexões introduzidas pelos defensores da Escola Nova. Esse movimento criticava as concepções da escola tradicional, principalmente pela posição hierárquica de professor e estudante. Em contrapartida, defendiam o ensino democrático. As ideias dos escolanovistas continuam a influenciar as práticas pedagógicas contemporâneas, manifestando-se em abordagens como currículos baseados em projetos, atenção às necessidades e interesses das crianças, e ênfase na liberdade e autonomia dos educandos.

Compreende-se, então, que essa maneira [da Escola Nova] de entender a educação, por referência à pedagogia tradicional, tenha deslocado o eixo da questão pedagógica do intelecto para o sentimento; do aspecto lógico para o psicológico; dos conteúdos cognitivos para os métodos e processos pedagógicos; do professor para o aluno; do esforço para o interesse; da disciplina para a espontaneidade; do diretivismo para o não-diretivismo; da quantidade para a qualidade; de uma pedagogia de inspiração filosófica centrada na ciência e na lógica para uma pedagogia de inspiração experimental baseada principalmente nas contribuições da biologia e da psicologia. Em suma trata-se de uma vertente pedagógica que considera que o importante não é aprender, mas aprender a aprender (Saviani, 2008, p. 08).

Diante disso, as crianças são reconhecidas como sujeitos de direitos, capazes de construir conhecimentos e participar ativamente em diferentes contextos. O protagonismo infantil está intrinsecamente associado à participação efetiva das crianças em seu processo de desenvolvimento, bem como à sua atuação na identificação e resolução de situações e problemas que emergem no cotidiano em que estão inseridas com o acompanhamento e/ou orientação dos adultos ao seu redor (Guizzo; Balduzzi; Lazzar, 2019). Para Moss (2009), as crianças protagonistas são “competente e curiosa, sociável e forte, e ativamente ocupada na criação da experiência e na construção da identidade e do conhecimento” (p. 419).

Historicamente, as crianças foram tratadas como objetos de pesquisa, sendo mais frequentemente observadas do que ouvidas (Campos-Ramos; Barbato, 2014). Desse modo, essa pesquisa de mestrado busca atribuir um novo olhar sobre o papel das crianças em investigações científicas, promovendo sua participação e empoderamento, reconhecendo a importância de sua voz e valorizando a originalidade de suas contribuições.

Com base nos estudos de Moscovici (1978; 2003), as representações sociais são conceitos, proposições e explicações de um determinado objeto, sendo assim, são construídas coletivamente por meio da comunicação e da linguagem. Nesse sentido, impactam no comportamento, nas ideias e na formação da identidade. Diante disso, o autor disserta que a Teoria das Representações Sociais (TRS)

[...] é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos [...] elas possuem uma função constitutiva da realidade [...] é alternativamente, o sinal e a reprodução de um objeto socialmente valorizado (Moscovici, 1978, p. 26-27).

À vista disso, as representações sociais são uma forma específica de conhecimento, que conecta o individual e o coletivo, com a finalidade de organizar comportamentos e facilitar a comunicação entre as pessoas. A expressão “função constitutiva da realidade” significa que as representações sociais não são passivas, pelo contrário, funcionam como um processo dinâmico, moldando e transformando a realidade social. Ao afirmar que são “o sinal e a reprodução de um objetivo socialmente valorizado”, indica que as representações estão ancoradas em objetos ou conceitos que possuem uma importância social, ou seja, as representações tem impacto direto em como os indivíduos interpretam os eventos, tomam decisões e interagem em sociedade.

Ainda, o autor argumenta que as representações sociais tem por finalidade tornar o desconhecido algo familiar. Para tanto, são fundamentais os processos de ancoragem e

objetivação. O primeiro mecanismo busca “[...] ancorar ideais estranhas, reduzi-las a categorias e a imagens comuns, colocá-las em um contexto familiar [...]” (Moscovici, 1978, p. 60). Em outros termos, constitui na incorporação do objeto estranho no campo das ideias, para isso o sujeito recorre às percepções já familiares. Por outro lado, a objetivação refere-se a etapa de materialização dos conceitos abstratos, ou seja, é a ação de “[...] transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferir o que está na mente em algo que exista no mundo físico [...]” (Moscovici, 1978, p. 61).

A dissertação de Lucon (2010) teve como objetivo identificar as representações sociais que adolescentes em tratamento de câncer têm sobre a prática pedagógica dos professores de Classe Hospitalar. O estudo, realizado no Grupo de Apoio à Criança e ao Adolescente com Câncer em Salvador (BA), utilizou observação livre e entrevistas semiestruturadas com dez participantes entre 15 e 18 anos. Os dados foram organizados em quatro categorias temáticas, sendo elas: [1] professor não convencional; [2] prática pedagógica mais lúdico-educativa do que escolar; [3] o papel da classe hospitalar no resgate do prazer de estudar; [4] papel da classe hospitalar na reafirmação da importância da escola regular em suas vidas.

Os participantes destacam que a abordagem individualizada da Classe Hospitalar, possibilita que aprendam melhor, todavia não é considerada como responsável pela continuidade dos seus estudos escolares, pois, na percepção dos adolescentes, essa continuidade somente será alcançada no retorno à escola regular. Além disso, a autora aponta que o uso de atividades lúdicas é uma característica distintiva da prática pedagógica no ambiente hospitalar, em contraste com as práticas das escolas regulares. Essas atividades lúdicas foram identificadas pelos participantes como fundamentais por auxiliar na recuperação da saúde e reduzir o estresse associado ao tratamento (Lucon, 2010).

O estudo de Ferreira *et al.* (2014) buscou descrever a percepção das crianças acerca do lúdico no ambiente hospitalar e verificar a representação social da brinquedoteca. Utilizando a técnica de Desenho-Estória com Tema, participaram 12 crianças com idades entre seis e 11 anos. Os resultados revelaram que o lúdico estava diretamente associado ao espaço da brinquedoteca, já que as crianças relataram que não brincavam nos quartos ou em outros locais do hospital. Nesse sentido, concluem que “[...] a brinquedoteca tem sua representatividade ancorada na família, amigos e escola, bem como no restabelecimento da saúde [...]” (p. 05).

Ademais, os autores afirmam que a ludicidade tem o potencial de transformar as percepções previamente formadas pela criança em relação ao ambiente hospitalar, que passa a ser reconhecido como um espaço capaz de proporcionar bem-estar, prazer e oportunidades para brincar. Nesse contexto, a brinquedoteca desempenha um papel fundamental ao favorecer a

adaptação da criança à nova realidade que enfrenta, além de contribuir positivamente para o processo de recuperação de sua saúde (Ferreira *et al.*, 2014).

Ferraz (2013) investigou as representações sociais que crianças com fissura labiopalatina possuem em relação à sua própria condição. Participaram do estudo 40 crianças entre sete e dez anos de idade. O estudo foi conduzido em três etapas: inicialmente, um formulário foi aplicado aos responsáveis para caracterizar os participantes. Em seguida, na fase de pré-intervenção, realizou-se uma entrevista semiestruturada com a criança, explorando sua percepção sobre a fissura e suas implicações na vida cotidiana. Por fim, a intervenção ocorreu por meio da contação de história sobre um menino chamado Lucas com fissura labiopalatina, seguida pela repetição das perguntas da etapa anterior para avaliar possíveis mudanças na representação social da criança sobre a fissura.

Os dados revelam que a intervenção da contação de histórias possibilitou um aumento significativo nas respostas corretas sobre fissura labiopalatina. A autora expõe que apenas duas crianças acertaram o conceito de fissura labiopalatina na fase pré-intervenção. Após a leitura da história, das 38 crianças que não sabiam ou haviam respondido parcialmente correto na fase inicial, 26 responderam corretamente, visto que identificaram a fissura labiopalatina como uma abertura no lábio e no palato. Portanto, o estudo de Ferraz (2013) revela a contação de história como estratégia de intervenção importante na construção de aprendizagens significativas no contexto hospitalar.

A pesquisa de Ribeiro e Pinto Junior (2009) investigou as representações sociais que as crianças têm sobre a hospitalização e o ambiente hospitalar. Utilizando a técnica de Desenho-Estória com Tema, participaram cinco crianças com idades entre sete e doze anos. Os resultados revelaram duas principais representações sociais do hospital: uma negativa, associada a privação, exclusão, sofrimento, punição e castigo, e outra positiva, vinculada à ajuda, apoio, tratamento e salvação.

O ensaio de Teibel (2017) teve como objetivo analisar as representações sociais do cuidado em uma enfermaria pediátrica, considerando as perspectivas da equipe de saúde e das crianças hospitalizadas. Trata-se de um estudo etnográfico que utilizou múltiplos recursos metodológicos para a coleta de dados, incluindo entrevistas semiestruturadas, observações, registros em diário de campo e gravações.

Para identificar as representações sociais Teibel (2017) conduziu intervenções no âmbito de um projeto de extensão realizado na brinquedoteca do hospital. O projeto incluiu a contação semanal da história de Binje, um menino que enfrentou a hospitalização e os desafios emocionais associados, como dor, medo e raiva, mas que conseguiu superar essas experiências.

Durante as narrativas, as crianças eram incentivadas a dialogar e expressar seus sentimentos, permitindo a construção de significados sobre o adoecimento e o tratamento hospitalar.

A análise revelou duas principais categorias de representações sociais do cuidado hospitalar. A primeira está relacionada à visão tradicional da medicina, em que as crianças se percebem como sujeitos passivos no processo de hospitalização, com pouca ou nenhuma consciência sobre seu tratamento. A segunda está alinhada aos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que valoriza interações horizontais entre profissionais de saúde e pacientes. Nesse contexto, as representações destacam o diálogo, o estímulo ao autocuidado e o fortalecimento da percepção da criança como um indivíduo capaz e competente (Teibel, 2017).

A dissertação de Santos (2018) investigou as representações sociais de crianças com câncer sobre o processo de adoecimento e o tratamento quimioterápico. Participaram 16 crianças, de sete a onze anos, que estavam em tratamento ou haviam concluído a quimioterapia. Tratou-se de um estudo de caso, que utilizou a técnica de desenho-estória, entrevista semiestruturada e formulário para caracterização dos participantes na coleta de dados. Os resultados revelaram que alguns participantes associaram o câncer aos sinais e sintomas observados no diagnóstico, caracterizados por alterações físicas e limitações nas atividades cotidianas. Outros participantes compreenderam a doença a partir da experiência de internação hospitalar, com ênfase no tratamento. Ademais, algumas crianças recorreram a metáforas para descrever suas representações sobre o câncer.

[...] as crianças com diagnóstico de leucemia simbolizaram a doença, como a transformação do sangue em água [...] algumas [...] atribuíram a má alimentação como explicação para o surgimento da patologia enquanto outras preocupadas com o desfecho da doença no seu organismo referem o risco de não sobreviverem caso não realizassem o tratamento adequadamente [...] uma criança associou o seu adoecimento ao dano ambiental desencadeado pelo desmatamento florestal [...] (Santos, 2018, p. 42).

Com relação às narrativas sobre a quimioterapia, os participantes apresentaram tanto aspectos negativos quanto positivos. No âmbito negativo, mencionaram a dor da punção venosa e a inserção do cateter, além dos efeitos colaterais como queda de cabelo, perda de apetite, enjoo e vômito. Por outro lado, algumas crianças destacaram a possibilidade de melhora e cura, expressando o desejo de se recuperar rapidamente para retomar suas atividades cotidianas.

Embora não seja o foco principal do estudo de Santos (2018), a autora destaca, na categoria "vivências no âmbito hospitalar", a relevância da classe hospitalar e da brinquedoteca na formação de representações sociais positivas diante do enfrentamento do tratamento

quimioterápico do câncer. Nesse contexto, um dos participantes compartilhou, com entusiasmo, sua experiência de alfabetização ocorrida em um desses espaços. Além disso, a pesquisadora enfatiza que esses serviços contribuem para o bem-estar emocional das crianças e ajudam a reduzir o estresse associado ao ambiente hospitalar, ao proporcionar oportunidades de brincar, participar de atividades recreativas e comemorativas, socializar e construir vínculos de amizade.

O estudo de Franco *et al.* (2021), embora não utilize explicitamente o termo "representação social", investigou as percepções de sete crianças e adolescentes, com idades entre oito e dezenove anos, diagnosticados com câncer em cuidados paliativos, acerca da musicoterapia. Para tanto, foi empregada a técnica de Desenho-Estória como instrumento de investigação. A coleta de dados foi realizada em três etapas: inicialmente, os participantes fizeram um desenho e narraram uma história sobre seus sentimentos em relação à hospitalização. Em seguida, participaram de uma interação musical. Finalmente, criaram um novo desenho sobre o significado da música no contexto da hospitalização. A análise de conteúdo revelou que, antes da intervenção musical, os participantes expressaram sentimentos de tristeza, medo e saudade. Após a experiência com a música, demonstraram sensações de prazer e bem-estar.

Diante das discussões desenvolvidas ao longo desta seção, evidencia-se a relevância da técnica de Desenho-Estória como instrumento potente na escuta das percepções infantis sobre o ambiente hospitalar. Ao ser articulada com o referencial das representações sociais, essa abordagem permitiu compreender, com maior profundidade, as vivências, os sentimentos e os significados que as crianças atribuem à hospitalização e ao cuidado recebido.

4. MÉTODO

4.1 Delineamento de pesquisa

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de intervenção pedagógica, de abordagem qualitativa e com delineamento descritivo. Dessa maneira, buscou-se descrever todas as informações do objeto de análise, sem qualquer finalidade de expressão quantitativa, numérica ou de mensuração. Pelo contrário, procurou-se compreender o fenômeno não só pela aparência, mas por sua essência, ou seja, “[...] as causas da existência dele procurando explicar sua origem, suas relações [...]” (Triviños, 1987, p. 129).

As pesquisas de intervenção pedagógica são aquelas que envolvem o planejamento e a implementação de ações destinadas a promover mudanças e inovações, com o objetivo de melhorar os processos de aprendizagem dos participantes. Após a implementação dessas intervenções, realiza-se a avaliação dos efeitos gerados por tais ações (Damiani *et al.*, 2013).

Considerando a especificidade do presente estudo, foi investigado a essência do fenômeno da representação social do hospital para as crianças doentes. Ademais, foi elaborado um protocolo de registro da medicação pedagógica estruturado por meio de três atividades pedagógicas: contação de história, atividade curricular e jogo.

4.2 Procedimentos éticos da pesquisa

Por ser uma pesquisa que envolve a participação de seres humanos, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) sob número do CAEE 73227723.4.0000.5504. Também, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética Médica do hospital em que foi realizada a coleta de dados sob número do CAEE 73227723.4.3001.8148, cumprindo com a exigência da Resolução nº 510/16 e complementares (Brasil, 2016).

Além disso, para os responsáveis das crianças foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), destacando a relevância do estudo, os riscos, desconfortos, custos e benefícios. Já para a criança, foi aplicado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) com uma linguagem apropriada para sua compreensão.

4.3 Local e duração da coleta de dados

A coleta de dados ocorreu na brinquedoteca de uma enfermaria pediátrica em um hospital filantrópico situado em um município de médio porte no interior do estado de São Paulo. A delimitação deste espaço foi por amostra de conveniência, visto que tanto a pesquisadora quanto a orientadora já desenvolviam atividades em um projeto de extensão. Para a condução da pesquisa, foram necessárias uma mesa e quatro cadeiras, sendo uma para a pesquisadora, outra para o auxiliar de pesquisa, uma para o acompanhante e outra para a criança. Desta forma, ao utilizar apenas uma mesa em um canto mais afastado, próximo a uma janela ou porta, todo o restante do espaço pôde ser aproveitado por outras crianças. Assim, a coleta de dados não interferiu no funcionamento habitual do local.

Tratou-se de uma instituição filantrópica, em que 60% dos atendimentos são destinados à população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto os outros 40% são distribuídos entre pacientes de convênios e particulares. Além disso, a instituição possui uma estrutura que inclui Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Tratamento Coronário (UCO), Unidades de Tratamento Intensivo Infantil e Neonatal. No entanto, apesar da existência da brinquedoteca, não há profissionais dedicados exclusivamente a este serviço, como brinquedistas ou professores hospitalares. Nesse contexto, o espaço é utilizado pelas crianças para brincadeiras livres ou para interações familiares fora dos leitos.

A coleta de dados foi realizada de abril a junho de 2024. Diariamente, a pesquisadora ligava para o hospital e verificava a presença de crianças que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa. Caso houvesse, ela se dirigia ao local para realizar a coleta de dados. Em cada sessão apenas uma criança participou da pesquisa, dada a duração necessária para completar todas as etapas.

Outro aspecto relevante é a característica específica deste hospital, em que não ocorrem internações com casos de grande complexidade, resultando em uma alta rotatividade entre os pacientes atendidos. Além disso, devido às condições clínicas das crianças, cuja evolução durante o período de internação pode variar entre agravamentos de saúde ou melhoras com alta hospitalar, foi essencial realizar todas as etapas de coleta com a criança no mesmo dia para garantir a participação contínua do participante. Dessa maneira, foram realizadas quinze sessões. Apesar dos critérios estabelecidos, ao longo do período de coleta de dados, das quinze crianças que a pesquisadora teve contato, cinco abandonaram o estudo devido à piora do quadro clínico, realização de cirurgias durante o intervalo ou por terem recebido alta hospitalar.

4.4 Participantes

Participaram de todas as etapas da pesquisa dez crianças doentes que se encontravam em internação e seus responsáveis que estavam como acompanhantes no hospital. Os critérios de inclusão para os participantes principais (as crianças) foram: crianças verbalizadas, entre seis a doze anos de idade, que estivessem hospitalizadas por no mínimo dois dias e que nunca tivessem tido contato com a atuação de algum professor no contexto hospitalar e/ou com o serviço desenvolvido pela Classe Hospitalar.

Por outro lado, os critérios de exclusão foram: crianças com necessidades complexas de comunicação, menores de seis anos ou maiores de doze anos, que estivessem hospitalizadas por 47 horas ou menos, que tivesse estabelecido contato com algum professor no contexto hospitalar e/ou com o serviço oferecido pela Classe Hospitalar e que não aceitasse participar da pesquisa ou que seus acompanhantes não autorizassem a sua participação.

Assim, o recrutamento foi realizado a partir da identificação no senso diário do posto de enfermagem com a indicação da enfermeira responsável pelo setor, selecionando as crianças com base nos critérios de inclusão e exclusão.

A escolha da faixa etária foi realizada com o objetivo de garantir que os participantes tivessem a capacidade de formular e expressar suas próprias hipóteses e argumentos. A exigência pelo período mínimo de internação, justifica-se pelo critério de que tivessem uma experiência prévia com o hospital, para que comunicassem suas representações sociais sobre este espaço. Paralelo a isso, Moscovici (2003) argumenta que “[...] nossas experiências e ideias passadas não são experiências ou ideias mortas, mas continuam a ser ativas, a mudar e a infiltrar nossa experiência e ideias atuais. [...]” (p. 37).

Já a seleção por aqueles que nunca tenham tido contato com atuação de algum professor no contexto hospitalar e/ou com o serviço desenvolvido pela Classe Hospitalar, é decorrente do objetivo principal da presente pesquisa, que se refere à análise da mediação pedagógica na representação social do hospital para as crianças doentes.

Além das crianças, participaram deste estudo o acompanhante², o qual deveria ser capaz de responder questionamentos sobre o histórico de hospitalização e escolarização da criança doente. Dessa maneira o quadro, a seguir, caracteriza esses participantes indicando o gênero, grau de parentesco, idade e nível de escolarização.

² Adotou-se a letra "A" para designar o participante acompanhante, utilizando-se uma sequência numérica para diferenciá-los. Essas medidas foram implementadas para assegurar o anonimato dos participantes.

Quadro 1 - Caracterização dos acompanhantes das crianças doentes

PARTICIPANTE	GÊNERO	GRAU DE PARENTESCO	IDADE	ESCOLARIZAÇÃO
A1	F	Mãe	43 anos	Ensino Médio Completo
A2	F	Mãe	32 anos	Ensino Fundamental Incompleto
A3	F	Mãe	36 anos	Ensino Fundamental Incompleto
A4	M	Pai	40 anos	Ensino Fundamental Incompleto
A5	F	Vó	48 anos	Ensino Médio Completo
A6	F	Mãe	43 anos	Ensino Superior Completo
A7	M	Pai	52 anos	Ensino Fundamental Completo
A8	F	Mãe	39 anos	Ensino Médio Incompleto
A9	F	Mãe	26 anos	Ensino Superior Incompleto
A10	F	Mãe	33 anos	Ensino Médio Completo

Fonte: elaborado pela autora (2024).

Observa-se que, entre os acompanhantes, há uma predominância feminina, com a maior parte sendo mães (A1, A2, A3, A6, A8, A9, A10), com idades variando de 26 a 43 anos. Também estão presentes dois pais (A4, A7) e uma avó (A5), cujas idades variam de 40 a 52 anos. No que diz respeito à escolarização, a maioria possui o Ensino Médio, sendo sete participantes (A1, A5, A8, A10, A2, A3, A4) com esse nível educacional, tanto completo quanto incompleto. O Ensino Fundamental é representado por cinco participantes (A2, A3, A4, A7), também com diferentes estágios de conclusão. Esses dados mostram que a maior parte dos acompanhantes tem nível de escolaridade até o Ensino Médio, com uma proporção menor de pessoas com Ensino Superior (A6 e A9).

O quadro, a seguir, sintetiza as características das crianças, participantes deste estudo³.

³ Adotou-se a letra “C” para designar a criança participante, utilizando-se uma sequência numérica para diferenciá-las. Essas medidas foram implementadas para assegurar o anonimato dos participantes.

Quadro 2 – Caracterização das crianças doentes participantes da pesquisa

	GÊNERO	IDADE	MOTIVO	TEMPO DE INTERNAÇÃO	ESCOLARIZAÇÃO	PROCEDIMENTOS	HISTÓRICO HOSPITALIZAÇÃO
C1	F	7 anos	Elefantíase ⁴	3 dias	2º ano do Ensino Fundamental	-	Esteve hospitalizada em 2022 pelo mesmo motivo, ficando sete dias internada.
C2	F	9 anos	Picada de cobra	4 dias	4º ano do Ensino Fundamental	Exame de sangue	-
C3 ⁵	M	9 anos	Pneumonia	3 dias	4º ano do Ensino Fundamental	Exame de sangue Raio X	Quando bebê esteve internado durante cinco dias em decorrência de uma diarreia aguda.
C4	M	10 anos	Pneumonia ⁶	2 dias	4º ano do Ensino Fundamental	Exame de sangue Raio X	-
C5	F	6 anos	Pneumonia	6 dias	Fase 6 – Educação Infantil	Exame de sangue Raio X Cirurgia para colocar o dreno	-
C6	M	8 anos	Crise asmática ⁷	2 dias	3º ano do Ensino Fundamental	-	-

⁴ A Filariose Linfática (Elefantíase) é uma doença parasitária crônica, considerada uma das maiores causas mundiais de incapacidades permanentes ou de longo prazo. É causada pelo verme nematoide *Wuchereria Bancrofti* e transmitida pela picada do mosquito *Culex quiquefasciatus* (pernilongo ou muriçoca) infectado com larvas do parasita. Entre as manifestações clínicas mais importantes da Filariose Linfática estão edemas (acúmulo anormal de líquido) de membros, seios e bolsa escrotal, que podem levar a pessoa à incapacidade (Brasil, 2024).

⁵ Criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA). O TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento e é caracterizado pela díade entre (a) déficits em comunicação e interação social e (b) comportamentos estereotipados ou repetitivos (American Psychiatric Association - APA, 2014; Organização Mundial da Saúde - OMS, 2021).

⁶ A pneumonia é uma doença inflamatória aguda causada por micro-organismos (vírus, bactérias ou fungos) ou pela inalação de produtos tóxicos que comprometem os espaços aéreos dos pulmões (Fiocruz, 2024).

⁷ Asma é uma das doenças respiratórias crônicas mais comuns, juntamente com a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica. As principais características dessa doença pulmonar são dificuldade de respirar, chiado e aperto no peito, respiração curta e rápida (Brasil, 2024).

C7	M	6 anos	Picada de inseto desconhecido	7 dias	1º ano do Ensino Fundamental	Exame de sangue Cirurgia no pé	-
C8	F	9 anos	Pneumonia	5 dias	4º ano do Ensino Fundamental	Exame de sangue Raio X	-
C9	F	8 anos	Dengue ⁸	3 dias	3º ano do Ensino Fundamental	Exame de sangue Raio X	-
C10	F	10 anos	Diarreia a investigar	2 dias	4º ano do Ensino Fundamental	Exame de sangue Raio X	Com 4 anos de idade esteve internada por 3 dias em decorrência de bronquite.

Fonte: elaborado pela autora (2024).

O quadro das crianças participantes revela que, seis eram meninas e quatro eram meninos, com idade entre seis e dez anos. Ademais, dentre as condições registradas, a pneumonia foi a mais prevalente, acometendo quatro crianças (C3, C4, C5 e C8). Em seguida, destacam-se os casos decorrentes de picadas (cobra ou inseto) em dois registros (C2 e C7), enquanto elefantíase (C1), asma (C6), dengue (C9) e diarreia de origem desconhecida (C10) foram registrados em um caso cada. As internações variaram de dois a sete dias, com os maiores períodos associados a picada de inseto desconhecido (sete dias) e pneumonia (seis dias). A maioria das crianças frequentava os anos iniciais do Ensino Fundamental, com apenas uma na Educação Infantil. Entre os procedimentos realizados, destacam-se exames de sangue, raios-X e intervenções cirúrgicas, como a colocação de dreno e reparações em membros. O histórico médico evidencia reincidências, como internações anteriores por bronquite, diarreia e outras condições.

⁸ A dengue faz parte de um grupo de doenças denominadas arboviroses, que se caracterizam por serem causadas por vírus transmitidos por vetores artrópodes. No Brasil, o vetor da dengue é a fêmea do mosquito *Aedes aegypti* (significa “odioso do Egito) (Brasil, 2024).

4.5 Materiais e equipamentos

Para a elaboração dos desenhos, foram necessários materiais de papelaria, tais como papel sulfite A4 na cor branca, uma caixa contendo 24 lápis de cor, uma caixa com 12 giz de cera, uma caixa com 12 canetinhas, lápis com grafite preto, borracha e apontador. Além disso, utilizou-se papel sulfite A4 na cor branca para a impressão das atividades curriculares adaptadas a cada criança. Para o encerramento da mediação pedagógica, foram utilizados dois jogos: um jogo da memória com 18 cartas de animais (fêmea e macho) para as crianças menores e o jogo Cara a Cara (Estrela, [s.d.]) para as crianças maiores.

Ademais, como todas as etapas foram gravadas em áudio, foi necessário o Sony Gravador de voz digital ICD-PX240 para armazenamento dos dados.

4.6 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Para alcançar os objetivos da presente pesquisa, adotou-se diferentes instrumentos de coleta de dados. Aplicou-se um roteiro de entrevista semiestruturada tanto com o acompanhante (APÊNDICE A), quanto com a criança doente (APÊNDICE B), com o objetivo de caracterizar os participantes, identificar o histórico de hospitalização e escolarização da criança. Dessa maneira,

as entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto [...] O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. [...] (Boni; Quaresma, 2005, p. 75).

Para identificar as representações sociais do hospital para as crianças doentes, foi empregado a técnica do Desenho-Estória com Tema (PDE-T), desenvolvida por Aiello-Vaisberg (1995). Assim, esta técnica consiste em solicitar ao participante um desenho especificado em termos temáticos, e em seguida, requer que construa uma narrativa sobre a sua ilustração. Ademais, foi empregado o diário de campo com anotações sobre os comportamentos e as narrativas construídas pelas crianças sobre suas produções. Os dados registrados incluíam: nome, idade, data e horário da sessão, personagens da ilustração, sentimentos atribuídos aos personagens, o local, elementos internos e/ou externos, expressões da criança durante a

elaboração (como tristeza, alegria, cansaço, dor ou falta de reação), postura corporal (sentada, deitada, inclinada), ocorrência de fuga da atividade e se o desenho foi colorido.

Foi necessário a elaboração de atividades curriculares referente aos iniciais do Ensino Fundamental e a Educação Infantil. Para tanto, adotou-se a Base Nacional Comum Curricular (BNCC) como documento orientador dos objetos de conhecimentos e as habilidades a serem desenvolvidas, porém com a flexibilidade exigida de acordo com as necessidades e potencialidades de aprendizado da criança doente.

A BNCC (Brasil, 2018) é um documento normativo, que reúne as aprendizagens essenciais para a construção dos currículos nas escolas de educação básica, promovendo mudanças na formação de professores, nos processos de avaliação e na elaboração de conteúdos. Dessa maneira, encontra-se organizada em competências e habilidades

[...] competência é definida como a mobilização de conhecimentos (conceitos e procedimentos), habilidades (práticas, cognitivas e socioemocionais), atitudes e valores para resolver demandas complexas da vida cotidiana, do pleno exercício da cidadania e do mundo do trabalho (Brasil, 2018, p. 8)

Na Educação Infantil, a BNCC (Brasil, 2018) está organizada em cinco campos de experiências: o eu, o outro e o nós; corpo, gestos e movimentos; traços, sons, cores e formas; oralidade e escrita; e espaços, tempos, quantidades, relações e transformações. Além disso, estabelece os direitos de aprendizagem e desenvolvimento desse público, que incluem conviver, brincar, participar, explorar, expressar e conhecer-se. No Ensino Fundamental, a estruturação ocorre por áreas do conhecimento (linguagens, matemática, ciências da natureza, ciências humanas e ensino religioso), sendo as aprendizagens organizadas em quadros que detalham unidades temáticas, objetos de conhecimento e habilidades.

Por conseguinte, foi elaborado e aplicado um protocolo de observação da mediação pedagógica, o qual foi preenchido por um auxiliar de pesquisa. O protocolo inicial (APÊNDICE C) foi elaborado pela autora e submetido à aprovação pelos juízes, membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação Inclusiva, Tecnologia Educacional e Formação Profissional em Diferentes Contextos, em dezembro de 2023, adotando uma abordagem descritiva. Posteriormente, em abril de 2024, deu-se início à coleta de dados, precedida por um teste piloto envolvendo um participante de 14 anos diagnosticado com dengue, as observações da auxiliar de pesquisa revelaram a necessidade de ajustes no protocolo, os quais foram submetidos à nova aprovação dos juízes mencionados (APÊNDICE D).

Por último, um roteiro de opinião foi elaborado, aprovado por juízes e aplicado às crianças utilizando uma linguagem adaptada, com o objetivo de avaliar a opinião dos

participantes acerca da mediação pedagógica (APÊNDICE E).

4.7 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em cinco etapas. No entanto, antes de seu início, foi necessário entrar em contato com o hospital, apresentando, por meio de um documento, o objetivo da pesquisa e todos os procedimentos de coleta de dados. Além disso, foram disponibilizados os contatos das pesquisadoras para que, caso fosse necessário, pudesse ser agendada uma reunião para esclarecer eventuais dúvidas. Posteriormente, com a carta de anuência dos responsáveis pelo Comitê de Ética Médica do hospital, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFSCar. Somente após a aprovação de ambos os comitês foram delimitados os dias e horários para a realização do estudo.

Com o objetivo de não influenciar os resultados e manter sua credibilidade, ao longo de todas as etapas da coleta de dados foi necessária a colaboração de dois auxiliares de pesquisa⁹, que possuía formação em Pedagogia ou em outra área da Educação e experiência pedagógica no ambiente hospitalar ou em Educação Especial.

Todas as etapas foram gravadas em áudio, visto que esse recurso foi fundamental para uma análise minuciosa dos resultados coletados. Por fim, vale salientar que as três primeiras etapas ocorreram no período da manhã, enquanto a quarta e a quinta etapa ocorreram no período da tarde, com o objetivo de proporcionar um intervalo entre a produção do primeiro e do segundo desenho-estória com tema.

4.7.1 Primeira etapa: entrevista semiestruturada com o acompanhante

Como mencionado anteriormente, a coleta de dados teve início somente após a aprovação dos comitês de ética. É importante destacar que esse processo burocrático demorou mais do que o previsto, visto que embora o projeto tenha sido submetido em agosto de 2023, a aprovação final ocorreu somente em abril de 2024, devido à necessidade de avaliação por dois comitês distintos.

Posteriormente, teve início o processo de coleta de dados. A primeira fase consistiu na

⁹ Foi utilizada a nomenclatura AUX 1 e AUX 2 para designar as auxiliares de pesquisa, a fim de preservar seu anonimato.

aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada com o acompanhante da criança. A entrevista foi realizada à beira do leito, na presença da criança, devidamente gravada em áudio e posteriormente transcrita. Seu objetivo foi obter informações acerca da condição clínica atual da criança, seu histórico de hospitalizações e de escolarização, bem como apresentar a relevância do estudo e obter a assinatura TCLE.

4.7.2 Segunda etapa: Desenho-Estória com Tema

A segunda etapa também foi conduzida no leito, inicialmente o TALE foi apresentado oralmente à criança, a fim de garantir sua compreensão e consentimento sobre todas as etapas da pesquisa. Em seguida, a pesquisadora entregou uma folha de papel A4 branca em uma prancheta, juntamente com lápis de cor, giz de cera e canetinhas, solicitando à criança que realizasse uma ilustração com o seguinte comando: "Desenhe nesta folha como está sendo sua experiência neste hospital". Após a finalização do desenho, a pesquisadora indagou: "Agora, você poderia me contar o que desenhou?"

Durante esse processo, a pesquisadora adotou uma escuta ativa e sensível em relação à narrativa construída pelo participante, intervindo conforme necessário para compreensão e interpretação. Ao final, foi solicitado atribuir um título à sua produção. O desenho foi feito de forma individual e todas as narrativas foram gravadas em áudio para posterior transcrição e análise dos dados. Além disso, a pesquisadora registrou em seu diário de campo informações sobre os desenhos e comportamentos da criança durante essa etapa.

4.7.3 Terceira etapa: entrevista semiestruturada com a criança

Na terceira etapa, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada destinado à criança, com o objetivo de promover um diálogo sobre sua internação e a rotina no ambiente hospitalar. Também, buscou-se investigar o processo de ensino-aprendizagem na instituição de ensino, destacando suas preferências curriculares, dados cruciais para a condução da quarta etapa da pesquisa. A entrevista ocorreu no leito e foi registrada em áudio para posterior transcrição e análise dos dados.

4.7.4 Quarta etapa: elaboração e aplicação de atividades pedagógicas escolares

Para a quarta etapa, inicialmente a pesquisadora, em colaboração com o auxiliar de

pesquisa, planejaram atividades pedagógicas escolares com base nas necessidades, especificidades e preferências de cada participante, identificadas na etapa anterior. Além disso, essas atividades foram elaboradas com base em abordagens lúdicas, reconhecendo que esse recurso não apenas promove o desenvolvimento integral, mas também permite que o sujeito reelabore, reinterprete e reconstrua a realidade (Santos, 2001).

Posteriormente, as atividades foram aplicadas apenas pela pesquisadora, desempenhando o papel de "professora", enquanto o auxiliar de pesquisa assumiu papel secundário, preenchendo o protocolo de observação da mediação pedagógica. Para todas as crianças, a mediação pedagógica seguiu um padrão sequencial uniforme, envolvendo uma contação de história, seguida por uma atividade curricular e um jogo. O quadro a seguir ilustra as atividades desenvolvidas com cada participante, com destaque ao conteúdo e as habilidades da BNCC (Brasil, 2018).

Quadro 3 - Síntese das atividades pedagógicas escolares desenvolvidas com cada participante

CRIANÇA	ATIVIDADES	CONTEÚDO	HABILIDADES
C1	- Contação de história: A casa sonolenta (Wood; Wood, 2009); - Alfabetização; - Matemática; - Jogo da memória.	- Interpretação da história contada; - Encontrar as letras do próprio nome e sua quantidade; - Atenção, concentração, percepção espacial e memória visual.	(EF15LP16) Ler e compreender, em colaboração com os colegas e com a ajuda do professor e, mais tarde, de maneira autônoma, textos narrativos de maior porte como contos (populares, de fadas, acumulativos, de assombração etc.) e crônicas. (EF15LP03) Localizar informações explícitas em textos. (EF01LP07) Identificar fonemas e sua representação por letras. (EF01MA01) Utilizar números naturais como indicador de quantidade ou de ordem em diferentes situações cotidianas e reconhecer situações em que os números não indicam contagem nem ordem, mas sim código de identificação. (EI03ET01) Estabelecer relações de comparação entre objetos, observando suas propriedades.
C2	- Contação de história: Lino (Neves, 2011); - Inglês; - Jogo: Cara a cara (Estrela, [s.d.]).	- Interpretação da história contada; - Nome de animais em inglês; - Atenção, concentração, observação visual, estratégia, identificação de semelhanças, comunicação oral.	(EF15LP16) Ler e compreender, em colaboração com os colegas e com a ajuda do professor e, mais tarde, de maneira autônoma, textos narrativos de maior porte como contos (populares, de fadas, acumulativos, de assombração etc.) e crônicas. (EF35LP03) Identificar a ideia central do texto, demonstrando compreensão global. (EF15LP03) Localizar informações explícitas em textos. (EF35LP04) Inferir informações implícitas nos textos lidos. (EF12EF03) Planejar e utilizar estratégias para resolver desafios de brincadeiras e jogos populares do contexto comunitário e regional, com base no reconhecimento das características dessas práticas.
C3	- Contação de história: O ratinho, o morango vermelho maduro e o grande urso esfomeado (Wood; Wood, 2012); - Matemática; - Jogo da memória.	- Interpretação da história contada; - Contagem de objetos (caminhão) com pista visual (recorte do número da quantidade correspondente); - Atenção, concentração, percepção espacial e memória visual.	(EF15LP16) Ler e compreender, em colaboração com os colegas e com a ajuda do professor e, mais tarde, de maneira autônoma, textos narrativos de maior porte como contos (populares, de fadas, acumulativos, de assombração etc.) e crônicas. (EF35LP03) Identificar a ideia central do texto, demonstrando compreensão global. (EF15LP03) Localizar informações explícitas em textos. (EF01MA01) Utilizar números naturais como indicador de quantidade ou de ordem em diferentes situações cotidianas e reconhecer situações em

			que os números não indicam contagem nem ordem, mas sim código de identificação. (EI03ET01) Estabelecer relações de comparação entre objetos, observando suas propriedades.
C4	- Contação de história: Lino (Neves, 2011); - Alfabetização e Ciências; - Jogo: Cara a cara (Estrela, [s.d.]).	- Interpretação da história contada; - Caça-palavras (alimentos saudáveis); - Atenção, concentração, observação visual, estratégia, identificação de semelhanças e comunicação oral.	(EF15LP16) Ler e compreender, em colaboração com os colegas e com a ajuda do professor e, mais tarde, de maneira autônoma, textos narrativos de maior porte como contos (populares, de fadas, acumulativos, de assombração etc.) e crônicas. (EF35LP03) Identificar a ideia central do texto, demonstrando compreensão global. (EF15LP03) Localizar informações explícitas em textos. (EF35LP04) Inferir informações implícitas nos textos lidos. (EF12LP01) Ler palavras novas com precisão na decodificação, no caso de palavras de uso frequente, ler globalmente, por memorização. (EF12EF03) Planejar e utilizar estratégias para resolver desafios de brincadeiras e jogos populares do contexto comunitário e regional, com base no reconhecimento das características dessas práticas.
C5	- Contação de história: E o dente ainda doía (Terra, 2012); - Alfabetização; - Matemática; - Jogo da memória.	- Interpretação da história contada; - Encontrar as letras do próprio nome e sua quantidade; - Atenção, concentração, percepção espacial e memória visual.	(EF15LP16) Ler e compreender, em colaboração com os colegas e com a ajuda do professor e, mais tarde, de maneira autônoma, textos narrativos de maior porte como contos (populares, de fadas, acumulativos, de assombração etc.) e crônicas. (EF15LP03) Localizar informações explícitas em textos. (EF01LP07) Identificar fonemas e sua representação por letras. (EI03ET07) Relacionar números às suas respectivas quantidades e identificar o antes, o depois e o entre em uma sequência. (EI03ET01) Estabelecer relações de comparação entre objetos, observando suas propriedades.
C6	- Contação de história: Lino (Neves, 2011); - Matemática; - Jogo: Cara a cara (Estrela, [s.d.]).	- Interpretação da história contada; - Adição e multiplicação; - Atenção, concentração, observação visual, estratégia, identificação de semelhanças e comunicação oral	(EF15LP16) Ler e compreender, em colaboração com os colegas e com a ajuda do professor e, mais tarde, de maneira autônoma, textos narrativos de maior porte como contos (populares, de fadas, acumulativos, de assombração etc.) e crônicas. (EF35LP03) Identificar a ideia central do texto, demonstrando compreensão global. (EF15LP03) Localizar informações explícitas em textos. (EF03MA05) Utilizar diferentes procedimentos de cálculo mental e

			<p>escrito, inclusive os convencionais, para resolver problemas significativos envolvendo adição e subtração com números naturais.</p> <p>(EF03MA07) Resolver e elaborar problemas de multiplicação (por 2, 3, 4, 5 e 10) com os significados de adição de parcelas iguais e elementos apresentados em disposição retangular, utilizando diferentes estratégias de cálculo e registros.</p> <p>(EF12EF03) Planejar e utilizar estratégias para resolver desafios de brincadeiras e jogos populares do contexto comunitário e regional, com base no reconhecimento das características dessas práticas.</p>
C7	<p>- Contação de história: E o dente ainda dói (Terra, 2012);</p> <p>- Matemática;</p> <p>- Jogo: Cara a cara (Estrela, [s.d.]).</p>	<p>- Interpretação da história contada;</p> <p>- Contagem de objetos e antecessor/sucessor;</p> <p>- Atenção, concentração, observação visual, estratégia, identificação de semelhanças e comunicação oral</p>	<p>(EF15LP16) Ler e compreender, em colaboração com os colegas e com a ajuda do professor e, mais tarde, de maneira autônoma, textos narrativos de maior porte como contos (populares, de fadas, acumulativos, de assombração etc.) e crônicas.</p> <p>(EF15LP03) Localizar informações explícitas em textos.</p> <p>(EI03ET07) Relacionar números às suas respectivas quantidades e identificar o antes, o depois e o entre em uma sequência.</p> <p>(EF12EF03) Planejar e utilizar estratégias para resolver desafios de brincadeiras e jogos populares do contexto comunitário e regional, com base no reconhecimento das características dessas práticas.</p>
C8	<p>- Contação de história: E o dente ainda dói (Terra, 2012);</p> <p>- Matemática;</p> <p>- Jogo: Cara a cara (Estrela, [s.d.]).</p>	<p>- Interpretação da história contada;</p> <p>- Situação-problema com adição e subtração;</p> <p>- Atenção, concentração, observação visual, estratégia, identificação de semelhanças e comunicação oral</p>	<p>(EF15LP16) Ler e compreender, em colaboração com os colegas e com a ajuda do professor e, mais tarde, de maneira autônoma, textos narrativos de maior porte como contos (populares, de fadas, acumulativos, de assombração etc.) e crônicas.</p> <p>(EF35LP03) Identificar a ideia central do texto, demonstrando compreensão global.</p> <p>(EF15LP03) Localizar informações explícitas em textos.</p> <p>(EF04MA03) Resolver e elaborar problemas com números naturais envolvendo adição e subtração, utilizando estratégias diversas, como cálculo, cálculo mental e algoritmos, além de fazer estimativas do resultado.</p> <p>(EF12EF03) Planejar e utilizar estratégias para resolver desafios de brincadeiras e jogos populares do contexto comunitário e regional, com base no reconhecimento das características dessas práticas.</p>

C9	<p>- Contação de história: A casa sonolenta (Wood; Wood, 2009);</p> <p>- Matemática;</p> <p>- Jogo: Cara a cara (Estrela, [s.d.]).</p>	<p>- Interpretação da história contada;</p> <p>- Adição e situação-problema;</p> <p>- Atenção, concentração, observação visual, estratégia e comunicação oral</p>	<p>(EF15LP16) Ler e compreender, em colaboração com os colegas e com a ajuda do professor e, mais tarde, de maneira autônoma, textos narrativos de maior porte como contos (populares, de fadas, acumulativos, de assombração etc.) e crônicas.</p> <p>(EF35LP03) Identificar a ideia central do texto, demonstrando compreensão global.</p> <p>(EF15LP03) Localizar informações explícitas em textos.</p> <p>(EF03MA06) Resolver e elaborar problemas de adição e subtração com os significados de juntar, acrescentar, separar, retirar, comparar e completar quantidades, utilizando diferentes estratégias de cálculo exato ou aproximado, incluindo cálculo mental.</p> <p>(EF12EF03) Planejar e utilizar estratégias para resolver desafios de brincadeiras e jogos populares do contexto comunitário e regional, com base no reconhecimento das características dessas práticas.</p>
C10	<p>- Contação de história: E o dente ainda dói (Terra, 2012);</p> <p>- Matemática;</p> <p>- Jogo: Cara a cara (Estrela, [s.d.]).</p>	<p>- Interpretação da história contada;</p> <p>- Adição e situação-problema;</p> <p>- Atenção, concentração, observação visual, estratégia e comunicação oral</p>	<p>(EF15LP16) Ler e compreender, em colaboração com os colegas e com a ajuda do professor e, mais tarde, de maneira autônoma, textos narrativos de maior porte como contos (populares, de fadas, acumulativos, de assombração etc.) e crônicas.</p> <p>(EF35LP03) Identificar a ideia central do texto, demonstrando compreensão global.</p> <p>(EF15LP03) Localizar informações explícitas em textos.</p> <p>(EF04MA03) Resolver e elaborar problemas com números naturais envolvendo adição e subtração, utilizando estratégias diversas, como cálculo, cálculo mental e algoritmos, além de fazer estimativas do resultado.</p> <p>(EF12EF03) Planejar e utilizar estratégias para resolver desafios de brincadeiras e jogos populares do contexto comunitário e regional, com base no reconhecimento das características dessas práticas.</p>

Fonte: elaboração própria (2024).

É importante destacar que as habilidades elencadas da BNCC (Brasil, 2018) não foram abordadas em sua totalidade devido ao tempo disponível para a execução da atividade e ao contexto em que foi aplicada. Na atividade de contação de história, nas habilidades EF15LP16 e EF15LP03, a leitura foi realizada pela professora/pesquisadora, e a compreensão foi desenvolvida durante a contação da história, em que a professora resgatava elementos da narrativa e questionava a criança para rememorar os acontecimentos. A habilidade EF35LP03 foi atribuída às crianças que estavam no terceiro ou quarto ano do ensino fundamental, em que durante a contação foram realizadas um número maior de perguntas. Para os participantes do quarto ano e que foi realizada a leitura da história “Lino” (Neves, 2011), acrescentou-se a habilidade EF35LP04, uma vez que o enredo apresentava ideias implícitas, demandando uma compreensão mais aprofundada dos acontecimentos. No caso de C4, foi necessário fornecer pistas visuais (apontando para as imagens) e verbais (retomando trechos da história) para que a criança compreendesse integralmente as informações implícitas. Vale pontuar que as perguntas foram elaboradas de forma espontânea durante a mediação pedagógica, com a professora incentivando os participantes a se envolverem na leitura por meio do diálogo. Assim, não houve um roteiro de perguntas pré-estabelecido para cada história. Ademais, seleção dos livros foi realizada com base no acervo pessoal da pesquisadora, priorizando obras clássicas, de fácil acesso e de maior familiaridade para as crianças. A ordem de leitura foi definida de forma não sistemática.

As habilidades das atividades curriculares foram definidas de acordo com as necessidades de cada estudante, sendo elaboradas individualmente com base nas preferências identificadas durante a entrevista. Foram utilizadas as habilidades correspondentes ao primeiro ano (EF01LP07 e EF01MA01), embora C1 estivesse matriculada no segundo ano. Essa adaptação ocorreu devido ao relato do acompanhante durante a entrevista, indicar que a criança apresentava dificuldades escolares relacionadas ao número excessivo de faltas ocasionadas por sua condição de saúde. C2 optou pelo inglês, visto que era uma disciplina da grade curricular de sua escola, no entanto, a BNCC apresenta habilidades a partir do sexto ano do ensino fundamental, por esse motivo o quadro não apresenta nenhuma habilidade para atividade curricular desta criança. Para C3, foi selecionada a habilidade EF01MA01, anterior ao seu ano escolar, devido ao relato de estar aprendendo a contar e numerar. Para C4, foi selecionada a habilidade EF12LP01, considerada também anterior ao ano escolar em que está matriculado, em razão de, durante a entrevista, ter mencionado o gosto pela disciplina de Língua Portuguesa, apesar de relatar dificuldades na leitura. Para a estudante C5, foram selecionadas as habilidades EF15LP16, EF15LP03 e EF01LP07, que correspondem a um nível superior ao seu ano escolar.

Essa escolha foi fundamentada em seu relato de grande interesse por atividades relacionadas à leitura de histórias e ao alfabeto, bem como em sua demonstração de curiosidade durante a entrevista. Para C7, apesar de estar matriculado no primeiro ano do ensino fundamental a habilidade EI03ET07 foi aplicada para averiguar se seus conhecimentos de antecessor e sucessor foram adquiridos.

Para o jogo da memória aplicado às crianças menores foi adotado a habilidade EI03ET01 por envolver pares de animais com as propriedades de fêmea e macho. Para o jogo Cara a Cara (Estrela, [s.d.]) com as crianças maiores, foi selecionada a habilidade EF12EF03, que enfatiza o planejamento e a utilização de estratégias em jogos. Contudo, durante a execução da atividade, outras habilidades também foram desenvolvidas, como atenção, concentração, memória espacial, observação visual, identificação de semelhanças e comunicação oral. Para C7, foi inicialmente proposto o jogo da memória, porém, devido ao relato de não gostar da atividade, optou-se por aplicar o outro jogo.

Dessa forma, evidencia-se que as habilidades elencadas na BNCC (Brasil, 2018) nem sempre corresponderam ao ano escolar de matrícula. Tal abordagem foi adotada pela pesquisadora ao desenvolver a mediação pedagógica com base nas preferências curriculares identificadas durante a entrevista e nas necessidades acadêmicas dos estudantes, visando integrar atividades prazerosas e engajadoras ao avanço do desenvolvimento cognitivo.

Ao final desta etapa, a auxiliar de pesquisa conduziu um roteiro de opinião com a criança para que ela expressasse suas impressões sobre a realização das atividades pedagógicas escolares e descrevesse a interação com a professora/pesquisadora responsável pela mediação pedagógica. Todas as sessões das atividades e avaliações foram registradas em áudio para posterior transcrição e análise.

4.7.5 Quinta etapa: Desenho-Estória com Tema

A quinta e última etapa consistiu na elaboração de um novo desenho do hospital, com o objetivo de analisar a representação social do hospital a partir da mediação pedagógica, sendo assim, utilizou-se o comando: “desenhe o hospital a partir da vivência que você teve com a professora”. Após a finalização do desenho, a pesquisadora indagou: "Agora, você poderia me contar o que desenhou?". Durante esse processo, a escuta ativa e sensível da pesquisadora revelou-se fundamental, realizando intervenções pontuais quando necessário. As observações foram registradas no diário de campo. A produção foi realizada de forma individual e todas as narrativas foram gravadas em áudio para posterior transcrição, pois foi por meio deste dado que

os desenhos foram analisados. Ao final, cada participante foi convidado a dar um título ao seu desenho.

4.8 Análise dos dados

Os dados coletados nas entrevistas foram utilizados para uma caracterização detalhada dos participantes. Desse modo, para garantir uma compreensão abrangente, as informações foram organizadas de maneira descritiva, possibilitando uma análise qualitativa das características individuais. Além disso, os gráficos foram elaborados para apresentar visualmente as tendências e padrões emergentes. Assim, foi instituída o seguinte tema para organização dos resultados provindos das entrevistas com os acompanhantes e com as crianças: “Caracterização das crianças doentes”.

Para análise dos resultados dos Desenhos-estória com tema e das narrativas, foi empregada a análise descritiva com a exposição do desenho e excertos dos relatos da estória. De acordo com Rodrigues, Oliveira e Santos (2021), a pesquisa de caráter empírico-descritiva tem o intuito de classificar a relação entre as variáveis e as relações de causa e efeito entre os fenômenos estudados. Considerando a especificidade do presente estudo, foi analisado os desenhos-estórias produzidos pelos participantes, incluindo a narrativa de como cada um interpreta e descreve seu próprio desenho, em outras palavras, como a própria criança interpreta e expõe a representação social do hospital e a percepção da mediação pedagógica neste ambiente.

Também, os dados foram organizados com base na análise temática. Esse critério é recomendável quando a segmentação do material escrito em pequenas unidades pode fragmentar o conteúdo, comprometendo a compreensão do significado e dos objetivos da análise. Nesse sentido, “somente com um grande recorte abre-se a possibilidade de encontrar a significação necessária para responder ao objetivo ou pergunta ou hipóteses de estudo” (Manzini, 2020, p. 211).

À vista disso, foi possível elencar, além do tema “Caracterização das crianças doentes”, três outros temas, sendo eles: “Representação social do hospital para as crianças doentes” com dois subtemas; “Mediação Pedagógica” com um subtema e “Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para as crianças doentes” com três subtemas. O quadro a seguir ilustra os temas e subtemas elencados.

Quadro 4 - Temas de análise para as representações sociais

TEMAS DE ANÁLISE	SUBTEMAS DE ANÁLISE
Caracterização das crianças doentes	
Representação social do hospital para as crianças doentes	1. Humanização na assistência em Saúde; 2. Espaço físico do hospital e ambiente externo.
Mediação Pedagógica	1. Opinião das crianças acerca da medicação pedagógica.
Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para as crianças doentes	1. Espaço físico no hospital para o desenvolvimento de atividades pedagógicas escolares; 2. Representação social do coletivo no ambiente hospitalar a partir da mediação pedagógica; 3. Ludicidade na mediação pedagógica.

Fonte: elaborado pela autora (2024).

Os resultados obtidos a partir do protocolo de observação da mediação pedagógica foram sistematicamente organizados em quadros, sendo um dirigido para as ações da professora/pesquisadora e o outro às respostas das crianças. Ademais, os quadros foram organizados em cada bloco da atividade pedagógica escolar desenvolvida (contação de história, atividade curricular e jogo) e por eixo (instrução, desenvolvimento e *feedback*). Assim, foi possível contabilizar as ações professora/pesquisadora na mediação pedagógica para cada criança e as respostas de cada participante. A análise foi realizada de forma descritiva, apresentando os excertos da interação entre a professora/pesquisadora e as crianças em diálogo com a literatura científica. Por fim, os resultados do roteiro de opinião das crianças sobre a mediação pedagógica foram analisados com base nas respostas quantitativas fornecidas pelos participantes.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados desta pesquisa foram organizados em quatro temas de análise. O primeiro, intitulado “Caracterização das crianças doentes”, teve como finalidade detalhar a condição socioeconômica das famílias, a condição clínica das crianças, o histórico de hospitalizações e de escolarização. Estes dados foram extraídos na primeira etapa de coleta de dados (entrevista com o acompanhante) e na terceira etapa (entrevista com a criança).

O segundo, denominado “Representação social do hospital para as crianças doentes”, foi dedicado à apresentação das ilustrações (Desenho-estória com tema) produzidas pelos participantes, bem como são discutidos os dois subtemas identificados a partir desses dados, os quais foram agrupados para uma análise mais aprofundada (Humanização na assistência em Saúde e Espaço físico do hospital e ambiente externo). O objetivo foi explorar como as crianças representam e compreendem o ambiente hospitalar por meio do desenho, e como essas representações refletem suas percepções e experiências relacionadas à internação.

O terceiro, nomeado de “Mediação Pedagógica,” analisa e discute os resultados obtidos por meio do protocolo de observação da mediação pedagógica, que foi preenchido pela auxiliar de pesquisa. Ademais, apresenta o subtema “Opinião das crianças acerca da mediação pedagógica”, em que são abordadas as informações extraídas do roteiro de opinião das crianças doentes sobre a mediação pedagógica, proporcionando uma visão abrangente das percepções e *feedback* dos participantes em relação às intervenções realizadas.

Por fim, o quinto tema, “Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para as crianças doentes”, apresenta as ilustrações (Desenho-estória com tema) produzidas pelos participantes, bem como os três subtemas de análise elencadas para interpretar os dados, sendo eles, “Espaço físico no hospital para o desenvolvimento de atividades pedagógicas escolares”; “Representação social do coletivo no ambiente hospitalar a partir da mediação pedagógica” e “Ludicidade na mediação pedagógica”. O objetivo foi explorar como as crianças representam e compreendem o ambiente hospitalar a partir da intervenção da mediação pedagógica.

5.1 Caracterização das crianças doentes

No que diz respeito aos acompanhantes das crianças que participaram da entrevista, sete eram mães, dois eram pais e uma era avó. À vista disso, é evidente que a figura materna se destaca como a principal acompanhante das crianças doentes. Observa-se, também, que a

maioria dessas mães tem entre 30 e 50 anos e possui escolaridade correspondente à educação básica completa ou incompleta. A presença predominante das mães como acompanhantes nas unidades de saúde destaca um aspecto significativo das dinâmicas familiares e sociais. Essa tendência reflete uma divisão tradicional de responsabilidades dentro das famílias, em que as mulheres frequentemente assumem o papel principal de cuidadoras (Costa *et al.*, 2016).

Os relatos de fala durante as entrevistas evidenciaram a mudança da rotina familiar com a hospitalização da criança, principalmente aquelas que se encontravam internadas por um longo período. A5 relata que, enquanto permanecia no hospital com sua neta diagnosticada com pneumonia, sua filha participava de uma entrevista de emprego, uma vez que, em decorrência do prolongado período de internação da neta (seis dias), a filha foi demitida do emprego anterior. Mediante o exposto, "os efeitos da hospitalização transcendem a doença [...] pois, quando um integrante da família fica doente, todos os outros são afetados, o que com frequência gera tensão, estresse e fadiga [...]" (Costa *et al.*, 2016, p. 2057).

A estrutura das famílias variava de três a sete membros. Os dados socioeconômicos revelaram que a maioria dependia do transporte público (cinco famílias) ou de outros membros da família (duas) para realizar as atividades diárias. Apenas três famílias possuíam veículo próprio, sendo dois carros e uma moto. Em contrapartida, no que diz respeito aos eletrodomésticos, todos informaram possuir geladeira com *freezer* e nove famílias tinham máquina de lavar roupas. Além disso, todas as famílias indicaram ter celular como meio de comunicação, sendo que oito famílias relataram que cada membro possuía pelo menos um celular. Por outro lado, o *tablet* (quatro famílias) e *notebook* (duas famílias) foram os dispositivos eletrônicos menos frequentes nos resultados.

No que tange à moradia, observa-se que a maioria das famílias (oito) residia na zona urbana, enquanto duas tinham sua residência na zona rural. Entre as famílias situadas na zona rural, uma obtinha o abastecimento de água por meio de poço ou nascente. Em relação à pavimentação das ruas, as vias que serviam às residências rurais eram constituídas por terra ou cascalho.

A maioria das famílias era composta por um número significativo de membros, distribuídos da seguinte maneira: três famílias eram compostas por quatro membros, três por seis membros, duas por três membros, uma por cinco membros e uma por sete membros. Entre essas dez famílias, em quatro delas a mãe era solteira. Os membros dos núcleos familiares incluíam pai, mãe, irmãos, tio(a), primo(a), avó, avô e padrasto. Os dados revelam que apesar do quantitativo elevado de membros por família, na maioria dos casos (sete famílias) apenas um membro tinha renda fixa mensal.

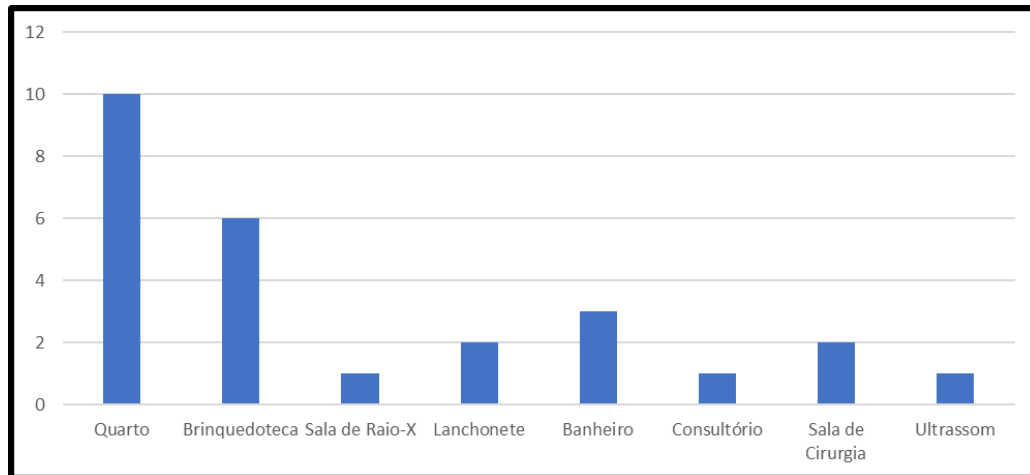
Com base nos dados coletados, uma família foi classificada na classe C1, cinco famílias foram alocadas na classe C2 e quatro famílias foram designadas à classe DE, conforme os Critérios Brasil estabelecidos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) em 2024. Essas classificações retratam a distribuição socioeconômica das famílias participantes do estudo, permitindo uma análise das suas condições econômicas, sociais e padrões de consumo.

No que se referem às crianças doentes que participaram desta pesquisa, seis eram meninas e quatro eram meninos. A maioria estava recebendo tratamento para pneumonia (quatro crianças), apresentando um período de internação mais longo em comparação às demais participantes. Duas crianças estavam hospitalizadas devido a picadas de insetos, uma estava sob investigação em decorrência de uma diarreia aguda, outra apresentava baixos níveis de plaquetas devido à dengue, e uma estava sofrendo de fortes dores de cabeça acometidas pela síndrome de elefante. Além disso, um participante estava internado devido a uma crise asmática desencadeada pela mudança climática.

O tempo de internação variou de dois a sete dias. Conforme mencionado anteriormente, o hospital não tratava casos de grande complexidade, o que resultava em períodos curtos de internação para as crianças e em uma alta rotatividade entre os pacientes atendidos. Além disso, das dez crianças apenas três tinham sido previamente hospitalizadas nesse ambiente (C1, C3 e C10), no entanto não conseguiram descrever essa experiência detalhadamente, pois se tratava de um acontecimento ocorrido há algum tempo.

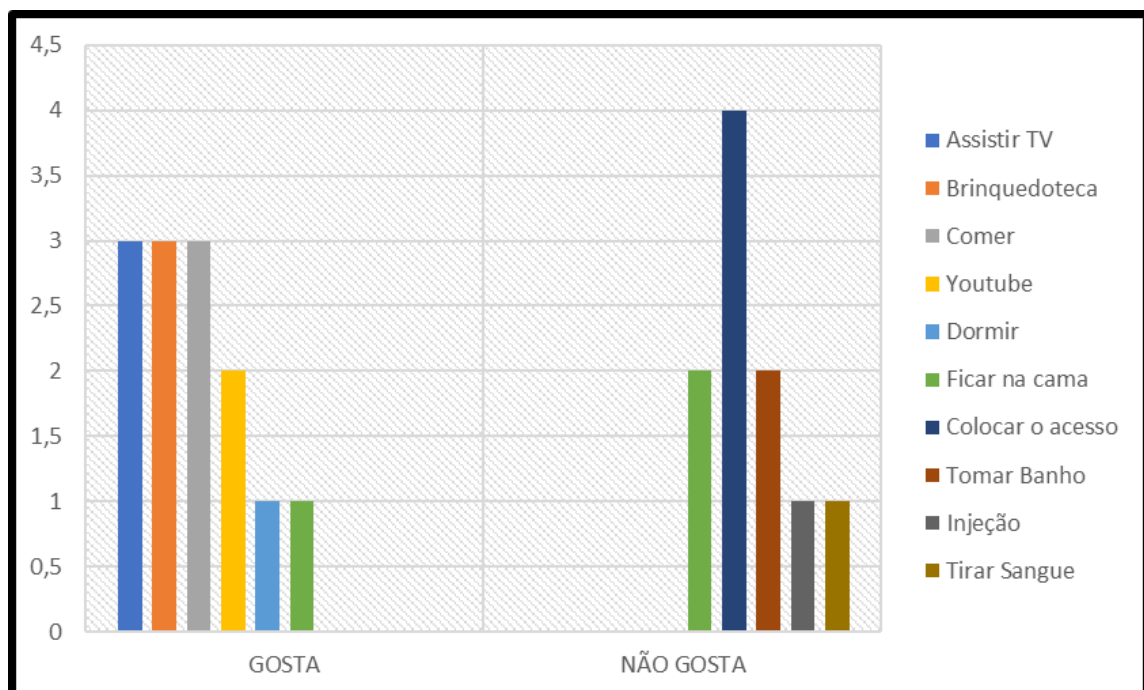
A faixa etária dos participantes variou entre seis e dez anos, sendo que a maioria (9 crianças) estava matriculada nos anos iniciais do ensino fundamental, enquanto apenas uma frequentava a educação infantil (C5). Ademais, somente um participante estava matriculado em uma escola particular (C6), enquanto os demais frequentavam a rede pública de ensino.

Entre os espaços hospitalares mais familiarizados e frequentados pelas crianças, destacam-se o quarto (todas) e a brinquedoteca (C1, C3, C5, C7, C8, C9). Em seguida, estão o banheiro (C2, C4 e C5), a lanchonete (C2 e C8), a sala de cirurgia (C7 e C5), a sala de raio-x (C6), o consultório (C6) e o ultrassom (C7). É importante ressaltar que cada criança poderia ter conhecimento de mais de um desses espaços.

Gráfico 1 - Espaços que as crianças conhecem do hospital

Fonte: elaborado pela autora (2024).

As atividades preferidas pelas crianças no ambiente hospitalar incluíram assistir TV (C1, C4 e C10), frequentar a brinquedoteca (C3, C5 e C9), alimentar-se (C2, C4 e C6), assistir vídeos no *Youtube* (C7 e C8), permanecer na cama (C8) e dormir (C4). Em contrapartida, as atividades menos apreciadas foram a colocação de acesso (C3, C4, C7 e C6), o banho (C2 e C10), permanecer na cama (C5 e C9), a administração de injeção (C1) e a coleta de sangue (C8). É relevante mencionar que as crianças poderiam mencionar mais de uma atividade para cada categoria mencionada.

Gráfico 2 - Atividades que as crianças gostam e não gostam de realizar no hospital

Fonte: elaborado pela autora (2024).

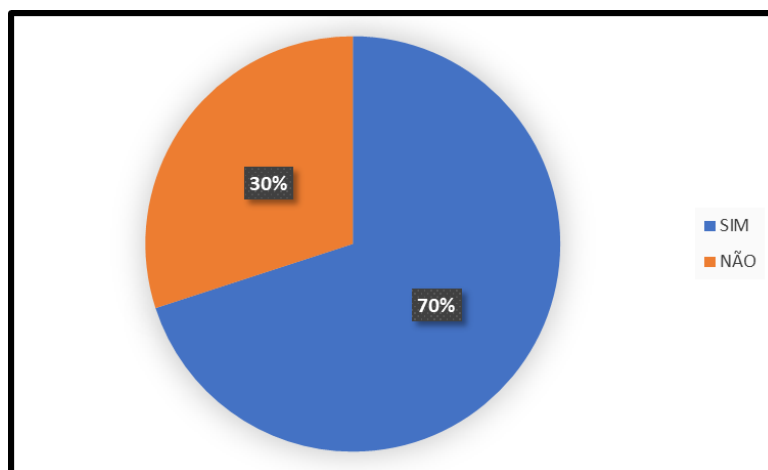
No que se refere ao processo de escolarização, três crianças (C3, C4 e C9) expressaram que não gostavam de frequentar a escola. Quando questionadas sobre os motivos dessa aversão, elas destacaram três pontos principais: a necessidade de copiar longos textos da lousa, a dificuldade na execução de certas atividades e a experiência de *bullying*. No último ponto, a professora/pesquisadora tentou entender as causas da violência que a criança estava sofrendo, mas a participante preferiu não entrar em detalhes.

C4: Eu não gosto de ir para a escola porque a gente só fica copiando coisa da lousa. É muito chato e eu não aprendo nada assim. Parece que o tempo não passa nunca.

C3: Eu acho a escola muito difícil. As atividades são chatas e complicadas. Eu fico nervoso e não consigo entender nada. Queria que fosse mais divertido.

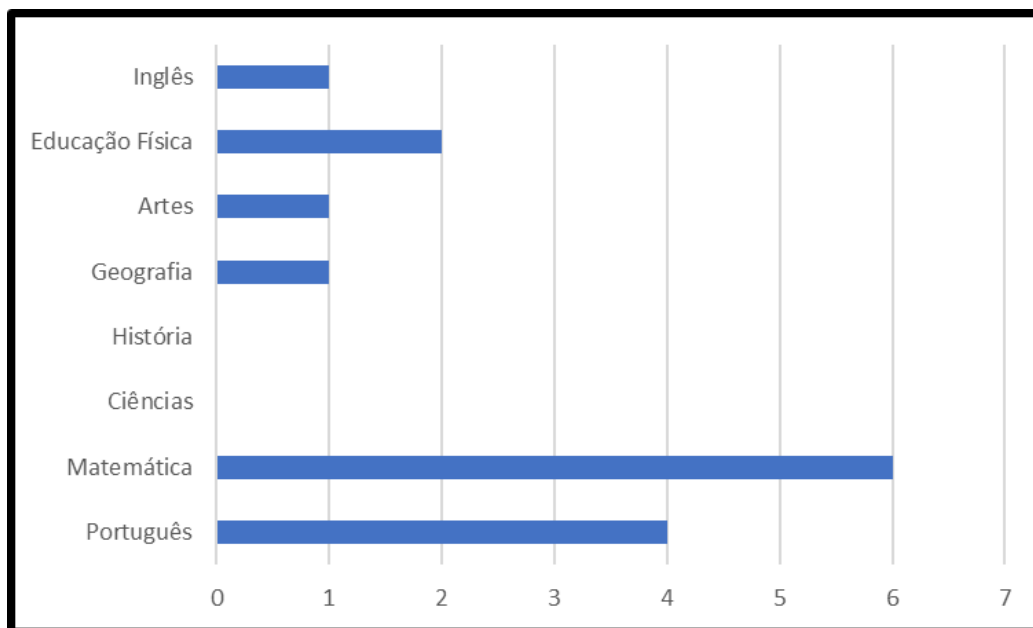
C9: Eu odeio ir para a escola porque as meninas ficam fazendo *bullying* comigo o tempo todo. Elas me excluem das brincadeiras, me empurram na fila e ninguém faz nada. Não quero mais passar por isso.

Gráfico 3 - Percentual de crianças que gostam e não gostam de frequentar a escola



Fonte: elaborado pela autora (2024).

As atividades curriculares mais mencionadas pelas crianças como preferidas foram Matemática (C3, C6, C7, C8, C9 e C10) e Língua Portuguesa (C1, C3, C4 e C5), seguidas por Educação Física (C6 e C10), Artes (C9), Geografia (C10) e Língua Inglesa (C2). Ressalta-se que cada participante teve a possibilidade de indicar mais de uma opção.

Gráfico 4 - Preferências curriculares

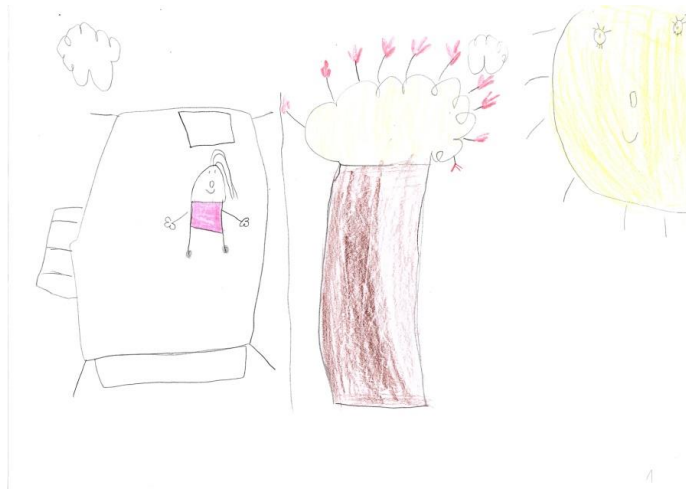
Fonte: elaborado pela autora (2024).

As informações coletadas sobre as preferências dos participantes foram fundamentais para o planejamento das atividades curriculares. Essas informações permitiram que a professora/pesquisadora adaptasse o currículo de maneira a atender melhor os interesses e necessidades das crianças, tornando o processo de ensino-aprendizagem engajador e significativo. Nesse contexto, Vygotsky (2002) enfatiza que o professor deve estar disposto a conectar o conhecimento com a emoção, para que este não se torne algo inútil ou "morto" para o estudante.

5.2 Representação social do hospital para as crianças doentes

Neste tópico, inicialmente são apresentadas as ilustrações elaboradas por cada criança, acompanhadas de trechos das histórias narradas e da fase de inquérito. Para tanto, a pesquisadora utilizou o seguinte comando: "Desenhe nesta folha como está sendo sua experiência neste hospital". Em seguida, procede-se uma descrição detalhada de cada dado, oferecendo uma visão clara das representações e narrativas individuais. Por fim, são apresentadas as categorias de análise estabelecidas em diálogo com a literatura existente.

Figura 1 – Representação social do hospital para C1



Fonte: desenho produzido por C1.

C1: Aqui eu tô no médico deitada e ali fora eu vi que tinha uma árvore! Então, eu fiz a árvore.

P: E como você tá se sentindo aqui na cama?

C1: Tô feliz.

P: Tá feliz? Por quê? Por que você vai se recuperar logo? É?

C1: sim!

P: E você gosta daqui do hospital?

C1: Não muito.

P: Não muito? O que você não gosta?

C1: Da vacina no bumbum.

C1 se desenha de forma diminuta sobre a cama do hospital, sozinha, enquanto ao seu lado se encontra o suporte de soro contendo o medicamento. Além disso, retrata elementos externos que podem ser visualizados através da janela do quarto, entre eles, destacam-se uma nuvem, uma árvore e o sol. A criança emprega características antropomórficas em seres inanimados, conferindo olhos, nariz e boca sorridente ao sol. Embora C1 não tenha dado um nome à sua ilustração, ao ser questionada sobre seus sentimentos durante a internação no hospital, expressa que se sente feliz, mas que não gosta de tomar vacina no bumbum, referindo-se, na verdade, à injeção administrada pela equipe de enfermagem para alívio da dor.

O desenho-estória de C1 proporciona valiosos *insights* sobre seu estado emocional e sua percepção do ambiente. A alegria relatada pela criança, contrastada com a aversão específica à injeção, evidencia a complexidade dos sentimentos vivenciados durante a internação hospitalar. Essa manifestação demonstra que a participante é capaz de distinguir entre experiências positivas e negativas, refletindo sua percepção sobre o ambiente e os acontecimentos que a cercam.

Figura 2 - Representação social do hospital para C2



Fonte: desenho produzido por C2.

C2 se desenha sentada na cama, com o acesso do soro no braço. À sua esquerda, encontra-se um armário contendo o lanche da manhã e água, enquanto à sua direita está sua mãe, sentada na poltrona. Assim como C1, C2 inclui em seu desenho elementos externos, como uma árvore, um arco-íris e o sol.

Embora esses elementos não estejam presentes no espaço real do quarto hospitalar, C2 acrescenta ainda um tapete, corações e estrelas. Quando questionada sobre a inclusão desses elementos, a criança explica que os desenhou para tornar a ilustração mais bonita. C2 relata sentir-se feliz no ambiente hospitalar, destacando sua preferência pela comida fornecida. Em contrapartida, descreve sua aversão ao momento do banho, devido à necessidade de retirar o acesso do soro, o que lhe causa medo.

Mediante o exposto, é possível analisar que a presença da mãe no desenho de C2 proporciona uma perspectiva de conforto e apoio, auxiliando-a no enfrentamento de sua hospitalização (Costa *et al.*, 2016). Os elementos adicionais, como o coração e as estrelas,

C2: Aqui tem um arco-íris, e aqui tem o sol. Eu fiz um tapete! Daí aqui eu fiz eu sentada na cama. Daí aqui tem minha mãe, ficou um pouco pequena, mas é minha mãe.

P: E como você está se sentindo nesse desenho?

C2: Feliz.

P: Feliz? Por quê? Você gosta de ficar aqui no hospital?

C2: Mais ou menos.

P: Mais ou menos? O que você gosta daqui do hospital?

C2: Comer.

P: Comer (*risos*)! E o que você não gosta do hospital?

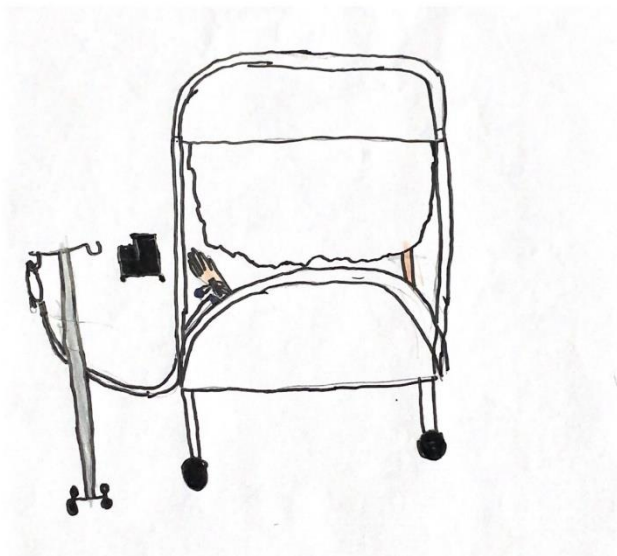
C2: Tomar banho.

P: Tomar banho (*risos*)! Se você pudesse dar um nome para esse desenho, que nome você daria?

C2: Um dia no hospital.

indicam a utilização de sua imaginação para a composição estética do desenho.

Figura 3 - Representação social do hospital para C3



Fonte: desenho produzido por C3.

P: Então me conta aí, o que que você desenhou? O que que é isso? (*aponta para o desenho*) É o soro?
 C3: (*balança a cabeça concordando*)
 P: E esse?
 C3: A escadinha, né?
 P: A escada... Então você desenhou o soro, a escada...
 C3: E eu!
 P: Você aqui? E aqui é a cama? (*aponta para o desenho*)
 C3: uhum
 P: Se pudesse dar um nome para esse desenho, que nome você daria?
 C3 (*não responde*)
 P: Um sentimento? Como você está se sentindo?
 C3: feliz!
 P: Você tá feliz aqui no hospital? Você gosta de ficar aqui no hospital?
 C3: tomar vacina não!

Ao contrário de C1 e C2, C3 concentrou-se nos elementos internos do leito hospitalar. Desenhou cuidadosamente sua mão na maca, destacando o acesso do soro. Ademais, incluiu a escada que utiliza para subir e descer da cama. A criança explicou que decidiu não desenhar seu corpo, pois tem dificuldade em ilustrar figuras humanas. Em vez disso, representou as cobertas da cama, sugerindo que está deitada sob elas.

Tal como C1, C3 mencionou sentir-se feliz no ambiente hospitalar, apesar de demonstrar aversão às vacinas. De acordo com o relato da mãe, a "vacina" à qual a criança se refere diz respeito ao procedimento de inserção do acesso venoso no braço. Também, não conseguiu nomear sua ilustração, atribuindo-o apenas um sentimento quando indagado pela professora/pesquisadora.

Figura 4 - Representação social do hospital para C4



Fonte: desenho produzido por C4.

C4: Eu desenhei aqui o hospital, eu desenhei a janela, eu desenhei lá a entrada, desenhei o quarto, a cama que eu tô, o saquinho ali, o saquinho do pão (*aponta para o objeto*).

P: você desenhou você e seu pai?

C4: Isso.

P: E aqui no desenho, como você está se sentindo?

C4: feliz (*fica pensativo*) é... acho que tô!

P: Você tá feliz de estar no hospital?

C4: Não.

P: Mas aqui você desenhou que você tá feliz, né?

C4: uhum.

C4 era um menino notadamente tímido e retraído, que interagiu com a professora/pesquisadora em um tom de voz suave e reservado. Ele demonstrava uma preferência por observar mais do que falar, mostrando-se cauteloso ao expressar seus pensamentos e sentimentos. Assim, em seu desenho-estória retratou a estrutura física do hospital, incluindo o telhado, uma porta colorida, a maca onde se encontrava, seu pai sentado em uma poltrona ao lado, uma janela e uma cruz. Semelhante a C1 e C2, C4 também representou elementos externos como um sol, passarinhos e nuvens. Intitulando de "hospital", C4 escreveu "espital" acima da porta correspondente a nomeação dada para sua ilustração.

Na fase de inquérito foi questionado o motivo de pintar a porta de forma colorida. C4 respondeu que era simplesmente um desejo pessoal, sem mais explicações, como se observa na continuação do excerto

P: E por que você quis pintar a porta de colorida?

C4: porque eu queria!

P: Você acha que seria mais legal ter uma porta colorida no hospital? Porque a porta daqui é de vidro, né? Ela é branca. Você acha que assim ia ser mais legal? Ia ser mais bonito?

C4: (*discorda com a cabeça*)

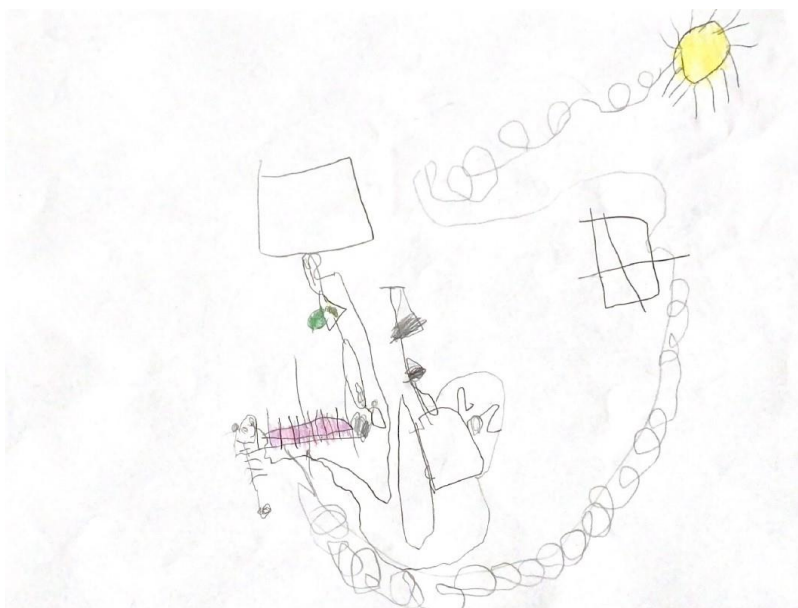
P: Não? Eu acho que seria!! Acho que seria mais alegre!! O que você acha?

C4: hum... (*fica pensativo e sem resposta*)

Além disso, foi questionado o motivo de C4 ter desenhado uma cruz no hospital, um objeto que não foi encontrado nesse ambiente. No entanto, C4 não conseguiu explicar a escolha desse elemento em seu desenho, fazendo apenas algumas expressões de dúvida no rosto (franzir

a testa e erguer a sobrancelha).

Figura 5 - Representação social do hospital para C5



Fonte: desenho produzido por C5.

C5: Eu no quarto. Isso daqui é o cano que tava saindo o remédio. Ele tava no meu braço (*aponta para o soro*).
 P: Entendi.
 C5: Ficou bem inchado. É por isso que tirou.
 P: E aqui na cama como você está se sentindo?
 C5: Não entendi
 P: Você está feliz ou você está triste, ou está cansada?
 C5: Feliz!
 P: Você está feliz de estar no hospital?
 C5: Não!
 P: Não!! Mas aqui no desenho você tá feliz?
 C5: Sim!
 P: Ah tá, entendi [...] Como você acha que esse desenho pode se chamar?
 C5: “Vento e sol no hospital”.

C5, uma das participantes mais novas (seis anos), retratou-se deitada na cama usando um vestido rosa, com o acesso do soro no braço. Devido ao seu diagnóstico, desenhou o equipamento de oxigênio ao lado conectado em seu nariz. Próximo a ela, havia uma mesinha com seu lanche da manhã. Linhas circulares foram adicionadas para representar o vento que entrava pela janela. Além disso, incluiu o sol no desenho, refletindo um dia luminoso e com muito vento.

Na sua narrativa, C5 detalhou que a colocação do acesso do soro no braço foi um processo difícil, mencionando que a enfermeira teve dificuldades para encontrar a veia, resultando em um inchaço na região. C5 expressou que não se sentia feliz no ambiente hospitalar, no entanto, ao desenhar, retratou-se como uma criança feliz.

Figura 6 - Representação social do hospital para C6



P: E aí, o que você está desenhando sobre o hospital?

C6: Eu esperando... Estou bravo, sentado e esperando.

P: E você não gosta de esperar?

C6: Não!!

P: Se pudesse dar um nome pra esse desenho, que nome você daria:

C6: "Filho bravo".

Fonte: desenho produzido por C6.

O desenho e a narrativa de C6 destacam o sentimento de frustração vivenciado durante a espera pelo atendimento médico. Na ilustração, C6 optou por representar essa emoção desenhando-se com uma expressão que descreveu como de "bravo", posicionando-se ao lado de elementos do ambiente hospitalar, como as cadeiras de espera e a mesa de recepção. A mesa foi pintada na cor marrom, indicando atenção aos detalhes do espaço físico. Essa composição reflete uma tentativa de registrar visualmente o contexto vivido durante o período de espera, conforme descrito pela criança.

Figura 7 - Representação social do hospital para C7



C7: Eu desenhei... o relógio.
 P: O relógio do quarto?
 C7: O relógio de casinha que sai o pintinho.
 P: Ah, o relógio que sai o pintinho. Mas tem aqui no hospital?
 C7: Não, mas eu quero fazer!
 C7: Eu vou fazer uma balança.
 P: Você vai fazer uma balança? Balança do quê?
 C7: Uma balança que pesa.
 P: Que pesa? Aqui no hospital, você subiu em cima da balança?
 C7: Sim.
 C7: Vou fazer eu em pé na cadeira...
 P: Essa aí é a médica? Que médica é essa?
 C7: é a... enfermeira...
 P: A que cuida do seu pé?
 C7: A que deu o desenho para eu pintar.
 P: E como você está nesse desenho?
 C7: Feliz.

Fonte: desenho produzido por C7.

C7, assim como C5, foi um dos participantes mais jovens e desenhou vários elementos em sua ilustração. Devido a uma cirurgia no pé, resultado de uma picada de inseto desconhecido, C7 estava internado por um longo período e encontrava-se na fase de recuperação. Por esse motivo, C7 quis se desenhar em pé em uma cadeira, expressando sua felicidade por finalmente poder brincar e se divertir sem a necessidade de utilizar a cadeira de rodas.

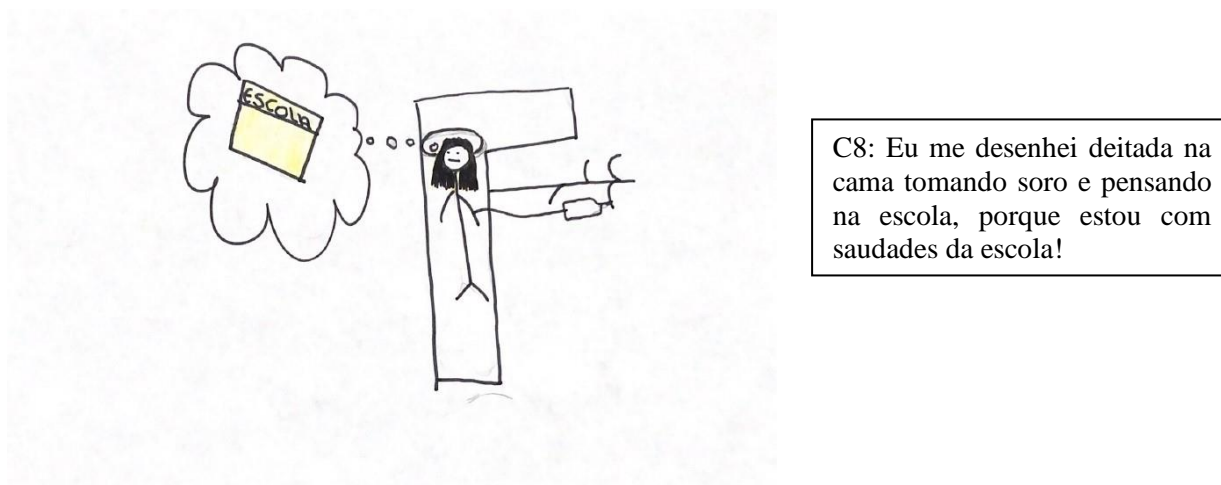
C7 se desenhou em cima de uma balança com um pé só, representando o primeiro dia em que recebeu a consulta médica e a dor intensa no pé. Ao lado, escreveu "16:30", indicando o horário em que seu primo costumava visitá-lo no hospital. Também incluiu no desenho um relógio de pêndulo, apesar de não saber explicar o motivo de sua representação, apenas destacando ser uma preferência pessoal.

C7 desenhou uma enfermeira que o visitava frequentemente, trazendo desenhos para colorir com o intuito de mantê-lo entretido. Esta representação ilustra a atenção e o cuidado prestados pela enfermeira na rotina hospitalar de C7, ajudando a aliviar a monotonia e

proporcionando momentos de alegria durante sua recuperação.

Vale destacar que C7 optou por não colorir o desenho, pois sentiu-se cansado após desenhar diversos elementos relacionados à sua hospitalização. Além disso, não conseguiu nomear sua ilustração, atribuindo-lhe apenas um sentimento quando questionado pela professora/pesquisadora.

Figura 8 - Representação social do hospital para C8



Fonte: desenho produzido por C8.

C8, uma participante tímida e de poucas palavras, encontrava-se hospitalizada há cinco dias devido ao agravamento de uma pneumonia, sem previsão de alta. Dessa forma, desenhou-se deitada na cama com um acesso de soro no braço, pensando na escola e sentindo saudades de sua rotina fora do ambiente hospitalar.

Mediante esta ilustração, verifica-se que o pensamento da criança estava longe dali. Com saudades da rotina escolar, se lembrava com carinho das aulas, das amigas e das pequenas coisas que faziam parte de seu dia a dia. A escola representava para C8 um lugar de aprendizado e interação, contrastando fortemente com a monotonia do hospital, relatando que só ficava deitada assistindo vídeos no *Youtube*.

Figura 9 - Representação social do hospital para C9



C9: Eu desenhei aquela enfermeira.
 P: O que você gosta dela?
 C9: Eu gosto que ela me trata bem.
 P: E você fez o coração por quê?
 C9: Pra mostrar que ela é bonita.
 P: E ela tem esse chapéuzinho ou você que quis colocar?
 C9: Eu não sei.
 P: Você não lembra?
 C9: Não. É que normalmente enfermeira tem isso daí.

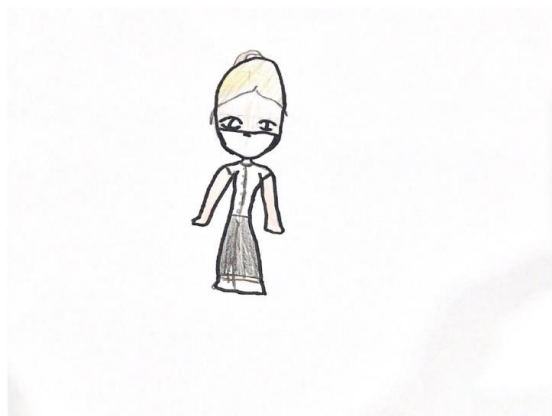
Fonte: desenho produzido por C9.

C9, assim como C7, retratou em seu desenho a enfermeira que a visitava regularmente. A profissional foi descrita como uma mulher negra, bonita e atenciosa. C9 destacou a importância dos cuidados recebidos por essa profissional durante sua estadia no hospital. Quando questionada sobre os elementos adicionais presentes no desenho, como o coração e o chapéu com uma cruz, a criança explicou que esses detalhes foram adicionados tanto por questões estéticas quanto pela representação que ela tem das enfermeiras em seu imaginário, que usualmente utilizam esse tipo de acessório.

Esses elementos adicionais, embora não façam parte do uniforme real das enfermeiras no hospital pesquisado, refletem a representação que C9 tem das profissionais de saúde. O coração no desenho simboliza o carinho e a dedicação que a enfermeira demonstra, enquanto o chapéu com a cruz remete a uma imagem tradicional e midiática das enfermeiras em filmes. Essa escolha de elementos evidencia que C9 representa a enfermeira não apenas como uma profissional, mas como uma figura de apoio e conforto durante seu tempo no hospital.

Posteriormente, C9 nomeou sua obra de: "Enfermeira Legal". Esse título reforça a admiração e o apreço que sente pela profissional, destacando a importância de um atendimento humano e empático na recuperação e bem-estar dos pacientes, especialmente das crianças.

Figura 10 - Representação social do hospital para C10



C10: Eu desenhei a enfermeira que cuidou de mim a noite, ela era boazinha e bonita.

P: Que nome você daria para esse desenho?

C10: Um dia no hospital com uma enfermeira legal.

Fonte: desenho produzido por C10.

Assim como C7 e C9, C10 também desenhou a enfermeira responsável pelo seu atendimento no período noturno. A enfermeira foi retratada como uma mulher branca, de cabelos loiros, vestindo jaleco, calça jeans e máscara. Observa-se que C10 manteve os elementos fiéis à aparência da profissional, sem adicionar acessórios extras, o que diferencia seu desenho daquele feito por C9.

A estadia de C10 no hospital foi de curta duração, limitando sua capacidade de detalhar uma representação mais abrangente do ambiente hospitalar. Em vez disso, seu desenho destacou o cuidado oferecido pela profissional de saúde, enfatizando a importância do atendimento humano e a presença reconfortante da enfermeira durante a noite.

Essa abordagem ressalta como cada criança, mesmo em um ambiente semelhante, pode ter percepções e formas de expressão distintas. Enquanto C9 utilizou elementos simbólicos e idealizados para representar sua experiência, C10 optou por uma descrição fiel e direta, refletindo sua breve interação com o ambiente hospitalar. Ao mesmo tempo, C7, C9 e C10 em suas representações sociais destacam o papel crucial das enfermeiras no processo de cuidado e recuperação.

Para análise dos dados, elencou-se duas categorias. A primeira, denominada "Humanização na assistência em saúde", que agrupou os desenhos-estória que destacam a qualidade do serviço prestado pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, são analisados aspectos relacionados à interação entre crianças e profissionais, a empatia demonstrada, as práticas de cuidado humanizado e outras dimensões que influenciam a experiência desse

público no ambiente hospitalar.

A segunda foi intitulada "Espaço físico do hospital e ambiente externo", a qual disserta sobre os desenhos-estória que exploram tanto os aspectos internos quanto os externos do ambiente hospitalar. Essa categoria busca compreender como os elementos físicos do hospital, tais como a arquitetura, a organização espacial e a ambientação, são representadas nas ilustrações analisadas, em consonância com a literatura existente.

5.2.1 Humanização na assistência em Saúde

Os desenhos representados por C7, C9 e C10 destacam de maneira significativa a vivência do atendimento realizado pela equipe de enfermagem. Essas ilustrações juntamente com suas narrativas capturam detalhes que refletem a atenção, o cuidado e o suporte oferecido pelos profissionais. Ademais, é possível observar como a assistência prestada influencia na representação das crianças sobre o ambiente, evidenciando a importância do acolhimento e da dedicação das enfermeiras no processo de cuidado.

Esses dados revelam o impacto dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) na representação social do hospital para as crianças. A PNH (Brasil, 2007), também conhecida como HumanizaSUS, é uma iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil que busca qualificar a gestão e o cuidado no SUS. Desse modo, busca fortalecer o protagonismo e a autonomia dos sujeitos envolvidos no processo de atenção à saúde, incluindo usuários, trabalhadores e gestores, promovendo a valorização de todos os atores do sistema. A política propõe mudanças nos modos de gerir e organizar os serviços, buscando uma atenção integral e equitativa, em que a dignidade e os direitos dos cidadãos sejam prioritários. Os trechos a seguir ilustram a experiência dos participantes da pesquisa com esses profissionais.

P: Essa aí é a médica? Que médica é essa?

C7: é a... enfermeira...

P: qual enfermeira?

C7: a que me deu um desenho do Mickey para pintar

P: Que legal! E você gosta dela?

C7: sim!! Eu pintei e dei o desenho pra ela!!

P: e ela gostou?

C7: sim!! Ela colocou em um quadro e tirou uma foto e me mostrou depois!!

P: nossa, eu amei essa enfermeira!!

C9: Eu desenhei aquela enfermeira.

P: A enfermeira que vem à noite, né?

C9: É.

P: E ela é boazinha?

C9: *(concorda com a cabeça)*

P: O que você gosta dela?

C9: Eu gosto que ela me trata bem.

P: Ela te trata bem?! E você fez o coração por quê?

C9: Pra mostrar que ela é bonita.

C10: Eu desenhei a enfermeira que cuidou de mim a noite, ela era boazinha e bonita.

A criança doente em internação hospitalar pode ser submetida a diversos procedimentos e exames que lhe causam sofrimento, o que pode gerar o sentimento de medo em relação aos profissionais de saúde. À vista disso, uma abordagem compreensível à linguagem infantil e humanizada, sobre sua condição de saúde, tratamento, com destaque à dor e aos procedimentos médicos, contribui na construção de um ambiente de confiança e cooperação, auxiliando na conduta dessas profissionais e na evolução diagnóstica do paciente (Silva *et al.*, 2015).

O estudo de Teibel (2017) analisou as representações sociais do cuidado em uma Enfermaria Pediátrica, envolvendo a participação da equipe de saúde e das crianças hospitalizadas. A intervenção foi realizada por meio de um projeto de extensão na brinquedoteca, envolvendo a contação da história de um menino chamado Binje, que enfrentou uma doença e precisou permanecer hospitalizado por um período prolongado. Nesse cenário, as crianças foram incentivadas a expressar seus sentimentos e construir significados sobre sua experiência de adoecimento e tratamento.

Os resultados indicaram que muitos participantes associaram o cuidado prestado pelos profissionais de saúde de maneira positiva, reconhecendo-o como um meio de superar medos e como uma fonte de apoio durante o processo. No entanto, também foram identificadas representações ligadas ao medo, à percepção do hospital como um ambiente ameaçador, à frustração por não poder brincar, ao sentimento de incapacidade, além de experiências conflituosas que prejudicavam a autopercepção das crianças (Teibel, 2017).

Em consonância, observa-se que as narrativas de C7, C9 e C10 enfatizam as interações horizontais estabelecidas entre eles e os profissionais de saúde. Essas relações foram marcadas por diálogos que promoveram a expressão e a compreensão da criança sobre sua condição de saúde, incentivando o autocuidado e ao “fortalecimento da significação de si como alguém capaz e competente” (Teibel, 2017, p. 219). O desenho do Mickey fornecido pela enfermeira a C7 para colorir, indica que a profissional reconhece a criança em sua totalidade, valorizando sua capacidade de se desenvolver e participar das atividades que costumava realizar no cotidiano, fora do ambiente hospitalar.

A criança hospitalizada destaca a importância dos profissionais de enfermagem explicarem detalhadamente os procedimentos, para que ela compreenda sua finalidade e se sinta

segura. Isso se torna especialmente relevante, pois até mesmo os procedimentos mais simples podem causar dor, o que exige atenção e sensibilidade por parte do profissional (Santos, *et al.*, 2016). Considerando as particularidades deste estudo, o acompanhante de C7 relatou durante a entrevista que, inicialmente, a criança demonstrou resistência aos procedimentos médicos, especialmente devido à dor intensa na área da picada do inseto. O cuidado oferecido pela enfermeira, ao dialogar com o paciente sobre a necessidade de realizar tais procedimentos para sua alta hospitalar, foi fundamental para que, com o tempo, a criança passasse a aceitá-los.

Em síntese, as produções de C7, C9 e C10 evidenciam como o cuidado e o apoio fornecidos pelos profissionais de saúde impactaram diretamente na representação social do hospital. Santos (2018) disserta que “a forma que a criança representa a doença é influenciada pela maneira que a equipe de saúde, pessoas do convívio social e familiares são capazes de informá-la [...]” (p. 63). Portanto, o modo como as crianças interpretam e vivenciam a experiência hospitalar está diretamente ligado ao suporte emocional e informativo que recebem das figuras responsáveis por seu cuidado. No cenário da pesquisa, a forma acolhedora e dialógica com que as profissionais abordaram C7, C9 e C10 impactaram na compreensão sobre seu tratamento, promovendo um ambiente mais positivo.

5.2.2 Espaço físico do hospital e ambiente externo

Os desenho-estórias de C1, C2, C3, C4, C5, C6 e C8 destacaram a estrutura física do hospital, oferecendo uma visão detalhada dos aspectos arquitetônicos e organizacionais do ambiente. Além disso, C1, C2, C4 e C5 incluíram elementos externos em seus desenhos, como árvores, nuvens, sol e vento, proporcionando uma perspectiva mais ampla que combina o ambiente hospitalar com o cenário natural ao redor.

Chiattonne (1984) e Quintana *et al.* (2007) apontam que diversos sentimentos surgem durante a hospitalização. Além da sensação de abandono, destacam-se o medo proveniente do desconhecido, dado o ambiente novo com normas, espaços e situações distintas. Também, revelam a sensação de punição, a culpa, a privação das atividades cotidianas e a solidão.

Com base no estudo de Campos (1965), a palavra "hospital" tem origem no latim, derivando do termo *hospitalis*. Nesse sentido, “[...] vem de hospes – hóspedes, porque antigamente nessas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos [...]” (p. 07). Foucault (1984) observa que, antes de assumir uma função terapêutica, o hospital estava associado a questões religiosas, como a salvação. Nesse contexto, o espaço não era considerado uma instituição médica, uma vez que os serviços prestados não estavam vinculados à medicina.

Além disso, o hospital não era destinado especificamente aos doentes,

[...] mas o pobre que está morrendo [...] alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento [...] Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir a própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. [...] (Foucault, 1984, p. 101-102).

Naquele contexto, o hospital era visto como uma instituição destinada a fornecer assistência aos pobres, com a função de segregá-los e excluí-los da sociedade. O paciente não era considerado como alguém necessitando de cuidado e amparo, mas sim como uma pessoa potencialmente contagiosa, representando um risco para a população, razão pela qual deveria ser afastado da convivência social (Foucault, 1984).

Em contrapartida, os desenhos de C1, C2, C3, C4, C5, C6 e C8 evidenciam uma predominância de uma percepção positiva do ambiente hospitalar, embora alguns aspectos negativos ainda tenham sido ressaltados. C6, por exemplo, enfatiza a frustração e o estresse com a demora no atendimento, enquanto C3 manifesta o medo associado ao procedimento de inserção do acesso venoso para administração de medicamentos.

Portanto, na atualidade, “[...] o hospital deve ser entendido como um todo que busca proporcionar a manutenção do bem-estar físico, social e mental do homem” (Campos, 1995, p. 21). Isso implica que o cuidado hospitalar não se restringe ao tratamento das condições físicas, mas abrange também o apoio emocional e social, reconhecendo a complexidade do ser humano em sua totalidade.

Moreira e Dupas (2003) buscam compreender o significado que crianças entre sete e doze anos atribuem à saúde e à doença. A amostra foi dividida em dois grupos: o primeiro composto por crianças em ambiente escolar (14) e o segundo por crianças em situação de hospitalização (13). A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada. Os dados indicam que, independentemente do ambiente em que se encontra, a criança atribui à saúde uma concepção semelhante, associando-a a algo que lhe proporciona liberdade. No entanto, para alcançá-la, reconhecem a necessidade de cuidar do corpo e da alimentação. Já o conceito de doença foi representado de forma diferente para os dois grupos. As crianças da escola buscam questionar e compreender a doença, procurando explicações, enquanto o segundo grupo faz observações sobre sua própria experiência, tanto física quanto emocional, com um foco particular em sua própria condição de saúde.

O estudo de Ribeiro e Pinto Júnior (2009) foi conduzido em uma enfermaria pediátrica

no interior de São Paulo e revela que as representações sociais das crianças hospitalizadas em relação ao hospital ou à hospitalização podem ser classificadas em duas categorias distintas. A primeira categoria inclui crianças que representam o ambiente hospitalar como um local de auxílio, tratamento, apoio e salvação. A segunda categoria engloba aquelas que percebem o hospital como um espaço de privação, exclusão, sofrimento, punição e castigo.

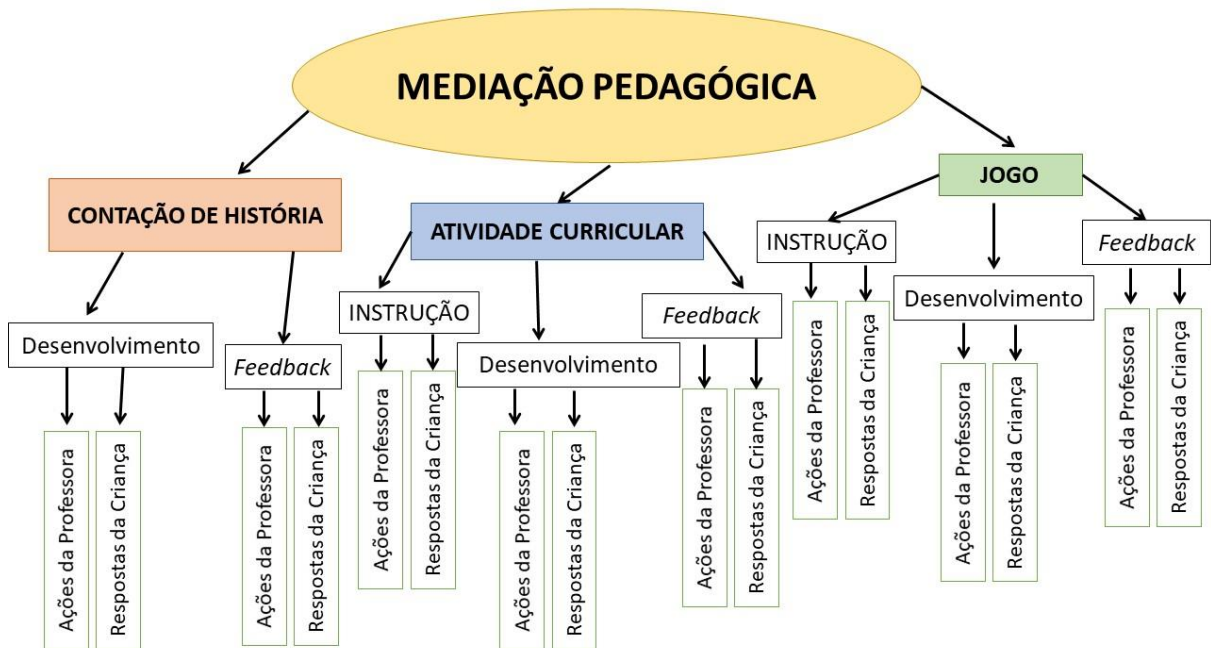
Costa e Morais (2017) também destacam a dualidade de sentimentos vivenciada pelas crianças no ambiente hospitalar. A perspectiva negativa é associada aos procedimentos médicos invasivos, às restrições impostas, como as limitações no convívio com familiares e amigos, a suspensão de atividades cotidianas e o isolamento. Por outro lado, essa mesma experiência pode ser interpretada de forma positiva, na medida em que as crianças reconhecem a importância dos tratamentos e procedimentos para a recuperação de sua saúde.

Diante do exposto, tanto a literatura quanto os resultados deste estudo sugerem que, embora a percepção geral do ambiente hospitalar seja predominantemente positiva, certos aspectos da experiência hospitalar, como procedimentos médicos e situações específicas, ainda podem evocar sentimentos negativos nas crianças. Em outras palavras, embora muitas vezes o hospital seja visto como um espaço de cuidado e recuperação, a vivência de práticas invasivas, o afastamento da rotina familiar e as limitações impostas pelo ambiente hospitalar podem gerar sensações de medo, insegurança e desconforto.

5.3 Mediação pedagógica

O mesmo protocolo de observação da mediação pedagógica foi implementado nas três atividades pedagógicas escolares distintas: a contação de história, a atividade curricular e o jogo (APÊNDICE D). Dessa maneira, os resultados obtidos foram organizados em quadros por atividade e divididos em três eixos: instrução, desenvolvimento e *feedback*. Exceto a contação de histórias que o eixo de instrução não foi aplicado, pois o foco principal foi a narrativa e a compreensão, não exigindo intervenções instrucionais por parte da professora/pesquisadora. O organograma abaixo ilustra a sistematização da mediação pedagógica.

Figura 11 - Organograma da mediação pedagógica



Fonte: elaboração própria (2024).

A seguir, encontram-se os resultados e as discussões da mediação pedagógica os quais foram organizados por atividade pedagógica escolar. Dessa maneira, no quadro de análise, as ações desempenhadas pela professora/pesquisadora e as respostas emergentes de cada criança foram destacadas na cor verde, proporcionando uma visualização clara e detalhada do desempenho geral e individual em cada item analisado. Portanto, a cor branca sinaliza as ações e as respostas que não foram realizadas.

Contação de história

Na atividade de contação de história, conforme já mencionado, o eixo de instrução não foi utilizado, uma vez que o principal objetivo era a narrativa e a compreensão, sem a necessidade de intervenções instrucionais da professora/pesquisadora. Dessa forma, as crianças puderam concentrar-se plenamente na escuta ativa e na interpretação, aspectos fundamentais dessa atividade.

Com base no protocolo de observação da mediação pedagógica (APÊNDICE D), verificou-se que algumas ações realizadas pela professora, relacionadas ao eixo de desenvolvimento, não eram compatíveis com a atividade de contação de história. Tais ações eram: leu mais de uma vez o enunciado, explicou de formas diferentes o enunciado e escreveu

junto a resposta. Por essa razão, essas ações não foram incluídas no Quadro 5, pois não foram aplicadas. Além disso, as respostas das crianças relacionadas ao uso dos materiais (cola, tesoura, lápis, borracha, apontador, giz de cera, canetinha) com autonomia e com o apoio da professora não se mostraram pertinentes à atividade de contação de história, motivo pelo qual foram excluídas do Quadro 6, já que também não foram aplicadas.

Quadro 5 – Ações da professora/pesquisadora no eixo desenvolvimento durante a contação de história

AÇÕES ¹⁰	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
Leu pausadamente;										
Indicou alguns personagens do livro;										
Perguntou as características dos personagens;										
Perguntou a sequência da história;										
Apontou para o texto para indicar pistas visuais;										
Usou o celular para demonstrar alguma dica;										
Olhou para a criança durante a atividade;										
Sorriu;										
Interagiu constantemente perguntando gostos e preferências da criança;										
Ficou séria, interagindo poucas vezes.										

Fonte: elaboração própria (2024).

Quadro 6 – Respostas da criança no eixo desenvolvimento durante a contação da história

RESPOSTAS	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
Respondeu após auxílio verbal com orientações/dicas;										
Respondeu as perguntas sobre a história;										
Balançou a cabeça concordando;										
Olhou para professora prestando atenção na história;										
Respondeu após auxílio gestual;										
Respondeu após demonstração de exemplos;										
Respondeu após auxílio físico total;										

¹⁰ Cor verde = ações realizadas pela professora/pesquisadora; respostas da criança. Cor branca = ações não realizadas pela professora/pesquisadora; respostas que não foram expressadas pela criança.

Respondeu com autonomia;										
Sorriu;										
Chorou;										
Expressou dificuldade com o conteúdo;										
Expressou facilidade com o conteúdo;										
Não interagiu verbalmente com a professora;										
Conversou com a professora constantemente;										
Demonstrou fuga da atividade;										
Demonstrou ter gostado da atividade;										
Demonstrou não ter gostado da atividade;										

Fonte: elaboração própria (2024).

A contação de história foi planejada e sistematizada como a primeira atividade da mediação pedagógica. O objetivo principal dessa estratégia foi criar uma relação de confiança mútua entre a professora/pesquisadora e a criança doente, bem como para fortalecer o vínculo e construir um ambiente prazeroso e engajador.

O estudo de Belancieri *et al.* (2018) buscou estruturar e avaliar uma proposta de intervenção baseada na Contação de Histórias para pacientes pediátricos hospitalizados. A coleta ocorreu em uma brinquedoteca hospitalar no interior paulista, distribuída em dez encontros de 40 a 60 minutos, com a participação de 50 crianças de um a treze anos de idade. Os autores observaram que, no início da intervenção, os participantes apresentavam insegurança, medo, angústia, saudade de familiares, necessidade de proteção e busca por respostas sobre sua hospitalização. Contudo, após a contação de histórias, notaram mudanças significativas, como o desenvolvimento da confiança, bem-estar, alegria, generosidade e amor. Além disso, as crianças resgataram conteúdos escolares e reconheceram elementos da estrutura narrativa. Assim, os autores destacam a importância de atividades pedagógicas no contexto hospitalar, tanto para apoiar o ensino-aprendizagem quanto para aliviar o sofrimento físico e psíquico do tratamento.

No Quadro 5, observa-se que uma das ações mais recorrentes da professora/pesquisadora no eixo de desenvolvimento da atividade de contação de história foi a indicação de alguns personagens do livro (C1, C2, C3, C4, C5, C7, C9 e C10). Essa estratégia adotada direcionava a atenção da criança para elementos específicos da narrativa, contribuindo na contextualização da história e promovendo uma leitura mais atenta e significativa.

Além disso, para alguns participantes outras estratégias foram aplicadas no intuito de avaliar a compreensão da narrativa, sendo elas: perguntou as características dos personagens (C1, C3, C4, C6, C7 e C8) e perguntou a sequência da história (C1, C2, C3, C7, C8 e C9). É importante ressaltar que essas estratégias foram implementadas de forma particularizada, uma vez que sua aplicação dependia das respostas das crianças durante a mediação. Por essa razão, foram utilizadas com alguns participantes, enquanto outros não as receberam. Isso se deve ao fato de que o processo de ensino-aprendizagem ocorrer de maneira dialógica, na interação entre os participantes (Vygotsky, 2008).

Os estudos realizados por Teberosky e Colomer (2003) e Zorzi (2009) evidenciam que o ato de perguntar sobre personagens para as crianças durante a atividade de contação de histórias é uma prática eficaz que auxilia na compreensão e no envolvimento com a narrativa. Essa técnica estimula o pensamento crítico, a memória e a habilidade de fazer conexões entre diferentes partes da história. Além disso, promove a interação e o diálogo, tornando a experiência de leitura mais dinâmica e participativa. O excerto a seguir ilustra a aplicação desta prática ao longo da pesquisa

P: Lino e Lua sempre estiveram juntos, desde que vieram da fábrica de brinquedos. Mas agora Lua havia sumido. Onde será que está a Lua, em?

C2: não sei, será que compraram ela?

P: será que compraram a Lua? Vix, o Lino ficou sozinho?! Lino perguntou por ela a todos os seus amigos. “Aqui onde moramos é assim”, disse um deles. “De repente alguém desaparece”. Olha o Lino triste (*aponta*)!

C2: tadinho!

P: Dois coelhos ligeiros disputaram para ver quem era o primeiro que iria perguntar. O que foi, jacaré? Está doente? Não, pequeninos, estou com dor de dente. Dor de dente? Disse o segundo. Eu sei como resolver!! Pegue essa cenoura e comece a roer. Mas nada resolvia. O jacaré roia a cenoura e o dente ainda doíam. A cenoura resolveu a dor do dente do jacaré?

C7: Não!!

Nota-se no quadro que, para os casos C6 e C8, não houve a indicação de personagens dos livros por parte da professora/pesquisa, uma vez que as próprias crianças foram responsáveis por identificar e relatar os acontecimentos durante a contação da história. Esse comportamento aponta que os participantes estavam ativamente engajados na narrativa e estabeleciam conexões entre os personagens e os eventos da história, sem a necessidade de direcionamento adicional por parte da professora/pesquisadora.

P: Lino e Lua sempre estiveram juntos, desde que vieram da fábrica de brinquedos. Mas agora Lua havia sumido!

C6: já sei, compraram a Lua!

P: Oi, ratinho, o que você está fazendo? Ah, já sei. Você vai colher aquele

morango vermelho e maduro?! Mas, ratinho, você não ouviu falar do grande urso esfomeado? Nossa, como esse urso adora morangos vermelhos e maduros.

C8: O rato está com medo de roubar o morango dele, então ele vai tentar esconder esse morango.

No Quadro 6, constata-se que apenas os participantes C6 e C8 não responderam às perguntas relacionadas à narrativa, uma vez que, conforme já destacado, foram as crianças que demonstraram maior interação durante a contação da história. Dessa forma, não se fez necessária a intervenção da professora/pesquisadora com questionamentos constantes sobre o conteúdo narrado.

O estudo de Claudino, Carvalho e Sigaud (2021) teve como finalidade compreender as percepções de doze crianças hospitalizadas, com idades entre quatro e treze anos, a respeito da atividade de contação de histórias. Para isso, as pesquisadoras realizaram a narração de duas a quatro histórias para cada participante, com duração média total de 16 minutos. As sessões ocorreram à beira do leito ou no espaço da brinquedoteca da unidade hospitalar. As crianças descreveram a experiência como prazerosa e divertida, visto que promoveu o bem-estar, felicidade e alegria, além de minimizar os desconfortos e dores da hospitalização.

De maneira semelhante aos resultados encontrados por Claudino, Carvalho e Sigaud (2021), a presente pesquisa demonstra que a interação ativa de C6 e C8 se justifica pelo fato de a contação de histórias desviar o foco do adoecimento, proporcionando momentos de risos e felicidade. Esse processo contribui para o relaxamento e o conforto, favorecendo o adormecimento e promovendo o aumento da autoestima da criança.

Durante a leitura, algumas crianças estavam olhando para os brinquedos da brinquedoteca, diante disso, a professora/pesquisadora desenvolveu algumas estratégias para chamar sua atenção para a história, sendo elas: leu pausadamente (C1, C4, C5, C6, C7, C9 e C10) apontou para o texto para indicar pistas visuais (C1, C5, C6, C8 e C9).

A ação da professora/pesquisadora de menor recorrência foi interagir constantemente perguntando gostos e preferências da criança, visto que essa abordagem foi especificamente implementada para aquelas crianças que demonstraram maiores dificuldades em estabelecer interações com a professora/pesquisadora, como observado nos casos de C4 e C7. Essas crianças apresentavam comportamentos mais retraídos e, no caso de C4, enfrentou dificuldades adicionais na compreensão e interpretação da história. A estratégia visava criar um ambiente mais acolhedor e compreensivo, facilitando a comunicação e promovendo um envolvimento mais efetivo da criança na atividade.

P: Lino e Lua sempre estiveram juntos, desde que vieram da fábrica de

brinquedos. Mas agora Lua havia sumido. Olha quantos brinquedos (*aponta para o livro*).

C4: hum...

P: Você gosta de ursinhos?

C4: (*concorda com a cabeça*)

P: Gosta? Você tem ursinho na sua casa?

C4: Tenho (*concorda com a cabeça*)

P: E aí, o que você acha que aconteceu com a Lua?

C4: não sei!

[...]

P: Porque todas as noites, enquanto a Estrela sonhava, Lino via pela janela, Lua iluminando. Então, na verdade, qual Lua o Lino está olhando? A Lua de verdade ou a amiga dele?

C4: a amiga dele!

AUX 1: A lua de verdade!

P: A lua do céu. Então, ele achou a amiguinha dele?

C4: achou.

P: Achou? Será? A Lua é a coelhinha amiga dele? Lembra que a amiguinha dele, a Lua, era uma coelhinha que a barriga dela tinha uma luz. É a mesma Lua?

C4: é

P: É? Não...

AUX 1: Essa é a Lua de verdade! A Lua do céu, certo? E ele achou que era a Lua amiga dele que ele ia ver, mas não é!

Paralelamente, observa-se no Quadro 6 que C4 respondeu às perguntas sobre a história somente após receber auxílio verbal com orientações/dicas, bem como após a demonstração de exemplos, conforme evidenciado no excerto apresentado anteriormente. Nesse sentido, foi o único participante que as expressões faciais e corporais indicavam não ter facilidade com o conteúdo.

Diante do episódio, destaca-se a idade de C4, uma criança de dez anos, matriculada no quarto ano do ensino fundamental, que apresentou dificuldades significativas na interpretação de informações implícitas. Para tanto, tornou-se necessário o uso de diferentes estratégias, como dicas verbais e demonstração de exemplos para compreensão da narrativa. Tal habilidade está prevista na EF35LP04 (Brasil, 2018), a qual deve ser desenvolvida ao longo do terceiro ao quinto ano. Nas próximas páginas será evidenciado que C4 também teve dificuldade na leitura, habilidade prevista para ser alcançada até o segundo ano (Brasil, 2018).

Os dados de C4 indicam que as dificuldades observadas não correspondem ao esperado para sua faixa etária e ano escolar. Durante o processo de mediação pedagógica, a criança demonstrou uma postura reservada, mantendo a cabeça constantemente abaixada, utilizando um tom de voz suave e estabelecendo pouca interação com a professora/pesquisadora. Suas respostas às perguntas foram geralmente breves, limitando-se a expressões como "sim" ou "não". Durante a intervenção, a professora/pesquisadora percebeu que a criança apresentava um

sotaque distinto e procurou estabelecer um diálogo a respeito de sua cidade natal

- P: Você não é daqui, né? Você tem um sotaque diferente?
 C4: Sou do outro estado. Aí eu viajei pra cá.
 P: Você viajou pra cá? Você sabe qual que é o nome do outro estado?
 C4: Pernambuco.
 P: Você lembra quantos anos você tinha?
 C4: Não!
 P: Você falou que tem quatro irmãos.
 C4: Comigo é cinco.
 P: Com você são cinco.
 AUX 1: Família grande, então.

Durante a entrevista com o acompanhante, o pai informou ser o único membro da família com renda fixa mensal, mencionando que se mudaram para a cidade há seis anos em busca de melhores oportunidades de trabalho. Além disso, foi possível estabelecer uma relação temporal ao identificar que o processo de alfabetização de C4, correspondente ao primeiro e segundo anos do ensino fundamental, ocorreu durante a pandemia da COVID-19.

O fracasso escolar trata-se de um fenômeno multidimensional, influenciado por diversos fatores que impactam a aprendizagem, incluindo aspectos sociais, culturais, familiares, escolares e individuais (Marchesi; Gil, 2004). A pandemia afetou de maneira significativa o processo de alfabetização, sobretudo entre os estudantes da rede pública e de famílias de baixa renda, que enfrentaram maiores desafios na adaptação ao ensino baseado no uso de tecnologias. A aquisição desses recursos foi inacessível para muitas dessas famílias, devido às limitações em seu poder aquisitivo (Assis; Lyrio; Oliveira, 2021).

À vista disso, não é possível afirmar que a mudança de cidade, as condições socioeconômicas e a pandemia da COVID-19 influenciaram o processo de aprendizagem de C4, assim como não é viável descartar essa possibilidade. Ademais, não estava entre os objetivos desta pesquisa identificar os fatores que influenciaram as dificuldades apresentadas pela criança. Todavia, os dados obtidos fornecem subsídios para futuras investigações, destacando a relevância do papel desempenhado pelo professor hospitalar. Esse profissional, por meio de sua atuação, pode identificar e explorar possíveis lacunas no processo educativo da escola regular, contribuindo para a elaboração de estratégias pedagógicas que atendam de forma mais eficaz às necessidades individuais das crianças doentes.

C1 também precisou de auxílio verbal para responder às perguntas relacionadas à narrativa. Diferente de C4, essa estratégia foi suficiente para que C1 compreendesse a história, demonstrando, assim, facilidade com o conteúdo, conforme ilustrado no excerto a seguir. Portanto, tanto C4 quanto C1 foram os únicos participantes que não responderam às perguntas de forma autônoma.

P: Uma pulga acordada que picou o rato. A pulga acordou e picou o rato! Que assustou o gato! Que arranhou o cachorro!
 C1: (risos)
 P: Que caiu sobre o menino. Vixe Maria, só falta acordar quem agora?
 C1: A vovó.
 P: A vó!! Que deu um susto na vó!! Vixe Maria, tudo por causa de quem?
 Quem acordou primeiro?
 C1: O rato.
 P: O rato? Quem picou o rato?
 C1: Verdade, a pulga!!
 P: Muito bem!! A pulga!!

Durante alguns questionamentos da história C1, C5 e C7 apenas balançaram a cabeça concordando ou discordando, sem expressarem maiores verbalizações. Também, em alguns momentos C1, C2, C5, C6, C8 e C9 conversaram com a professora constantemente, tanto sobre a história, quanto sobre outros assuntos. As respostas apresentadas pelas crianças evidenciam que a atividade de contação de histórias possui um caráter dinâmico, no qual os participantes oscilam entre momentos de menor envolvimento e outros de maior engajamento (Claudino, Carvalho, Sigaud, 2021).

Além disso, outra ação frequente da professora/pesquisadora foi direcionar o olhar para as crianças (C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8 e C9). Tal ação não foi realizada com os participantes C1 e C10, uma vez que, embora tenham concordado em dar continuidade à pesquisa, as crianças relataram sentir dores intensas em razão da doença. Dessa forma, a professora/pesquisadora optou por conduzir a atividade de maneira mais ágil, visando manter a atenção e evitar que perdessem o foco.

O olhar para a criança durante a atividade demonstra a importância da comunicação não verbal no contexto pedagógico. O contato visual é utilizado como um meio de avaliar a compreensão e o envolvimento do estudante, permitindo que a professora ajuste sua abordagem conforme necessário. Nogaró, Ecco e Nogaró (2014) destacam que o olhar do professor vai além do ver físico, assumindo um sentido metafórico que carrega a intensidade e a extensão da conduta pedagógica. Nesse cenário, o olhar é crucial para um processo educativo mais construtivo e humanizador, visto que a relação pedagógica acontece “entre olhares”, tanto do professor quanto dos estudantes. Para os autores,

a preocupação com o olhar do estudante deve estar relacionada, dentre outros fatores, também com os processos atencionais, uma vez que quando não há atenção não há entrada de informação na memória de trabalho e consequentemente aprendizagem [...] (Nogaró, Ecco, Nogaró, 2014, p. 73).

Como resultado desta ação contínua do olhar da professora/pesquisadora, observou-se

que as respostas de todas crianças foram: sorriu e demonstrou ter gostado da atividade. A resposta de ter gostado da atividade foi comprovada por meio do roteiro de opinião das crianças acerca da pedagógica, que será evidenciado nas próximas páginas. Ademais, na resposta de “olhou para professora prestando atenção na história”, ocorreu com todos participantes, exceto C3.

Como mencionado no item sobre os participantes da pesquisa, C3 tem TEA. Entre as características desse público, estão as alterações no contato visual, que frequentemente se apresenta de forma reduzida em comparação com o desenvolvimento típico, resultando em uma menor frequência de olhar para o rosto do interlocutor durante as interações sociais (Schmidt, 2018).

No eixo *feedback*, uma das ações não se adequava à atividade de contação de histórias, sendo ela, escreveu um elogio na atividade. Em razão disso, esse tópico não está incluído no Quadro 7.

Quadro 7 – Ações da professora/pesquisadora no eixo *feedback* durante a contação de história

AÇÕES	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
Sorriu;										
Vibrou;										
Elogiou verbalmente: Parabéns! Muito bem!										
Quando a criança errou não apontou diretamente o erro, mas deu dicas para ela encontrar a resposta correta;										
Ficou indiferente;										
Quando a criança errou reprimiu-a.										

Fonte: elaboração própria (2024).

Quadro 8 – Respostas da criança no eixo *feedback* durante a contação de história

RESPOSTAS	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
Vibrou positivamente;										
Sorriu;										
Bateu palma;										
Expressou raiva com o erro;										
Chorou com o erro;										
Ficou satisfeita por ter realizado a atividade.										

Fonte: elaboração própria (2024).

Os Quadros 7 e 8 são reflexos das ações e respostas desempenhadas no eixo anterior.

Diante disso, a ação mais frequente da professora/pesquisadora foi o sorriso, que foi utilizado com todos os participantes. As respostas de todas as crianças no eixo de *feedback* destacaram-se principalmente pelos sorrisos e pela demonstração de satisfação com a realização da atividade. Essa satisfação foi avaliada por meio de expressões faciais de alegria e confirmadas no protocolo de opinião da criança acerca da mediação pedagógica.

Ademais, a profissional realizou elogios verbais tanto para as crianças que enfrentaram dificuldades em responder aos questionamentos sobre a história e necessitaram de dicas para compreensão (C1 e C4), quanto para aquelas que identificaram os personagens do livro e participaram ativamente da narrativa, sem demandar intervenções adicionais por parte da mediadora (C6 e C8).

P: Ele achou que era amiguinha dele, mas era amiguinha dele?

C4: Não.

P: Não!! Era a Lua de verdade!! E o que que aconteceu com a Lua então? Se era uma loja de brinquedos. O que você acha? Igual aconteceu com o Lino. O que aconteceu?

C4: Desapareceu.

P: Isso, o Lino desapareceu. Mas como que ele desapareceu? Alguém...

C4: Comprou.

P: Isso, muito bem!! Parabéns!! Alguém comprou ele!! Então alguém comprou a Lua!! E ele sabe quem foi?

C4: Não!!

P: Muito bem!! Ele não sabe!!

Em relação ao tópico "vibrou positivamente" (sons, expressões faciais ou corporais), essa reação foi observada nos participantes C4, C5, C6, C7, C8 e C9. Em outras palavras essa resposta não foi evidenciada em C1, C2, C3 e C10, vale salientar que essas crianças ao longo da pesquisa, mostraram-se mais retraídas em expressar suas emoções. Tal atitude pode estar relacionado a diversas variáveis, como diferenças individuais na maneira de manifestar sentimentos ou um maior nível de inibição social. A ausência de expressões faciais ou corporais de satisfação nesses casos não deve ser interpretada necessariamente como uma falta de prazer na atividade, mas sim como uma característica própria de como essas crianças interagem e comunicam suas emoções (Batista, Pasqualini, Magalhães, 2022).

Para Claudino, Carcalho, Sigaud (2021), durante a contação de histórias, as crianças, especialmente as mais novas, interagem ativamente com as pesquisadoras, sendo incentivadas a participar da atividade. Elas enriquecem as narrativas ao incluir novos elementos aos personagens e histórias, ao tentar prever os desfechos ou sugerir finais alternativos. Em alguns momentos, chegam a criar e adicionar personagens inéditos às tramas. A contação de histórias apresenta um grande potencial terapêutico, visto que contribui para minimizar os efeitos

professora;										
Pegou o lápis e já foi realizar as atividades com autonomia sem nenhum tipo de auxílio;										

Fonte: elaboração própria (2024).

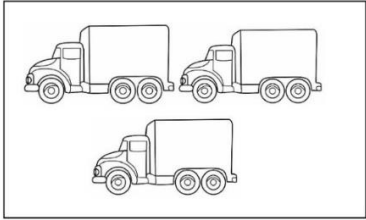
No início, C3 demonstrou certa resistência em interagir com a professora/pesquisadora como já foi destacado na atividade de contação de história. No entanto, a presença constante da mãe durante a pesquisa contribuiu para aumentar sua confiança. Dessa forma, não foram necessárias modificações nos recursos, apenas adaptações nas estratégias. Com base no estudo de Fonseca e Ciola (2016) alguns estudantes com TEA possuem dificuldade de compreensão, portanto, o docente deve atentar-se para o processo de aprendizagem, principalmente no planejamento e organização dos materiais. Nesse sentido, algumas estratégias são: uso de instruções diretas e claras, dicas visuais, quebras de enunciados, destaque de itens importantes, uso de vocabulário simplificado, diminuir o volume da voz, demonstração física de como realizar a atividade. Ademais, alguns demonstram dificuldade na linguagem, portanto, explicações teóricas e longas promovem desinteresse do público.

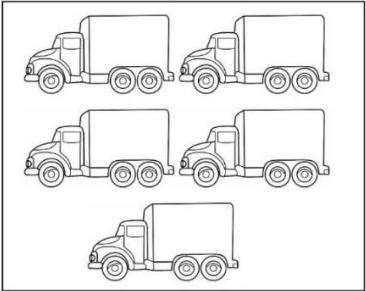
Nesse sentido, para C3 foi adotado as seguintes estratégias de Fonseca e Ciola (2016): uso de instruções diretas e claras, uso de vocabulário simplificado, diminuir o volume de voz e dicas visuais. A figura abaixo apresenta a atividade desenvolvida pela professora/pesquisadora aplicada ao participante.

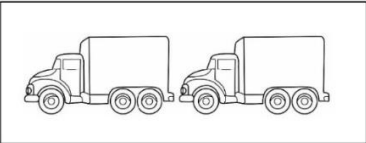
Figura 12 – Atividade curricular para C3

MATEMÁTICA

1- COLOQUE A QUANTIDADE DE CAMINHÕES:







2	5	3
---	---	---

Fonte: elaboração própria (2024).

Durante as entrevistas das etapas anteriores, foi identificado que o pai era caminhoneiro e que C3 demonstrava interesse pela disciplina de matemática. Com base nessas informações, a atividade foi estruturada com quadros de caminhões para a contagem de objetos, utilizando o recorte de números como dica visual para auxiliar no preenchimento das respostas. Observa-se também que o comando da atividade apresenta um vocabulário simplificado, com a instrução direta e clara “coloque a quantidade de caminhões”. No entanto, mesmo com todas essas estratégias adotadas minuciosamente pela professora/pesquisadora, C3 avaliou como “mais ou menos” o eixo de instrução, como será evidenciado no item de avaliação da mediação pedagógica. O excerto abaixo ilustra o diálogo da professora/pesquisadora e de C3 durante a aplicação da atividade curricular.

P: Olha a atividade que eu trouxe para gente fazer...

C3: Que legal!! Meu pai é caminhoneiro, eu adoro caminhões!!

P: Quer tentar ler?

C3: *(faz não com a cabeça)*

P: Não? Quer que eu leia?

C3: *(faz sim com a cabeça)*

P: Coloque a quantidade de caminhões. Então aqui tem uma quantidade de caminhões, aqui tem outra... E aqui tem outra... (*aponta para as imagens*).

C3: (*silêncio*)

P: igual meu estojo que tem três canetas e da minha amiga (*auxiliar de pesquisa*) que tem duas canetas (*mostra fisicamente os objetos*)

C3: (*silêncio*)

P: Só que a gente vai recortar e colar. Pode ser? Pra ficar mais legal? Então vamos...

C3: primeiro eu vou começar com a dois, três, depois... cinco (*aponta para as imagens e verbaliza as quantidades em ordem crescente*)

P: Aeee!! Muito bem!!! Parabéns!!! Nossa, eu trouxe uma atividade muito fácil!! Então, recorta e cola onde é cada número.

C3: Tem que colocar o número que o caminhão tem? Quantos caminhão tem?

P: Isso, o número correspondente à imagem dos caminhões!!

C3: Qual que é o número dois mesmo? Esse?? (*aponta para o três*)

P: esse aqui que parece um cisne (*aponta para o dois*)! Esse daí é o número três!!

C3: Estou cortando torto (*faz expressão fácil frangindo a testa, apresentando dificuldade*)

P: se cortar um pouco não tem problema!! Você quer ajuda?

C3: sim!

P: (*recorta os números segurando a mão da criança*) Muito bem!! Agora vamos colocar cada número no seu lugar certo.

C3: Bom, isso daqui é muito fácil agora que sei qual é o dois e o três, esse é o cinco!! (*aponta para o algarismo do meio*)

P: Muito fácil, né? (*risos*) Não acredito que eu trouxe uma atividade tão fácil assim.

C3: Você trouxe!!

P: Eu trouxe, né? Então vamos lá.

C3: Dois (*colocando o número no último quadro*).

P: Dois. Dois caminhões!!

C3: Esse negócio aqui eu acho que deve estar me atrapalhando, cara. Tá me incomodando! Poderia colocar uma fitinha aqui, né? (*falando sobre acesso do soro no braço*)

P: é verdade!

C3: Agora três (*colocando o número no primeiro quadro*).

P: Olha!

C3: E pra última eu vou acabar com cinco, né? (*colocando o número no quadro do meio*)

P: Cinco.

C3: Que eu nem preciso de cola, já tem no meu dedo.

P: Já tem aí? Olha só, muito bem!

C3: Agora só eu pintar os caminhões?

P: Pode pintar os caminhões. Você gosta de canetinha, né?

C3: sim!!

O trecho destaca que, ao apresentar a atividade, a professora/pesquisadora constatou o interesse do participante em realizá-la, uma vez que esta incorporava elementos alinhados à sua familiaridade e preferência. Além disso, durante a execução, C3 comentou que a atividade era muito fácil, o que contribuiu para torná-la mais atrativa e engajadora para sua participação. Dessa maneira, C3 demonstrou habilidade em realizar a contagem dos objetos verbalmente, porém apresentou dificuldades no reconhecimento do número escrito, precisando de auxílio da

professora/pesquisadora para identificá-los. O engajamento da criança numa tarefa compreende o quanto se envolve na execução da atividade, incluindo sua atenção, resposta e conversas relacionadas à essa tarefa (Ramos *et al.*, 2018). Portanto, apesar das dificuldades enfrentadas por C3, sua atenção à atividade e as interações relacionadas à tarefa permitem afirmar que ele demonstrou engajamento com o conteúdo.

Além disso, observa-se que, embora o enunciado da atividade tenha sido redigido de maneira direta, clara e com vocabulário simplificado, a professora/pesquisadora complementou as instruções ao verbalizar e apontar: “Então aqui tem uma quantidade de caminhões, aqui tem outra... E aqui tem outra... (*aponta para as imagens*)”. A tentativa de ofertar um maior número de dicas como suporte na instrução da atividade para a criança com TEA foi uma preocupação da professora/pesquisadora. Porém, mesmo com a ampliação dos suportes, C3 avaliou a atuação instrucional da professora/pesquisadora como “mais ou menos”. É possível inferir que apenas a dica visual seria suficiente e que a preocupação excessiva com a dica verbal tenha causado maior dificuldade de compreensão por parte da criança.

No eixo referente às instruções da atividade curricular, conforme evidenciado no Quadro 9, a ação mais recorrente da professora/pesquisadora foi “explicar o conteúdo antes de iniciar a atividade” (com exceção de C8). Essa estratégia demonstrou-se essencial para que C2, C5, C8, C9 e C10 iniciassem a atividade de forma autônoma, pegando no lápis e sem necessitar de qualquer tipo de auxílio. No entanto, há uma exceção notável, C8 ao receber a atividade, imediatamente pegou o lápis e começou a realizá-la sem qualquer intervenção ou orientação prévia por parte da professora/pesquisadora. Esse comportamento destaca uma diferença significativa no padrão de instrução, evidenciando que, enquanto a maioria dos participantes se beneficiou de uma explicação prévia para compreender e executar a atividade, C8 demonstrou uma abordagem mais autônoma e independente, como apresentado no excerto abaixo.

P: Aí agora, ó, eu trouxe uma atividade que você falou que gosta (*entrega para criança a folha com contas de adição, subtração e situação-problema*)

C8: (*começa realizar a atividade*)

P: Olha, mas ela tá fazendo muito rápido. Terminou?

C8: sim!! (*risos*)

P: Já? Não acredito! Vou corrigir, hein? Vamos ver... Certíssimo! Nota 10! (*escreve “Parabéns” na atividade*) Acertou tudo! Parabéns!!

Além disso, para alguns participantes (C1, C3, C4, C5 e C7), foi necessário ler tanto o enunciado quanto as alternativas, devido às dificuldades que apresentaram na leitura. Como resultado, a maioria desses participantes precisou de auxílio verbal da professora/pesquisadora com orientação/dicas para responderem adequadamente às questões (C1, C3, C4 e C7).

alguma dica;										
Olhou para a criança durante a atividade;										
Sorriu;										
Interagiu constantemente perguntando gostos e preferências da criança;										
Ficou séria, interagindo poucas vezes;										

Fonte: elaboração própria (2024).

Quadro 12 – Respostas da criança no eixo desenvolvimento durante a atividade pedagógica curricular

RESPOSTAS	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
Respondeu após auxílio verbal com orientações/dicas;										
Balançou a cabeça concordando;										
Respondeu após auxílio gestual;										
Respondeu após demonstração de exemplos;										
Respondeu após auxílio físico total;										
Respondeu com autonomia;										
Sorriu;										
Chorou;										
Expressou dificuldade com o conteúdo;										
Expressou facilidade com o conteúdo;										
Não interagiu verbalmente com a professora;										
Conversou com a professora constantemente;										
Demonstrou fuga da atividade;										
Demonstrou ter gostado da atividade;										
Demonstrou não ter gostado da atividade;										
Usou os materiais (cola, tesoura, lápis, borracha, apontador, giz de cera, canetinha) com autonomia;										
Usou os materiais com apoio da professora.										

Fonte: elaboração própria (2024).

No eixo de desenvolvimento da atividade curricular as ações da professora/pesquisadora

com todos participantes foram: “olhou para a criança durante a atividade”, “sorriu” e “interagiu constantemente perguntando gostos e preferências da criança”. Ao mesmo tempo as respostas expressas por todas crianças foram: “sorriu”, “conversou com a professora constantemente” e “demonstrou ter gostado da atividade”. Embora a aquisição de conhecimentos seja essencial para o desenvolvimento psíquico, este processo depende fortemente dos aspectos afetivos. Portanto, interações saudáveis promovem não apenas o aprendizado dos conteúdos, mas também o desenvolvimento psíquico (Vygotsky, 2002).

Para Freire (2004), ensinar exige saber escutar, “[...] somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele [...]” (p. 43). Nesse sentido, a relação entre professor e aluno não deve ser hierárquica ou impositiva, mas sim dialética e horizontal, baseada no diálogo e na troca de experiências. O ponto de partida para essa relação deve ser a leitura de mundo do educando, que revela seu contexto cultural e social. Ao valorizar o conhecimento prévio e seu contexto, o professor não apenas promove um aprendizado mais significativo, mas também respeita a individualidade e as perspectivas de cada um, preparando-os para o mundo em constante transformação. Esse processo fomenta uma prática pedagógica inclusiva, humanizadora e comprometida com a construção conjunta do saber. Com base nesse referencial, a professora/pesquisadora adotou a estratégia de constantemente perguntar gostos e preferências das crianças para conhecer sua leitura de mundo.

Em outras palavras, a relação professor-aluno é fundamental para o sucesso do processo de ensino-aprendizagem, pois influencia diretamente no engajamento e no desenvolvimento dos estudantes. Quando há uma base sólida de confiança e respeito mútuo, as crianças se sentem mais motivadas e dispostas a participar ativamente das atividades. Para Rosa (1994, p. 63),

na relação professor-aluno que se instaura de fato, o processo ensino-aprendizagem. Por isso sem medo de errar, podemos afirmar que as chances do insucesso do trabalho pedagógico se devem em grande parte à qualidade dessa relação.

Conforme destacado no eixo de instrução, C1, C3, C4, C5 e C7 apresentavam dificuldade de leitura, o que demandou que a professora/pesquisadora realizasse a leitura pausada do enunciado. Para C1, C3, C4, C7 e C10, foi também necessário o uso de pistas visuais, com a professora/pesquisadora apontando para o texto para auxiliar na compreensão e na resolução das questões. Além disso, para C1 e C3, houve a necessidade de reformular as explicações do enunciado de diferentes maneiras, como ilustrado no excerto a seguir.

P: Encontre e pinte as letras do seu nome.

C1: *(faz uma expressão facial de que não entendeu)*

P: Então, tá vendo aqui que tem todas as letrinhas do alfabeto?

C1: Sim!

P: Então, você vai pintar só as letras do seu primeiro nome.

C1: Qual a letra do meio? (*faz expressão facial de dúvida*)

P: Como que você chama?

C1: (*fala seu nome – oculto para não identificação*)

P: Isso! (*repete o nome da criança*) Você tem que achar as letras do seu nome. Só as letras do seu nome. Por exemplo, meu nome é Beatriz, a primeira letra do meu nome é a letra B (*aponta para letra*). Vamos lá, qual que é a primeira letra do seu nome?

C1: (*aponta para letra*)

P: Isso, muito bem!! Parabéns!! Como que chama essa letra aí? Você sabe?

C1: Eu tenho que aprender o alfabeto.

P: Não tem problema, vamos aprender juntos!! Essa é a letra T!

Nessa cena, torna-se evidente a aproximação da relação entre professor-aluno, em que “deixa de ser vertical e de imposição cultural e passa a ser de construção em conjunto de conhecimentos que se mostrem significativos para os participantes” (Masetto, 2003, p. 74). Em outras palavras, o professor não apenas transmite informações de forma unilateral, mas atua como um facilitador que promove um ambiente de aprendizado participativo, em que o conhecimento é construído, levando em conta as experiências e o contexto do educando.

À vista disso, observa-se no Quadro 12 que os participantes C1, C3, C4, C7 e C10 foram os únicos que não demonstraram autonomia nas respostas, pois precisaram de algum tipo de auxílio para compreender a proposta da atividade. Nesse contexto, C7 necessitou de auxílio verbal, enquanto C1, C3, C4 e C10 precisaram de demonstrações de exemplos. A figura e o excerto abaixo ilustram a atividade curricular aplicada e o desenvolvimento da mediação pedagógica com C10.

Figura 13 – Atividade curricular de C10**MATEMÁTICA**

1. RESOLVA:

A) $20 + 14 =$

B) $62 + 35 =$

C) $124 + 15 =$

D) $238 + 52 =$



--	--	--	--

2. NA FESTA JUNINA DA ESCOLA VENDEU 200 SACOS DE PIPOCA, 150 CACHORROS-QUENTES E 500 DOCES. QUANTAS COMIDAS FORAM VENDIDAS AO TODO NA FESTA JUNINA DA ESCOLA?

Fonte: elaboração própria (2024).

(C10 ao receber a atividade frangiu a testa expressando dúvida com o conteúdo apresentado no papel)

P: Vamos tentar fazer?

C10: Eu acho que eu não vou conseguir, não.

P: Vai sim!! A professora ajuda você, tá bom?

P: Então a gente vai montar as continhas, a gente pode montar elas aqui ó *(aponta)*! Vamos começar por essa $20 + 14$ vamos colocar aqui *(aponta)*

C10: é que não sei montar!

P: não tem problema, vou mostrar pra você cada passo de montar a conta! *(começa montar a conta no papel como exemplo)* Vamos colocar o 20 primeiro e o 14 embaixo.

Aí a gente coloca o sinal de mais aqui e a gente passa um traço aqui. *(passa a atividade para criança)*

Agora a gente sempre começa a continha de trás pra frente, da casinha da unidade. Então ó, zero mais quatro.

Eu tenho zero e quatro, fica?

C10: quatro!

P: Isso!!

Agora na casinha da dezena eu tenho dois mais um.

C10: três!!

para ela encontrar a resposta correta; ¹¹										
Ficou indiferente;										
Quando a criança errou reprimiu-a.										

Fonte: elaboração própria (2024).

Quadro 14 – Respostas da criança no eixo *feedback* durante a atividade pedagógica curricular

RESPOSTAS	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
Vibrou positivamente;										
Sorriu;										
Bateu palma;										
Expressou raiva com o erro;										
Chorou com o erro;										
Ficou satisfeita por ter realizado a atividade.										

Fonte: elaboração própria (2024).

No eixo *feedback* o Quadro 13 indica que as ações que a professora/pesquisadora exerceu com todos participantes foram: “sorriu”, “vibrou”, “elogiou verbalmente”. Para C8 que teve a iniciativa de realizar a atividade sem instrução prévia, a professora/pesquisadora escreveu um elogio na atividade. Ao mesmo tempo, o Quadro 14 aponta que as respostas mais recorrentes em todos participantes foram: “sorriu” e “ficou satisfeita por ter realizado a atividade”. Essa satisfação foi avaliada por meio de expressões faciais de alegria e confirmadas no protocolo de opinião da criança acerca da mediação pedagógica.

Ademais, a maioria das crianças vibrou positivamente ao receber o *feedback* da professora, exceto C1, C2, C3 e C10, visto que como já foi destacado anteriormente na atividade de contação de história, mostraram-se mais reservadas ao expressar suas emoções. Portanto, esses casos não devem ser interpretados necessariamente como falta de prazer na atividade, mas como uma característica própria de como essas crianças interagem e comunicam suas emoções (Batista, Pasqualini, Magalhães, 2022).

Para os participantes que enfrentaram dificuldades para responder os exercícios da atividade curricular e cometeram algum erro (C3, C4 e C10), a professora/pesquisadora não o apontou diretamente, mas deu dicas para encontrarem a resposta correta. Segundo Nogaró e Granella (2004), em uma abordagem construtivista, o educador tem o papel de transformar o erro em um problema dialógico. Ao adotar essa perspectiva, o educador estimula o educando a

¹¹ Os quadros na cor verde indicam as crianças que cometeram algum erro durante a atividade curricular, já os quadros brancos são as crianças que não erraram.

buscar novos conhecimentos e a engajar-se ativamente no processo de aprendizagem.

Os erros detectados durante a recolha de informação devem ser encarados como parte integrante da aprendizagem, nada tendo, portanto, de culpável ou punível. Pelo contrário, devem ser aproveitados para revelar a natureza das representações, lógicas e estratégias elaboradas pelo aluno. Porque não basta apontarmos o erro, é preciso identificar a sua causa (Nogaro, Granella, 2004, p. 19).

O ato de estudar contribui para a recuperação da "normalidade" associada à infância, pois as crianças já estavam envolvidas em atividades de brincar e estudar antes da hospitalização. Dessa maneira, a continuidade desses mecanismos serve como uma referência à vida normal e "saudável" fora do ambiente hospitalar (Fontes, 2005). Em outras palavras, “a manutenção da escolaridade contribui não só para evitar a defasagem escolar, mas também para consolidar alguns referenciais de identidade, como aquele de ser estudante” (Covic, *et al.*, 2017, p. 03).

Os dados da atividade curricular destacam o impacto da relação dialógica entre professor/criança doente na mediação pedagógica durante o processo de ensino-aprendizagem. As atividades foram planejadas de forma estruturada, contemplando início, desenvolvimento e conclusão, aspectos essenciais no contexto analisado (Fonseca, 2015). Considerando o curto período de duração da pesquisa, optou-se por atividades alinhadas aos interesses e necessidades das crianças. Nesse sentido, os resultados indicam que, apesar das dificuldades enfrentadas, a professora utilizou diversas estratégias para promover a confiança das crianças na resolução das questões propostas. Os excertos e as opiniões expressas pelas crianças no protocolo de opinião apontam que essas estratégias foram decisivas para manter o engajamento e contribuíram para que apreciassem a experiência.

Jogo

A implementação de uma atividade lúdica no encerramento da mediação pedagógica fundamenta-se em sua relevância como estratégia para auxiliar a criança no enfrentamento do processo de hospitalização. Esse recurso contribui na redução do estresse e da ansiedade, promove o bem-estar emocional, possibilita a distração da dor e do desconforto, facilita a expressão de sentimentos, melhora a autoestima e a autoconfiança, impactando também, no processo de adaptação do ambiente hospitalar e a aceleração da recuperação física (Motta; Enumo, 2004).

Os jogos selecionados para a atividade foram: o jogo da memória, destinado às crianças

Interagiu com o acompanhante para auxílio das respostas;										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: elaboração própria (2024).

Para começar a atividade do jogo, a professora/pesquisadora primeiro explicou o conteúdo, apresentando as regras de como se jogava e como seriam contabilizados os pontos. Assim, todos olharam prestando atenção nas orientações, exceto C3. Posteriormente, C2, C6, C7, C8 e C9 necessitaram de auxílio verbal para iniciar a partida. Já C3, C4 e C10 a professora/pesquisadora teve que demonstrar exemplos práticos (instrução com modelo) a fim de que realizassem a atividade com êxito e esclarecesse todas as suas dúvidas. O primeiro excerto abaixo ilustra a explicação do jogo com dica verbal, já o segundo apresenta a demonstração de exemplo físico.

P: Vou te explicar como funciona. Está vendo que tem vários personagens aí? Então, aqui você vai escolher uma cartinha, e eu tenho que descobrir qual é a sua cartinha. E você tem que descobrir qual é a minha cartinha. Só que você só pode fazer perguntas com respostas de sim ou não. Por exemplo: "É mulher?" Aí eu vou responder sim ou não. Se for mulher, você vai abaixar quem? Os homens. Porque, na verdade, a minha cartinha é uma mulher. Então, você só pode responder sim ou não. E aí, você vai abaixando até adivinhar a minha cartinha e eu a sua. Certo? (*Instrução com dica verbal para o jogo Cara a Cara*)

P: A atividade de agora é um jogo. Jogo da memória!! Você já jogou jogo da memória?

C3: Não!!

P: Não? Nunca brincou de jogo da memória? Olha, a professora vai mostrar as cartinhas para você conhecer os personagens, depois irei virá-las de cabeça para baixo e embaralhar. Você vai levantar uma carta e depois outra. O objetivo do jogo é encontrar a mesma imagem! Vou te mostrar... (*embaralha as cartas na mesa de cabeça para baixo*) Porco... e... coelho... não é um par, então não fiz ponto! Agora é sua vez!

Dessa forma, apenas C1 e C5 não esperaram por orientações para iniciar o jogo, informando já possuir experiência prévia com a atividade no momento de sua apresentação. Esse conhecimento prévio permitiu que ambos iniciassem a partida de maneira autônoma, sem a necessidade de intervenções adicionais por parte da professora/pesquisadora.

Algumas ações e respostas do eixo desenvolvimento foram excluídas do Quadro 17 e Quadro 18, pois não se aplicavam ao jogo, sendo elas: "leu mais de uma vez o enunciado", "leu pausadamente", "indicou alguns personagens do livro", "perguntou características dos personagens", "perguntou a sequência da história", "escreveu junto a resposta", "respondeu as perguntas sobre a história", "olhou para a professora prestando atenção na história", "usou os materiais com autonomia" e "usou os materiais com apoio da professora".

Quadro 17 – Ações da professora/pesquisadora no eixo desenvolvimento durante o jogo

AÇÕES	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
Explicou de formas diferentes o enunciado;										
Apontou para o texto para indicar pistas visuais;										
Usou o celular para demonstrar alguma dica;										
Olhou para a criança durante a atividade;										
Sorriu;										
Interagiu constantemente perguntando gostos e preferências da criança;										
Ficou séria, interagindo poucas vezes;										

Fonte: elaboração própria (2024).

Quadro 18 – Respostas da criança no eixo desenvolvimento durante o jogo

RESPOSTAS	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
Respondeu após auxílio verbal com orientações/dicas;										
Balançou a cabeça concordando;										
Respondeu após auxílio gestual;										
Respondeu após demonstração de exemplos;										
Respondeu após auxílio físico total;										
Respondeu com autonomia;										
Sorriu;										
Chorou;										
Expressou dificuldade com o conteúdo;										
Expressou facilidade com o conteúdo;										
Não interagiu verbalmente com a professora;										
Conversou com a professora constantemente;										
Demonstrou fuga da atividade;										
Demonstrou ter gostado da atividade;										
Demonstrou não ter gostado da atividade;										

Fonte: elaboração própria (2024).

No eixo de desenvolvimento do jogo, as ações mais recorrentes da professora/pesquisadora com todos participantes foram: “sorriu” e “olhou para a criança durante a atividade”. Para o estudante C3, além das ações empregadas na instrução, a professora precisou apontar para as cartinhas, fornecendo pistas visuais adicionais que facilitassem a compreensão e a participação no jogo.

Além disso, levando em conta as características individuais das crianças, a professora/pesquisadora adotou uma estratégia de interação constante, fazendo perguntas sobre os gostos e preferências dos estudantes C2, C4 e C10, visto que estavam mais fechados e calados durante as outras atividades. Esse diálogo personalizado não apenas aumentou a participação deles, mas também criou um ambiente mais acolhedor e envolvente. Ao mostrar interesse nas opiniões e preferências, a professora/pesquisadora conseguiu estimular uma comunicação mais aberta e frequente, fortalecendo o vínculo e promovendo um aprendizado colaborativo.

O professor que valoriza o diálogo reconhece a importância do protagonismo compartilhado entre docente e discente no processo educativo, visto que quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. O diálogo autêntico envolve o reconhecimento do outro e de si mesmo no outro, é uma escolha consciente e um compromisso de contribuir para a construção de um mundo comum (Freire, 1987).

Em relação às respostas das crianças, todos os participantes demonstraram comportamentos como "balançar a cabeça concordando", "expressar facilidade com o conteúdo" e “conversar com a professora constantemente”. Embora alguns participantes (C3, C4 e C10) tenham necessitado de demonstrações de exemplos para iniciar a partida, posteriormente conseguiram realizar a atividade com sucesso, manifestando verbalmente e por meio de vibrações corporais sua facilidade com o conteúdo. Conforme destacado no eixo relacionado à instrução, apenas C1 e C5 demonstraram familiaridade prévia com o jogo, o que lhes permitiu iniciar a partida de forma autônoma, sem necessidade de suporte adicional.

Além disso, observou-se que aquelas crianças que, durante outras atividades, apresentavam um comportamento mais retraído, mostraram um envolvimento significativamente maior durante o jogo. Elas se tornaram mais participativas e interativas, aproveitando a dinâmica para se expressarem e se engajarem de forma mais ativa. O brincar é uma atividade inerente à criança e ao seu desenvolvimento físico, social, emocional e cognitivo. Ele permite a expressão pessoal, facilita a socialização com outras pessoas e ajuda na adaptação a diferentes contextos (Maluf, 2003).

Elogiou verbalmente: Parabéns! Muito bem!										
Quando a criança errou não apontou diretamente o erro, mas deu dicas para ela encontrar a resposta correta;										
Ficou indiferente;										
Quando a criança errou reprimiu-a.										

Fonte: elaboração própria (2024).

Quadro 20 – Respostas da criança no eixo *feedback* durante o jogo

RESPOSTAS	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
Vibrou positivamente;										
Sorriu;										
Bateu palma;										
Expressou raiva com o erro;										
Chorou com o erro;										
Ficou satisfeita por ter realizado a atividade.										

Fonte: elaboração própria (2024).

No eixo de *feedback* do jogo, a professora/pesquisadora adotou uma abordagem encorajadora assim como as demais atividades da pesquisa, demonstrando satisfação ao "sorrir", "vibrar" e "elogiar verbalmente" com todos os participantes. No entanto, em resposta à derrota e ao desejo de continuar jogando, C9 se destacou por não compartilhar da mesma reação positiva. Ela foi a única a não vibrar positivamente, não sorrir e não parecer satisfeita com a realização da atividade. Portanto, para C9, a experiência do jogo revelou-se menos gratificante e potencialmente mais desafiadora no que tange à gestão da derrota, da frustração e das regras previamente estabelecidas, que estipulavam a realização de apenas três rodadas.

Os dados apresentados nesta seção evidenciam como o uso de jogos no ambiente hospitalar pode ser uma estratégia importante para resgatar a sensação de “normalidade” e proporcionar uma conexão com a vida fora deste espaço. Durante a atividade, as crianças não se queixaram de dores/desconfortos ou utilizaram estratégias de fuga, pelo contrário desejaram jogar novas partidas e com colegas de quarto. Em consonância a este aspecto, Motta e Enumo (2014) descrevem:

Essas crianças já brincam enquanto estão hospitalizadas, e o fato de desejarem continuar brincando demonstra os efeitos positivos que este comportamento traz. Brincando, ela reproduz, no espaço hospitalar, experiências cotidianas; e a própria preferência por brincar com crianças, identificada neste trabalho, a

aproxima ainda mais do seu contexto familiar ou cotidiano. (Motta; Enumo, 2014, p. 26).

Os dados registrados nos protocolos da mediação pedagógica evidenciaram os resultados obtidos com a estratégia de adotar três atividades pedagógicas escolares: contação de história, atividade curricular e jogo. Embora o ambiente hospitalar seja associado a cuidados que frequentemente envolvem procedimentos complexos, desconhecidos e, muitas vezes, dolorosos para a criança, ele também pode oferecer experiências positivas durante o tratamento. Entre essas experiências destacam-se as atividades lúdicas e acadêmicas, que promovem o desenvolvimento, a aprendizagem e as interações sociais, contribuindo também para própria recuperação física da criança.

À vista disso, para uma análise detalhada dos resultados da mediação pedagógica, contabilizou-se a frequência total das ações da professora/pesquisadora e as respostas das crianças nos eixos desenvolvimento e *feedback* durante a contação de história. A tabela a seguir apresenta a distribuição quantitativa desses registros, organizados em ordem decrescente, considerando a soma das ações ou respostas que foram aplicadas nos três eixos.

Tabela 1: Quantitativo das ações da professora/pesquisadora e respostas das crianças durante a contação de história

AÇÕES DA PROFESSORA	TOTAL	RESPOSTAS DA CRIANÇA	TOTAL
Sorriu;	17	Sorriu;	20
Indicou alguns personagens do livro;	8	Demonstrou ter gostado da atividade;	10
Olhou para a criança durante a atividade;	8	Ficou satisfeita por ter realizado a atividade.	10
Leu pausadamente;	7	Olhou para professora prestando atenção na história;	9
Perguntou as características dos personagens;	6	Expressou facilidade com o conteúdo;	9
Perguntou a sequência da história;	6	Respondeu as perguntas sobre a história;	8
Apontou para o texto para indicar pistas visuais;	5	Respondeu com autonomia;	8
Elogiou verbalmente: Parabéns! Muito bem!	4	Conversou com a professora constantemente;	6
Interagiu constantemente perguntando gostos e preferências da criança;	2	Vibrou positivamente;	6
Quando a criança errou não apontou diretamente o erro, mas deu dicas para ela encontrar a resposta correta;	2	Balançou a cabeça concordando;	3
Usou o celular para demonstrar	0	Respondeu após auxílio verbal	2

alguma dica;		com orientações/dicas;	
Ficou séria, interagindo poucas vezes.	0	Respondeu após demonstração de exemplos;	1
Vibrou	0	Expressou dificuldade com o conteúdo;	1
Ficou indiferente;	0	Respondeu após auxílio gestual;	0
Quando a criança errou reprimiu-a.	0	Respondeu após auxílio físico total;	0
		Chorou;	0
		Não interagiu verbalmente com a professora;	0
		Demonstrou fuga da atividade;	0
		Demonstrou não ter gostado da atividade;	0
		Bateu palma;	0
		Expressou raiva com o erro;	0

Fonte: elaboração própria (2024).

No que se refere às ações, observa-se que a mediação foi marcada por atitudes acolhedoras e estratégias de estímulo à participação das crianças. O comportamento mais recorrente foi o sorriso, presente em 17 registros, demonstrando a ação da professora/pesquisadora em construir um ambiente afetivo e positivo. Além disso, utilizou recursos visuais ao indicar personagens do livro (oito registros) e estabeleceu contato visual com as crianças durante a atividade com a mesma frequência. A leitura pausada (sete registros), a formulação de perguntas sobre características dos personagens e a sequência da história (seis registros cada) reforçam uma abordagem interativa e dialógica. Outras estratégias, como elogios verbais (quatro registros) e dicas para auxiliar na compreensão (cinco registros), também estiveram presentes, ainda que em menor número.

Já as respostas das crianças refletem o envolvimento ativo com a atividade de contação de história. O sorriso foi o comportamento mais frequente (20 registros), indicando alegria e receptividade com a atividade. Outras reações positivas incluíram a demonstração de satisfação (dez registros) e o olhar atento à professora durante a história (nove registros). Além disso, algumas crianças expressaram facilidade com o conteúdo (nove registros) e responderam ativamente às perguntas, seja com autonomia (oito registros) ou após auxílio verbal (dois registros). A interação com a professora/pesquisadora foi constante em alguns casos (seis registros), outras vibraram positivamente (seis registros), sugerindo entusiasmo e prazer por realizar a atividade. Por outro lado, não foram observados comportamentos de desinteresse ou resistência, como fuga da atividade, expressões de frustração com erros ou recusa em interagir

verbalmente com a professora.

Mediante o exposto, a Tabela 01 evidencia que a contação de história foi acolhida de maneira positiva pelas crianças, promovendo momentos de alegria, engajamento e interação ativa. Além disso, a professora/pesquisadora adotou estratégias diversificadas para incentivar a participação e averiguar os conhecimentos das crianças, ajustando sua mediação conforme as respostas e necessidades de cada uma. Esse conjunto de fatores resultou em um ambiente de aprendizado dinâmico, afetivo e interativo, no qual as crianças se sentiram seguras para explorar a narrativa, expressar sentimentos e interagir ativamente com a história e com a professora/pesquisadora.

A Tabela 02 apresenta a distribuição quantitativa das ações da professora/pesquisadora e as respostas das crianças durante a atividade curricular, organizados em ordem decrescente, considerando a soma nos eixos instrução, desenvolvimento e *feedback*.

Tabela 2: Quantitativo das ações da professora/pesquisadora e respostas das crianças durante a atividade curricular

AÇÕES DA PROFESSORA	TOTAL	RESPOSTAS DA CRIANÇA	TOTAL
Sorriu;	20	Sorriu;	20
Olhou para a criança durante a atividade;	10	Conversou com a professora constantemente;	10
Interagiu constantemente perguntando gostos e preferências da criança;	10	Demonstrou ter gostado da atividade;	10
Vibrou;	10	Ficou satisfeita por ter realizado a atividade.	10
Elogiou verbalmente: Parabéns! Muito bem!	10	Usou os materiais (cola, tesoura, lápis, borracha, apontador, giz de cera, canetinha) com autonomia;	9
Explicou o conteúdo antes de iniciar a atividade;	9	Olhou para professora prestando atenção nas orientações;	8
Leu o enunciado e as alternativas;	5	Pegou o lápis e já foi realizar as atividades com autonomia sem nenhum tipo de auxílio;	6
Leu pausadamente;	5	Expressou facilidade com o conteúdo;	6
Apontou para o texto para indicar pistas visuais;	5	Vibrou positivamente;	6
Auxílio verbal com orientações/dicas;	4	Respondeu com autonomia;	5
Quando a criança errou não apontou diretamente o erro, mas deu dicas para ela encontrar a resposta correta;	3	Aguardou dicas para resolver as questões;	4
Explicou de formas diferentes o enunciado;	2	Pegou o lápis e já foi realizar as atividades após orientação/dicas	4

Escreveu um elogio na atividade;	1	da professora; Respondeu após demonstração de exemplos;	4
Auxílio gestual;	0	Expressou dificuldade com o conteúdo;	4
Auxílio físico total;	0	Respondeu após auxílio verbal com orientações/dicas;	1
Demonstração de exemplos.	0	Usou os materiais com apoio da professora.	1
Leu mais de uma vez o enunciado;	0	Expressou dúvida sobre o conteúdo;	0
Escreveu junto a resposta;	0	Interagiu com o acompanhante para auxílio das respostas;	0
Usou o celular para demonstrar alguma dica;	0	Balançou a cabeça concordando;	0
Ficou séria, interagindo poucas vezes;	0	Respondeu após auxílio gestual;	0
Ficou indiferente;	0	Respondeu após auxílio físico total;	0
Quando a criança errou reprimiu-a.	0	Chorou;	0
		Não interagiu verbalmente com a professora;	0
		Demonstrou fuga da atividade;	0
		Demonstrou não ter gostado da atividade;	0
		Bateu palma;	0
		Expressou raiva com o erro;	0
		Chorou com o erro;	0

Fonte: elaboração própria (2024).

As ações da professora/pesquisadora variaram tanto em estratégias afetivas quanto didáticas. O comportamento mais recorrente foi sorrir (20 registros), demonstrando o objetivo de construir um ambiente acolhedor e humanizador. Além disso, a professora manteve um contato visual frequente com as crianças durante a atividade (dez registros), buscando estabelecer uma comunicação próxima e atenta.

A professora/pesquisadora buscou criar estratégias para incentivar a participação e construir um ambiente de confiança e engajador, como por exemplo, perguntar sobre gostos e preferências das crianças (dez registros), vibrar durante a intervenção (dez registros) e elogiar verbalmente com "Parabéns!" e "Muito bem!" (dez registros) durante a construção do conhecimento.

No aspecto instrucional, a professora/pesquisadora explicou o conteúdo antes de iniciar a atividade (nove registros), garantindo que as crianças compreendessem a proposta antes de

executá-la. Estratégias de apoio também foram utilizadas, como a leitura pausada (cinco registros) e a indicação de pistas visuais no texto (cinco registros).

Quando as crianças enfrentaram dificuldades, a professora/pesquisadora adotou uma abordagem de construção colaborativa do conhecimento. Para três crianças, forneceu dicas para ajudá-las a encontrar a resposta correta sem apontar diretamente o erro. Além disso, reformulou o enunciado de maneiras diferentes para duas crianças, buscando atender às necessidades individuais de cada participante.

Assim como a professora/pesquisadora, o comportamento mais frequente das crianças foi sorrir (20 registros), destacando o ambiente acolhedor e positivo construído na intervenção. Além disso, destaca-se a interação verbal em dez registros de conversas constantes entre as crianças e a professora/pesquisadora. A receptividade da atividade foi destacada por todas as crianças ao demonstrarem ter gostado da atividade (dez registros) e ficarem satisfeitas (dez registros) com a proposta. Algumas crianças expressaram facilidade com o conteúdo (seis registros) e vibraram positivamente ao longo da execução (seis registros).

No que diz respeito ao desempenho nas atividades, a maioria das crianças executou com autonomia (cinco). Nove delas utilizaram os materiais sem precisar de apoio, e seis começaram a responder imediatamente após a instrução sem necessitar de orientação adicional. Em contrapartida, quatro aguardaram dicas para resolver as atividades, e o mesmo número respondeu após demonstração de exemplos. Algumas crianças expressaram dificuldade com o conteúdo (quatro registros), embora não tenham demonstrado frustração ou desmotivação.

À vista disso, a análise da Tabela 02 evidencia um ambiente de aprendizagem positivo, no qual a professora/pesquisadora adaptou suas estratégias às necessidades das crianças. Os dados ressaltam a prevalência de expressões de alegria e de uma interação ativa entre os atores da mediação pedagógica. Além disso, a autonomia demonstrada pelas crianças na resolução das questões indica que a atividade foi cuidadosamente planejada, favorecendo um processo de ensino-aprendizagem engajador.

A Tabela 03 apresenta a distribuição quantitativa das ações da professora/pesquisadora e as respostas das crianças durante o jogo, organizados em ordem decrescente, considerando a soma nos eixos instrução, desenvolvimento e *feedback*.

Tabela 3: Quantitativo das ações da professora/pesquisadora e respostas das crianças durante o jogo

AÇÕES DA PROFESSORA	TOTAL	RESPOSTAS DA CRIANÇA	TOTAL
Sorriu;	20	Sorriu;	19
Explicou o conteúdo antes de iniciar a atividade;	10	Balançou a cabeça concordando;	10
Olhou para a criança durante a atividade;	10	Expressou facilidade com o conteúdo;	10
Vibrou;	10	Conversou com a professora constantemente;	10
Elogiou verbalmente: Parabéns! Muito bem!	10	Olhou para professora prestando atenção nas orientações;	9
Auxílio verbal com orientações/dicas;	5	Demonstrou ter gostado da atividade;	9
Demonstração de exemplos.	3	Vibrou positivamente	9
Interagiu constantemente perguntando gostos e preferências da criança;	3	Ficou satisfeita por ter realizado a atividade.	9
Apontou para o texto para indicar pistas visuais;	1	Aguardou dicas para resolver as questões;	8
Auxílio gestual;	0	Respondeu após auxílio verbal com orientações/dicas;	5
Auxílio físico total;	0	Respondeu após demonstração de exemplos;	3
Explicou de formas diferentes o enunciado;	0	Respondeu com autonomia;	2
Usou o celular para demonstrar alguma dica;	0	Demonstrou não ter gostado da atividade;	1
Ficou séria, interagindo poucas vezes;	0	Expressou dúvida sobre o conteúdo;	0
Quando a criança errou não apontou diretamente o erro, mas deu dicas para ela encontrar a resposta correta;	0	Interagiu com o acompanhante para auxílio das respostas;	0
Ficou indiferente;	0	Respondeu após auxílio gestual;	0
Quando a criança errou reprimiu-a.	0	Respondeu após auxílio físico total;	0
		Chorou;	0
		Expressou dificuldade com o conteúdo;	0
		Não interagiu verbalmente com a professora;	0
		Demonstrou fuga da atividade;	0
		Bateu palma;	0
		Expressou raiva com o erro;	0
		Chorou com o erro;	0

Fonte: elaboração própria (2024).

Entre as ações da professora/pesquisadora, a mais recorrente foi o sorriso, registrado 20 vezes, que foi contabilizado em dois momentos (desenvolvimento e *feedback*). Para compreensão das regras do jogo, a professora/pesquisadora explicou-as antes do início da atividade e estabeleceu o contato visual, ambas as ações ocorrendo com todas crianças (dez). A vibração positiva diante o desempenho e os elogios verbais, como "Parabéns!" e "Muito bem!", também foram registrados com todas crianças (dez).

Além disso, a professora/pesquisadora utilizou o auxílio verbal para oferecer orientações e dicas com cinco crianças, demonstrou exemplos para facilitar a compreensão para três crianças e apontou para o jogo como forma de indicar pistas visuais para uma criança.

Entre as respostas das crianças, a reação mais comum foi o sorriso, ocorrendo 19 vezes, o que sugere que a atividade foi recebida de forma positiva. Outras respostas que indicam engajamento foram observadas com frequência, como balançar a cabeça concordando, expressar facilidade com o conteúdo e conversar constantemente com a professora/pesquisadora, todas registradas dez vezes. A atenção às orientações da professora foi demonstrada em nove vezes, assim como a vibração positiva e a satisfação ao concluir a atividade.

Além disso, oito crianças aguardaram dicas para iniciar o jogo, sendo que cinco responderam após receber auxílio verbal e três após a demonstração de exemplos, indicando que a mediação da professora/pesquisadora foi essencial para o desenvolvimento da atividade. Apenas duas respostas foram dadas de forma totalmente autônoma. Por fim, apenas uma criança demonstrou não ter gostado da atividade, a qual já foi destacada na análise dos dados.

Os dados da Tabela 03 evidenciam que o jogo proporcionou um ambiente de aprendizado dinâmico e positivo, caracterizado por interações sociais entre professora/pesquisadora e a criança doente. Embora a maioria dos participantes tenha necessitado de algum tipo de suporte para iniciar o jogo, a ausência de reações negativas ou desinteresse sugere que a mediação da professora/pesquisadora foi suficiente para manter as crianças engajadas. Por fim, a maioria (9 crianças) avaliaram positivamente a atividade, enquanto apenas uma demonstrou não ter gostado, visto que desejava ter ganhado e jogado mais partidas.

5.3.1 Opinião das crianças acerca da mediação pedagógica

O quadro a seguir apresenta as respostas das crianças sobre a mediação pedagógica, evidenciando como elas avaliam as atividades desenvolvidas e o papel da professora/pesquisadora na sua implementação.

Quadro 21¹² – Resultados do roteiro de opinião das crianças acerca da mediação pedagógica

			
CONTAÇÃO DE HISTÓRIA	10		
ATIVIDADE CURRICULAR	10		
JOGO	9	1	
INSTRUÇÃO DA PROFESSORA	8	2	
AÇÃO DA PROFESSORA DURANTE O DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE	10		
FEEDBACK DA PROFESSORA	10		

Fonte: elaboração própria (2024).

A opinião das crianças sobre a mediação pedagógica da professora/pesquisadora revela dados positivos. Todos os participantes destacaram que gostaram da atividade curricular e da contação de história. Em relação ao jogo, apenas uma criança (C9) o avaliou como “mais ou menos”, pois gostaria de ter ganhado todas as rodadas e ter jogado mais vezes, conforme já mencionado anteriormente.

As ações da professora durante o desenvolvimento das atividades e o *feedback* que ela forneceu foram avaliados de forma positiva por todos participantes. No entanto, o eixo de instrução recebeu a avaliação de “mais ou menos” de duas crianças, C3 e C4. Esses participantes mencionaram que tiveram dificuldades para compreender alguns dos comandos fornecidos pela professora/pesquisadora, o que afetou sua experiência com a atividade. Essa observação sugere que, apesar da aprovação geral, é necessário melhorar a clareza e a eficácia das instruções dadas durante a mediação pedagógica.

A aplicação do roteiro de opinião da mediação pedagógica foi essencial para a reflexão

¹² As figuras representam, respectivamente, que a criança gostou da atividade, avaliou como regular e não gostou.

da professora/pesquisadora sobre as estratégias utilizadas no processo de ensino-aprendizagem das crianças doentes. Libâneo (2004) argumenta que, para a reflexão da ação docente, “são necessárias estratégias, procedimentos, modos de fazer, além de um sólido conhecimento teórico, que ajudam a melhor realizar o trabalho e melhorar a capacidade reflexiva sobre o que e como mudar” (p. 138). Em outras palavras, o processo de ensino-aprendizagem configura-se como uma práxis caracterizada pelo movimento dialético de ação, reflexão e nova ação (Freire, 1987).

À vista disso, o roteiro revelou-se uma ferramenta essencial para refletir e planejar ações futuras, especialmente no que diz respeito ao eixo da instrução. Desse modo, permitiu analisar a abordagem adotada e identificar estratégias para aprimorar a formulação e a transmissão de enunciados das atividades curriculares, visando torná-los mais claros e acessíveis às crianças.

5.4 Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para as crianças doentes

Neste tópico, são inicialmente exibidas as ilustrações criadas por cada criança, acompanhadas por trechos das histórias narradas e pela etapa de inquérito. Para isso, a pesquisadora utilizou o comando: “desenhe o hospital a partir da vivência que você teve com a professora”. Na sequência, cada dado é descrito detalhadamente, oferecendo uma compreensão aprofundada das representações e narrativas individuais. Por fim, são apresentadas as categorias de análise definidas, que são discutidas em diálogo com a literatura existente.

Figura 14 - Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C1



P: Então me conta aí o que você desenhou! Conta pra mim a história!
 C1: Uma carinha de feliz e eu feliz.
 P: Então você gostou que eu vim aqui e fiz a atividade com você? Você ficou feliz?
 C1: sim!!

Fonte: desenho produzido por C1.

No desenho-estória sobre a representação social do hospital a partir da mediação pedagógica, C1 desenhou uma carinha de *emoji* feliz com olhos em formato de coração. Ao lado, ela se desenhou sorrindo e usando um vestido na sua cor favorita, rosa. A participante, no

entanto, não quis acrescentar mais informações à ilustração, alegando estar cansada e com dores. Nomeou sua obra com seu próprio nome, sem fornecer mais detalhes. Quando indagada sobre sua opinião em relação às atividades pedagógicas escolares realizadas, C1 concordou verbalmente e balançando a cabeça, demonstrando aprovação.

O desenho de C1, embora simples, utiliza cores vivas (rosa e amarelo) e reflete aspectos importantes de sua percepção e experiência. A escolha do *emoji* feliz com olhos em formato de coração indica seu sentimento após a realização de atividades pedagógicas escolares no ambiente hospitalar. O fato de se desenhar sorrindo e vestindo sua cor favorita aponta uma busca por conforto, bem como ao intitular sua obra com seu próprio nome, pode simbolizar uma expressão pessoal e íntima de sua experiência neste espaço.

Figura 15 - Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C2



C2: Eu desenhei eu e você jogando aquele jogo lá, sabe? Cara a cara. E aqui eu fiz uma estante, que eu tentei fazer isso aqui (*aponta para estante e ri*). Eu fiz um quadro, uma estrela e um tapete de coração, um escorregador e um janela. E a lâmpada.
 P: E se você pudesse dar um nome pra esse desenho, que nome você daria?
 C2: (*fica pensativa*)
 P: Pode ser um sentimento também...
 C2: felicidade!

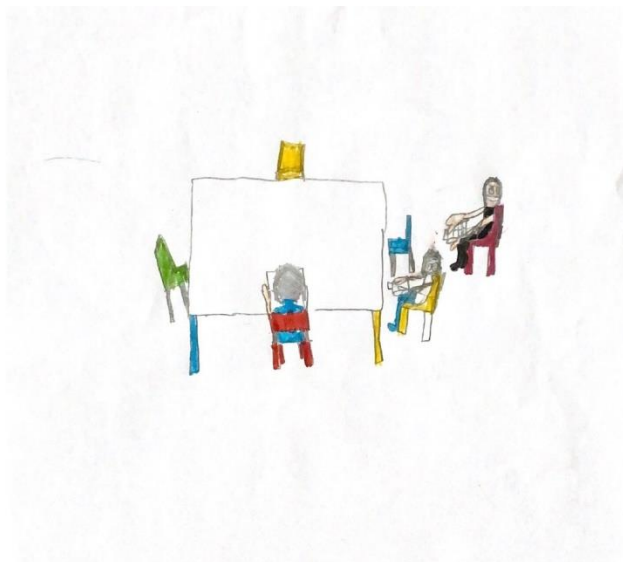
Fonte: desenho produzido por C2.

A ilustração de C2 retrata objetos reais da brinquedoteca, tais como a mesa, cadeiras, estante com brinquedos, escorregador, janelas e iluminação. Paralelamente, a criança adiciona outros elementos, como um tapete com um coração e um quadro com uma estrela. Além disso, desenha um elemento externo: o sol. No desenho-estória sobre o hospital, a criança enfatiza a presença dela e de sua mãe. Já no segundo desenho, com mediação pedagógica, destaca a interação entre ela e a professora/pesquisadora, com ênfase na atividade pedagógica escolar que mais lhe chamou a atenção: o jogo.

Apesar da dificuldade de C2 em nomear sua obra, a criança expressa um sentimento de felicidade pela experiência vivenciada durante sua internação. As atividades realizadas são

retratadas como momentos de aprendizagem e diversão, nas quais a criança se sente envolvida e estimulada pela professora/pesquisadora. Esta, por sua vez, atua como uma facilitadora fundamental na continuidade da escolarização.

Figura 16 - Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C3



P: Então me conta aí o que você desenhou?

C3: Você entregando as lições.

P: E essa daqui (*aponta para personagem atrás*), quem que é?

C3: A outra professora, né?

P: E o que você achou de fazer essas lições? Você gostou?

C3: Muito!

P: Gostou muito? É? Se pudesse dar um nome para esse desenho, que nome você daria?

C3: Desenhista.

P: É mais legal aqui ou lá no quarto?

C3: Aqui!!!

Fonte: desenho produzido por C3.

C3 desenhou a mesa e as cadeiras, espaço utilizado na brinquedoteca para a pesquisa. Os personagens de sua obra incluem a auxiliar de pesquisa, sentada atrás da professora/pesquisadora em uma cadeira marrom, com uma prancha contendo o protocolo de observação. A professora está retratada sentada em uma cadeira amarela, entregando as atividades, enquanto C3 se desenhou sentado em uma cadeira vermelha, realizando estas lições (nomeação utilizada pelo participante). Vale salientar que a criança manteve as cores fiéis à realidade.

O participante C3 apresentava diagnóstico de TEA, sendo que uma das características associadas a esse público é o pouco ou nenhum interesse em estabelecer relações sociais (Nogueira, 2009). No entanto, a interação social desempenha um papel essencial no desenvolvimento humano, especialmente no que se refere à aquisição da linguagem (Salomão, 2012). Também, Vygotsky (2008) afirma que as trocas estabelecidas pela criança, tanto com outras crianças quanto com adultos, impactam na construção do conhecimento e no desenvolvimento cognitivo.

Na entrevista semiestruturada, C3 expressou não gostar da escola, justificando sua percepção com a dificuldade e a monotonia das atividades. No entanto, observa-se, por meio

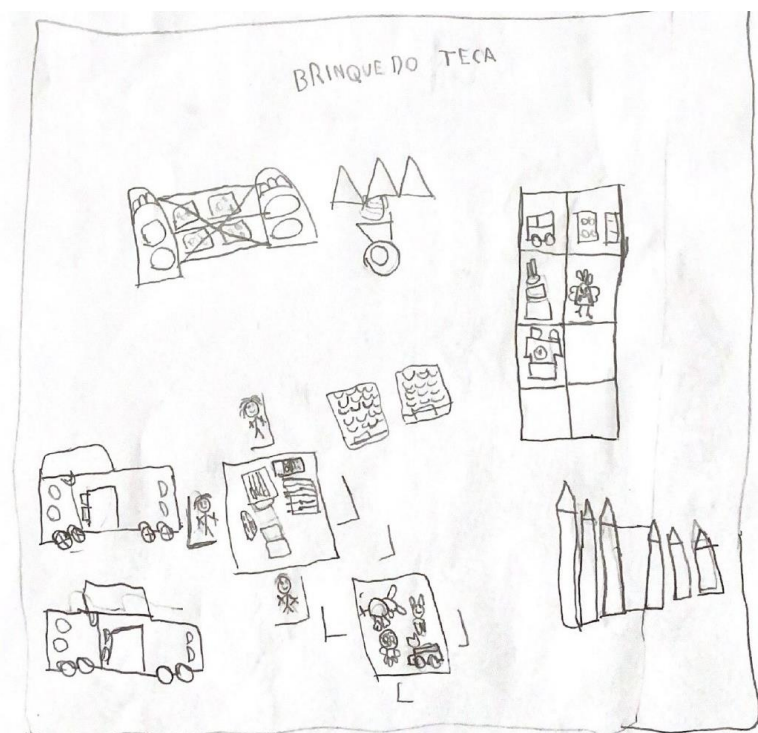
do desenho-estória e da narrativa do participante, uma satisfação ao realizar as atividades propostas no contexto hospitalar. Essa experiência positiva destacou-se, sobretudo, pela interação social estabelecida ao longo da pesquisa com a professora/pesquisadora e auxiliar de pesquisa. Esse envolvimento não apenas contribuiu para o engajamento do participante, mas também evidenciou a importância de relações interpessoais para a criação de um ambiente educativo acolhedor e motivador, mesmo em situações adversas.

Outro fator relevante para a receptividade positiva de C3 em relação à mediação pedagógica foi o planejamento de atividades alinhadas às suas preferências pela professora/pesquisadora. Também, a oferta de diferentes tipos de suporte durante a realização das tarefas desempenhou um papel fundamental. Esses suportes incluíram dicas verbais, como a leitura do enunciado; dicas visuais, como apontar para o texto; e suporte físico, como a demonstração de exemplos e pegar na mão (Camargo; Rispoli, 2013).

Fonseca e Ciola (2016) e Camargo e Rispoli (2013) destacam que, ao trabalhar com crianças autistas, uma das estratégias consiste na abordagem de aprendizagem sem erro. Nesse contexto, busca-se minimizar a ocorrência de erros, reduzindo frustrações e favorecendo acertos, o que incentiva a criança a manter o engajamento. Dessa maneira, o estudante se sente motivado a enfrentar as dificuldades propostas pelo professor, uma vez que os acertos se tornam mais frequentes. Com o tempo, essa prática contribui para que execute as atividades de forma mais independente e autônoma. No entanto, esse processo exige paciência e persistência por parte do professor, pois a consolidação da compreensão pode demandar tempo. Portanto, a dedicação do professor é fundamental para atingir os objetivos pedagógicos. Ampliando os referenciais mencionados para o contexto desta pesquisa, a professora/pesquisadora utilizou a familiaridade do participante com caminhões, relacionada à profissão desempenhada por seu pai, e a preferência pela disciplina de matemática, como recursos para promover o engajamento da criança e minimizar a ocorrência de erros.

A criança nomeou seu desenho-estória como "Desenhista", refletindo o elogio recebido da professora/pesquisadora e da auxiliar pela precisão e capricho demonstrados em cada detalhe da ilustração. Ao ser questionada sobre sua preferência pelo espaço, a criança expressou uma preferência pela brinquedoteca. Embora não tenha fornecido muitos detalhes verbais, sua expressão corporal sugeriu que essa preferência se deve à presença de brinquedos, especialmente carros e caminhões, que são de seu agrado.

Figura 17 - Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C4



Fonte: desenho produzido por C4

P: Você desenhou os objetos?

C4: uhum

P: O elefante, né?

C4: O sapo, isso aqui eu não sei desenhar direitinho (*aponta para o objeto real*).

AUX 1: Você gostou de ter vindo fazer as atividades aqui?

C4: Gostei.

P: Qual atividade você gostou mais? Ou gostou de todas?

C4: Todas.

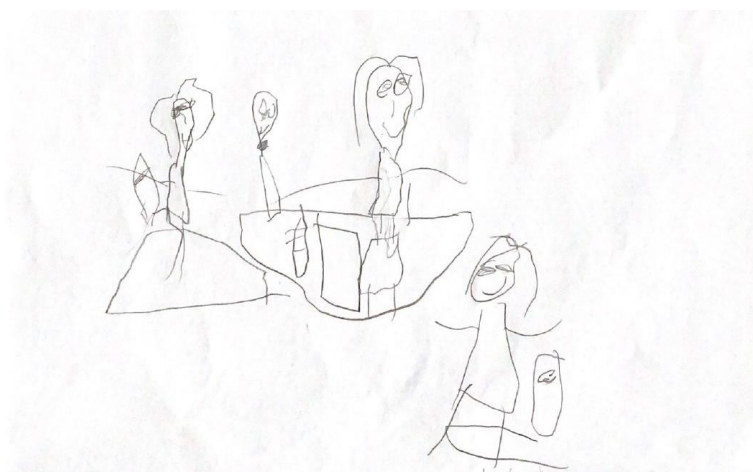
P: Como é que você tá aqui nesse desenho?

C4: Feliz porque tô aprendendo e fiz um monte de coisa.

Embora C4 seja tímido em se expressar verbalmente, seu desenho retrata com fidelidade todos os elementos da brinquedoteca. A ilustração inclui dois carros elétricos à esquerda, uma mesa com atividades curriculares, um estojo e um gravador. Também estão presentes as cadeiras, a auxiliar de pesquisa, a professora/pesquisadora e o próprio C4, ao lado do jogo "cara a cara". Além disso, C4 desenhou outra mesa com brinquedos do espaço, como um carro, um elefante, um sapo e um coelho, além de um banco em formato de lápis. Foram incluídas duas estantes com brinquedos, uma das quais está posicionada do lado oposto, razão pela qual um X foi utilizado para representar as hastes. Os triângulos no desenho simbolizam cones com objetos pendurados na parede.

Assim como os elementos retratados em seu desenho, C4 nomeou sua obra como "Brinquedoteca", em fiel correspondência ao espaço representado. Esta escolha reflete a precisão com a qual a criança capturou os detalhes do ambiente, demonstrando um reconhecimento detalhado e uma conexão pessoal com o espaço. A obra não apenas reproduz os elementos físicos do ambiente, mas também evidencia a importância e a familiaridade que C4 atribui a esse espaço específico.

Figura 18 – Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C5



P: Quem é essa?
(*personagem do meio*)
C5: você!
P: Esse daqui é o seu ventiladorzinho?
C5: sim!
AUX 1: Como você está se sentindo nesse desenho?
C5: Feliz.
AUX 1: Por que que você tá feliz?
C5: Porque eu tô brincando com vocês.

Fonte: desenho produzido por C5

C5 desenhou a mesa da brinquedoteca, incluindo as atividades pedagógicas escolares e o ventilador portátil, que foi adquirido pela mãe devido ao calor intenso no hospital. No lado esquerdo do desenho, C5 se retrata segurando uma das atividades, enquanto no centro da ilustração está a professora/pesquisadora. No lado direito, aparece a auxiliar de pesquisa ao lado da prancha com o protocolo de observação.

Embora a criança tenha optado por não nomear sua ilustração, expressou sua satisfação em "brincar" com as professoras. Este sentimento de contentamento alega uma experiência positiva e significativa durante as atividades realizadas, destacando a importância da interação lúdica e educativa no contexto hospitalar. O desenho, portanto, não apenas documenta elementos específicos do ambiente, mas também revela a experiência emocional e a conexão estabelecida entre C5 e as profissionais envolvidas.

Figura 19 – Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C6



Fonte: desenho produzido por C6

AUX 1: De manhã sua mãe falou que você estava entediado! E agora? O que você tá sentindo?

C6: (não responde)

P: Você gostou?

C6: uhum!

P: O que você achou da gente vir aqui?

C6: Foi legal!!

P: E se pudesse dar um nome para esse desenho?

C6: Pode dar o nome de um filme?

P: Um filme? Pode ser!!

C6: (escreve o nome do filme no desenho "Divertidamente")

C6 representou-se sentado à mesa, ao lado da professora, que está em pé, com destaque para o tamanho de sua máscara. A criança desenhou, espalhadas pela folha, diversas atividades pedagógicas escolares desenvolvidas. Entre essas atividades, estão a leitura do livro "Lino", a resolução de exercícios de matemática envolvendo contas e situações-problema de multiplicação, e o jogo "Cara a Cara".

O participante intitulou sua obra com uma referência ao filme "Divertidamente", destacando assim os seus sentimentos durante sua participação na pesquisa. Essa escolha de título aponta uma tentativa de externalizar e compartilhar seu estado emocional, estabelecendo um paralelo entre as situações apresentadas no filme e suas próprias vivências durante as atividades.

C6 foi uma das crianças que expressou descontentamento em relação à escola na entrevista semiestruturada. Durante a construção do desenho, em conversa com a professora/pesquisadora, C6 mencionou que gostou de brincar, mas afirmou que trazer a escola para o ambiente hospitalar não tinha sido uma experiência agradável. A criança desejava momentos de relaxamento e, embora tenha manifestado preferência pelas atividades pedagógicas escolares desenvolvidas pela pesquisadora em colaboração com a auxiliar de pesquisa, C6 não conseguiu detalhar completamente sua opinião sobre não ter gostado de trazer a escola para o hospital.

P: O que você achou de ter uma professora no hospital? O que você achou de brincar, de vir aqui na brinquedoteca?

C6: Brincar foi legal, mas trazer a escola pra cá, não!

P: Você não gostou? Mas a atividade que eu trouxe não foi de continha de vezes?! Você falou que gostava dessa matéria!!

B: Sim, mas eu queria relaxar.

MÃE: Você não falou que estava entediado de não fazer nada?

P: As atividades que eu trouxe foi legal?

C6: sim!!

P: você tem atividades assim na escola?

C6: não!

P: Então... Olha que diferente!!

À vista disso, verifica-se que, para C6, o hospital é representado como um local destinado ao relaxamento e ao cuidado da saúde, não ao estudo. Entretanto, apesar dessa visão, C6 argumentou ter apreciado as atividades pedagógicas escolares desenvolvidas durante a experiência, demonstrando uma preferência pelo jogo. Portanto, C6 valoriza as atividades lúdicas e interativas, sugerindo que tais abordagens podem proporcionar uma experiência educacional mais agradável e significativa, sendo necessário ampliá-las para o ambiente da escola regular.

Figura 20 - Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C7



P: O que que você vai desenhar aí?

C7: Eu vou desenhar um lápis aqui.

P: O que é isso, hein? (*aponta para o desenho com os números*) Os números?

C7: (*concorda com a cabeça*) Ainda posso fazer um jogo aqui?

P: Pode fazer um jogo aí. O jogo chama "Cara a cara"!

P: Como você está se sentindo?

C7: Feliz!!

P: Feliz? Por que que você tá feliz?

C7: Porque nois tava jogando o jogo.

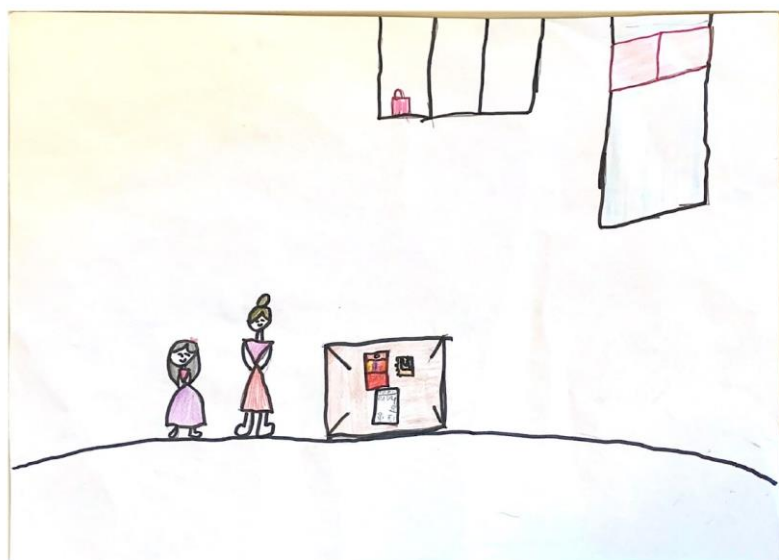
P: Até a linguinha pra fora você fez, né?!

Fonte: desenho produzido por C7

C7 desenhou na mesa a atividade curricular relacionada aos conceitos de antecessor e sucessor, além de representar o jogo e a prancheta com lápis. De um lado da mesa, C7 desenhou seu próprio rosto, enquanto do outro lado está a professora/pesquisadora. O desenho também

inclui a ilustração de um sol, representando um elemento externo. O participante intitulou sua obra com uma referência ao jogo "Cara a Cara". A criança optou por não colorir o desenho, justificando sua decisão com o cansaço resultante de sua enfermidade e expressando uma aversão à atividade de pintura.

Figura 21 – Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C8



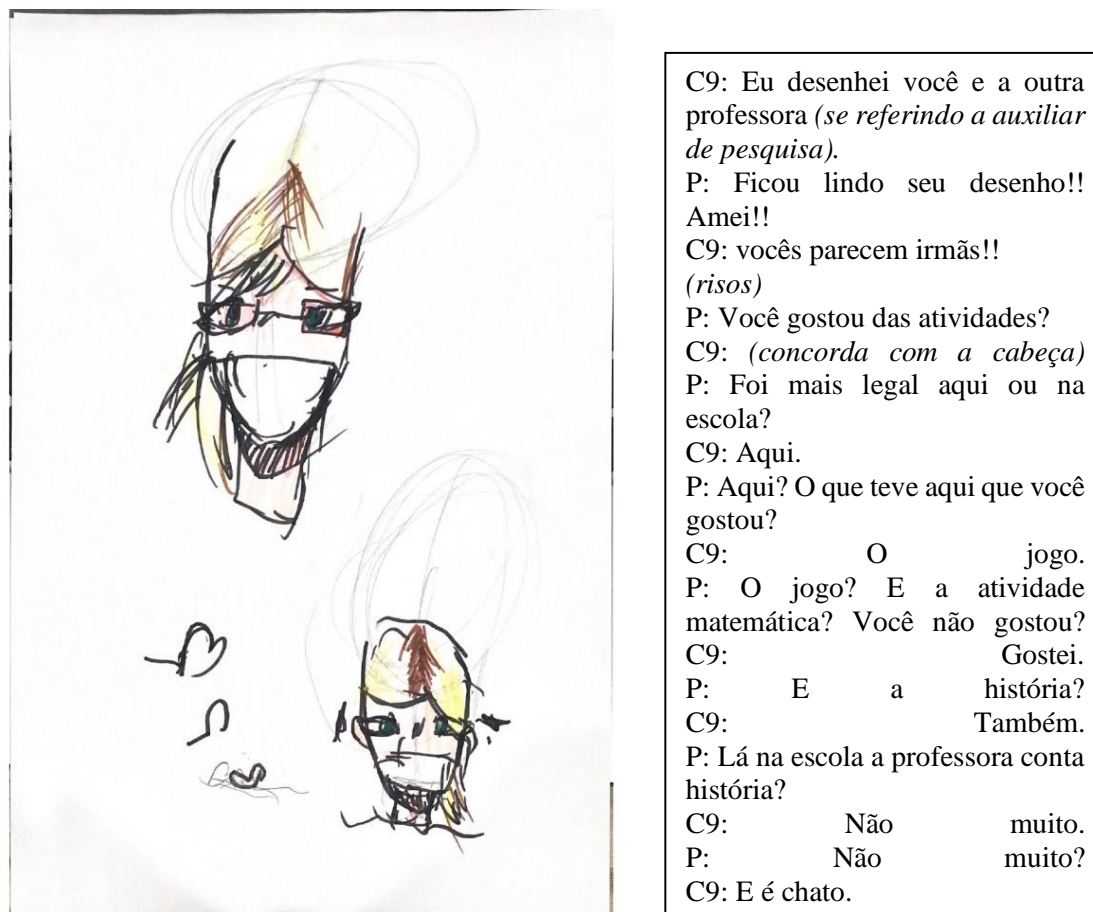
C8: Eu desenhei uma mesa e desenhei eu e você do lado da mesa.
 P: E na mesa o que você fez?
 C8: Lápis de cor, caderno e atividade... atividade de matemática.
 P: Você gostou de ter professora no hospital?
 C8: Sim.
 P: Você queria que tivesse todo dia professora no hospital?
 C8: Todo dia não, né? Só de vez em quando, né?!

Fonte: desenho produzido por C8

C8 foi a única participante a realizar a mediação pedagógica diretamente no leito hospitalar, o que se reflete na inclusão da cama em seu desenho. Observa-se que a criança se retratou em pé ao lado da professora, todavia as atividades foram realizadas enquanto estava sentada na maca. Além disso, a criança ilustrou uma mesa, normalmente utilizada para o lanche, que continha lápis de cor, um caderno (apesar da atividade ter sido entregue em papel) e a lição de matemática realizada.

Embora C8 não tenha conseguido nomear sua obra, destacou ter apreciado a presença da professora no hospital. No entanto, expressou a preferência por não realizar atividades escolares diariamente nesse ambiente. Esse relato evidencia a importância da interação pedagógica para C8, ao mesmo tempo em que sublinha a necessidade de equilibrar as atividades escolares com o desejo de descanso e recuperação no contexto hospitalar.

Figura 22 – Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C9



Fonte: desenho produzido por C9

C9 relatou durante a entrevista que não gostava da escola, pois tinha sido vítima de *bullying*, mas preferiu não entrar em detalhes sobre os episódios. A mãe de C9 informou que a família chegou à cidade em fevereiro de 2024 e, desde então, a criança não conseguiu se adaptar, especialmente à escola. A criança destacou que as atividades escolares consistiam principalmente em longas transcrições de textos da lousa, tornando-a ainda mais desinteressante. Embora a sua professora conte histórias, C9 considera o enredo enfadonho e sem sentido. A mãe também expressou sua insatisfação com a escola, classificando-a como atrasada. Segundo ela, C9 já havia aprendido no ano anterior, em sua cidade natal, os conteúdos que estão sendo abordados atualmente.

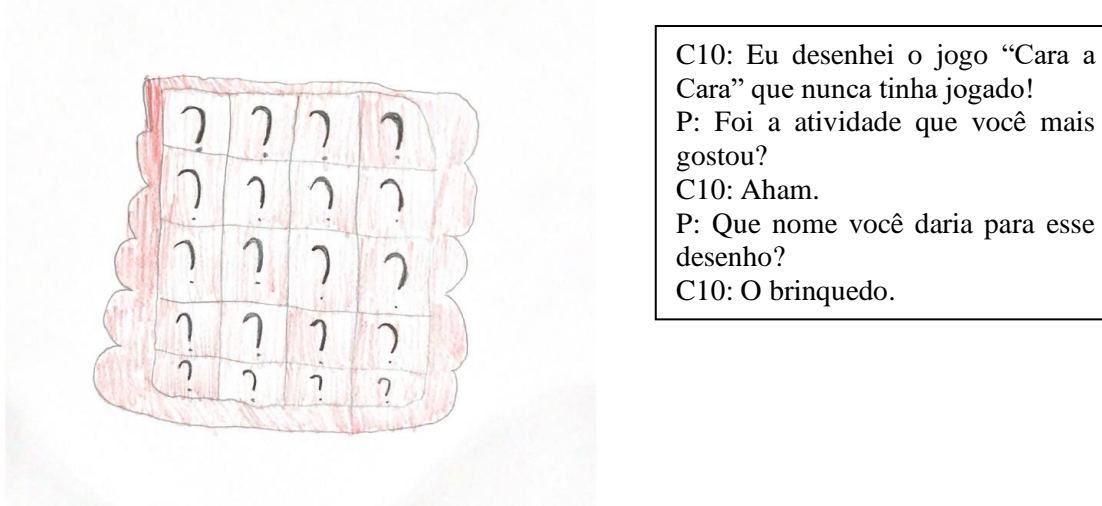
A participante desenhou a professora/pesquisadora e a auxiliar de pesquisa, ressaltando que ambas são muito parecidas, como se fossem irmãs, além de utilizarem óculos e terem cabelos loiros. Em seguida, C9 tentou desenhar um pato, demonstrando suas técnicas de desenho. Durante o diálogo, procurou-se obter mais informações sobre sua preferência por desenhar, porém a criança, bastante reservada, não expandiu a discussão, conforme se observa

no excerto abaixo:

P: Você tem umas técnicas bem interessantes pra desenhar. Quem te ensinou?
 A professora de artes?
 C9: (discorda com a cabeça)
 P: Não? Você que aprendeu sozinha? Você viu na internet?
 C9: (discorda com a cabeça)
 P: Também não? Mas você gosta de desenhar, né?
 C9: (concorda com a cabeça)

Apesar de C9 optar por não nomear sua obra, ela destacou uma preferência clara pelas atividades realizadas no hospital em comparação com aquelas realizadas na escola, especialmente o jogo. Esse dado evidencia que as atividades lúdicas não são priorizadas no ambiente escolar, sendo que deveriam ser exploradas por serem atrativas e significativas. Além disso, é importante considerar que a atividades curricular desenvolvida no hospital foi elaborada com base nas preferências da participante, o que resultou em uma maior familiarização e aceitação por parte de C9. Esse dado aponta que um enfoque mais personalizado, individualizado e lúdico poderia ser benéfico também no contexto escolar.

Figura 23 - Representação social do hospital a partir da mediação pedagógica para C10



Fonte: desenho produzido por C10

O desenho de C10 não apresenta muitas informações, uma vez que, durante todo o desenvolvimento da pesquisa, a participante relatou estar sentindo fortes dores na barriga. Assim como os participantes C9, C7, C6, C4 e C2, C10 retratou o jogo "Cara a Cara", destacando nunca ter vivenciado essa atividade anteriormente e expressando ter gostado da experiência. Ela nomeou sua ilustração como "O Brinquedo".

Essa recorrência na escolha do jogo “Cara a Cara” entre diversos participantes aponta que atividades lúdicas e interativas, como jogos de tabuleiro e jogos com regras, despertam interesse e proporcionam uma experiência positiva para as crianças. A preferência por essas atividades indica a importância de incorporá-las mais frequentemente tanto em contextos escolares quanto terapêuticos.

Para a análise dos desenhos-estória, foram estabelecidas três categorias. A primeira, intitulada "Espaço físico no hospital para o desenvolvimento de atividades pedagógicas escolares", destaca a importância de um espaço físico específico no ambiente hospitalar para a realização de atividades pedagógicas escolares. Esse ambiente é essencial para garantir a continuidade do processo de ensino-aprendizagem e promover o sentimento de “normalidade”, mesmo em meio ao contexto de tratamento de saúde.

A segunda categoria, denominada “Representação social do coletivo no ambiente hospitalar a partir da mediação pedagógica,” aborda a interação das crianças com a figura do professor e do auxiliar de pesquisa. Por fim, a terceira categoria, “Ludicidade na mediação pedagógica,” explora o papel dos jogos na mediação pedagógica e seu impacto no processo de ensino-aprendizagem. Assim, esta categoria discute como a integração de elementos lúdicos pode enriquecer a experiência educativa e promover o desenvolvimento cognitivo, emocional e social das crianças doentes em internação.

5.4.1 Espaço físico no hospital para o desenvolvimento de atividades pedagógicas escolares

Os desenhos realizados pelos participantes C2, C3, C4 e C6 destacam de maneira clara o ambiente físico da brinquedoteca, que serviu como espaço para o desenvolvimento das atividades pedagógicas escolares. Em particular, os desenhos de C2 e C4 se caracterizam pela riqueza de detalhes, retratando com precisão os diversos elementos que compõem o ambiente, como brinquedos, estantes, jogos, bancos, mesas e cadeiras. Os desenhos de C3 e C6 dão ênfase às mesas e cadeiras utilizadas, bem como à presença da professora/pesquisadora, da auxiliar de pesquisa e às atividades realizadas durante a pesquisa.

A instalação de brinquedotecas em espaços que ofereça atendimento pediátrico em regime de internação é assegurada pela legislação brasileira, conforme estipulado na Lei Federal nº 11.104, de 21 de março de 2005. Desse modo, a normativa garante que o espaço deve ser equipado com brinquedos e jogos educativos, destinados a incentivar as crianças e seus acompanhantes a brincar.

A brinquedoteca as faz renascer, dá-lhes alegria, o brincar e os brinquedos

estimulam sua fantasia, descobrem amigos, é um lugar cheio de histórias, música, desenhos, teatro. Se a doença é mais grave e a criança tem que permanecer acamada, os brinquedos são levados até elas (Veigas, 2011, p. 104).

Assim, por meio do brincar as “[...] crianças expressam suas emoções, sensações e pensamentos sobre mundo e também é um espaço de interação consigo mesmo e com os outros [...]” (Santos, 2001, p. 89). Em outras palavras, o ato de brincar oferece aos sujeitos a possibilidade de reelaborar, reinterpretar e reconstruir a realidade ao seu redor.

À vista disso, a brinquedoteca em ambientes hospitalares assume o papel de recurso terapêutico, proporcionando um espaço em que o lúdico se torna um importante aliado no enfrentamento de situações adversas, como o tratamento de saúde, em busca da promoção do bem-estar emocional e psicológico das crianças.

É importante mostrar como o brincar e a criação de brincadeiras na enfermaria, UTI e ambulatório podem auxiliar o tratamento da criança doente, amenizando seu sofrimento e fortalecendo o vínculo entre ela e seu acompanhante, fazendo com que se desenvolva uma participação mais afetiva entre eles durante a internação. Auxilia também a melhora do sofrimento observado nas crianças e em seus acompanhantes, criando um ambiente mais humanizado, no qual as pessoas têm a oportunidade de compartilhar suas percepções e experiências a respeito da doença e das transformações que esta acarreta (Macedo, 2008, p.65).

A pesquisa de Melo e Valle (2010) teve como finalidade desvelar o sentido de Sercriança com câncer em tratamento ambulatorial, utilizando a brinquedoteca como possibilidade de favorecer a expressão. Os resultados indicam que a brinquedoteca é utilizada como um espaço de refúgio da realidade hospitalar, em que as crianças podem expressar seus medos e ansiedades relacionados à doença e ao tratamento oncológico. Nesse ambiente, elas encontram um lugar de acolhimento, visto que podem estar consigo mesmas brincando sem se sentirem solitárias.

O estudo de Vieira *et al.* (2023) analisa o papel social da brinquedoteca hospitalar no processo de inclusão da criança hospitalizada. Os autores concluem que, além dos benefícios conhecidos do brincar, como o desenvolvimento da criatividade, da imaginação, do raciocínio lógico e das habilidades motoras, a brinquedoteca hospitalar também exerce um papel fundamental na redução dos conflitos internos, das angústias e dos sentimentos negativos provocados pela doença.

Embora o hospital da presente pesquisa tivesse uma brinquedoteca, não havia um profissional responsável pela condução de atividades planejadas com objetivos definidos. Em virtude disso, o espaço era utilizado principalmente para o brincar livre das crianças, sem

orientação específica, servindo também como um local de interação social de família-profissional de saúde, criança-criança e família-família.

Ademais, o hospital não possuía um professor hospitalar, sendo assim, não tinha uma estrutura física específica para o desenvolvimento de atividades pedagógicas escolares. Com base no documento elaborado pelo MEC (Brasil, 2002), as exigências mínimas da sala destinada à Classe Hospitalar devem conter mobiliário adequado e uma bancada com pia. Ademais, ter disponível “recursos audiovisuais, como computador em rede, televisão, vídeo-cassete, máquina fotográfica, filmadora, videokê, antena parabólica digital e aparelho de som com CD e k7, bem como telefone, com chamada a ramal e linha externa” (Brasil, 2002, p. 16), ferramentas essenciais para o planejamento, implementação e avaliação do trabalho pedagógico.

Nota-se que o próprio documento se apresenta desatualizado, demandando revisões e atualizações em função das transformações tecnológicas e pedagógicas ocorridas ao longo do tempo. Equipamentos como aparelhos de CD, K7, vídeo-cassete e máquina fotográfica foram substituídos por dispositivos modernos, como caixas de som via *Bluetooth*, *smartphones*, *notebooks* e *tablets*, que oferecem maior versatilidade e acessibilidade. Diante dessas mudanças, torna-se imprescindível um esforço coletivo da área para redefinir novas diretrizes que orientam a estrutura e o funcionamento do espaço da Classe Hospitalar, garantindo que acompanhe as inovações tecnológicas e atenda adequadamente às necessidades pedagógicas e terapêuticas das crianças doentes.

A presença de uma brinquedoteca no hospital é crucial para assegurar o direito de brincar, um aspecto essencial ao desenvolvimento infantil. No entanto, além de oferecer esse espaço lúdico, é igualmente indispensável a criação de um ambiente pedagógico estruturado, que permita a continuidade do atendimento educacional. Esse espaço não apenas reforça o direito da criança à educação, mas também resgata sua identidade como estudante, ao mesmo tempo que reafirma o papel do professor no contexto hospitalar.

Nos primeiros desenhos de C2, C3, C4 e C6 sobre a representação social do hospital, os participantes destacaram ações como esperar o atendimento médico (C6) e permanecer deitado/sentado na cama do leito com acesso do soro no braço (C2, C3 e C4). Por outro lado, os desenhos da representação social do hospital a partir da mediação pedagógica ganha um novo espaço, a brinquedoteca. Os objetos que antes eram restritos às cadeiras, cama e soro, tornam-se brinquedos, jogos e atividades escolares.

À vista disso, é notório o acréscimo de um novo personagem na representação social do hospital para os participantes. O que antes era visto como um espaço restrito exclusivamente

aos cuidados médicos, agora se expande para um espaço que possibilita o brincar e a aprendizagem escolar.

5.4.2 Representação social do coletivo no ambiente hospitalar a partir da mediação pedagógica

Os desenhos de C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8 e C9 destacam a figura do professor/pesquisador como um elemento central na representação social do hospital a partir da mediação pedagógica. Além desse personagem, C3, C4, C5 e C9 também evidenciaram a presença do auxiliar de pesquisa, ampliando a rede de apoio, cuidado e interação. À vista disso, a representação social do hospital passa a incorporar um novo elemento: o coletivo. Para Bieger, Ziesmann e Lepke (2018, p. 101) “a interação social entre os sujeitos é indispensável no processo de ensino e aprendizagem, favorecendo a apreensão dos conhecimentos de maneira significativa”.

Inicialmente nos primeiros desenhos de C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8 e C9 sobre a representação social do hospital, os participantes destacam ações como esperar o atendimento médico (C6), permanecer deitado/sentado na cama do leito com acesso do soro no braço (C2, C3, C4, C5, C8) e a equipe de enfermagem (C7 e C9).

a criança que é hospitalizada tem dificuldade de compreender o que se passa com ela, de assimilar a doença e os procedimentos médicos necessários para o tratamento. O impacto da hospitalização permeia o imaginário infantil podendo acarretar consequências negativas (Silva, 2012, p. 01 - 02).

A representação social do hospital agora se expande, incorporando novos personagens: a professora/pesquisadora e o auxiliar de pesquisa. Nesse contexto, conforme destacado por Tinée e Ataíde (2012), o docente desempenha o papel de "outro social", atuando como intermediador e agente de ressignificação do hospital.

Para Freire (2004), ensinar exige querer bem aos educandos, em que o professor deve assumir sua afetividade de forma consciente e comprometida. Esse vínculo afetivo é fundamental para estabelecer uma relação pedagógica autêntica, em que o professor se compromete integralmente com o desenvolvimento dos estudantes. Além disso, a afetividade deve ser acompanhada de alegria no ato de educar, aliada à competência científica e ao domínio técnico. Esses elementos, colocados a serviço da transformação social e do aprendizado, tornam-se pilares essenciais para uma prática educativa eficaz e humanizadora. Portanto, o professor não apenas transmite conhecimento, mas também promove um ambiente de

acolhimento, respeito e desenvolvimento integral.

Para Fonseca e Ceccim (1999, p. 83) “o trabalho do educador no hospital é importante a fim de evitar prejuízos maiores, possibilitando a inclusão educativa e social”. O prejuízo diz respeito ao afastamento da criança de seu grupo social, como colegas, professores, amigos e familiares. Nesse contexto, o trabalho pedagógico hospitalar busca restaurar essa conexão, proporcionando a continuidade do aprendizado escolar. A presença do professor, dos materiais didáticos e de outros profissionais permite que a criança socialize e resgate a linguagem escolar, bem como promove o resgate do sentimento de humanidade.

A realização de atividades educativas durante o período de internação contribui para a redução da ansiedade associada ao ambiente hospitalar, minimizando a dor, medo e desconfiança. Além disso, tais atividades oferecem à criança a oportunidade de atender às suas demandas cognitivas e de se desvincular, ainda que temporariamente, das limitações impostas pelo tratamento de saúde. Essa abordagem favorece uma vivência mais positiva durante a hospitalização, se sentindo menos doentes e ajudando a preservar o vínculo com sua identidade e rotina fora do ambiente hospitalar (Fonseca, 2003).

O cuidado com a saúde vai além da intervenção médica sob a doença, trata-se, sobretudo, de criar condições para acessar recursos necessários para manutenção ou a recuperação do seu estado de saúde. Nesse sentido, é imprescindível que as práticas de saúde ultrapassem o foco no diagnóstico e tratamento de enfermidades, atuando de maneira intersetorial e interdisciplinar sobre os fatores sociais que determinam a saúde (Deslandes, 2005).

Os dados da presente pesquisa evidenciam que o professor não só facilita o processo de aprendizagem, mas também promove a humanização do espaço, buscando transformar a experiência hospitalar em algo mais próximo da realidade cotidiana da criança. O participante agora passa a compreender que o hospital além dos serviços prestados ao cuidado da saúde física, é espaço de estudar, brincar e se desenvolver em todos aspectos.

5.4.3 Ludicidade na mediação pedagógica

Os desenhos e narrativas de C2, C4, C6, C7 e C10 destacam, entre outros elementos do ambiente hospitalar, uma atividade escolar que despertou particular interesse: o jogo. As obras de C7 e C10, o jogo se torna o elemento central. C10, por exemplo, dedicou seu desenho exclusivamente à atividade, enquanto C7, além de representá-lo visualmente, acrescentou o nome do jogo à sua ilustração, reforçando sua importância na composição.

o brincar é uma atividade humana criadora, na qual imaginação, fantasia e realidade interagem na produção de novas possibilidades de interpretação, de expressão e de ação pelas crianças, assim como de novas formas de construir relações sociais com outros sujeitos, crianças e adultos (Vygotsky, 1991, p.35)

No ambiente hospitalar, a brincadeira possibilita que a criança expresse seus sentimentos, angústias e medos, ao mesmo tempo em que encontra uma forma de enfrentar os desafios da hospitalização e da doença. Esse processo contribui para a melhora da qualidade de vida e preservação da saúde mental. Ademais, permite a transição do desconforto para o conforto, pois, ao brincar, a criança experimenta um alívio temporário, percebe a dor diminuir, desvia a atenção de procedimentos invasivos e reduz a ansiedade causada por experiências incomuns e desafiadoras. Ao mesmo tempo, ela continua inserida em um ambiente de desconforto, que é o hospital (Barbosa Júnior, 2008).

Durante o desenvolvimento do jogo, os resultados da mediação pedagógica evidenciaram que os participantes demonstraram grande interesse, motivação e engajamento na atividade. Além disso, houve uma interação significativa entre professora/pesquisadora e criança, expressando o desejo de prolongar a brincadeira e compartilhar a experiência com outras pessoas. Vale ressaltar que, durante esse período, não houve relatos de desconforto ou queixas de dor, sugerindo que a atividade contribuiu para o seu próprio bem-estar.

a alegria, animação e o envolvimento dão mais agilidade não só a nossos pensamentos, como a nossos movimentos. A importância do brincar no ambiente hospitalar vem, portanto, colaborar com o bem-estar integrado e biopsicossocial da criança, favorecendo inclusive a sua melhor compreensão do que está se passando consigo (Oliveira, 2008, p. 30).

O estudo de Lino, Sommerhalder e Martins (2024) teve como finalidade evidenciar narrativas de crianças em tratamento de saúde sobre suas experiências em relação ao lúdico: brincar, jogar, divertir-se, aprender. Tratou-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e analítica. Participaram cinco crianças hospitalizadas de oito a 12 anos de idade. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, em que as pesquisadoras apresentavam temas geradores em fichas como desencadeadores das narrativas infantis. Os temas selecionados foram jogos ou brincadeiras que as crianças já haviam vivenciado no ambiente hospitalar.

Os resultados evidenciaram que a Classe Hospitalar foi reconhecida pelas crianças como um espaço essencial para a continuidade das atividades escolares, oferecendo maior flexibilidade e tornando o aprendizado mais prazeroso. Em comparação à escola regular, esse ambiente proporciona uma experiência mais alegre e divertida, visto que embora as atividades

apresentarem propostas semelhantes, as crianças destacaram a atenção das professoras e a oportunidade de realizar as atividades de forma mais flexível. Já o jogo, foi narrado pelas crianças na rotina vivenciada no hospital, em casa e na escola regular. Entretanto, as autoras destacam que o jogar na Classe Hospitalar desperta maior interesse infantil do que o ato de estudar os componentes curriculares (Lino; Sommerhalder; Martins, 2024).

Nesta pesquisa de mestrado, foram explorados dois tipos de jogos, os quais foram aplicados de acordo com a faixa etária das crianças. Para as mais velhas, foi utilizado o jogo Cara a Cara (Estrela, [s.d.]), que envolve dedução e estratégia, enquanto para as crianças mais novas, optou-se pelo jogo da memória, que estimula a atenção, concentração e o desenvolvimento cognitivo. A incorporação de jogos no ensino de conceitos abstratos e concretos contribui para o desenvolvimento de habilidades como raciocínio lógico, argumentação e interação social (Knechtel; Brancalhão, 2008). Ademais, ambos os jogos selecionados para execução se configuravam como jogos de regras.

os jogos de regras possibilitam a socialização e a interação entre as crianças; a construção de vínculos afetivos entre os jogadores (pacientes/pacientes, pacientes/acompanhantes, acompanhantes/acompanhantes, professores/pacientes, professores/acompanhantes); o resgate da cultura lúdica e da cultura infantil dentro do ambiente hospitalar; assim como a facilitação ao aprendizado de conteúdos escolares (Jesus, 2010, p. 52).

Nos desenhos de C2, C4, C6 e C7, além da representação do jogo, destaca-se a presença de uma figura que participa ativamente da brincadeira com a criança, identificada como a professora/pesquisadora. Para Macedo (2007), ao jogar, a criança desenvolve aspectos sociais e cognitivos que serão importantes para o seu futuro. No jogo de regras, a criança é colocada em situação que deve seguir as normas, contribuindo em lidar com limites e restrições, fatores essenciais para a prática da solidariedade e do compartilhamento.

Os resultados da representação social do hospital a partir da mediação pedagógica revela a importância das atividades lúdicas no período de internação das crianças doentes. Os jogos não apenas proporcionam momentos de alegria, descontração e aprendizagem, mas também resgatam elementos da vida cotidiana da criança fora do ambiente hospitalar. Assim, o lúdico se configura como uma ferramenta fundamental para manter o vínculo da criança com sua rotina habitual, auxiliando no enfrentamento do processo de hospitalização e no fortalecimento de sua identidade em meio às adversidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação de mestrado respondeu as perguntas de pesquisa e atingiu todos objetivos estabelecidos. Desse modo, inicialmente caracterizou as crianças doentes participantes da pesquisa, identificando as suas representações sociais do hospital por meio da técnica do Desenho-Estória com tema. Os dados revelaram predominantemente percepções positivas, com ênfase no cuidado e no suporte oferecido pela equipe de enfermagem, que foi amplamente valorizado pelas crianças. No entanto, também emergiram percepções negativas, relacionadas, sobretudo, à espera pelo atendimento médico, ao desconforto associado à punção venosa e ao tédio de permanecer deitado no leito por longos períodos. Esses dados ressaltam tanto os aspectos de acolhimento quanto os desafios enfrentados pelas crianças durante o período de hospitalização, fornecendo subsídios importantes para a humanização dos cuidados pediátricos.

A mediação pedagógica foi estruturada em três atividades pedagógicas escolares, desenvolvidas na seguinte ordem: contação de histórias, atividade curricular e jogo. A contação de histórias foi concebida como a atividade inicial, planejada com o intuito de estabelecer uma relação de confiança entre a professora/pesquisadora e a criança hospitalizada, além de fortalecer o vínculo e criar um ambiente acolhedor, agradável e motivador. A atividade curricular, realizada como segunda etapa, teve por objetivo não apenas garantir a continuidade do processo de escolarização, mas também reforçar elementos da identidade da criança, especialmente no que diz respeito à sua condição de estudante. Por fim, a inserção de um jogo ao término da mediação pedagógica baseou-se em sua eficácia como estratégia de enfrentamento da hospitalização. Esse tipo de atividade contribui para a diminuição do estresse e da ansiedade, favorece o bem-estar emocional, proporciona alívio diante da dor e do desconforto, facilita a expressão de sentimentos, fortalece a autoestima e a autoconfiança e colabora para a adaptação ao ambiente hospitalar, além de potencialmente acelerar a recuperação física.

Os resultados obtidos por meio do protocolo de observação da mediação pedagógica, destacaram a relevância central da relação professor-aluno no processo de ensino-aprendizagem. Esses dados evidenciaram que a qualidade dessa interação é fundamental para tornar o aprendizado mais significativo e engajador, ao criar um ambiente de familiaridade e confiança que favorece tanto o desenvolvimento cognitivo quanto emocional das crianças doentes. Ainda, é importante destacar que protocolo foi desenvolvido pela primeira vez, levando em consideração as particularidades e necessidades da pesquisa em questão. Em função

disso, torna-se imprescindível um processo contínuo de aprofundamento e revisão, a fim de garantir que seja replicado em pesquisas futuras.

A opinião das crianças acerca da mediação pedagógica revela resultados fundamentais para uma reflexão aprofundada sobre a prática instrucional do professor em ambiente hospitalar. Os dados indicam a necessidade de aperfeiçoamento contínuo das estratégias pedagógicas utilizadas, sugerindo a importância de pesquisas futuras que investiguem abordagens instrucionais mais eficazes para a aplicação do conteúdo curricular em contextos hospitalares. Esse aprofundamento poderá contribuir para a adaptação das práticas educativas, de modo a atender de forma mais adequada às necessidades dos estudantes em situação de internação.

Os desenhos-estória do hospital, produzidos a partir da mediação pedagógica, introduzem novos elementos neste contexto, como a brinquedoteca, a professora, auxiliar de pesquisa e os jogos. Além disso, os desenhos destacam a importância do brincar e estudar, ampliando a visão tradicional do hospital, que era centrada exclusivamente no cuidado à saúde. O hospital é representado também como um espaço que favorece o desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças. Essa nova perspectiva agrega ao ambiente hospitalar um lugar que, além de promover a recuperação física, contribui para o bem-estar integral da criança, proporcionando oportunidades de aprendizado e interação lúdica, essenciais para o seu desenvolvimento durante a internação.

O uso do desenho-estória como instrumento de coleta de dados foi essencial para permitir que as crianças expressassem suas percepções sobre o ambiente hospitalar. Esse instrumento proporcionou um novo olhar, centrado na participação e no empoderamento das crianças, reconhecendo a relevância de suas perspectivas e vozes, além de valorizar a autenticidade de suas contribuições.

Em relação às limitações do estudo, observa-se que o tempo de internação das crianças participantes influenciou sua representação social do hospital, uma vez que prevaleceram perspectivas positivas. Tal resultado possivelmente não seria observado em crianças com períodos mais prolongados de internação, o que poderia resultar em uma maior dificuldade de compreensão do ambiente hospitalar, tornando-o potencialmente mais negativo.

Entretanto, o trabalho pedagógico-educacional, independentemente do tempo de internação da criança, demonstrou ser uma estratégia promissora para promover o desenvolvimento integral da criança, abrangendo os aspectos educacionais, emocionais e sociais. Essa abordagem promove o encontro com o outro (relação interpessoal), seja com outras crianças doentes, seja com o professor, que se apresenta como uma figura familiar e

reconfortante e remanescente de sua rotina fora do contexto hospitalar.

À vista disso, o presente estudo abre caminhos para futuras investigações sobre a aplicação da técnica do desenho-estória em diferentes hospitais pediátricos, especialmente com crianças que permanecem internadas por longos períodos. Ademais, destaca a necessidade de aprimoramento contínuo e de maior disseminação do protocolo de mediação pedagógica desenvolvido pela autora, com o objetivo de torná-lo uma ferramenta ainda mais útil para avaliar as ações da professora e as respostas das crianças durante a aplicação de atividades pedagógicas escolares.

REFERÊNCIAS

- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Investigação de Representações Sociais. In: W. Trinca (Org.), **Formas de investigação clínica em psicologia: procedimento de desenhos-estórias: procedimento de desenhos de famílias com estórias**. São Paulo: Vetor, p. 255-288, 1997.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: ARTMED, 2014, 5a. ed. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2024.
- ANTUNHA, E. Jogos sazonais: coadjuvantes do amadurecimento das funções cerebrais. In: OLIVEIRA, V. **Brincar e a criança do nascimento aos seis anos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.
- ARAÚJO, Camila Camillozzi Alves Costa de Albuquerque. **Atendimento escolar em ambiente hospitalar: um estudo de caso do estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho/Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2017.
- ASSIS, Alessandra Santos.; LYRIO, Luzinete Barbosa; OLIVEIRA, João Danilo Batista. A meta de alfabetização de crianças na Bahia: cenários e perspectivas considerando os tempos de pandemia. **Revista Educação Básica em Foco**, Brasília, v.2, n. 4, p. 1-6, jan./ mar. 2021.
- ASSIS, Walkíria de. **Classe Hospitalar: um olhar pedagógico singular**. São Paulo: Phorte, 2009.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Crítério Brasil**. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 12 jul. 2024.
- BARBOSA JÚNIOR, F. D. **O brincar de crianças acometidas pelo câncer: efeitos e saberes**. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2008. Disponível em: < <http://cev.org.br/arquivo/biblioteca/4023433.pdf>>. Acesso em: 31 de jan. 2025
- BARROS, Alessandra S. Soares e. A prática pedagógica em uma enfermaria pediátrica: contribuições da classe hospitalar à inclusão deste alunado. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, p. 84-93, set./ dez. 1999.
- BATISTA, J. B.; PASQUALINI, J. C.; MAGALHÃES, G. M. Estudo sobre Emoções e Sentimentos na Educação Infantil. **Educação & Realidade**, v. 47, 16 maio 2022.
- BELANCIERI, M. F.; RODRIGUES, K. R.; CAMPELLINI, V. L. M. F.; REIS, V. L. DOS. Pedagogia hospitalar: intervenções na unidade pediátrica a partir da contação de histórias. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 39, n. 1, p. 53–64, 1 jun. 2018.
- BERNI, R. I. G. Mediação: conceito vygostkyano e suas implicações na prática pedagógica. Simpósio Nacional e I Simpósio Internacional de Letras e Linguística. **Anais...** Brasília, DF, 2006, v. 11, p. 2533-2542.
- BIEGER, J.; ZIESMANN, C. I.; LEPKE, S. Currículo e formação de professores: a inclusão

de surdos no ensino regular. In: ZIESMANN, C. I.; LEPKE, S. (Org.). **Reflexões, experiências e estudos da Libras: na perspectiva da educação**. Santa Maria: Gráfica Caxias, 2018, v. 1, p. 87-104.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em Tese. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v.2, n.1 (3), p. 68-80, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>. Acesso em: 15 set. 2023.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL, Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial**. Brasília: MEC/SEESP, 1994.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica**. Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC/SEESP, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. **Classe hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: estratégias e orientações**. Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC/SEESP, 2002.

BRASIL. Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 21 mar. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm. Acesso em 08 de set de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Resolução nº 4, de 2 de outubro de 2009**. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio, 2016.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**, nº 13.716, de 24 de setembro de 2018. Disponível em: <https://consae.net.br/wp-content/uploads/2018/10/SIC-36-2018.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Filariose Linfática (Elefantíase)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/elefantiose>. Acesso em: 06 ago.

2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Asma**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/asma>. Acesso em: 06 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dengue**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dengue>. Acesso em: 06 ago. 2024.

CAMARGO, S.P.H; RISPOLI, M. Análise do comportamento aplicada como intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. **Revista Educação Especial**, vol. 26, núm. 47, 2013.

CAMPOS, Andreza de; GONÇALVES, Jaqueline; BAPTISTELA, Ana Cristina. **Ensino nas horas difíceis: um estudo sobre escolarização de crianças em situação hospitalar**. Trabalho de Conclusão de Curso em Pedagogia. UFPE – PE, 2009.

CAMPOS, E. S. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Divisão de Organização Hospitalar, 1965.

CAMPOS-RAMOS, P. C., & BARBATO, S. Participação de crianças em pesquisas: uma proposta considerando os avanços teórico-metodológicos. **Estudos De Psicologia (natal)**, 19(3), 189–199, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000300004>. Acesso em 10 de jan. de 2025.

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

CARNEIRO, Maria Ângela Barbatto. **Brinquedoteca: um espaço interessante para favorecer o desenvolvimento da criança**. SP: PUCSP, 2015. Disponível em: <<http://www4.pucsp.br/educacao/brinquedoteca/downloads/brinquedoteca.pdf>> Acesso em 28.dez.2024.

CASTRO, D. P., ANDRADE, C. U. B., LUIZ, E., MENDES, M., BARBOSA, D., SANTOS, L. H. G. Brincar como instrumento terapêutico. **Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 246-254, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/280947178_Brincar_como_instrumento_terapeutico. Acesso em: 07 jan. 2025.

CASTRO, M. Z. Educação e saúde de mãos dadas para humanizar: desafios e perspectivas. In: MATOS, E. L. M. (Org.). **Escolarização hospitalar**. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 47-57.

CECCIM, R. B. **A escuta pedagógica no ambiente hospitalar**. In: FONSECA, E. S. (org.). **Atendimento Escolar Hospitalar**. O trabalho pedagógico no ambiente hospitalar: a criança doente também estuda e aprende. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2001.

COELHO, H. P. et al. Percepção da criança hospitalizada acerca do brinquedo terapêutico instrucional na terapia intravenosa. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 3, 2021.

COSTA, Jaqueline Mendes; ROLIM, Carmem Lucia Artioli. Classe hospitalar: atendimento educacional à criança em tratamento de saúde. **Educação & Formação**, vol. 5, núm. 3, 2020.

COSTA, M. A. D. J. D., AGRA, G., SOUZA Neto, V. L. D., SILVA, B. C. O. D., BRAZ, L. C. D. S. B., & MENDONÇA, A. E. O. D. Desvelando a experiência de mães de crianças com câncer. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, 2052-2065, 2016.

COSTA, T. S.; MORAIS, A. C. A hospitalização infantil: vivência de crianças a partir de representações gráficas. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 11, n. 1, p. 358–367, 2017.

COVIC, A. N; COSTA, S. M. M. da. O pedagogo hospitalar do hospital Santa Casa de Misericórdia de Limeira -SP: Percepção da equipe clínica e da equipe multidisciplinar. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.8, n.1, p.6624-6634 jan. 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/43218/pdf>. Acesso em: 23 dez. 2024.

COVIC, A. N.; OLIVEIRA, F. A. de M.; ZECCHIN, V. G.; BASTOS, A. C. Tecendo Relações entre Educação e Saúde: processo de escolarização de alunos gravemente enfermos. **Revista Internacional de Humanidades Médicas**, Volume n 6(2), 2017. Disponível em: <https://journals.eagora.org/revMEDICA/article/view/1567/1106>. Acesso em: 22 nov. 2023.

CHIATTONE, H. B. de C. Relato de experiência de intervenção psicológica junto a crianças hospitalizadas. Em V. A. Angerami-Camon(Org.), **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar** (pp. 15-57). São Paulo: Traço, 1984.

CHIOTE, F. DE A. B. A mediação pedagógica no desenvolvimento do brincar da criança com autismo na educação infantil. **Pró-Discente**, v. 19, n. 2, 2013.

CLAUDINO T. V., CARVALHO G.S., SIGAUD C.H. Percepções de crianças hospitalizadas acerca da contação de histórias. **Rev Soc Bras Enferm Ped**. 21(1):22-8, 2021.

DAMIANI, M. F.; ROCHEFORT, R. S.; CASTRO, R. F. DE; DARIZ, M. R.; PINHEIRO, S. S. Discutindo pesquisas do tipo intervenção pedagógica. **Cadernos de Educação**, n. 45, p. 57-67, 2013.

DePAEPE, P.; GARRISON-KANE, L.; DOELLING, J. Supporting students with health eeds in schools: an overview of selected health conditions. **Focus on exceptional children**, Denver, v.35, n.1, 2002. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/ba7e66479a17c536ed501b4550027deb/1?pq-origsite=gscholar&cbl=48488>. Acesso em 05 de ago 2024.

DEPIANTI, J. R. B., MELO, L. L., & RIBEIRO, C. A. Brincando para continuar a ser criança e libertar-se do confinamento da hospitalização em precaução. **Escola Anna Nery**, v. 22 n. 2, 2018.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface–Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 401-403, 2005.

ESTRELA. **Cara a Cara**. [Jogo de tabuleiro]. São Paulo: Estrela, s.d.

FACCI, M. G. D. A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vygotsky. **Cadernos Cedes**. Campinas, SP, abr. 2004, v. 24, n° 62, p. 64-81.

FERRAZ, C. O. **Representação social da criança com fissura labiopalatina: intervenção por meio de leitura de história**. Dissertação (Psicologia) – Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Bauru, 2013.

FERREIRA, N. et al. Representação Social do Lúdico no Hospital: o olhar da criança. **Revista Brasileira Crescimento desenvolvimento humano**, v.24, n.2, p-188-194, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822014000200011&script=sci_arttext&tlng=pt#:~:text=Conclui%2Dse%20que%20o%20%C3%BAdico,realidade%20cotidiana%2C%20ou%20transformar%20a. Acesso em: 12 set. 2022.

FIOCRUZ. **Pneumonia**. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/pneumonia>. Acesso em: 06 ago. 2024.

FONSECA, E. S. **Atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados: realidade nacional**. Brasília: MEC/INEP, 1999.

FONSECA, E. S. **Atendimento escolar no ambiente hospitalar**. São Paulo: Memmom, 2003. p. 7-10.

FONSECA, E. S. **Atendimento escolar no ambiente hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Memnon, 2008.

FONSECA, E. S. Classe Hospitalar e atendimento escolar domiciliar: direito de crianças e adolescentes doentes. **Revista Educação e Políticas em Debate**, v.4, n.1, Jan.-Jul., 2015.

FONSECA, Eneida Simões da. Educação de crianças e adolescentes doentes: reflexões sobre a hospitalização e o atendimento escolar. **Revista Educação**, v. 45, n. 2, p. 1-18, abr. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reeducacao/article/view/40211/pdf>. Acesso em: 23 dez. 2024.

FONSECA, E.S.; CECCIM, R.B. Atendimento pedagógico-educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada. **Temas sobre Desenvolvimento**, v,7, n.42, p.24-36, 1999.

FONSECA, L. G. A., PANCIEIRA, S. D. P., & ZIHLMANN, K. F. Hospitalização em Oncologia Pediátrica e Desenvolvimento Infantil: Interfaces entre Aspectos Cognitivos e Afetivos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, (n.spe 3), e189238, p. 1-14, 2021.

FONSECA, Maria Elisa Granchi; CIOLA, Juliana de Cássia Baptistella. **Vejo e Aprendo: Fundamentos do Programa TEACCH – O ensino Estruturado para Pessoas com Autismo**. 2 ed. Ribeirão Preto: Book Toy, 2016.

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

FONTES, R., S. A reinvenção da escola a partir de uma experiência instituinte em hospital. **Educ. Pesqui.**, v.30, no.2, ago. p. 271-282, 2004.

FONTES, Rejane. O desafio da educação no hospital. **Presença Pedagógica**, Porto Alegre, v. 11, n. 64, p. 21-29, jul./ ago. 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Tradução Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FRANCO, J. H. M. et al. A musicoterapia em oncologia: percepções de crianças e adolescentes em cuidados paliativos. **Escola Anna Nery**, v.25, n.5, 2021.

FRANÇA, J. R. F. S., COSTA, S. F. G., LOPES, M. E. L., NÓBREGA, M. M. L., BATISTA, P. S. S., & OLIVEIRA, R. C. Experiência existencial de crianças com câncer sob cuidados paliativos. **Revista Brasileira De Enfermagem**, v. 71 (Suppl 3), 2018.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**, 17^a. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 148p.

GONÇALVES, A. G.; MANZINI, J. E. **Classe hospitalar: poesia, texto e contexto de crianças e adolescentes hospitalizados**. ABPEE, Marília, 2011.

GONÇALVES, A. G.; SOUZA, S. G. P. de. Jogo Educacional Digital como meio de compreensão de crianças e adolescentes hospitalizados sobre os procedimentos de punção venosa. **Revista Diálogos e Perspectivas em Educação Especial**, v.5, n.2, p.199-214, Jul.-Dez, 2018.

Governo do Estado de São Paulo. **Diversão em hospital reduz estresse de crianças**. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/diversao-em-hospital-reduz-estresse-de-criancas/>. Acesso em: 7 set. 2024.

GUIZZO, B. S.; BALDUZZI, L.; LAZZARI, A. Protagonismo infantil: um estudo no contexto de instituições dedicadas à educação da primeira infância em Bolonha. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, v. 35, n. 74, p. 271-289, mar./abr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/Q8GkJhftbBCQn6jgXK3Jxvg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2025.

HOSTERT, P. C. C. P. et al. Brincar e problemas de comportamento de crianças com câncer de classes hospitalares. **Psicologia, Teoria e Prática**, São Paulo, v.16, n.1, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872014000100, Acesso em: 12 set. 2022.

JESUS, Adriana Santos de. **Classe hospitalar: análise da viabilidade de utilização de jogos de regras numa enfermaria pediátrica**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/32633>. Acesso em: 10 jan. 2025.

KISHIMOTO, Tizuco Morchida. Brinquedos e Brincadeiras na Educação Infantil. **Anais do I**

Seminário Nacional: Currículo em Movimento- Perspectivas Atuais. Belo Horizonte: Ministério da Educação, 2010.

KISHIMOTO, T. (org). **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação.** 14. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

KNECHTEL, Carla Milene; BRANCALHÃO, Rose Meire Costa. Estratégias lúdicas no ensino de ciências. **Secretaria de Estado de Educação do Paraná**, v. 16, 2008.

LIBÂNEO, J. C. A aprendizagem escolar e a formação de professores na perspectiva histórico-cultural e da teoria da atividade. **Educar em Revista**, 2004, nº 24, p. 113-147.

LIBÂNEO, J. C. **Temas de pedagogia: diálogos entre didática e currículo.** São Paulo: Cortez, 2012.

LIMA, Tamara de.; SOUZA, Leandro Aparecido de. O fracasso escolar à luz da teoria histórico cultural: reflexões acerca da culpabilização do aluno. **Colloquium Humanarum**, Presidente Prudente, v. 17, p. 137-150 jan/dez 2020.

LINO, Ana Maria; SOMMERHALDER, Aline; MARTINS, Andressa de Oliveira. Narrativas de crianças em classe hospitalar: jogar, interagir e estudar. **Revista Eletrônica de Educação**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. e6938224, 2024. DOI: 10.14244/reveduc.v18i1.6938. Disponível em: <https://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/6938>. Acesso em: 31 jan. 2025.

LOPES, Alice Ribeiro Casimiro. Pluralismo cultural: preconizando o consenso ou assumindo o conflito? **Espaço**, Rio de Janeiro, n. 8, p. 31-37, 1997.

LOSS, A. S. **Para onde vai a Pedagogia?: os desafios da atuação profissional na pedagogia hospitalar.** Curitiba: Appris, 2014. 132 p.

LUCON, C. B. **Representações sociais de adolescentes em tratamento do câncer sobre a prática pedagógica do professor de classe hospitalar.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Bahia, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/11786>. Acesso em: 12 set. 2022.

LUCKESI, Cipriano Carlos. **Ludicidade e atividades lúdicas: uma abordagem a partir da experiência interna.** Salvador: GEPEL, Programa de Pós-Graduação em Educação, FAGED/UFBA, 2002.

MACEDO, J. A Criação de uma Brinquedoteca Hospitalar com Enfoque Psicodramático. In: VIEGAS, D. **Brinquedoteca Hospitalar: isto é humanização.** Associação Brasileira de Brinquedotecas. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2008.

MACEDO, L. **Ensaio Pedagógico: como construir uma escola para todos?** Porto Alegre, Artmed, 2007.

MALUF, A. C. M. **Brincar: Prazer e Aprendizado.** Petrópolis: Vozes, 2003.

MANZINI, E. J. **Análise de entrevista.** ABPEE, 2020.

MARCHESI, A.; GIL, C. H. **Fracasso escolar: uma perspectiva multicultural**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MASETTO, M. T. **Competência pedagógica do professor universitário**. São Paulo: Summus, 2003.

MASETTO, M. T. Mediação pedagógica e o uso da tecnologia. *In*: MORAN, J. M.; MASETTO M. T.; BEHRENS, M. A. **Novas tecnologias e mediação pedagógica**. São Paulo: Papirus, 2000. p. 133-173.

MATOS, Elizete Lucia Moreira; MUGIATTI, Maria Terezinha. **Pedagogia Hospitalar**. Curitiba: Champagnat, 2001.

MATURANA, A. P. P. M., & MENDES, E. G. Inclusão e deficiência intelectual: Escola especial e comum sob a óptica dos próprios alunos. **Educar Em Revista**, Curitiba, Brasil, (66), 209-226, 2017.

MAZER, Sheila Maria; SANTOS TINÓS, Lúcia Maria A educação especial na formação do pedagogo da classe hospitalar: uma questão a ser discutida. **Revista Educação Especial**, vol. 24, núm. 41, septiembre-diciembre, 2011, pp. 377-389.

MELO, L. DE L.; VALLE, E. R. M. DO. A Brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 517–525, jun. 2010.

MENEZES, Cinthya Vernizi Adachi. **Atendimento Escolar Hospitalar e Domiciliar: estudo comparado das políticas educacionais do Paraná/Brasil e da Galícia/Espanha**. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Educação, Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2018.

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

MOREIRA, P. L., & DUPAS, G. Significado de saúde e de doença na percepção da criança. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 11(6), 757-762, 2003.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. 1.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MOSS, P. Introduzindo a política na creche: a educação infantil como prática democrática. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 20. n. 3, 417-436, 2009.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 1, p. 19–28, abr. 2004.

MCGONICAL, J. **A realidade em jogo: porque os games nos tornam melhores e como eles podem mudar o mundo**. São Paulo: Record, 2012.

NEVES, André. **Lino**. São Paulo: Callis Ed., 2011.

NOGARO Arnaldo; ECCO Idanir; NOGARO Ivania. O poder do olhar na relação pedagógica. **Linguagens, Educação e Sociedade**, n. 31, p. 64–81, 2014.

NOGARO Arnaldo; GRANELLA Eliane. O erro no processo de ensino e aprendizagem. **Revista de Ciências Humanas**, v. 5, n. 5, p. 31–56, 1 jan. 2004.

NOGUEIRA, S. E. Autismo e desenvolvimento. In: SEIDL-DE-MOURA, M. L.; MENDES, D. M. L. F.; PÊSSOA, L. F. (Org.). **Interação social e desenvolvimento**. Curitiba: CRV, 2009. p.191-205.

NONOSE, E. R. S. **Doenças crônicas na escola: um estudo das necessidades dos alunos**. 2009. 116f. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Filosofia e Ciências, UNESP, Marília. Disponível em: https://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/Educacao/Dissertacoes/nonose_ers_me_mar.pdf. Acesso em: 28 ago. 2024.

OLIVEIRA, Marta K. de. **Vygotsky aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio histórico**. 4. ed. São Paulo: Scipione, 1997.

OLIVEIRA, Tyara Carvalho de. Um breve histórico sobre as classes hospitalares no Brasil e no mundo. **EDUCERE**. Curitiba, PUCPR, 2013. pp. 27685- 27697.

OLIVEIRA, V. B. de. O lúdico na realidade hospitalar. In: VIEGAS, D. (Org.) **Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização**. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2008.

OLIVEIRA, V. M. **O que é educação física**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Transtorno do espectro autista (2011)**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista#:~:text=O%20transtorno%20do%20espectro%20autista,e%20realizadas%20de%20forma%20repetitiva>. Acesso em: 06 ago 2024.

PACHECO, Mirta Cristina Pereira. **Escolarização hospitalar e a formação de professores na Secretaria Municipal da Educação de Curitiba no período de 1998 a 2015**. Dissertação (Mestrado em Educação) Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2017.

PAPIM, A. A. P., & OLIVEIRA, A. A. S. de. Mediação pedagógica na alfabetização de crianças com deficiência: estudo de caso. **Educação Em Foco**, 28(1), 2023.

PAULA, Ercília Maria de. O ensino fundamental na escola do hospital: espaço de diversidade e cidadania. **Revista Educação Unisinos**, nº 3, v. 11, setembro/dezembro, p. 156-164, 2007.

QUINTANA, A. M., ARPINI, D. M., PEREIRA, C. R. R., & SANTOS, M. S. dos. A vivência hospitalar da criança internada. **Ciência, cuidado e saúde**, 6(4), 414-423, 2007.

RAMOS, D. K., ROCHA, N. L. da., RODRIGUES, K., ROISENBERG, B. B. O uso de jogos cognitivos no contexto escolar: contribuições às funções executivas. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 21, n. 2, p. 265–275, ago. 2017.

RAMOS, F. dos S., et al. Intervenção mediada por pares: Implicações para a pesquisa e as práticas pedagógicas de professores com alunos com autismo. **Arq. Anal. Políticas Educ.**, v. 26, n. 23, p. 1-24, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.14507/epaa.26.3367>. Acesso em: 09 de jan. 2025.

REIS, Luciana Vaz dos. **Trabalho docente e identidade nas classes hospitalares em Goiás**. 2017. 130f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal de Goiás, Catalão, 2017. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/7677>. Acesso em: 7 de set. de 2024.

RIBEIRO, C. A.; ANGELO, M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 391-400, 2005.

RIBEIRO, C. R.; PINTO JUNIOR, A. A. A Representação Social da Criança Hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. **Revista SBPH**, v.12, n.1, p.31-56, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15160858200900010000. Acesso em: 12 set. 2023.

RODRIGUES, J.; MARIA, R. Nuances acerca da rotina de uma classe hospitalar: um estudo de caso. **Revista Evidência**, v. 14, n. 0, 2018.

RODRIGUES, K. R. et al. Pedagogia hospitalar: intervenções na unidade pediátrica a partir da contação de histórias. **Semina**, Londrina, v. 39, n. 1, p. 53-64, 2018. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/33005/23807>. Acesso em: 12 set. 2022.

RODRIGUES, T. D. DE F. F.; OLIVEIRA, G. S. DE; SANTOS, J. A. DOS. As pesquisas qualitativas e quantitativas na educação. **Revista Prisma**, v. 2, n. 1, p. 154-174, 25 dez. 2021.

ROSA, S. S. **Brincar, conhecer, ensinar**. São Paulo: Cortez, 1994.

ROTELLA, A. A. F., Nascimento, R. A., Camargo, M. F. C., & Nogueira, P. C. K. Repercussões emocionais e qualidade de vida das crianças e adolescentes em hemodiálise ou após transplante renal. **Revista Paulista De Pediatria**, v. 38, 2019.

SALOMÃO, N. M. R. A fala dirigida à criança e o desenvolvimento da linguagem infantil. In: PICCININI, C. A.; ALVARENGA, P. (Org.). **Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p.151-167.

SANTOS, Claudimara Chisté; ORTEGA, Antonio Carlos e QUEIROZ, Sávio Silveira de. Equilíbrio e tomada de consciência: análise do jogo Cara a Cara. **Arq. bras. psicol.** [online]. 2010, vol.62, n.3, pp.02-12. ISSN 1809-5267.

SANTOS, L. F. **Representação social da criança com câncer sobre o processo de adoecimento e tratamento**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 2018.

SANTOS, V. L. B. dos. Promovendo o desenvolvimento do faz-de-conta na educação infantil. In: **Educação Infantil: pra que te quero?** CRAIDY, C.; KAERCHER, G. E. (Org.) Porto Alegre: Artmed, 2001.

SANTOS, P. M. DOS et al. Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 646–653, 1 ago. 2016.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. Campinas: Autores Associados, 2008.

SILVA, J. P. **A Brinquedoteca Hospitalar e sua contribuição às crianças hospitalizadas: um estudo na pediatria do hospital geral de Bragança-Pará**. 2012. Disponível em <https://monografias.brasilecola.uol.com.br/educacao/brinquedoteca-hospitalar-contribuicao-criancas-hospitalizadas.htm>. Acesso em 08 de set. de 2024.

SILVA, M. B., ALMEIDA, A. O. Brincar e aprender em hospitais: enfrentamento da doença na infância. **Educativa**. [Internet]. 19(1):33-51, 2016.

SILVA, M. E. A., MOURA, F. M., ALBUQUERQUE, T. M., REICHERT, A. P. S., & COLLET, N. Rede e apoio social na doença crônica infantil: compreendendo a percepção da criança. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 1, e6980015, 2017.

SILVA T.P., SILVA M.M., SILVA L.J., SILVA I.R., LEITE J.L. Especificidades contextuais do cuidado de enfermagem à criança em condição crônica hospitalizada. **Ciênc. cuid. saúde**, p. 1082–1090, 1 jan. 2015. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/23814/14718>. Acesso em 04 jan. 2025.

SOUZA, M. R. S. B. C., JURDI, A. P. S., & CIPULLO, M. A. T. Alunos com deficiência: representações sociais de professores auxiliares da rede de ensino fundamental do município de santos. **Revista Diálogos e Perspectivas em Educação Especial**, v. 3, n. 2, p. 55-68, 2016.

SCHMIDT, Carlo. Transtorno do Espectro Autista: Perspectivas Atuais e Desafios Futuros. In: Vera Lucia Prudência dos Santos Caminha; Julliane YonedaHuguenin; Adriano de oliveira Caminha; Priscila Pires Alves; Lúcia Maria de Assis. (Org.). **AUTISMO: Caminhos para a Aprendizagem**. 1ed. Bogotá, Colombia: IntërAM, 2018, v. 1, p. 11-26.

TEBEROSKY, A.; COLOMER, T. **Aprender a ler e a escrever: uma proposta construtivista**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

TEIBEL, Érica Nayla Harrich. **Narrativa como mediadora de vivências infantis no contexto hospitalar**: as representações sociais sobre o cuidado em uma enfermagem pediátrica, segundo equipe de saúde e as significações infantis. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2017.

TERRA, Ana. **E o dente ainda dói**. São Paulo: Ed. DCL, 2012.

TINÉE, Carolina Alves; ATAIDE, Sandra Patrícia. A atuação do pedagogo em classes hospitalares. **Instituição Paradigma**, 2012. Disponível em: <http://iparadigma.org.br/wp->

content/uploads/Ed-inclusiva-10.pdf. Acesso em: 07 de set. de 2024.

TRINCA, W. (org.). **Formas de investigação clínica em psicologia**. São Paulo: Vetor, 1997.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VEIGAS, Dráuzio. Brinquedoteca hospitalar: a experiência de Santo André. In: SANTOS, Santa Marli Pires dos (Org.). **Brinquedoteca: o lúdico em diferentes contextos** 14. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

VIEIRA, Leocilea Aparecida; MARIA, Julianna Dias; CASAGRANDE, Keli; MENDES, Vera Elis. O papel social da brinquedoteca hospitalar no processo de inclusão da criança hospitalizada. **EDUCERE - Revista da Educação da UNIPAR**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 626–641, 2023. DOI: 10.25110/educere.v23i2.2023-007. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/educere/article/view/10265>. Acesso em: 8 set. 2024.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

VYGOTSKY, L. S. **O desenvolvimento psicológico na infância**. Cláudia Berliner (Trad.) São Paulo: Martins Fontes, 1998.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

WOOD, Audrey; WOOD, Don. **A Casa Sonolenta**. São Paulo: Ática-Scipione, 2009.

WOOD, Audrey; WOOD, Don. **O Ratinho, O Morango Vermelho Maduro e o Grande Urso Esfomeado**. Editora Brinque – Book. Coleção Itaú de livros infantis, 2012.

ZABALA, A. **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

ZORZI, J. L. **A importância da leitura na educação infantil**. São Paulo: Cortez, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA O ACOMPANHANTE

1.DADOS DO RESPONSÁVEL:

1.1 Nome do responsável: _____

1.2 Grau de parentesco: _____

1.3 Idade: _____ Gênero: _____

1.4 Nível de escolarização: _____

1.5 Cidade que reside: _____

1.6 Análise econômica:

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

Trabalhador Doméstico	NÃO TEM	1	2	3	4+
	Quantidade de trabalhadores mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana				

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

FONTE: Critério de classificação econômica Brasil, 2024. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>.

2. DADOS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA:

2.1 Nome da criança hospitalizada: _____

2.2 Idade: _____ Gênero: _____

2.3 Cidade que reside: _____

2.4 Ano escolar que se encontra matriculada: _____

2.5 Escola: _____

3. DADOS SOBRE A ATUAL CONDIÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA:

3.1 Motivo da hospitalização: _____

3.2 Data da hospitalização: ____/____/____

3.3 Quanto tempo se encontra hospitalizada? _____

3.4 Quais procedimentos médicos/cirúrgicos já foram vivenciados durante esta estadia?

3.5 A criança aceitou positivamente a realização destes procedimentos médicos/cirúrgicos? () SIM () NÃO

3.6 Se não, quais foram os comportamentos desta criança?

4. DADOS SOBRE O HISTÓRICO DE HOSPITALIZAÇÃO

4.1 A criança já esteve hospitalizada antes? () SIM () NÃO

4.2 Se sim, quando? ____/____/____ Onde? _____

4.3 Qual o motivo da hospitalização? _____

4.4 Quanto tempo ficou hospitalizada? _____

4.5 Quais procedimentos médicos/cirúrgicos foram vivenciados naquele contexto?

5. DADOS SOBRE A ESCOLARIZAÇÃO DA CRIANÇA

- 5.1 A criança frequenta regularmente a escola? () SIM () NÃO
- 5.2 Se não, por qual motivo sua frequência é limitada?
- 5.3 A criança gosta de ir na escola?
- 5.4 O que ela mais gosta de fazer na escola?
- 5.5 Sempre tem tarefa para casa? Ou não? É uma vez por semana? Como ocorre a organização das tarefas?
- 5.6 Qual a função da escola para você? Você acredita que a escola que seu filho(a) está matriculado cumpre com essa função?
- 5.7 E aqui no hospital... você acha que seria interessante ter um professor(a) para realizar atividades pedagógicas durante o período de internação das crianças? Justifique.
- 5.8 Nesse período em que a criança está/esteve hospitalizada você acredita que quando ela retornar para escola poderá apresentar um atraso nas atividades escolares? Você poderia falar um pouco sua opinião sobre este assunto, justifique.

**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA A
CRIANÇA DOENTE EM INTERNAÇÃO**

1.DADOS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA:

1.1. Nome da criança hospitalizada: _____

1.2 Idade: _____ Gênero: _____

1.3 Cidade que reside: _____

1.4 Ano escolar que se encontra matriculada: _____

1.5 Nome da escola: _____

1.6 Nome da professora: _____

2. DADOS SOBRE O HOSPITAL:

2.1 Quais espaços você conhece do hospital?

2.2 Desses espaços que você falou, quais espaços você mais gostou e quais menos gostou?

2.3 Caso a criança responda que conhece somente o quarto: Você gosta do quarto? O que você acha do quarto?

2.4 Você sabe me dizer como que é sua rotina aqui dentro do hospital? Quando você acorda o que acontece? E depois?

2.5 Dentro do que você faz no seu dia aqui no hospital o que você mais gosta de fazer e o que você menos gosta de fazer?

2.6 Quem fica aqui com você no hospital? Quem te acompanha durante o dia? E durante a noite?

2.7 Você já esteve hospitalizado antes neste hospital? Se sim, está sendo igual ou está sendo diferente? Explique para mim.

2.8 Você já esteve internada em outro hospital? Como foi? Conte um pouco para mim.

3.DADOS SOBRE A ESCOLARIZAÇÃO:

3.1 O que você mais gosta de fazer na escola? O que você não gosta de fazer na escola?

3.2 Me conte um pouco sobre como é na escola, você vai direto na sala de aula? O que você faz?

3.3 Você possui colegas lá? Quem são os colegas mais próximos de você na escola? O que você mais gosta de fazer com seus colegas na escola?

3.4 Como é sua professora? Como são as aulas dela? O que você mais gosta que sua professora faz na escola?

3.5 Quais disciplinas escolares (Português, Matemática, Ciências, História, Geografia) você mais gosta? Quais você menos gosta?

3.6 Dentro desta disciplina quais atividades você mais gostou de fazer?

3.7 Você está sentindo falta da escola? Do que você está sentindo mais falta da escola?

3.8 E aqui no hospital você gostaria de fazer esta atividade que você gostou de fazer na escola ou gostaria de fazer outra? Qual atividade você gostaria de fazer aqui no hospital?

APÊNDICE C - PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DA MEDIAÇÃO PEDAGÓGICA INICIAL

Data da observação: ____/____/____

Tempo de duração:

INTERAÇÃO DA PROFESSORA COM A CRIANÇA:

- INSTRUÇÃO DAS ATIVIDADES (instrução verbal, demonstração de exemplos, ler junto):
- DURANTE O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES: (olhar, apontar, ler novamente, escrever junto):
- *FEEDBACK* DA PROFESSORA APÓS A REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES (sorriu, elogiou verbalmente, escreveu um elogio na atividade):

INTERAÇÃO DA CRIANÇA COM A PROFESSORA:

- INSTRUÇÃO DAS ATIVIDADES (balançou a cabeça, sorriu, olhou para professora, pegou o lápis e já foi realizar as atividades):
- DURANTE O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES: (conversava com a professora, realizava a atividade sozinho):
- RESPONDE DA CRIANÇA PERANTE O *FEEDBACK* DA PROFESSORA (ficou atenta à observação da professora, olhou, emitiu um sorriso, bateu palma, ficou indiferente):

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO DA MEDIAÇÃO PEDAGÓGICA

Nome da criança: _____

Data da observação: ____/____/____

Horário de início: _____ Horário final: _____

ATIVIDADE: _____


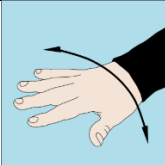

1. INSTRUÇÃO DAS ATIVIDADES	
AÇÕES DA PROFESSORA DURANTE A INSTRUÇÃO DA ATIVIDADE	RESPOSTAS DA CRIANÇA DURANTE A INSTRUÇÃO DA ATIVIDADE
<input type="checkbox"/> Explicou o conteúdo antes de iniciar a atividade <input type="checkbox"/> Leu o enunciado e as alternativas <input type="checkbox"/> Auxílio verbal com orientações/dicas <input type="checkbox"/> Auxílio gestual <input type="checkbox"/> Auxílio físico total <input type="checkbox"/> Demonstração de exemplos	<input type="checkbox"/> Expressou dúvida sobre o conteúdo <input type="checkbox"/> Olhou para professora prestando atenção nas orientações <input type="checkbox"/> Aguardou dicas para resolver as questões <input type="checkbox"/> Interagiu com o acompanhante para auxílio das respostas <input type="checkbox"/> Pegou o lápis e já foi realizar as atividades após orientação/dicas da professora <input type="checkbox"/> Pegou o lápis e já foi realizar as atividades com autonomia sem nenhum tipo de auxílio

2. DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE	
AÇÕES DA PROFESSORA DURANTE O DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE	RESPOSTAS DA CRIANÇA DURANTE O DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE
<input type="checkbox"/> Leu mais de uma vez o enunciado <input type="checkbox"/> Leu pausadamente <input type="checkbox"/> Indicou alguns personagens do livro <input type="checkbox"/> Perguntou as características dos personagens <input type="checkbox"/> Perguntou a sequência da história <input type="checkbox"/> Explicou de formas diferentes o enunciado <input type="checkbox"/> Apontou para o texto para indicar pistas visuais <input type="checkbox"/> Escreveu junto a resposta <input type="checkbox"/> Usou o celular para demonstrar alguma dica <input type="checkbox"/> Olhou para a criança durante a atividade <input type="checkbox"/> Sorriu <input type="checkbox"/> Interagiu constantemente perguntando gostos e preferências da criança <input type="checkbox"/> Ficou séria, interagindo poucas vezes	<input type="checkbox"/> Respondeu após auxílio verbal com orientações/dicas <input type="checkbox"/> Respondeu as perguntas sobre a história <input type="checkbox"/> Balançou a cabeça concordando <input type="checkbox"/> Olhou para professora prestando atenção na história <input type="checkbox"/> Respondeu após auxílio gestual <input type="checkbox"/> Respondeu após demonstração de exemplos <input type="checkbox"/> Respondeu após auxílio físico total <input type="checkbox"/> Respondeu com autonomia <input type="checkbox"/> Sorriu <input type="checkbox"/> Chorou <input type="checkbox"/> Expressou dificuldade com o conteúdo <input type="checkbox"/> Expressou facilidade com o conteúdo <input type="checkbox"/> Não interagiu verbalmente com a professora <input type="checkbox"/> Conversou com a professora constantemente <input type="checkbox"/> Demonstrou fuga da atividade <input type="checkbox"/> Demonstrou ter gostado da atividade

	<input type="checkbox"/> Demonstrou ter não ter gostado da atividade <input type="checkbox"/> Usou os materiais (cola, tesoura, lápis, borracha, apontador, giz de cera, canetinha) com autonomia <input type="checkbox"/> Usou os materiais com apoio da professora
--	--

3. FEEDBACK DA ATIVIDADE	
AÇÕES DA PROFESSORA NO FEEDBACK DA ATIVIDADE	RESPOSTAS DA CRIANÇA NO FEEDBACK DA ATIVIDADE
<input type="checkbox"/> Sorriu <input type="checkbox"/> Vibrou <input type="checkbox"/> Elogiou verbalmente: Parabéns! Muito bem! <input type="checkbox"/> Escreveu um elogio na atividade <input type="checkbox"/> Quando a criança errou não apontou diretamente o erro, mas deu dicas para ela encontrar a resposta correta <input type="checkbox"/> Ficou indiferente <input type="checkbox"/> Quando a criança errou reprimiu-a	<input type="checkbox"/> Vibrou positivamente <input type="checkbox"/> Sorriu <input type="checkbox"/> Bateu palma <input type="checkbox"/> Expressou raiva com o erro <input type="checkbox"/> Chorou com o erro <input type="checkbox"/> Ficou satisfeita por ter realizado a atividade

APÊNDICE E - ROTEIRO DE OPINIÃO SOBRE A MEDIAÇÃO PEDAGÓGICA

			
Você gostou da atividade: 1- _____			
Você gostou da atividade: 2- _____			
Você gostou da atividade: 3: _____			
Você entendeu a explicação da professora sobre como era para ser feito as atividades?			
Durante as atividades você gostou que a professora foi conversando com você?			
Quando você acabou de fazer a atividade, você gostou do que a professora disse para você?			