

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

**BRUNELLA POLTRONIERI MIGUEZ**

**CLASSE HOSPITALAR E A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À EDUCAÇÃO DA  
CRIANÇA HOSPITALIZADA: UM ESTUDO DE CASO**

**VITÓRIA  
2020**

BRUNELLA POLTRONIERI MIGUEZ

**CLASSE HOSPITALAR E A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À EDUCAÇÃO DA  
CRIANÇA HOSPITALIZADA: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES – Emescam, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sílvia Moreira Trugilho.

Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Serviço Social, Processos Sociais e Sujeitos de Direito.

VITÓRIA  
2020

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

M836c Miguez, Brunella Poltronieri.  
Classe hospitalar e a efetivação do direito à educação da  
criança hospitalizada : um estudo de caso / Brunella Poltronieri  
Miguez. - 2020.  
166 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Moreira Trugilho.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento  
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia  
de Vitória, EMESCAM, 2020.

1. Direito à educação. 2. Classe hospitalar. 3. Criança  
hospitalar. 4. Sujeitos de direito. I. Trugilho, Silvia Moreira. II.  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 370.981

---

BRUNELLA POLTRONIERI MIGUEZ

**CLASSE HOSPITALAR E A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À EDUCAÇÃO DA  
CRIANÇA HOSPITALIZADA: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES – Emescam, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Área de concentração: Serviço Social, Processos Sociais e Sujeitos de Direito.

Aprovada em: 03 de julho de 2020.

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia Moreira Trugilho  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES – EMESCAM  
(Orientadora).

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Solange Rodrigues da Costa  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES – EMESCAM  
(Membro externo).

---

Prof. Dr. Hiran Pinel  
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES  
(Membro externo).

Dedico esta pesquisa aos profissionais da educação do país que atuam incansavelmente nos hospitais, ressignificando a vida de crianças e adolescentes enfermos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, fonte inesgotável e inexplicável de luz e de amor que me mantém firme nos objetivos da vida, por mais esta vitória.

Aos meus amados pais, José Maria Vieira Miguez e Cinthia Poltronieri Miguez, a quem orgulhosamente faço referência como minha raiz, pelo amor e apoio incondicional. Minha eterna gratidão pelas consideráveis lições de integridade e perseverança.

Ao meu amor, Marcos Do Val, pelo cuidado e carinho. Amor que não se explica!

A minha querida orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia Moreira Trugilho, pela dedicação desmedida, verdadeira peça-chave para tornar este sonho em realidade.

Aos ilustres professores doutores integrantes da Banca Examinadora, Hiran Pinel e Solange Rodrigues da Costa, pelas contribuições valiosas e essenciais para a finalização deste trabalho.

Aos demais professores e aos funcionários vinculados ao Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES – Emescam que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão desta dissertação.

À minha amiga de mestrado e de vida, Nayana Ferreira Pereira, pela convivência ao longo de doze anos e, em especial, pelo apoio durante esta caminhada.

À minha amiga de trabalho, Telma América Venturelli, brasiliense iluminada que tive o prazer de conhecer no Senado Federal.

Por último, mas não menos importante, meus sinceros agradecimentos aos participantes da pesquisa, fundamentais para a concretização deste trabalho.

*“Estar no mundo sem fazer história, sem por ela ser feito, sem fazer cultura, sem tratar sua própria presença no mundo, sem sonhar, sem cantar, sem musicar, sem pintar, sem cuidar da terra, das águas, sem usar as mãos, sem esculpir, sem filosofar, sem pontos de vista sobre o mundo, sem fazer ciência, ou teologia, sem assombro em face do mistério, sem ensinar, sem ideias de formação, sem politizar, não é possível”.*

Paulo Freire (1996)

## RESUMO

A Constituição da República de 1988 dispõe sobre diversas garantias ao cidadão, dentre as quais se insere o direito à educação. Verifica-se, no entanto, que crianças e adolescentes em condição de adoecimento vivenciam obstáculos que interferem em sua escolarização, haja vista os frequentes e/ou prolongados processos de tratamento e hospitalização a que se submetem. Uma estratégia criada para o enfrentamento desta questão é a oferta de atendimento pedagógico educacional em ambiente hospitalar, denominada Classe Hospitalar. Embora seja desenvolvida em ambiente externo à escola regular, a prática educacional realizada em classe hospitalar guarda relação com aspectos inerentes ao ensino regular formal, segundo o que disciplina a legislação vigente na área de educação. Dessa forma, o estudo desenvolvido buscou descrever a estrutura educacional de uma classe hospitalar da rede pública de saúde localizada na Região Metropolitana da Grande Vitória, verificando a correlação com a legislação que apregoa a manutenção do direito à educação de crianças e adolescentes hospitalizados. Para o debate teórico sobre saúde e educação na perspectiva dos direitos, recorreu-se principalmente aos conhecimentos edificados por autores como Jairnilson Paim, José Carlos Libâneo, bem como a alguns documentos legais. A compreensão da classe hospitalar como atendimento pedagógico educacional em ambiente não escolar baseou-se especialmente na produção de Ricardo Ceccim, Eneida Fonseca, bem como de pesquisadores capixabas que se debruçam sobre a temática, como Hiran Pinel e Silvia Trugilho. A pesquisa desenvolvida neste estudo foi de abordagem qualitativa, caracterizando-se como estudo de caso. Para a obtenção de dados utilizou-se de observação direta e de entrevistas semiestruturadas realizadas com os profissionais que atuam na classe hospitalar investigada. Os dados obtidos foram tratados pelo método de análise de conteúdo, o que permitiu constatar que diversas ações pedagógicas são desenvolvidas no espaço educativo da classe hospitalar; estas ações buscam se articular com o ensino e o conteúdo da escola regular, com vistas a assegurar a manutenção da escolarização, o que se traduz numa forma de educação inclusiva; os professores atuam com compromisso e dedicação, no entanto contam com limitados recursos didáticos para realizar o trabalho educativo na classe hospitalar estudada, que também não possui adequada estrutura física.

Outro aspecto importante verificado foi a ocorrência de dificuldades de articulação entre o trabalho educacional desenvolvido na classe hospitalar e na escola regular. Conclui-se com o estudo que, apesar da prática educativa das classes hospitalares ser formalmente reconhecida pela legislação no campo da educação, sua realização esbarra em condições objetivas. Com isso, embora o acesso à educação seja viabilizado na classe hospitalar, o direito à educação escolarizada não necessariamente resta assegurado, pois a própria gestão pública deixa de cumprir com suas competências para a viabilização da classe hospitalar como política educacional. Este cenário, assim, se mostra como um vislumbre do panorama da educação no Brasil: existem políticas públicas implementadas no esforço de cumprimento das determinações legais, porém, sem o devido apoio dos órgãos de gestão, estas têm sua efetividade comprometida.

**Palavras-chave:** Classe hospitalar. Direito à educação. Criança hospitalizada. Sujeitos de direito.

## ABSTRACT

The Brazilian 1988 Constitution of the Republic provides for several guarantees to citizens, among which the right to education is inserted. It appears, however, that children and adolescents in a condition of illness experience obstacles that interfere with their schooling, given the frequent and/or prolonged processes of treatment and hospitalization which they undergo. A strategy created to tackle this issue is the provision of educational assistance in a hospital environment, called Hospital Class. Although it is developed in an environment outside the regular school, the educational practice carried out in a hospital class is related to aspects inherent to formal regular education, according to what stipulates the current legislation in the field of education. Thus, the study developed sought to describe the educational structure of a hospital class in the public health network located in the Greater Vitória Metropolitan Region, ES, Brazil, verifying the correlation with the legislation that foresees the maintenance of the right to education of hospitalized children and adolescents. For the theoretical debate on health and education from the perspective of rights, we mainly used the knowledge built by authors such as Jairnilson Paim, José Carlos Libâneo, as well as some legal documents. Understanding of the hospital class as educational pedagogical assistance in a non-school environment was based especially on the production by Ricardo Ceccim, Eneida Fonseca, as well as relevant researchers from the State of Espírito Santo, Brazil, such as Hiran Pinel and Silvia Trugilho. The research developed in this study was a qualitative approach, characterized as a case study. In order to obtain data, direct observation and semi-structured interviews were carried out with professionals working in the investigated hospital class. The obtained data were treated by the content analysis method, which allowed to verify that several pedagogical actions are developed in the educational space of the hospital class. These actions seek to interact with the teaching and content of the regular school, so as to ensure the maintenance of schooling, which translates into a form of inclusive education. The teachers are committed and dedicated. However, they have limited didactic resources to carry out the educational work in the studied hospital class, which also does not have an adequate physical structure. Another important aspect verified was the occurrence of difficulties in linking the educational work developed in the hospital class to the regular school.

The study concludes that, even though the educational practice of hospital classes is formally recognized by legislation in the field of education, its realization goes against objective conditions. Therefore, although access to education is made possible in the hospital class, the right to schooled education is not necessarily guaranteed, as the public administration itself fails to comply with its duty to make the hospital class feasible as an educational policy. This scenario, therefore, shows itself as a glimpse of the panorama of education in Brazil: there are public policies implemented in the effort to comply with legal requirements, however, without the proper support of the management bodies, these policies have their effectiveness compromised.

**Keywords:** Hospital Class. Right to Education. Hospitalized Child. Subject of Law.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Distribuição das classes hospitalares instaladas nos hospitais com internação da Região Metropolitana da Grande Vitória-ES.....	29
<b>Quadro 2</b> – Características dos participantes da pesquisa.....	95
<b>Quadro 3</b> – Situações de atendimento na Classe Hospitalar.....	98

## LISTA DE FOTOGRAFIAS

<b>Fotografia 1</b> – Professores e alunos em Feira de Ciências realizada no ano de 2019.....	161
<b>Fotografia 2</b> – Manhã literária promovida na classe hospitalar, com a presença de uma escritora e contadora de histórias.....	161
<b>Fotografia 3</b> – Estrutura e instalações da Classe Hospitalar do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, em Santa Lúcia (“Colina”).....	162
<b>Fotografia 4</b> – Estrutura e instalações da Classe Hospitalar do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, em estrutura localizada no Pronto Socorro Dra. Milena Gottardi, anexo ao Hospital da Polícia Militar (HPM).....	162
<b>Fotografia 5</b> – Professores da Classe Hospitalar do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória em planejamento de atividades para comemorar a “Semana da Água”.....	162
<b>Fotografia 6</b> – Atendimento educacional realizado na Classe Hospitalar do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória.....	163
<b>Fotografia 7</b> – Atendimento educacional realizado na enfermaria do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória.....	163

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACACCI – Associação Capixaba Contra o Câncer Infantil.  
BNCC – Base Nacional Comum Curricular.  
CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação ao Conselho de Ética.  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa.  
CNE – Conselho Nacional de Educação.  
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.  
CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil.  
DT – Designação Temporária.  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.  
EMESCAM – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia  
HIMABA - Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves.  
HINSG – Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória.  
HPM – Hospital da Polícia Militar.  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IFES – Instituto Federal do Espírito Santo  
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação.  
MEC – Ministério da Educação.  
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.  
OMS – Organização Mundial da Saúde.  
ONU – Organização das Nações Unidas.  
PNH – Política Nacional de Humanização.  
PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.  
PPP – Projeto Político Pedagógico.  
SEDU – Secretaria de Estado da Educação.  
SESA – Secretaria de Estado da Saúde.  
SIS – Síntese de Indicadores Sociais.  
SUS – Sistema Único de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	18
1.2 OBJETIVOS.....	20
1.3 JUSTIFICATIVA.....	21
1.4 ESTRUTURA GERAL DA DISSERTAÇÃO.....	23
<b>2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	26
<b>3 INTERFACES E MEDIAÇÕES DA EDUCAÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR: CONCEPÇÕES TEÓRICAS QUE EMBASAM O ESTUDO</b> .....	38
3.1 EDUCAÇÃO E SAÚDE: INTERFACES DO PROCESSO PEDAGÓGICO- EDUCACIONAL EM CLASSE HOSPITALAR.....	42
<b>3.1.1 A educação e o direito à educação</b> .....	42
<b>3.1.2 A saúde, o direito à saúde e a humanização da saúde</b> .....	49
<b>3.1.3 Interface saúde e educação</b> .....	57
3.2. O ATENDIMENTO EDUCACIONAL HOSPITALAR.....	60
<b>3.2.1 O papel do professor e da equipe multidisciplinar no contexto do atendimento pedagógico hospitalar</b> .....	70
<b>3.2.2 Histórico das classes hospitalares e as bases legais no Brasil</b> .....	78
<b>4 A EDUCAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS: ENTRE O LEGAL E O REAL</b> .....	90
4.1 BREVE OBSERVAÇÃO DA CLASSE HOSPITALAR: DESCRIÇÃO DO AMBIENTE E COTIDIANO DAS AULAS.....	90
4.2 A CLASSE HOSPITALAR: CORRRELAÇÕES ENTRE AS DIRETRIZES LEGAIS E A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À EDUCAÇÃO.....	95
<b>4.2.1 Estrutura e o processo educacional da classe hospitalar: a interface com a legislação e teoria</b> .....	97
<b>4.2.2 Ações de educação especial inclusiva que favorecem a manutenção da educação regular</b> .....	111
<b>4.2.3 Desafios para a efetivação do direito à educação da criança hospitalizada</b> .....	120

4.3 REFLEXÕES ACERCA DOS RESULTADOS.....	135
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>140</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>155</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A educação firmada como direito é uma via para a criação de condições de acesso do cidadão às esferas da vida social – a formação do plano profissional é uma possível de citar. Para além da perspectiva instrumental, a educação deve ser vislumbrada como um importante elemento nas relações do cidadão tanto com a sua própria realidade, quanto das suas relações com a realidade que o cerca.

A concepção de direito à educação para todos, sem distinção de qualquer natureza, passou a ser positivada a partir de 1948 com a formalização da Declaração Universal dos Direitos Humanos, mais precisamente no artigo 26 do referido documento.

Dentre outros direitos essenciais à garantia da dignidade da pessoa humana, o mencionado texto das Nações Unidas apregoa que “todo ser humano tem direito à instrução” e que a “instrução será gratuita pelo menos nos graus elementares e fundamentais” (ONU, 2009). Além do direito à educação e sua respectiva gratuidade, o artigo 26 estabelece ainda, a obrigatoriedade da educação nos graus elementares e fundamentais, níveis de ensino atualmente conhecidos no Brasil como Educação Básica, que compreende a Educação Infantil até o Ensino Médio.

Em 1988, a Constituição da República, em um título específico, denominado “Dos Direitos e Garantias Fundamentais”, elevou a educação como direito fundamental de caráter social. Ao dispor sobre o direito à educação, sobretudo quanto ao seu acesso universal, conforme é possível verificar a partir do *caput* do artigo 6º, a Constituição da República em muito avançou, comparando-se com as cartas constitucionais que a precederam, já que pela primeira vez tal garantia alcançou o patamar de direito fundamental.

Observa-se, mais adiante, que o artigo 208, *caput* e inciso I da CRFB/88 estabelecem que a educação é dever do Estado, devendo ser efetivada de forma gratuita, assegurada a educação básica aos sujeitos de 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos, bem como àqueles que não tiveram acesso à educação básica

em idade própria. Nos incisos seguintes, a Constituição previu direitos educacionais para grupos específicos da sociedade, como é o caso do inciso III do artigo 208 que versa sobre os estudantes com necessidades educacionais especiais.

Ainda percorrendo os incisos do artigo 208, verifica-se que o inciso VII determina que o atendimento do educando deverá ser promovido “em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde”. Nesse sentido, o direito de assistência à saúde presente na redação do inciso leva ao entendimento de que o direito à saúde e o direito à educação podem e devem formar um binômio indispensável de garantias sociais voltadas para a preservação da dignidade da criança e/ou do adolescente.

Em uma análise sistemática, depreende-se que a Constituição da República de 1988 lançou as bases para a concepção de uma doutrina de proteção integral da criança e do adolescente, consoante se pode extrair, sobretudo, do artigo 227 que disciplina que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar com absoluta prioridade o direito à vida, à saúde, à educação (reafirma-se o binômio saúde-educação também nesse dispositivo legal), à alimentação, ao lazer, à profissionalização, à cultura e à dignidade desses sujeitos.

Consolidando as diretrizes da Constituição da República de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90) respalda a doutrina de proteção integral da criança e do adolescente, levando em conta a condição de sujeitos em desenvolvimento, bem como dispõe sobre o direito à educação e o direito à saúde em relação a esse grupo específico. Existem outros diplomas legais que também refletem preocupação particular com os direitos relacionados à educação da criança e do adolescente, como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/96).

Extrai-se, diante desses apontamentos preliminares, a importância do direito à educação – diga-se de passagem – indispensável ao desenvolvimento humano e, sobretudo, infere-se o reconhecimento de tal essencialidade pela legislação, de modo que cabe ao Estado promover mecanismos, estratégias e espaço-tempo

diferenciados que possam atender às especificidades dos destinatários da educação, objetivando nesse sentido, a universalização do atendimento escolar.

De acordo com Franco (2005), à proporção que a sociedade se tornou complexa, emergiu a necessidade de expandir a intencionalidade educativa para diversos contextos para garantir o exercício pleno da cidadania. Com efeito, as transformações contemporâneas contribuíram para fortalecer a educação como fenômeno multifacetado de sorte de que, quer seja em espaços formais ou não formais, quer seja, em espaços escolares ou não escolares, constantemente se aprende e se ensina.

É notório que a escola regular é o espaço a ser frequentado por crianças e adolescentes como fonte de acesso à educação gratuita e de qualidade. Contudo, há situações específicas, temporárias ou não, que os impede de frequentar presencialmente o espaço escolar como, nos casos em que se encontram enfermos ou em situação de internação hospitalar prolongada.

A insustentável permanência do aluno na escola regular, como é o caso da criança e do adolescente que se encontram adoecidos ou na condição de hospitalizados, invoca a necessidade de se repensar as práticas educativas, uma vez que o processo de internação hospitalar não pode de forma alguma cerceá-los do direito à educação, previsto em lei. Dessa forma, as classes hospitalares podem representar uma política pública estratégica para a conciliação do acesso à saúde e à educação concomitantemente.

Pensa-se que a classe hospitalar seria um sistema eficiente para a continuidade do desenvolvimento estudantil de crianças e adolescentes durante o período de hospitalização. Nesse mesmo sentido, ao passo que cumpre com o compromisso educacional, a classe deve estar empenhada na tarefa de suavização dos impactos decorrentes da internação e do afastamento físico e emocional do aluno adoecido da escola, levando em consideração, claro, o complexo cenário de adaptação circunscrito pela situação de enfermidade.

O binômio saúde-educação que ora se resguarda, encontra-se ancorado na expansão da prática educativa para ambientes distintos ao espaço escolar tradicional, bem como no alargamento das práticas em saúde, pois à proporção que se permite a educação em hospitais, acaba por se legitimar a busca pela essência da vida e, nesse sentido, lança-se o pensamento de Ceccim (2000, p. 50): “(...) Saúde, então será produzir a vida e a doença, será a vida, contrariada”.

Assim, em uma dinâmica particular, o espaço-tempo classe hospitalar envolve a interface entre as áreas da educação e da saúde no intuito de proporcionar uma experiência de cuidado atenta a esses dois campos de vivência do infante hospitalizado, ou seja, busca-se alinhar as atividades escolares rotineiras ao cotidiano hospitalar.

Nesse contexto de reconfiguração da sociedade contemporânea e da legislação para, por um lado possibilitar a universalização do acesso à educação e, por outro, atender às particularidades de destinatários específicos, situa-se a classe hospitalar como prática educativa que objetiva consolidar o processo de aprendizagem e, por conseguinte, o direito à educação dos alunos nos hospitais, na perspectiva de uma política educacional inclusiva. Desse modo, resta ampliar a investigação sobre a efetividade do direito à educação no contexto do objeto de estudo.

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DA PESQUISA

A mais importante questão que emerge como o centro da investigação, ou seja, que direciona à realização do presente estudo, refere-se à efetivação do direito à educação de crianças e adolescentes hospitalizados. Ao perseguirmos a classe hospitalar (sua estrutura e ação pedagógica) como um espaço educacional que possibilita a concretização de tal direito ao grupo mencionado, delimita-se o que vem a ser o campo de exame do trabalho.

O contexto da pesquisa envolve a realidade externa que circunda o estudo desde seu embrião (projeto), até o seu desenvolvimento, mostrou-se complexo. A

começar pelo mapeamento do tema nos estudos publicados nas áreas com as quais se relaciona – como Direito e Educação, para citar algumas: é, ainda, escassa a abordagem e as publicações sobre a temática.

No intento de compreender e apreender a realidade da classe hospitalar (fracionada, importa dizer), para então operar as análises pretendidas, faz-se imprescindível a necessidade de localizar a importância da educação na vida cidadã.

No esforço de significar a finalidade da educação na vida do ser humano, Saviani (2003) aponta para a constatação de que o importante processo de transformação social se dá quando passa pela educação. Para o autor, a educação é tida como uma ação que produz humanidade no indivíduo e essa perspectiva toca inúmeras outras dimensões de sua vida social, como o conhecimento e o estabelecimento de valores em sociedade. Para Freire (2011), a educação é determinante para a relação do indivíduo com o mundo ao seu redor.

Partindo da percepção de relevância da educação no desenvolvimento cidadão do indivíduo e também da compreensão dos incalculáveis prejuízos que causariam uma interrupção, tem-se o cenário que constitui o pano de fundo e que respalda o atendimento em classes hospitalares, como um aliado na continuação da formação individual das crianças e adolescentes na sua trajetória em sociedade.

Ainda como pano de fundo ao contexto estudado, vale dizer que existe um delineamento legislativo sólido composto pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, dentre outras leis, resoluções e orientações, que preconizam tratamento específico para alunos que por conta da hospitalização passam a apresentar necessidades educacionais especiais (temporárias ou permanentes).

Nesse viés, compreende-se que a temática da classe hospitalar é diretamente intermediada pela importância do direito à educação e possui o inquestionável respaldo da legislação. Ainda, o tema em questão dialoga com a saúde que se configura como fator determinante dentro do contexto observado, pois quanto maior

o período de hospitalização, maiores poderiam ser as possibilidades de prejuízo no processo de aprendizagem e de desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Assim, a pesquisa foi traçada com o intuito de descrever a estrutura educacional da classe hospitalar do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) e verificar como ocorre o atendimento educacional em tal espaço, trazendo como pano de fundo a legislação que assegura o direito à educação e, sobretudo, tomando a seguinte questão como problema de pesquisa: de que modo uma classe hospitalar pode favorecer o direito à educação de crianças hospitalizadas, a partir de sua estrutura e processo educativo na correlação com a legislação que efetiva o direito à educação da criança hospitalizada?

## 1.2 OBJETIVOS

O objetivo geral que direciona as ações da pesquisa consiste em descrever a estrutura educacional de uma classe hospitalar da rede hospitalar pública de internação infanto-juvenil da Região Metropolitana da Grande Vitória, trazendo a legislação que apregoa a manutenção do direito à educação de crianças e adolescentes hospitalizados.

Desse objetivo geral, ramificam-se outros, mais específicos, que possibilitarão melhor compreensão da realidade em estudo, a saber: a) apresentar a legislação e as políticas públicas pertinentes ao tema das classes hospitalares e da educação especial inclusiva no atual panorama educacional do país; b) caracterizar os recursos humanos e a estrutura pedagógica adotada na classe hospitalar, verificando sua adequação às determinações legais pertinentes ao atendimento educacional a crianças e adolescentes hospitalizados; c) destacar as ações de educação especial inclusiva desenvolvidas na classe hospitalar, analisando sua contribuição para a manutenção da educação de crianças e adolescentes hospitalizados, segundo a legislação vigente.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Ao ingressar no Mestrado em Políticas Públicas pude ter contato com abordagens sobre sujeitos, processos sociais e políticas de inclusão. Nesse contexto, tive a oportunidade de conhecer as instalações físicas do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória - HINSG (popularmente conhecido como Hospital Infantil de Vitória), local onde minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Sílvia Trugilho, exercia atividades laborativas como assistente social e, especialmente, a classe hospitalar ali ativa, cujo projeto social de criação foi por ela idealizado, em parceria com a assistente social Tânia Bitti e implementado mediante convênio entre o Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), a Secretaria de Estado da Educação (SEDU) e a Associação Capixaba Contra o Câncer Infantil (ACACCI).

Oportuno registrar que a visita ao hospital impulsionou o meu primeiro contato com a temática do atendimento educacional em âmbito hospitalar, de modo que passei a debruçar um pouco mais nessa realidade tão distinta de minhas vivências. Minha formação acadêmica é em Direito. Por esta razão, estava acostumada com a lida diária em fóruns, em salas de audiência, com litígios e processos, ora advogando, ora assessorando magistrados. Deparei-me, de repente, com um ambiente tão instigante. Daí porque mesmo sem qualquer contato anterior com classes hospitalares, tampouco ciência sobre a existência dessa modalidade de atendimento educacional, não tive dúvidas quanto à escolha do tema de pesquisa do mestrado, porque, de fato, naquela espontânea visita fui tocada de uma forma inexplicável; deixei aquele local embebida de amor e de esperança.

Passei a me questionar sobre como a classe hospitalar poderia minimizar os efeitos, muitas vezes, hostis, ocasionados pelas recorrentes e prolongadas internações. Como aqueles atendimentos educativos poderiam intervir na caminhada educacional da criança e do adolescente hospitalizados? Como seria o retorno dessas crianças à escola regular, após um período longo de internação? E como seria a reação das crianças e dos adolescentes a este tipo de atendimento num momento tão peculiar e de fragilização, que é a hospitalização? Por outro lado, como seria a rotina dos profissionais da educação em um hospital? Como se daria a

atuação do professor no processo de ensino-aprendizagem em uma classe hospitalar? Em verdade, infundáveis inquietações me vieram à tona.

Durante os meses que seguiram, por vezes, retornei à classe hospitalar para potencializar os olhares para aquela realidade diversa. À proporção que frequentava, enxergava aquele ambiente com um olhar sensível e humanizado. Pude perceber que a classe hospitalar representava uma válvula de escape ao contexto doloroso de internação precoce.

Paralelamente, busquei imergir nas contribuições literárias sobre o tema – que definitivamente já era meu objeto de pesquisa – para entender um pouco mais sobre os aspectos pedagógicos e as relações interpessoais existentes naquele ambiente. Ao mesmo tempo, almejava inserir aspectos jurídicos ao meu objeto de pesquisa a fim de contextualizar com a minha formação. Para o alcance da desejada interdisciplinaridade, busquei literaturas mais aprofundadas sobre o direito à educação, o direito à saúde, bem como sobre políticas e práticas humanizadoras. Transitei por escritos e por legislações na seara da educação, me aproximei um pouco mais da seara da psicologia. O meu escopo era navegar por mares desconhecidos e, concomitantemente, transitar por conteúdos familiares, de minha formação. A intenção era fixar a minha identidade em um tema ainda por mim desconhecido.

Em minhas leituras comecei a associar a realidade que presenciei nas idas à classe com a problematização que envolve a temática, especialmente, o significado da hospitalização e a importância da escola para aqueles seres de tenra idade. Comecei a indagar-me sobre a possibilidade da efetivação do direito à educação naquele espaço extraescolar. Essas evidências motivaram-me a pesquisar acerca da estrutura pedagógica da classe hospitalar e a adequação dessa classe com as respectivas determinações legais, o que constitui a finalidade precípua do presente trabalho.

A verificação do atendimento educacional da classe hospitalar investigada aos preceitos legais impulsiona discussões acerca da melhoria da educação e da estruturação dos ambientes de ensino em hospitais, permitindo a ampliação dos

debates voltados para a elaboração de novas estratégias no ambiente educacional em âmbito hospitalar, tornando-o cada vez mais proveitoso para o escolar hospitalizado. Daí reside a importância social da pesquisa, ou seja, serve de subsídio para buscar ou respaldar alternativas que favorecem a manutenção da educação da criança e do adolescente em situação de hospitalização.

Vale registrar que o estudo se vincula ao Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Emescam, na linha de pesquisa “Serviço Social, Processos Sociais e Sujeitos de Direito”, quando busca investigar se o atendimento nas classes hospitalares favorece o direito à educação da criança hospitalizada, de modo que ela possa exercer, concomitantemente, o direito à educação e à saúde em um mesmo espaço. Além disso, o estudo pode contribuir para a criação e para o aperfeiçoamento das políticas públicas nessa seara, ampliando o espectro de alternativas educacionais que sejam efetivamente inclusivas e superem ações voluntaristas.

Ainda, a pertinência da pesquisa é reafirmada por se tratar de uma temática pouco explorada por pesquisadores das Ciências Humanas e até mesmo desconhecida pelas próprias instituições de ensino, hospitais e pela sociedade em geral. Assim, por meio deste estudo de caso e, com base nas ideias apresentadas, busca-se abrir novas oportunidades de debate e de contribuição voltadas para o aperfeiçoamento do conhecimento que já se tem produzido, ampliando, por conseguinte, os campos de discussão sobre a temática.

#### 1.4 ESTRUTURA GERAL DA DISSERTAÇÃO

Uma vez expostas as razões para a apresentação do estudo que se disserta nas páginas a seguir, importa, neste momento, assinalar para a organização acerca da abordagem do objeto.

Na sequência dessas linhas introdutórias que compõem a primeira parte deste estudo, está o segundo capítulo, no qual é apresentada uma trajetória

metodológica que aponta para as estratégias sistemáticas utilizadas transversalmente ao longo do trabalho.

A escolha pela abordagem qualitativa e sua importância aos significados, a sensível proximidade do pesquisador com seu objeto, aliadas à investigação científica formam as bases críticas que justificam a escolha de condução de um estudo de caso como estratégia de exploração. A ferramenta da análise de conteúdo marca a forma como serão lidos e interpretados os resultados obtidos a partir das entrevistas semiestruturadas e da observação direta.

No capítulo a seguir, o capítulo terceiro, é proposto o levantamento das concepções teóricas que embasam a pesquisa apresentada. Nesta altura do trabalho serão abordadas as interfaces que envolvem os processos pedagógicos desenvolvidos em ambiente hospitalar, partindo, sobretudo de noções sobre direito à educação e direito à saúde. É a partir delas, que se busca compreender tanto o funcionamento (corpo operacional, contexto), quanto à manutenção das classes hospitalares e sua importante consolidação como acesso educacional de crianças e adolescentes hospitalizados. Em sequência, apresenta-se a legislação referente à temática.

Com o suporte desses conhecimentos, adiante, no capítulo quarto, encontram-se subsídios suficientes para delimitar as margens entre o cenário “legal” e o cenário “real” da classe hospitalar colocada em análise, isto é, a classe do HINSG.

Tendo como norteadora a noção dessa modalidade como um espaço pedagógico sistematizado e alinhado à educação formal – que contempla, em seu exercício, a manutenção do direito à educação, vale sempre lembrar –, em análise, são observados, portanto, os aspectos que devem responder a indagação inicial, a saber, a real experiência do direito à educação pela classe hospitalar em estudo.

Dentro dessa perspectiva pré-alinhada, inferiu-se ainda no quarto capítulo, a título resultados, que o entusiasmo/profissionalismo desempenhado pelo corpo docente responsável pode não refletir, via de regra, a efetividade do ensino-

aprendizagem. Embora seja factível o comprometimento do corpo que opera na ponta da ação, as condições anteriores ao processo de ensino aprendizagem mostram-se determinantes e influenciam significativamente na gestão e no funcionamento da classe que inspiram, ainda, maior diligência dos órgãos competentes.

Com base no mapeamento, verificação e interpretação dos dados apresentados pela pesquisa, são manifestadas, por fim, algumas considerações finais, que não devem ser definidas como conclusivas, mas que chamam para o desdobramento progressivo e frutífero do tema em eventuais estudos posteriores e eventual aprimoramento das políticas públicas nessa seara.

## 2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O trabalho sistemático, disciplinado e auspicioso de um cientista, principalmente em ciências sociais, pode levá-lo a encontrar aspectos da realidade da vida humana que apontam para uma gama tão complexa de determinantes, de modo que aquilo que inicialmente se apresentava como uma simples e pontual exploração, pode culminar em um quadro geral profundo de comportamentos e de consequências difíceis de ignorar.

Assim, o que se percebe é que o campo científico, em que pese a normatividade, é permeado por conflitos e contradições. Por esse motivo, a cientificidade não pode ser reduzida a uma forma determinada de conhecer; ela pré-contém diversas maneiras concretas e potenciais de realização (MINAYO, 2001), ou seja, parâmetros se fazem necessários para “caminhar no conhecimento” e chegar à veracidade dos fatos.

Essa possibilidade de verificação do que foi produzido diferencia a ciência das demais formas do conhecimento e, por consequência, torna o estudo confiável, já dizia Lênin (1965, p.148) “o método é a alma da teoria”. Dessa forma, o método constitui uma espécie de fio condutor entre a teoria e a realidade empírica. A contrário *sensu*, o afastamento do método leva ao empirismo ilusório, a mera especulação.

Este capítulo apresenta a trajetória metodológica desenvolvida na pesquisa. Optei por referir-me à trajetória e não ao método, por entender o processo metodológico como a articulação entre conteúdos, pensamentos e existência que possibilita, em conjunto com as concepções teóricas de abordagem e de técnicas, a construção da realidade no trabalho de investigação.

Com efeito, o estudo desenvolvido caracteriza-se por uma abordagem qualitativa. Para Minayo (2001, p. 22), “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”.

Nesse viés, a abordagem qualitativa prioriza a análise de intenções e interações, trabalha com o universo de significados, percepções, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um âmbito mais profundo e subjetivo das relações, dos processos e dos fenômenos, os quais não podem ser ou estar limitados à operacionalização de variáveis.

Para compreender a dinâmica de manifestação e o contexto dos fenômenos, processos e relações, as pesquisas de abordagem qualitativas demandam uma maior aproximação do pesquisador, que deve se colocar em campo onde o fenômeno em estudo se manifesta, passando a enxergá-lo conforme a perspectiva das pessoas afetadas e envolvidas.

A opção por ir ao encontro do fenômeno onde este se realiza é um desafio tanto de natureza pessoal, quanto operacional, porque o pesquisador se dispõe a olhar para os seres humanos envolvidos numa relação horizontal, senta-se e olha nos olhos daqueles que vivem a situação investigada. Por este motivo, a objetividade e o afastamento das convicções pessoais são desafios que perseguem o pesquisador em todas as etapas do trabalho de investigação.

Conforme se depreende, a pesquisa se alinha com os conceitos apresentados acerca da abordagem qualitativa, uma vez que busca compreender o processo de atendimento educacional em uma classe hospitalar da rede hospitalar pública de internação infanto-juvenil da Região Metropolitana da Grande Vitória – o que demanda a análise e a descrição detalhada do fenômeno e dos elementos que o envolvem (compreensão das atitudes, motivações, expectativas dos atores sociais envolvidos) – realidade esta que não pode ser apreendida e expressa por meio de estudos quantitativos, cujos pressupostos são mais objetivos e gerais.

Assim, tendo em vista a amplitude e o entrelaçamento de diversos fatores na ocorrência do fenômeno social do presente estudo, a abordagem qualitativa se serve do expediente do estudo de caso, recurso que atende a necessidade da investigação em profundidade e promove a necessária aproximação do pesquisador e do fenômeno.

O estudo de caso é uma modalidade de investigação científica amplamente utilizada para a compreensão dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos. Por esse motivo, vem sendo uma estratégia comum de pesquisa na sociologia, na ciência política, no trabalho social e no planejamento (YIN, 2001).

Como esforço de pesquisa, o estudo de caso possibilita o amplo e detalhado conhecimento do objeto tomado para estudo, permitindo, segundo Yin (2001), a preservação das características holísticas e significativas dos eventos da vida real – neste caso, o atendimento pedagógico-educacional de crianças e adolescentes em condição de hospitalização como materialização de seu direito à educação.

Em que pese a dificuldade de uma definição formal de estudo de caso, Martinelli (1999) defende que o estudo de caso possui como característica a exploração e o aprofundamento dos dados obtidos, o que permite uma visão mais ampla do objeto de pesquisa. Por proporcionar a obtenção de informações em profundidade sobre o fenômeno social em estudo, se revela como potencial contribuição para a realização de medidas de natureza prática e política.

Diniz (1999) ressalta que o estudo de caso pode ser usado quando se almeja analisar situações concretas em suas particularidades, sendo adequado para investigar desde a vida de uma pessoa, quanto à existência de uma entidade de ação coletiva, em seus aspectos sociais e culturais.

Assim, o uso do estudo de caso como estratégia desta pesquisa mostrou-se fundamental para reflexão sobre o fenômeno do atendimento educacional hospitalar na classe investigada, possibilitando o contato com as fontes de informação, tais como, os atores sociais, essenciais à coleta de dados.

O presente estudo de caso é do tipo exploratório. É exploratório porque se buscou aprimorar o entendimento da temática, na medida em que foi feito um levantamento bibliográfico e entrevistas. A natureza exploratória se destaca por possibilitar a observação sistemática do objeto, permitindo maior compreensão sobre o problema e o objeto de pesquisa.

A pesquisa ocorreu na Classe Hospitalar do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) – “Canto do Encanto”, localizado no município de Vitória/ES, no bairro de Santa Lúcia.

A escolha do local de aplicação do estudo foi precedida por um estudo preliminar dos hospitais de internação pediátrica da Região Metropolitana da Grande Vitória. A estratégia adotada foi a realização de um levantamento, seguido da catalogação de todos os hospitais de internação, públicos e privados da região citada com os respectivos contatos telefônicos. Na sequência foram realizadas ligações para cada unidade catalogada, em busca de verificar quais delas possuíam alas de internação pediátrica e, caso positivo, se contavam com os recursos de classes hospitalares e/ou brinquedotecas.

Após realizar o estudo exploratório preliminar através de levantamento telefônico, foi constatado que, dos hospitais que possuem ala de internação pediátrica, somente 02 (dois) possuem o recurso da classe hospitalar, sendo importante ressaltar que ambos são públicos. Na rede privada, foi possível constatar 02 (dois) que possuem apenas a estrutura de brinquedotecas, conforme o Quadro (1) a seguir:

Quadro 1 – Distribuição das classes hospitalares instaladas nos hospitais com internação pediátrica da Região Metropolitana da Grande Vitória-ES.

<b>Hospitais com internação pediátrica da região metropolitana da Grande Vitória</b>	<b>Classe hospitalar</b>	<b>Brinquedoteca</b>
Hospital Infantil de Vitória (HINSG)	SIM	SIM
Hospital Infantil de Vila Velha (HIMABA)	SIM	SIM
Hospital Universitário (HUCAM)	NÃO	SIM
Hospital Unimed Vitória	NÃO	SIM
Hospital Meridional	NÃO	NÃO
Hospital Santa Mônica	NÃO	NÃO
Hospital Santa Rita de Cássia	NÃO	NÃO
Vitória Apart Hospital	NÃO	SIM

Fonte: Pesquisa de campo.

Desse modo, foi possível verificar que somente 02 (dois) dos hospitais com internação infantil da região investigada possuíam o recurso de classe hospitalar, quais sejam, o Hospital Infantil de Vitória (Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória - HINSG) e o Hospital Infantil de Vila Velha (Hospital Infantil e Maternidade Alzir

Bernardino Alves - HIMABA), os dois únicos hospitais infantis estaduais, sendo que ambos também possuem recurso de brinquedoteca.

Além de localizar as classes hospitalares em funcionamento, foi realizado contato com a Secretaria de Educação do Estado do Espírito Santo, através do setor responsável pelo Atendimento Educacional Especializado, que ratificou a informação sobre os dois hospitais infantis que possuem classe hospitalar, bem como ressaltou sobre o fato de que o estado promove também o atendimento domiciliar no âmbito dos municípios com o objetivo de estender o atendimento aos estudantes que estão acamados em sua própria residência.

A decisão entre as duas classes hospitalares existentes se deu considerando aquela que possuía o maior tempo de funcionamento e assim foi escolhida a Classe Hospitalar do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) – “Canto do Encanto”, como espaço de atendimento pedagógico-educacional destinado à educação de crianças e adolescentes em condição de hospitalização.

O Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) é uma unidade hospitalar vinculada à Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e sua classe hospitalar existe em funcionamento desde 2000, porém oficializada em convênio com a Secretaria de Estado da Educação (SEDU) a partir de 2003.

O tempo de funcionamento da classe foi considerado um indicativo de estabilidade da atividade investigada pelo tempo de experiência no atendimento a crianças e adolescentes em situação de adoecimento e hospitalização. Além disso, o fato de o Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) constituir-se em hospital de referência para o atendimento de urgência/emergência e de especialidades pediátricas influenciou o processo de escolha.

O HINSG se destaca por ser o principal responsável pelo atendimento de crianças e adolescentes (de zero a dezoito anos) procedentes de todo o Espírito Santo, inclusive, de regiões interioranas do estado. A instituição conta com 250

(duzentos e cinquenta) leitos hospitalares<sup>1</sup>, enfermarias de pneumologia, infectologia, de doenças de cunho gástrico, centro de tratamento de queimados (CTQ), neurologia, neonatologia, unidade de tratamento intensivo pediátrico (UTIP), semi-intensivo, oncologia (onco-hematologia e hospital dia da oncologia), além de ambulatórios de especialidades pediátricas e centro cirúrgico.<sup>2</sup>

Importante mencionar que desde agosto de 2017, o atendimento de urgência e emergência do HINSG é feito no Pronto-Socorro Dra. Milena Gottardi, instalação anexa ao Hospital da Polícia Militar (HPM), localizado em Bento Ferreira. E a oncologia-hematologia (Unacon) pediátrica do HINSG setor, até então alocado na área do hospital localizado em Santa Lúcia, passou também a funcionar, em janeiro deste ano, junto às instalações do Pronto-Socorro Dra. Milena Gottardi, anexo ao Hospital da Polícia Militar (HPM)<sup>3</sup>.

Outros fatores contribuíram para a escolha da classe hospitalar do HINSG, a saber: trata-se de um hospital tradicional e reconhecido no estado, que em agosto do ano de 2020 completará 85 anos; possui uma história marcada por dificuldades, tendo em vista a sua grande demanda de atendimento, bem como por mobilizações e greves objetivando melhores condições de trabalho; assinalam a história do HINSG, ações de oriundas de projetos sociais, de voluntários e ações humanizadoras; foi criado no HINSG, na década de 1960, o primeiro pronto socorro infantil do estado do Espírito Santo especializado em pediatria; o HINSG, também durante a década de 1960, dispunha de sala específica para aulas teóricas de pediatria do curso de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

---

<sup>1</sup> Os leitos estão distribuídos nas enfermarias das unidades do HINSG em Santa Lúcia (Colina) e na estrutura do HINSG anexa ao Hospital da Polícia Militar (HPM), Pronto-Socorro Dra. Milena Gottardi.

<sup>2</sup> Enfermarias no HINSG (Santa Lúcia/Colina): pneumologia “I e II” (doenças que acometem o aparelho respiratório); infectologia “Direita e Esquerda” (doenças infecto contagiosas); Centro de Tratamento de Queimados (CTQ); Neurologia (doenças do trato neurológicas); clínica cirúrgica (cirurgias eletivas); “1ª” enfermaria (doenças de cunho gástrico, anemia, desnutrição); neonatologia (recém-nascidos) e UTIP (unidade de tratamento intensivo pediátrico) pacientes em estado grave da doença acometida), ambulatórios de especialidades pediátricas, centro cirúrgico. Estrutura do HINSG anexa ao Hospital da Polícia Militar (HPM), Pronto Socorro Dra. Milena Gottardi: enfermarias de baixa, média e alta complexidade; semi-intensivo; unidade de tratamento intensivo pediátrico (UTIP); oncologia (onco-hematologia e hospital dia da oncologia).

<sup>3</sup>Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/setor-de-oncologia-do-hospital-infantil-de-vidoria-em-novo-espaco>>. Acesso em: 20 mar. 2020

As questões até aqui destacadas permitiram, sem a mínima hesitação, a tomada de decisão para a escolha da classe hospitalar localizada no HINSG. Uma vez definido o objeto e, em seguida, delimitado o campo de pesquisa, o terceiro passo foi eleger os participantes da pesquisa. Para efeito desse trabalho, fizeram parte da pesquisa todos os 09 (nove) professores que atuam na referida classe hospitalar e também a coordenadora pedagógica, compreendendo, assim, um total de dez pessoas.

Buscou-se trabalhar com todos os envolvidos no desenvolvimento das atividades pedagógicas da classe hospitalar do HINSG. Para assegurar o sigilo da identidade dos participantes da pesquisa, procedeu-se à identificação pela segmentação a qual pertencem: professor e coordenador, seguida de números.

O quarto passo foi estabelecer as técnicas e instrumentos utilizados na coleta de dados. A escolha da entrevista como instrumento de coleta de dados se justificou para obtenção de informações subjetivas, que se relacionam com os valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados. A entrevista, segundo Lakatos e Marconi (2008, p. 278), trata-se de “uma conversação efetuada face a face, de maneira metódica, que pode proporcionar resultados satisfatórios e informações necessárias”.

As entrevistas com os participantes foram realizadas na própria classe hospitalar do HINSG, no mês de março de 2020. Fez-se o uso da entrevista semiestruturada por se adequar melhor ao problema da pesquisa, a partir de dois roteiros elaborados para este estudo, um contendo 9 (nove) perguntas abertas (APÊNDICE A) e o outro 15 (quinze) perguntas também abertas (APÊNDICE B), tendo como finalidade o levantamento de informações sobre a situação da classe hospitalar do HINSG para verificar a efetivação do direito à educação no contexto hospitalar.

Por meio da entrevista semiestruturada foi possível estabelecer uma relação dialógica sensível, respeitosa, com vínculo de confiança entre pesquisadora e entrevistados, o que abriu espaço para a liberação do pensamento crítico e até mesmo reprimido do informante, que muitas vezes soou em tom de confiança para

a pesquisadora. Esse tipo de entrevista se mostrou essencial para melhor abordagem do tema, uma vez que permitiu a elaboração de perguntas adicionais para elucidar questões que não restaram esclarecidas, bem como possibilitou a interferência da entrevistadora para recompor o contexto da entrevista nas situações de fuga do tema pelo entrevistado, a fim de que os objetivos fossem alcançados.

Nessa pesquisa, as entrevistas foram realizadas nas dependências da própria classe hospitalar do HINSG, em um pequeno, porém confortável espaço (com uma mesa do tipo escritório e duas cadeiras), que garantiu a privacidade dos envolvidos e proporcionou a gravação das entrevistas.

A fim de preservar a riqueza dos depoimentos dos envolvidos, as entrevistas foram gravadas (totalizando 04 horas de depoimentos) e, posteriormente, transcritas (totalizando 80 folhas de transcrições), momento em que as análises começaram a ser desenvolvidas, conforme se explicitará adiante nessa descrição da trajetória metodológica.

Realça-se que as informações coletadas ficaram aos cuidados da pesquisadora, mantendo-se o sigilo da pesquisa. Perseguiu-se com o mesmo cuidado para resguardar o anonimato dos sujeitos da pesquisa, tendo em vista que foram representados por siglas.

Buscou-se estabelecer uma relação de cordialidade, confiança e de respeito com os entrevistados. Os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa, bem como sobre eventual concordância em participar livre e voluntariamente da mesma, fazendo a leitura acompanhada do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, elaborado conforme a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Durante a inserção no contexto pesquisado procurou-se realçar os significados, as preferências, as crenças, os gestos, os tons de fala, os sentimentos e demais sensações que puderam ser experienciadas. A preocupação com a totalidade das relações fez emergir diálogos informais e espontâneos com as crianças, bem como com os integrantes da pesquisa. Também ocorreu a

observação do espaço investigado, dos materiais e dos recursos disponibilizados no ambiente. Essa vivência foi registrada em um diário de campo, como espécie de “memória-recordação” (FERRAZ, 1998, p.104), revertida também como dado para análise.

Por ser um instrumento de registro de pesquisa, Triviños (1987) aponta que as anotações realizadas no diário de campo, sejam elas referentes à pesquisa ou aos processos de intervenção, complementam as informações sobre o cenário da pesquisa, possibilitando o registro de informações que não são coletadas em entrevistas formais ou em questionários.

Dessa forma, as anotações descritivas do diário de campo realizado objetivaram transmitir e expor com exatidão os fenômenos sociais e a totalidade da situação em estudo, tornando-o retrato do contexto vivenciado.

Foram coletados materiais que serviram de subsídio para entender o funcionamento da classe, tais como, a ficha de acompanhamento; o registro de frequência dos alunos; a ficha descritiva de rendimento do escolar hospitalizado; a declaração que atesta o comparecimento na classe e informa sobre o programa desenvolvido, bem como solicita o encaminhamento dos materiais didáticos e pedagógicos pela escola de origem. A pesquisa também reuniu recortes jornalísticos referentes à classe hospitalar investigada.

A fim de registrar as atividades realizadas no ambiente investigado, obteve-se permissão para fotografar as instalações da classe hospitalar, inclusive, registrar momentos mais intimistas, como planejamento de aulas dos professores (à época, planejavam atividades em conjunto para a semana da água - dia 15 ao dia 23 de março) e atendimentos de professores e alunos, tanto na classe, quanto nas enfermarias, preservando o anonimato também nas fotografias mediante o uso de *photoshop* na face dos fotografados.

O quinto e último passo compreendeu a fase de análise e interpretação dos dados. A técnica utilizada nesta etapa foi a análise de conteúdo. Apesar de originária da área da Psicologia, a análise de conteúdo é um método perfeitamente adaptável

a qualquer área do conhecimento em que exista comunicação humana e na qual se esteja investigando fenômenos sociais através do discurso subjetivo dos sujeitos, requerendo, para tal, uma interpretação mais atenciosa e criteriosa por parte do investigador. Segundo Bardin (1977, p. 9),

é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos do rigor da objectividade e da fecundidade da subjectividade. Absolve e cauciona o investigador por esta atracção pelo escondido, o latente, o não-aparente, o potencial de inédito (do não-dito), retido por qualquer mensagem.

Por meio da análise de conteúdo encontra-se respostas para as questões formuladas, bem como pode-se confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). Há, ainda, uma outra função que diz respeito a descoberta do que se esconde por trás dos conteúdos manifestos, ou seja, revela o que Bardin (1977, p. 9) denominou acima de “latente”, “não aparente”.

As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se cronologicamente em torno de três polos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Lança-se mão dos ensinamentos de Bardin (1977), Franco (2008) e de Gil (2002) para explicá-las.

A primeira fase, a pré-análise, se perfaz com a organização do material a ser analisado, segundo os objetivos e as questões de estudo. É nesse momento que ocorre leitura “flutuante”, que corresponde ao primeiro contato com os documentos que, posteriormente, serão escolhidos e submetidos à análise, ou seja, procede-se, segundo Bardin (1977), à constituição de um *corpus* (conjunto de documentos que serão submetidos aos processos analíticos). Essa fase também tem por finalidade a formulação das hipóteses e dos objetivos, a referenciação de índices e a elaboração de indicadores para orientar a preparação formal do material. Desde a pré-análise também devem ser determinadas operações de recorte do texto em unidades de registro e unidades de contexto.

Nesta pesquisa, a primeira fase foi caracterizada pela transcrição integral e impressão das entrevistas (*corpus* da pesquisa), seguida da leitura flutuante de todo o material, a fim de tomar contato com a estrutura e identificar as diferentes

amostras de informação a serem analisadas, sendo objeto de seleção aquelas que se apresentaram de acordo com os objetivos a serem alcançados pela pesquisa. Escolheu-se o tema como unidade de registro, por ser uma afirmação sobre determinado assunto que envolve “não apenas componentes racionais, mas também ideológicos, afetivos e emocionais”, consoante aduz Franco (2008, p. 43). Nesse processo, as entrevistas foram desmembradas de acordo com os temas levantados.

A segunda fase, a exploração do material, é a mais longa, pois corresponde ao momento de se aplicar o que foi definido na fase anterior. Na releitura do material obtido, é preciso considerar tanto o conteúdo manifesto, quanto o conteúdo latente para se construir a codificação do conteúdo e a categorização dos dados. Nessa fase tomar-se-ão os recortes das unidades de análise (unidades de registros e de contextos), ou seja, palavras-chaves, parágrafos das entrevistas, dos textos dos documentos, das anotações de campo e, uma vez identificados e classificados, realiza-se uma primeira categorização (reunião dessas unidades sob um título genérico e pré-definido em razão de caracteres comuns a tais elementos). As categorias, por sua vez, devem ser agrupadas tecnicamente, de acordo com temas correlatos para possibilitar as inferências.

Na presente pesquisa, essa segunda fase compreendeu a seleção de fragmentos dos conteúdos das entrevistas por meio de um sistema de cores, posteriormente classificados e agrupados em suas respectivas categorias (a partir da elaboração de uma grade de análise), a fim de contribuir para a interpretação dos conteúdos, inclusive, aqueles implícitos. Estabeleceu-se a categorização com base no critério semântico (categorias temáticas), de modo que os fragmentos destacados do conteúdo foram agrupados conforme suas semelhanças, permitindo, assim, compor três categorias de análise: a primeira, “Estrutura e processo educacional da classe hospitalar: a interface com a legislação e teoria”, a segunda, “Ações de educação especial inclusiva que favorecem a manutenção da educação regular” e, por último, “Desafios para a efetivação do direito à educação da criança hospitalizada”.

A terceira fase do método diz respeito ao tratamento dos resultados, aos processos de inferência e de interpretação. Para Bardin (1977), é o momento da

intuição, da análise reflexiva e crítica. Assim, o pesquisador deve-se voltar para as ideologias, tendências e outras determinações características do fenômeno analisado. Nessa etapa o pesquisador deve confrontar sistematicamente os resultados obtidos com referencial teórico, na tentativa de acrescentar algo aos questionamentos já existentes sobre o tema, fazendo uma espécie de esforço de abstração para ir além dos dados obtidos, o que exige a retomada das anotações feitas em campo e da literatura.

No estudo, a terceira etapa consistiu na interpretação e significação dos resultados obtidos e agrupados, à luz dos marcos teóricos pertinentes à investigação e que conferiram embasamento para o estudo (livros, artigos, teses que tratam sobre o atendimento educacional hospitalar). Essa relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica norteou à problematização da temática, permitiu o desenvolvimento de críticas, bem como de sugestões teóricas e práticas em relação ao tema.

Dessa forma, a pesquisa cumpriu de forma cronológica todo o processo que envolve a redução dos dados, a categorização desses dados e sua interpretação.

Por fim, quanto aos aspectos éticos, insta registrar que essa pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e está registrada sob o número 20161419.5.0000.5065 do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE). Ainda, encontra-se em conformidade com os aspectos éticos inerentes à pesquisa com seres humanos, dispostos na Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, ou seja, foi realizada mediante a concordância explícita da instituição co-participante por meio da Carta de Anuência.

Os dados foram coletados após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM) e a concordância dos participantes da pesquisa, que estando devidamente esclarecidos da sua participação, consentiram em participar livre e voluntariamente da mesma, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, elaborado conforme disciplina a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

### **3 INTERFACES E MEDIAÇÕES DA EDUCAÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR: CONCEPÇÕES TEÓRICAS QUE EMBASAM O ESTUDO**

As transformações de ordem econômica que vêm ocorrendo no cenário mundial, decorrentes do reordenamento do modo de produção inerente à lógica capitalista e seu processo de expansão, influenciam diversos setores da vida social, dentre eles o da educação. O capital, em sua atual configuração, sob a ótica neoliberal propugna pelo encolhimento das funções sociais do Estado, que passa a ser orientado a manter menor investimento nas políticas sociais, o que afeta sobremaneira a educação.

Tais impactos decorrentes do ideário neoliberal acarretam reflexos importantes sobre a possibilidade de uma educação comprometida com as transformações da realidade social e com a promoção da justiça social. Sob a lógica neoliberal, a educação sustenta o compromisso na formação e capacitação de pessoas para o ingresso no mercado de trabalho, atendendo às demandas do capital em seu processo de ordenamento e reordenamento produtivo.

Assim, firmada nos interesses capitalistas a educação é usada como instrumento a serviço das necessidades de mercado, organizada segundo a lógica produtiva dominante, com vistas a formar força de trabalho adequada para atender às exigências do capitalismo globalizado e disciplinar a pobreza. A educação se constitui, assim, uma espécie de preparação para o mercado de trabalho, para o aprimoramento do desenvolvimento mental da força de trabalho e sua disciplinarização.

A educação no capitalismo se revela contraditória e desigual quanto o é o modo de produção do capital. A necessidade de educar para o trabalho, domesticar para a vida social e forjar ideais liberais e democráticos, sobretudo com a universalização da educação escolar, não esconde o papel da educação de mediadora para a reprodução social capitalista. Evidentemente, nessa perspectiva o que se tem é uma educação que justifica as desigualdades geradas pelo sistema,

que produz consenso e conformidade na classe trabalhadora e subjuga as possibilidades de autotransformação dos indivíduos.

Nessa esteira de raciocínio, segue o pensamento de Sarup (1980, p. 151), segundo o qual,

“[...] As escolas fornecem prontamente mão-de-obra às empresas dominantes e fortalecem a segmentação racial, étnica, sexual e de classe da força de trabalho. Argumenta-se que os principais aspectos de organização educacional são uma *réplica* das relações de dominação e subordinação na esfera econômica. Há uma correspondência entre as relações sociais de ensino escolar e de trabalho. Isso explica a capacidade que tem o sistema educacional de produzir uma força de trabalho manejável e fragmentada [...]” (grifo do autor).

A percepção instrumentalizada da educação com foco no mundo do trabalho fez com que a sua objetivação fosse compartimentalizada, como se natureza e homem, corpo e mente fossem entidades separadas e com funções distintas. Neste sentido, Miller (1996 *apud* YUS, 2002) ponderou que os sistemas educacionais organizaram a forma como apresentam o mundo do saber como entidades separadas que não se conectam e essa fragmentação faz com que artificialmente o mundo não se compreenda, notadamente, são mais afetadas por esta concepção estas quatro dimensões:

a) Social - a maior parte das populações nas sociedades industrializadas vivem em grandes cidades, metrópoles e isto as afasta da percepção genuína de comunidade, de agregação. Neste cenário, a violência, o consumo abusivo de álcool, de drogas e a prostituição são consequências da desconexão com o sentido da vida.

b) Pessoal - a separação entre corpo e mente, vida material e espiritual tem adoecido as populações e, no tocante ao indivíduo, este é estimulado a focar no que está fora de si, deixando as questões internas para segundo plano, fato que tem provocado o adoecimento e a perda do sentido e valor da vida.

c) Cultural - a perda de sentido e valor das interações genuínas entre as pessoas, como por exemplo, os cantos, as rodas de conversa, são consequências da padronização dos costumes, estabelecendo no mundo da materialidade, os

valores com os quais as pessoas são avaliadas. É exatamente na dimensão cultural que a fragmentação do saber se manifesta de forma mais contundente, porque à proporção que pessoas e sociedade não se vinculam por meio de seus significados orgânicos, maior será a dissociação consigo mesmas e com o mundo.

d) Econômica - a vida concentrada nas grandes metrópoles resulta devastação do meio ambiente, nessa lógica, mais e mais os recursos naturais são consumidos, logo, maiores são os riscos ambientais e maiores serão as ameaças ao bem-estar das populações.

Diante da perspectiva mecanicista da educação, própria da percepção instrumentalizada anteriormente referida, a organização do processo de ensino e aprendizagem se mostra fragmentado em conteúdos que apresentam linguagens dissociadas entre si e desconectados do processo histórico e social de conformação da sociedade. Ocorre, então, que a concepção fragmentada, reducionista, da educação impossibilita uma visão contextualizada, necessária à formação de um cidadão crítico, consciente e atuante socialmente.

Mas, numa outra lógica, firmada no compromisso com a formação humana e histórica do sujeito social consciente e atuante, a educação se volta para a constituição de cidadãos críticos, capazes de definir e conduzir seu próprio processo de vida social. Sobre educação e o aprimoramento do processo de autoconstrução humana, Tonet (2007) sintetiza que a natureza essencial da atividade educativa consiste em permitir a apropriação de conhecimentos, habilidades, valores, comportamentos que fazem parte do patrimônio acumulado e decantado ao longo da história da humanidade, contribuindo para que o indivíduo se construa como integrante do gênero humano.

Sob esse ponto de vista, a educação constitui mecanismo para a formação de valores e o desenvolvimento de habilidades, sendo capaz de propiciar a emancipação plena dos sujeitos, pressuposto imprescindível no processo de transformação social. Saviani (2003) defende que essa é a propriedade da educação, enquanto mediadora para a construção do indivíduo como ser social.

Para esse autor, trata-se de uma educação que mantém o compromisso de transformar a sociedade a partir da dialética do reconhecimento e compreensão dos determinantes sociais da educação e dos modos como a educação interfere na sociedade, contribuindo para sua transformação.

É ainda em Saviani (2003), que encontramos a ideia de educação como uma ação (pela via do trabalho educativo) voltada para a produção intencional da humanidade em cada indivíduo, sendo esta (humanidade) histórica e coletivamente produzida pelo conjunto de homens em sociedade. Produzir intencionalmente a humanidade pelo trabalho educativo, no pensamento de Saviani, significa a produção de conhecimentos, valores, atitudes, ideias que possibilitam ao homem apreender o mundo e, nesse sentido, humanizar-se.

Assim, na contramão da conformação capitalista, a educação assume feição transformadora, com elementos emancipatórios que caminham para a liberdade que confere sentido às relações humanas, podendo ser compreendida como instrumento a serviço da democratização.

A concepção de educação que norteará a presente discussão será fundamentada nas teorias críticas de base marxista e humanista, embora reconhecendo que o debate sobre classes hospitalares venha sendo intimamente relacionado à educação na modalidade da Educação Especial e da educação inclusiva.

Não é o caso de ocupar-se de adentrar no debate teórico da classe hospitalar na seara da Educação Especial, uma vez que a própria Educação Especial não define os escolares em situação de adoecimento e hospitalização como seu público-alvo, mas apenas como destinatários temporários desta modalidade de educação. Não obstante alguns escolares em situação de hospitalização se encaixem na descrição de público-alvo da educação especial, muitos outros não se adequam a esta caracterização, apesar de a condição de doença crônica e hospitalização forjarem demandas de atenção à sua escolaridade, que se colocam como necessidades educacionais especiais. Desta forma, a presente abordagem teórica se dirige à educação tomada como direito social, inalienável, de crianças e

adolescentes em situação de adoecimento e hospitalização, seja ele regulado ou não pela modalidade da Educação Especial.

Tomando como referência neste estudo concepções e ideias comprometidas com uma educação transformadora, passa-se a discorrer sobre conceitos e concepções que permitem compreender os liames das políticas públicas, especialmente na seara da educação e da saúde, estando as classes hospitalares inseridas na interface de tais políticas.

Tais constructos se revelam, nesse sentir, uma base teórica consistente a subsidiar o presente interesse empírico em verificar se a efetivação do processo pedagógico-educacional desenvolvido em classe hospitalar converge com o que preconizam as leis que as regulamentam.

### 3.1 EDUCAÇÃO E SAÚDE: INTERFACES DO PROCESSO PEDAGÓGICO-EDUCACIONAL EM CLASSE HOSPITALAR

Esta seção se destina a abordar aspectos conceituais e teóricos, inerentes ao tema de estudo e optou-se por iniciar por alguns conceitos e concepções relacionados à educação e à saúde, a partir dos quais buscamos discorrer sobre a interface desses setores com a classe hospitalar. Ainda que o senso comum faça parecer que palavras como saúde e educação sejam facilmente compreendidas no âmbito da presente discussão, é importante definir com clareza cada um desses termos e sua intersecção com o objeto de estudo proposto.

#### 3.1.1 A educação e o direito à educação

Existem diferentes concepções e definições acerca da educação, que subsidiam propostas e processos educativos. Tais concepções e definições encontram-se fundamentadas em teorias educacionais, com suas respectivas perspectivas ideológicas e políticas.

O conceito de educação parte do sentido etimológico, a partir dos termos de origem latina: *educare*, que significa alimentar, cuidar, criar, referindo-se às plantas, aos animais e às crianças; e *educere*, que significa conduzir para, modificar um estado (LIBÂNEO, 2005).

Na compreensão de que a educação consiste em prática social de engendramento dos processos de formação histórica e constituição do sujeito social, encontra-se nos constructos freireanos a concepção de que a educação articula as dimensões social e política da vida humana, como aponta Pinel (2006). A primeira dimensão contempla a vida dos educandos e educadores nas suas relações interpessoais significativas e produtoras de conhecimento. Já a segunda abarca a ação política de efetivação de uma cultura democrática. A teoria educacional freireana contribui tanto para a educação escolar como para a não-escolar.

Para Brandão (1981), a educação é inerente à vida social, estando presente nos mais diversos espaços de vida em sociedade, como escolas, ruas, famílias, onde cotidianamente misturamos vida com educação. Assim, para este autor, a educação transcende o espaço meramente escolar e não se limita a um único modelo.

Para Libâneo, Oliveira e Toschi (2009, p. 168), “a vida social implica a vivência da educação pelo convívio, pela interação entre as pessoas, pela socialização das práticas, hábitos e valores que produzem a vida humana em sociedade”.

Pimenta e Anastasiou (2014, p. 64), referem que a educação, como um processo que ocorre na sociedade, “[...] é um processo ‘natural’ que ocorre na sociedade humana pela ação de seus agentes sociais como um todo, configurando uma sociedade pedagógica [...]”. No entanto, ainda para essas autoras, “[...] algumas instituições se incumbiram na tarefa de ‘desnaturalizar’ a educação, assumindo a responsabilidade de desenvolvê-la sistemática e intencionalmente em vista de determinadas finalidades [...]” (PIMENTA; ANASTASIOU, 2014, p. 64).

Se vivemos em uma sociedade pedagógica, torna-se necessário compreendermos o que vem a ser pedagógico. Para Libâneo (2001), trata-se de direção explícita da ação educativa, com objetivos sociopolíticos. Estando o pedagógico presente nas ações educativas da sociedade em geral, vamos então encontrá-lo nas ações desenvolvidas em classe hospitalar, no processo educacional desenvolvido com crianças e adolescentes privados temporariamente da educação escolar por encontrarem-se em situação de hospitalização.

O mesmo Libâneo (2001) aponta a existência de ação pedagógica que perpassa a sociedade em seus diferentes e múltiplos espaços, para além do espaço escolar formal e que abrange espaços de educação informal e não-formal. Pinel (2006), bem como Libâneo, Oliveira e Toschi (2009) também fazem referência às diferentes modalidades que a educação assume, conforme sua intencionalidade, dentre as quais estão a educação formal a educação informal e a educação não-formal, a educação escolar e a educação não-escolar.

A modalidade de educação escolar, segundo Pinel (2006), apresenta organização, estrutura e currículos específicos (que definem diversos conteúdos a serem abarcados), definidos nacionalmente (ou internacionalmente); já a modalidade não-escolar contempla práticas educativas realizadas em espaços extraescolares, no âmbito da sociedade, englobando processos pedagógicos formais e não-formais ou informais.

Libâneo, Oliveira e Toschi (2009), descrevem as modalidades de educação formal, não-formal e informal. Para eles, a educação formal apresenta objetivos e conteúdos explicitamente definidos, além de métodos de ensino e procedimentos didáticos sistematizados e organizados; a educação não-formal diz respeito às atividades educacionais pautadas em relações pedagógicas pouco sistematizadas, como as que ocorrem em movimentos sociais; e a educação informal é uma modalidade que se apresenta de modo não institucional, não planejado, assistemático e envolve os conteúdos da vida social na formação da pessoas, que não estão direcionados à formação acadêmica. Tais autores afirmam ainda que a educação formal não ocorre apenas na escola, mas em outros espaços que demandam por uma educação com objetivos bem definidos, estruturada,

organizada, sistematizada e “[...] a educação não-formal intercambia frequentemente com a educação formal [...]” (LIBÂNEO; OLIVEIRA; TOSCHI, 2009, p. 169).

Compreende-se que a classe hospitalar, embora situada em espaço extraescolar, está intimamente relacionada à educação escolar formal e não-formal e, nesta configuração, revela-se como importante elemento para a efetivação do direito à educação escolar formal e não-formal de crianças e adolescentes em situação de enfermidade e hospitalização.

Quando se coteja o pleno desenvolvimento humano por meio da educação, necessário se faz atentar para o fato de que a capacidade de ser pleno como ser humano, engloba aspectos objetivos e subjetivos inerentes à constituição do sujeito e à apreensão das vivências que ocorrem por meio das relações sociais, o que contempla o conhecimento do mundo (o contexto social) e aspectos internos que possibilitam ao sujeito aprendente reconhecer-se como autor da própria vida na sociedade. É neste ponto que a garantia do direito à educação se faz fundamental, porque o conhecimento, o acesso e a efetividade do direito permitirão que o indivíduo, como ser social, se constitua cidadão para o alcance da emancipação humana.

A educação é um direito reconhecido universalmente, conforme previsão constante no artigo XXVI, inciso I, da Declaração Universal dos Direitos do Homem, proclamada pela Organização das Nações Unidas, no ano de 1948 do século XX:

Todos os seres humanos têm direito à educação. A educação será gratuita, pelo menos nos graus elementares e fundamentais. A educação elementar será obrigatória. A educação técnica-profissional será acessível a todos, bem como a educação superior, esta baseada no mérito (ONU, 2009, p. 15).

O Brasil como signatário da Declaração Universal dos Direitos Humanos estabeleceu na legislação interna, sobretudo, na Constituição Federal de 1988, os compromissos mais contundentes acerca do direito à educação, passando o Estado e a família a possuir conjuntamente deveres e responsabilidades cujo descumprimento acarreta, inclusive, implicações jurídicas. No artigo 205 estão expressas as três funções mais estratégicas da educação, a saber, o

desenvolvimento humano em sua plenitude, a preparação para a vida em sociedade e para o mundo do trabalho.

Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 1988).

Nesse contexto, vislumbra-se que a educação constitui direito e, sobretudo, instrumento fundamental para o alcance das finalidades prescritas na Lei Maior, que busca, como fim último, a construção de uma sociedade igualitária, solidária, capaz de promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade.

Oportuno acrescentar que o direito à educação se encontra no rol de direitos sociais, ou de segunda dimensão, caracterizados por outorgar aos indivíduos prestações sociais estatais, tais como, assistência social, saúde etc., atribuindo ao Estado comportamento ativo na realização da justiça social (SARLET, 2018). Esses direitos fundamentais assumem uma dimensão positiva, sendo possível exprimir, segundo Bonavides (2019), que nasceram abraçados ao princípio da igualdade em sentido material e não meramente formal.

Tais direitos se distinguem dos direitos de primeira geração ou de primeira dimensão, também chamados de liberdades públicas ou direitos de liberdade. Caracterizados por alto grau de individualismo, compreendem os direitos do indivíduo perante o Estado. Representam uma zona de não intervenção do Estado e uma esfera de autonomia individual em face de seu poder (SARLET, 2018). Por essa razão, são também reconhecidos como direitos de cunho negativo, uma vez que dirigidos a uma abstenção e não a uma conduta positiva por parte dos poderes públicos, sendo caracterizados como direitos de resistência ou de oposição perante o Estado (BONAVIDES, 2019). Assumem relevo, nesse contexto, os direitos à vida, à liberdade de locomoção, à propriedade.

Segundo Paim (2011) os direitos conquistados pela humanidade envolvem um longo processo histórico de lutas, que culminaram e vêm culminando nos denominados direitos de primeira à quarta geração. Segundo o autor, constituem-se direitos de primeira geração os que foram efetivados em países da Europa, nos

séculos XVIII e XIX e incorporam direitos civis (liberdade de ir e vir, de religião, de pensamento, de imprensa) e políticos (direito de participar do exercício do poder político, organização sindical, manifestação, votar, ser votado). Já os direitos de segunda geração surgiram no século XX, manifestados em direitos sociais (trabalho, educação, saúde, previdência, etc.) e que se materializam em políticas sociais.

Assim, ao proclamar a educação como direito fundamental de natureza social, a Constituição Federal de 1988 demonstrou preocupação com o acolhimento de princípios de um Estado social e democrático de direitos, voltado para a concretização não apenas de direitos individuais, mas também para os direitos sociais. Isso porque a educação além de promover um bem individual, como uma forma de inserção do sujeito no mundo, caracteriza-se como um bem comum, na medida em que recai sobre pessoas indeterminadas, bem como sobre futuras gerações. Para Duarte (2007, p. 698), “trata-se, pois de um direito que, mesmo podendo ser exercido individualmente não pode ser compreendido em abstração de sua dimensão coletiva e até mesmo difusa”.

Dessa forma, considerando que a proteção de um bem jurídico como a educação perpassa os interesses individuais, cabe ao poder público o dever jurídico de prestar os serviços educacionais a todos, organizando-se de acordo com as diretrizes elencadas pela Constituição Federal, no sentido de que todos possam exercer igualmente esse direito.

O princípio da igualdade de condições para acesso e permanência na escola, previsto no artigo 206, inciso I, da Constituição de 1988 constitui uma dessas diretrizes essenciais que deve conduzir o sistema e as políticas públicas educacionais. Mantoan (2006) afirma que a igualdade de oportunidades no sistema educacional só se justifica quando garante o acesso, a permanência e a continuidade dos estudos nos diferentes níveis de ensino, do contrário ela se torna uma ação perversa. Assim, o atendimento educacional deve caminhar no sentido de empreender ações, mudanças e adaptações que se fizerem necessárias, de modo a ajustar o fazer pedagógico às necessidades dos alunos, garantindo o binômio acesso e permanência.

A educação igualitária responde por uma escolarização em que não impera qualquer tipo de discriminação, quer seja de origem financeira, religiosa, etária, tampouco em razão de condições de saúde que impossibilite ou restrinja o acesso ou a permanência do educando na escola.

Nessa linha, oportuno registrar que ao longo dos anos diversas ações no sentido de garantir o acesso e a permanência de crianças em idade escolar têm sido tomadas. A elaboração de políticas públicas direcionadas à redução da evasão e da reprovação constituem exemplo dessas medidas. As políticas públicas de combate ao trabalho infantil, de implantação de um sistema de transporte escolar e até mesmo as de classes hospitalares também se incluem nesse contexto.

Ações de governo no sentido de ampliar a obrigatoriedade da educação básica (ou seja, a educação infantil até o ensino médio) também resultaram exitosas. Tudo isso pode ser constatado por meio dos resultados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na Síntese de Indicadores Sociais (SIS) de 2019 em que se tem:

De acordo com os dados da PNAD Contínua, observou-se crescimento do acesso à educação infantil. Em 3 anos, as taxas de frequência à escola ou creche das crianças de 0 a 3 anos e de 4 e 5 anos de idade subiram de 30,4% e 90,2%, em 2016, para 34,2% e 92,4%, respectivamente, em 2018 [...]. A taxa de frequência escolar bruta das pessoas de 6 a 14 anos de idade estava próxima da universalização (BRASIL, 2019).

Mesmo com esse esforço de estabelecer condições de fruição do direito à educação, ainda há muito o que se fazer, mormente quanto à qualidade da educação. Contudo, o que se busca na presente discussão é perguntar objetivamente a respeito das crianças e adolescentes que estejam momentaneamente ou em longos períodos de internação hospitalar, como fica o direito desse grupo específico de continuar o processo de aprendizagem, de conhecer o mundo, de se (re)conhecer como ser social e sujeito de direitos e sua preparação para o mundo do trabalho?

### 3.1.2 A saúde, o direito à saúde e a humanização da saúde

O conceito de saúde adotado nesta discussão é aquele definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, no sentido de que a saúde é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade".

A despeito de críticas, principalmente oriundas em razão do alto grau de subjetividade da definição, levando a crer que corresponde a um estado de bem-estar inatingível, bem como o fato de que a mesma não guardaria um enfoque operacional, esse conceito ampliado de saúde transcende a ausência de doença e envolve condições e determinantes de um processo saúde-doença, que não podem ser desconsideradas.

Assim, para compreender a saúde de um indivíduo devem ser considerados fatores como segurança, educação, lazer, liberdade, como igualmente importantes e que contribuem para que o desenvolvimento e a vida do ser humano seja saudável, seja plena. Nesse sentido, a visão de saúde proposta pela OMS foi integrada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável<sup>4</sup> (ODS) e simboliza um horizonte a ser perseguido, uma vez que leva em conta que a saúde de um indivíduo ou da coletividade está atrelada às relações com o meio físico, social e cultural.

Com base nisso, as condições de vida, as vivências em saúde e doença, os condicionantes biológicos (idade, sexo, fatores genéticos), o meio físico (condições geográficas, de habitação), assim como o meio socioeconômico e cultural (ocupação do indivíduo, renda, acesso à educação formal, ao lazer), as formas de relacionamento interpessoal e de acesso aos serviços de saúde correspondem a fatores determinantes para a condição de saúde.

Nesse espírito, a saúde é produto e parte do estilo de vida, das condições de existência do sujeito, de modo que se mostrará variável a depender, por exemplo, da

---

<sup>4</sup> Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são uma agenda mundial adotada durante a Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável em setembro de 2015 composta por 17 objetivos e 169 metas a serem atingidos até 2030.

qualidade da água de determinada região, da condição de miséria enfrentada, do estilo de vida pessoal e de ações de natureza protetoras da saúde, tais como, medidas de saneamento básico, vigilância sanitária de alimentos, de medicamentos, bem como de um espaço de trabalho adequado.

Com efeito, tem-se que a concepção ampliada de saúde trouxe repercussões teóricas e práticas, na medida em que considerou as condições, os modos de vida e de trabalho como aspectos inerentes ao processo saúde-adoecimento, enfatizando o aspecto da multideterminação de tal binômio, privilegiando, ainda, a atenção em saúde para as ações de prevenção de doenças e de promoção de saúde. Sobre o tema, corrobora Cohn (1989, p. 124):

Já então não se condenavam mais os fatos sociais a serem externos ao processo saúde-doença, mas, reconhecendo a especificidade deste, passava-se a concebê-lo também como parte integrante do social. Da mesma forma, começam a ser desveladas as dimensões sociais, políticas e econômicas da prática médica e das medidas na área da saúde. Em suma, retira-se a saúde da esfera estritamente técnica e rompe-se a dicotomia prevenção-cura na construção desse novo objeto de estudo - a medicina social - na sua referência à realidade brasileira.

Essa concepção ampliada de saúde, que considera os fatores intervenientes no processo saúde-doença, foi ratificada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no ano de 1978, em Alma-Ata, no Cazaquistão, oportunidade em que a saúde também foi reconhecida como um direito humano fundamental, de modo que a consecução do mais alto nível possível de saúde passou a constituir a mais importante meta social mundial, cuja realização demanda a ação de outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

Neste caminhar, também se observa que a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada, em 1986, em Ottawa, conferiu novos contornos que agregaram a concepção de saúde. Os ideais de promoção da saúde foram definidos como a expressão de uma ação coordenada entre a sociedade civil e o Estado, o qual deveria, de forma objetiva, realizar a implementação de políticas públicas eficazes com a criação de ambientes favoráveis aos indivíduos, evidenciando o fortalecimento da ação da comunidade, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde (PORTO; PIVETTA, 2009).

Depreende-se, neste contexto, que a Carta de Ottawa enfatizou a dimensão social sobre a saúde dos indivíduos e a importância de cinco estratégias de promoção à saúde: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. A reunião desses campos de ação implicaria transformações na realidade da saúde da população (HEIDMANN et al. 2016).

Esses documentos somados a tantos outros oriundos também de conferências internacionais de promoção à saúde trouxeram diretrizes para a formação da concepção do direito à saúde no mundo e, sobretudo, no Brasil. Seguindo a visão epidemiológica da questão saúde-doença que privilegia determinantes e condicionantes e considera que fatores sociais, ambientais, econômicos e educacionais, verifica-se que a VIII Conferência Nacional de Saúde adotou o seguinte conceito sobre saúde:

[...] em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

Ainda, no debate afeto ao direito à saúde, recorre-se a Paim (2011), para quem a saúde, ou seja, a vida saudável demanda o reconhecimento e a efetividade dos diversos direitos relacionados ao homem e a sua vida em sociedade: direito às liberdades individuais e democráticas, ao trabalho, à educação, à atenção à saúde, à qualidade de vida, ao ambiente preservado, à biodiversidade, pois a garantia do direito à saúde, segundo ele, requer o acesso às ações e serviços de saúde, bem como um estado de saúde resultante de um modo de vida saudável.

Dessa forma, as ideias aqui expostas demonstram que a saúde tão somente torna-se completa, quando são asseguradas condições de vida digna para os cidadãos, por meio da educação, pela adoção de estilos de vida saudáveis, pelo desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, bem como pela eficácia na implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade da vida e dos serviços de saúde.

De outra parte, assumir a saúde como um direito e por isso implementar políticas públicas voltadas para a sua efetivação se constituiu resultado de lutas, acertos sociais e institucionais, que em boa parte foram consequências de mobilizações da sociedade, dentre elas, o Movimento de Reforma Sanitária – que surgiu em meados dos anos 1970 – e o movimento que ganhou impulso nos anos 1990 – a partir de propostas de descentralização dos serviços de saúde.

Bravo (2001) analisando a influência do Movimento de Reforma Sanitária destacou como sendo seus objetivos principais: a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a defesa da universalização do acesso; a reestruturação do setor por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS); a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local por meio de novos mecanismos de gestão, os conselhos de saúde.

Assim, ao buscar a democratização da saúde, o Movimento de Reforma Sanitária rompia com a trajetória dual da política de saúde, marcada, por um lado, pela medicina previdenciária – direcionada para a manutenção da integridade física de trabalhadores do mercado formal urbano – e, por outro, pela saúde pública que, sob o comando do Ministério da Saúde, era voltada principalmente às zonas rurais e aos setores poucos favorecidos da população, tendo como alvo o controle focalizado de doenças específicas. Neste sentido, assegura Rabello (2006, p. 93):

[...] Nestes anos, a legislação e as instituições voltaram-se para a previdência e a saúde de categorias específicas de trabalhadores, inseridos em ramos estratégicos da economia, tais como marinheiros, bancários, entre outros. Os direitos sociais de cidadania não eram para todos, havia um caráter nitidamente corporativo nessa assistência à saúde. A organização era federal, a gestão centralizada, com agências e escritórios regionais, seguindo o modelo concentrador de poder federal.

Segundo Luz (1991), o Movimento de Reforma Sanitária em conjunto com outros movimentos populares que contavam com a participação de grupos organizados locais (comunitários) revelam que na década de 1980 ocorreu uma progressiva movimentação social em torno das políticas públicas, especialmente, as de saúde, de modo que a que a saúde passou a ser vista pela sociedade civil organizada (associações, sindicatos, partidos políticos, organizações civis) como direito de cidadania.

Souto e Oliveira (2016, p. 211) descrevem o ápice do crescimento e amadurecimento do Movimento de Reforma Sanitária, que serviu como pano de fundo para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. Tal conferência foi crucial para subsidiar as questões referentes à reformulação do sistema nacional de saúde. Confira-se:

Esse rico processo participativo tem como momento culminante a VIII Conferência Nacional de Saúde (17-21/03/1986) com a participação de cerca de 5 mil pessoas, a metade oriunda de movimentos sociais, uma verdadeira Constituinte Popular da Saúde, uma celebração emocionante de felicidade pública, uma festa popular multicultural democrática/republicana. Num clima de efervescente criatividade e compromisso, povos indígenas, movimento feminista, grupos de pacientes, movimentos comunitários, trabalhadores rurais e urbanos, debatem durante cinco dias em cento e trinta e cinco grupos de trabalho, e numa assembleia final que durou mais de 24 horas, aprovam o projeto político da Reforma Sanitária Brasileira, que foi base do capítulo da saúde na Constituição de 1988.

Consoante se depreende, foi a partir daí que se alcançou no Brasil uma mudança significativa do sistema de saúde até então vigente, momento em que a saúde passou a ser também entendida como direito de todos e dever do Estado, reverberando tão logo na garantia constitucional do direito à saúde. Neste sentido, vejamos:

[...] Reivindicações como a descentralização e municipalização das políticas de saúde, a reversão do modelo médico curativo para o modelo preventivo (valorizando a coparticipação do paciente no processo de promoção e reversão das doenças), e a participação direta dos usuários do sistema sobre os serviços públicos de saúde no País, foram regulamentadas na Constituição de 1988 [...]. Ainda, os artigos sob n. 196 a 200, inscritos na Carta Magna brasileira em 1988, estenderam o direito à saúde de forma universal, igualitária e equânime a todo o cidadão brasileiro. A saúde passou a ser, então, um direito de todos e dever do Estado brasileiro em garanti-la. Essa característica do direito universal à saúde apresentou-se como um fenômeno totalmente novo no Brasil (FUHRMANN, 2004, p. 117).

Esforços foram levados a efeito no anseio de reverter a lógica do modelo de saúde pública anterior, restrito às ações focalizadas, bem como ao trabalhador formal, para um modelo em que impera os princípios da integralidade e da universalidade na atenção à saúde.

A propósito, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve o marco regulatório da saúde no Brasil, tendo em vista que o direito à saúde foi catalogado como direito social (artigo 6º), consagrando-se no artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao

acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Segundo Barroso (2007, p. 14),

[...] com a redemocratização, intensificou-se o debate nacional sobre a universalização dos serviços públicos de saúde. O momento culminante do “movimento sanitário” foi a Assembleia Constituinte, em que se deu a criação do Sistema Único de Saúde (...). A partir da Constituição Federal de 1988, a prestação do serviço público de saúde não mais estaria restrita aos trabalhadores inseridos no mercado formal. Todos os brasileiros, independente de vínculo empregatício, passaram a ser titulares do direito à saúde.

Ainda, cumpre enfatizar que foram sistematizadas na Constituição de 1988, as normas gerais sobre o sistema de saúde, posteriormente regulamentadas pela Lei nº 8.080, de 19 setembro de 1990, a qual criou o Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando princípios e diretrizes que regulam todo o funcionamento do sistema de saúde pública no território nacional.

Desde a instituição do SUS ocorreram avanços e conquistas na efetivação do direito à saúde. Paim (2011) afirma que embora possa se observar algumas melhorias e avanços nas áreas de infraestrutura, financiamento, organização, gestão e prestação de serviços do SUS, todas elas ainda apresentam desafios e dificuldades a serem superados. Afora isto, há ainda que se considerar as novas questões que surgem das transformações sociais e que também demandam respostas. Nesse contexto, as ações na seara da saúde têm sido pensadas para mapear as lacunas, as dificuldades e, sobretudo, estabelecer novas diretrizes nos modos de gerir e cuidar, acompanhando a tendência de uma atenção à saúde humanizada.

Nessa *práxis* transformadora, as ações e políticas de saúde pública passaram a materializar uma ação cuidadora integral, constituindo verdadeiro direito de cidadania. A título exemplificativo, em 2001, foi introduzido o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), sob a justificativa de que a qualidade da atenção corresponderia uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. Constatou-se, segundo avaliação do público, que a forma do atendimento e a capacidade dos profissionais de saúde para atender às demandas eram fatores mais valorizados que a própria escassez de médicos e de medicamentos (BRASIL, 2001). Ainda, para consolidar o trabalho de humanização

foi criada, em 2001, a Rede Nacional de Humanização, que propiciou maior troca de estratégias, ideias e informações para o programa que, em 2003, foi transformado em uma Política Nacional de Humanização (PNH).

Assim, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) implica mudança na cultura de atenção aos usuários, na melhoria dos ambientes de cuidado, bem como na gestão dos processos de trabalho, com vistas a ofertar atendimento de qualidade (BRASIL, 2004).

Trata-se, pois, do despontar de um novo paradigma – o humanista – que prioriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento de direitos e de sentimentos do paciente, do ponto de vista de sua subjetividade, bem como de suas referências culturais, em contraposição ao paradigma dominante, que valoriza o aspecto biológico, curativo, caracterizado pelo foco na doença e pelo distanciamento entre o profissional da saúde e o paciente.

No tocante à atenção humanizada, Mezzomo (2003) defende que a saúde requer a consideração do ser humano na totalidade de suas dimensões e que a falta em qualquer uma delas impede a presença de saúde em seu sentido pleno. Para Guimarães (2003), humanizar tem a ver com valorização de atributos que melhoram a qualidade das relações humanas, como: sensibilidade, solidariedade e criatividade.

De todo o modo, o indivíduo tem que ser assistido em sua natureza física, cultural, espiritual, emocional, social, pois ele é detentor de dignidade e personalidade, as quais não podem ser desconsideradas pelo profissional da saúde. Seguindo essa concepção humanizada de saúde, deve-se oferecer ao paciente orientação prévia sobre o procedimento a ser realizado, com esclarecimento da intensidade da dor ou do desconforto, a família também deve ser esclarecida acerca dos procedimentos e exames que o paciente será submetido. Essa postura faz com que o hospitalizado e a família compreendam melhor os acontecimentos, possibilitando maior suporte na tentativa de amenizar o sofrimento e as situações de estresse causadas pela hospitalização.

Por sua vez, Giordani (2008) enfatiza que humanizar é, basicamente, valorizar o ser humano, é reconquistar o respeito à vida desgastada diante do crescente tecnológico da medicina e da desvalorização dos aspectos objetivos e subjetivos que integram o universo individual e social do assistido. Consiste em valorizar mais a pessoa que necessita de cuidados e menos a doença. Em meio a esse processo, alerta a autora, que a comunicação entre o profissional e o usuário se mostra como fator imprescindível para o estabelecimento da humanização. Do mesmo modo, a construção de uma rede diálogo entre os profissionais que compõem o serviço de saúde promove ações singulares de humanização. Acrescenta ainda, que o trabalho em equipe e a troca de saberes entre os diversos agentes envolvidos na construção dessa forma de fazer saúde também constituem elementos essenciais nesse processo.

Afinada com tal linha de entendimento, Mello (2008) assevera que as ideias centrais de humanização de atendimento à saúde estão atreladas à: oposição à violência (que constitui a negação do outro em sua humanidade); necessidade de atendimento de qualidade; ampliação do processo de comunicação; articulação dos avanços tecnológicos com acolhimento e melhorias nas condições de trabalho dos profissionais.

Depreende-se, assim, que a construção de um modelo de atenção humanizado envolve a produção de um cuidado resolutivo e, ao mesmo tempo, condicionado ao reconhecimento da pessoa. A definição perpassa pelo respeito ao paciente, que deve receber um tratamento digno, individualizado e voltado para o acolhimento, bem como pelo reconhecimento conferido aos profissionais de saúde e de outras searas que prestam assistência e se comprometem com a vida humana. É preciso dispensar um trato mais humanizado aos trabalhadores, ou seja, é necessário também cuidar de quem cuida.

No entendimento de uma concepção de saúde mais humanista, preventiva e universalizada, Guimarães (2003) aponta para a necessidade de aquisição de equipamentos, adequação da estrutura física predial, contratação, capacitação técnica e emocional de profissionais. Além desses fatores, Oliveira et al. (2006) assinalam que humanizar a saúde envolve a melhoria dos salários e da condição de

trabalho dos profissionais daquela seara, evidenciando que a falta de condições materiais e técnicas podem induzir à desumanização.

Corroborando essa questão, Zombini et al. (2012) asseveram que diversas iniciativas têm sido efetivadas no sentido da humanização das práticas de cuidado de saúde, como a criação de grupos de discussão de problemas do dia a dia hospitalar, a criação de ouvidorias para dar voz ao usuário, o prolongamento do horário de visitas – medidas na intenção de garantir o respeito e a cidadania em âmbito hospitalar. Ainda, segundo os autores, as ações pedagógicas no hospital também fazem parte de uma atenção humanizada.

Assim, partindo da premissa de que o processo de cuidar necessita de uma assistência humanizada – porque envolve mais que assistir quem precisa, denota, proteção, afeição, solicitude, preocupação pelo bem-estar de quem está sendo cuidado – é fundamental entender a intersetorialidade e a interdisciplinaridade que circundam a seara da saúde, de maneira que nessa pesquisa iremos nos ater a interface da educação.

### **3.1.3 Interface saúde e educação**

O direito à saúde guarda conexões com outros direitos elencados na Constituição da República de 1988. Assim, pode-se dizer que o direito à saúde compõe o núcleo do direito à vida, ou seja, a saúde é pressuposto para a efetivação do direito à vida – direito fundamental consagrado no artigo 5º, *caput* da Constituição da República.

Para a concretização do direito à saúde, faz-se necessária a salvaguarda da integridade física do indivíduo, de modo que o acautelamento da integridade corporal constitui forma de se concretizar o direito à saúde. Como se não bastasse, o direito à saúde possui estreita ligação com o princípio da dignidade humana, um dos fundamentos da República Federativa do Brasil (artigo 1º, inciso III da CFFB/88), já que não é possível alcançar uma vida digna sem saúde, quer seja, na dimensão

física ou psíquica. Impera, também, um relacionamento íntimo entre saúde e educação.

Ainda, considerando a lógica da correlação entre saúde e educação, pesquisadores e profissionais examinaram três relações principais. Primeiro, a saúde é um pré-requisito para a educação: crianças famintas ou que não conseguem ouvir bem ou que sofrem de dor crônica, por exemplo, são prejudicadas em seu aprendizado. Segundo, a educação sobre saúde (isto é, educação em saúde) ocorre nas escolas e em muitas intervenções de saúde pública, sendo considerada uma ferramenta central da saúde pública. Terceiro, a educação física nas escolas combina educação e saúde, ao abordar a importância da atividade física com a promoção dessa atividade (ADLER et. al, 2016).

Desse ponto de vista, observa-se que o acesso aos serviços de saúde e à educação podem modificar aspectos inerentes à qualidade de vida dos sujeitos, porque influenciam a sua relação com uma infinidade de recursos materiais e não materiais, como renda, bairros seguros ou estilos de vida mais saudáveis, os quais protegem ou melhoram a saúde e a educação.

Com efeito, essa interface saúde-educação se mostra capaz de promover resultados para a sociedade como um todo, possibilitando direta ou indiretamente melhorias na qualidade de vida, na prevenção de doenças e no bem-estar coletivo com a minimização dos fatores de risco.

Desse modo, as perspectivas aqui apresentadas manifestam uma relação de complementaridade entre saúde e educação, sendo ambos eixos que se encontram e se interpenetram, de modo que a ausência de um, interfere na efetivação do outro. Diante desses apontamentos, constata-se que a saúde e a educação são centrais para o bem-estar do indivíduo e da sociedade, pois estão entrelaçadas e incorporadas num mesmo contexto e estrutura social. Argumenta-se então que, por serem complementares, ambas devem constituir preocupação legítima para a intervenção do Estado.

Assim, entende-se que é fundamental o aprimoramento da interlocução dos setores da saúde e da educação no sentido de proporcionar condições educacionais adequadas por meio de práticas cuidadoras e promotoras da saúde. Um ambiente que considera as questões do processo saúde-doença mostra-se capaz de minimizar vulnerabilidades e propiciar melhor qualidade de vida e de aprendizado às crianças e aos jovens.

Para Zardo e Freitas (2007) considerando a importância da saúde e da educação, é preciso pensar numa concepção de educação que não despreze a complexidade da criança e do adolescente em processo de adoecimento e uma concepção de saúde que alcance, inclusive, os aspectos cognitivos desses indivíduos. Isso porque cuidar da saúde não se limita ao tratamento do agravo. E prover educação não se restringe ao processo de transmissão de conhecimentos de conteúdos meramente acadêmicos. Certo é que condições devem ser criadas para que os indivíduos possam dispor de meios para manter ou recuperar o seu estado de saúde, sendo fundamental que as ações em saúde atuem de forma intersetorial e interdisciplinar sobre os determinantes sociais da saúde (DESLANDES, 2005).

As ações intersetoriais entre saúde e educação devem levar em conta as dimensões biopsicossociais dos sujeitos, sua formação histórica e inserção social reafirmando questões como, o que determina o processo de saúde e adoecimento? Quais as práticas pedagógicas destinadas aos pacientes, ora educandos, que contemplam, de fato, as necessidades educativas especiais, ainda que temporárias? Tais questões apontam, assim, para a importância do diálogo entre os setores de educação e saúde e a efetivação de ações nestas duas áreas das políticas sociais.

Nessa linha, as ações intersetoriais entre saúde e educação possibilitam a superação do modelo mecanicista de atenção à saúde, de cunho reducionista centrado na prática curativa, característico do paradigma biomédico; permitem a efetivação de uma relação humanizada na saúde, pela qual o cuidado perpassa pela dimensão emocional, social, cultural, educacional, dos usuários das ações e serviços de saúde, bem como permitem que o educando em situação de adoecimento e hospitalização mantenha seu processo de escolarização, contribuindo para reduzir as perdas em sua educação escolar.

Esse novo olhar propiciado pelas ações intersetoriais entre saúde e educação voltadas para o acolhimento, numa perspectiva de integralidade do sujeito, e não mais com foco na doença, passou a consistir o que se conhece por atenção baseada numa relação humanizada, tanto na área da saúde quanto na área da educação, reafirmando e reconhecendo que a pessoa hospitalizada é merecedora de cuidado e que o seu período de hospitalização ou de tratamento não a impedirá de se realizar como ser humano, o que envolve o desenvolvimento das competências e habilidades que a instrumentalizarão para a vida.

Para os pesquisadores capixabas, Colodete e Pinel (1992), o processo de produzir a travessia “do desprezo para o cuidado” em âmbito hospitalar implica a introdução de uma cultura humanista, com novas subjetivações e comportamentos na gestão do sistema de saúde e de seus serviços. Nesse âmbito, fazer cristalizar a humanização hospitalar não consiste apenas em realizar pinturas de desenhos infantis ou implantar cortinas coloridas na edificação da pediatria. Ainda que isso possa acompanhar o movimento de humanização hospitalar, representa muito pouco e soa como aparência, como uma maquiagem que esconde o desvario, o descuidado. Faz-se necessário amenizar os preconceitos, os estigmas, as discriminações e os abusos dentro da instituição de saúde.

Tal perspectiva humanizadora evidencia a importância da interface saúde e educação, principalmente quando se vislumbra a possibilidade de novos modelos de atenção, com novos modos de cuidar, agir, sempre considerando a integralidade da pessoa hospitalizada. É neste ponto que se insere a problemática da educação de crianças e adolescentes em situação de adoecimento e hospitalização.

### 3.2 O ATENDIMENTO EDUCACIONAL HOSPITALAR

A perspectiva de atendimento educacional para crianças e adolescentes hospitalizados se institucionaliza a partir de processos articulados entre o direito à saúde, o direito à educação, os direitos inerentes à criança e ao adolescente e os movimentos sociais que contribuíram e contribuem para a efetivação de políticas

públicas que materializam a oferta de serviços de saúde e educação, com base nos princípios da inclusão e da integralidade, respectivamente.

Partindo do princípio de que a hospitalização é um evento humano importante serão analisadas a seguir as suas implicações, quando se torna necessário o atendimento escolar em classes hospitalares.

A hospitalização é uma realidade dolorosa e inevitável para parte significativa da população. Para Fonseca (2008), o hospital é um lugar impessoal, porque qualquer pessoa pode ser hospitalizada e isto, conseqüentemente, enseja a perda da identidade e do papel social que aquele sujeito até então desenvolvia, passando a ser reconhecido meramente por um número de leito ou pela enfermidade que possui.

E essa realidade torna-se ainda mais hostil e complexa quando figuram como parte crianças e adolescentes, considerados sujeitos em desenvolvimento – característica peculiar que os diferencia dos adultos. Tal processo de desenvolvimento se manifesta, de forma conjugada, no amadurecimento corporal, sexual, cerebral, psicológico, profissional, provocando comportamentos e reações antes não sentidas pelo adolescente ou não observadas por conviventes próximos.

O processo de adolecer está ligado à construção de uma identidade pessoal, etapa crucial da transformação do adolescente em um adulto produtivo e maduro. Construir uma identidade significa criar uma concepção de si mesmo, com valores, crenças, com as quais o indivíduo se compromete a seguir (ERIKSON, 1976).

Assim, a doença como um fatídico acontecimento na vida da criança ou do adolescente influencia diretamente nesse processo de desenvolvimento, interferindo na construção de sua subjetividade. Os invasivos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a modificação brusca na rotina escolar, o distanciamento dos amigos e da família, as restrições alimentares e às brincadeiras de costume passam a integrar a rotina da criança hospitalizada. Sobre o tema, corrobora Cepeda (2000, p. 46):

Se tomarmos em conjunto a doença e o internamento, encontramos uma constelação de fatores que se interligam e desencadeiam no adolescente inquietações e angústias, dificultando por vezes o processo normal dessa fase de desenvolvimento. Assim a culpabilidade que é frequente e normal neste período e acentua-se no decurso da doença. A dependência, passividade e limitação da atividade física que o adolescente se vê sujeito, associadas a uma eventual alteração da imagem corporal causada pela doença e à exibição do seu corpo e falta de privacidade que existem no internamento, provocam sentimentos de vergonha, um acréscimo de angústias ligadas a identidade e uma diminuição da auto-estima.

Ademais, diante da tenra idade, o medo pode se manifestar de forma mais intensa, principalmente ante a dificuldade de compreensão sobre o tratamento, ocasionada, muitas vezes, pela falta de informação adequada sobre a doença. Chiattonne (1984) aponta que, dentre os efeitos psicológicos, incide na hospitalização infantil, o sentimento de negação da doença, revolta, culpa, sensação de punição, solidão, regressão, intolerância emocional, negativismo.

Percebe-se também que a preocupação com a imagem corporal constitui outro fator que influencia e agrava o modo como a enfermidade é vivenciada pela criança e pelo adolescente. Essa afetação física pode ser observada nos tratamentos de câncer em que ocorre a queda de pelos e cabelos (alopecia), ou em procedimentos de amputações. Por essas razões, a doença, a hospitalização e a possibilidade de morte na adolescência é uma ferida narcísica ainda maior do que para outros grupos etários (TORRES, 1999).

Spitz (1983) verificou que um período longo de internação conduz a criança ao que se denomina “hospitalismo”, que corresponde aos sintomas, distúrbios e aos prejuízos de ordem psíquica e de desenvolvimento ocasionados pela longa permanência, durante o primeiro ano de vida, numa instituição hospitalar.

Por meio de seus estudos, Spitz (1983) compreendeu que a privação da presença materna nas internações hospitalares, gerava carência afetiva nos bebês e nas crianças, cujos efeitos poderiam ser devastadores, como por exemplo, atrasos no desenvolvimento motor, na linguagem, baixa resistência aos processos infecciosos, depressão e até mesmo a mortalidade.

Oportuno ressaltar que a expressão “hospitalismo” continua sendo utilizada para referenciar, na área da saúde, um quadro de privação, abrangendo as reações somáticas e psicológicas desencadeadas pela internação não somente de crianças, mas também de adultos (SIKILERO; MORSELLI; DUARTE, 1997).

Considerando o processo de despersonalização pelo qual passa a criança hospitalizada, acrescentam Zardo e Freitas (2007) que o estigma de doente e a condição de passividade da criança hospitalizada influenciam no processo de construção de valores (intra e interpessoais), bem como na formação de conceitos de homem e mundo.

Nessa mesma linha, corrobora Torres (1999, p. 148) ao afirmar que diante de uma doença que debilita o físico, restringe as perspectivas de futuro, que compromete o lado emocional e o social, as crianças e os adolescentes se tornam seres cassados em seus anseios e urgências, o que lhes confere uma espécie de “cidadania às avessas”, ou seja, a “cidadania dos direitos negados”.

Por tal razão, a situação de opressão experimentada pela criança hospitalizada deve ser motivo de reflexão, sobretudo, por parte do Estado que reconhece sua condição de sujeito de direitos. Daí porque o processo de hospitalização deve possibilitar o ponto de encontro entre saúde e educação, para garantir além da saúde e da integridade física da criança e do adolescente, os processos cognitivos, afetivos, o bem-estar, além da continuidade do processo de aprendizado. Nas palavras de Trugilho (2003, p. 61):

A doença crônica e a hospitalização na infância têm assim implicações que se relacionam a fatores emocionais, sociais e educacionais, dentre outros. Desta forma, não se pode pensar na criança doente/hospitalizada sem o reconhecimento de que existem outras necessidades em sua vida, além da terapêutica médica para o tratamento de sua doença. É preciso compreender a criança e sua hospitalização a partir de sua complexidade e subjetividade, além do entendimento de sua doença e tratamento.

Nessas situações adversas, o hospital deve constituir ambiente propício ao desenvolvimento integral da criança, de modo que condições temporárias não figurem como limitadoras ao processo de aprendizagem da criança e do adolescente

em condições de adoecimento, propiciando, ao longo do tratamento hospitalar, a efetivação dos direitos à educação e à saúde concomitantemente.

Essa simbiose pode ser explicada por Fonseca (1999) que afirma que, se a escola deve ser promotora da saúde, o hospital pode ser mantenedor da escolarização. O mesmo entendimento comunga Alves (2001) ao afirmar que se ensina e se aprende em todos os tempos e espaços.

A partir da construção teórica de Vygostky (2001), no sentido de que o desenvolvimento não decorre de um processo interno da criança, mas sim por meio de sua interação social, a aprendizagem conquista importante espaço no processo de desenvolvimento humano. É nesse processo dinâmico que ela acontece e não pode ser objeto de interrupção.

Na definição apresentada por Ferreira (1999), a educação é ato ou efeito de educar (-se). Trata-se de um processo de desenvolvimento da capacidade intelectual e moral do ser humano. Por esses motivos, esse processo deve ocorrer de modo contínuo ao longo da vida, pelo que se faz imprescindível o alargamento de seu alcance. Para Brandão (1981. p. 7),

Ninguém escapa da educação. Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos, todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender e ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com educação.

Nessa perspectiva, a educação pode acontecer extramuros do espaço escolar tradicional, sendo, pois, um processo constante na vida do indivíduo, uma vez que se faz presente em todos os horizontes, inclusive os não escolares. Dentre as formas de educação promovidas fora do ambiente tradicional, a educação hospitalar se destaca por promover o processo educativo aos indivíduos que, por motivos diversos de saúde, estão impedidos de frequentarem os ambientes escolares formais. As experiências vivenciadas e sentidas pelo aluno dentro do complexo espaço/tempo chamado de leito hospitalar possibilitam, sentir tal espaço como um ato de criação (HEDLAMAR et al., 2019).

Este processo educativo é extremamente importante para o desenvolvimento dos indivíduos. Para Trugilho (2008), o hospital com sua própria forma de organização e funcionamento – diferente do espaço físico da escola – pode se tornar espaço educativo por evocar diversas possibilidades de co-engendramento de experiências e vivências, provocando, proporcionando e possibilitando, assim, novas possibilidades de ensino-aprendizagem. Ainda a esse respeito, Pinel e Trugilho (2015, p. 69) acrescentam:

O ambiente em que se realiza o atendimento hospitalar (des)vela que a situação vivenciada por meio do atendimento escolar encontra-se carregada de zelo e afetos, dirigidos à criança hospitalizada. Neste caso, a escolaridade passa a estar vinculada à proteção, pois representa uma dose extra de cuidado hospitalar e educacional, realizada a partir de uma relação interpessoal de (com)paixão, respeito, consideração e reconhecimento, que se dá na classe.

Seguindo a concepção dos referidos autores, o educar passa a estar vinculado ao cuidar, à afetividade, à proteção, ou seja, o hospital como espaço educativo passa a ser um lugar de empatia, compaixão. Com base nisso, pode-se afirmar que o educar e o cuidar caminham próximos nesse universo delicado da hospitalização. Importa que o hospitalizado não se sinta sozinho, já que pode contar também com a assistência educativa. Assim, bem mais que compartilhar saberes, nesse processo construtivo da relação hospitalar, o educar e o cuidar como ações de intencionalidade reproduzem a afetividade e a sensibilidade, enquanto elementos necessários na relação de assistência.

Viegas e Cunha (2008) asseveram que a educação funciona como um estímulo que contribui para um estado de espírito mais saudável, na medida em que diminui o temor dos pacientes pela internação hospitalar, cooperando para a cura, bem como para melhor qualidade de vida, ao mesmo tempo em que impede a interrupção do desenvolvimento das crianças e reduz o tempo de internação.

Nesse panorama, a classe hospitalar constitui importante ferramenta, capaz de propiciar a recuperação e a socialização da criança hospitalizada através de um processo inclusivo, promovendo a continuidade da aprendizagem, devolvendo àquela o que lhe foi suprimido em razão da internação ou do período de tratamento, contribuindo de maneira significativa para a recuperação física e mental do infante.

Fonseca (2008) define classe hospitalar como modalidade educacional que objetiva atender pedagógico-educacionalmente crianças e jovens que, em razão de suas condições de saúde, estejam hospitalizadas para tratamento médico e, por isso, impossibilitados de participar das rotinas de sua família, sua escola e de sua comunidade.

No escólio de Ortiz e Freitas (2005, p. 24) tal modalidade de ensino constitui-se como “espaço do aprender em situação hospitalar”, caracterizando uma ação educacional que existe simultaneamente ao entorno problematizador, a fim de que o paciente-aluno não seja absorvido em outra situação de conflito, quer seja, durante o tratamento, quer seja, após o término, afastando o despreparo para a vida escolar. Para as autoras, as crianças hospitalizadas inserem-se no perfil de alunos temporários da educação especial e, por esse motivo, devem ter uma assistência preventiva contra o fracasso escolar, reprovação e evasão.

Dessa forma, o atendimento pedagógico-educacional nas instituições hospitalares, materializado pelas denominadas classes hospitalares, representa a inter-relação das áreas da saúde e educação como forma de promoção do desenvolvimento integral e do tratamento humanizado de crianças e adolescentes em condição de hospitalização.

Oportuno se faz registrar, que muitas vezes a ação educativa não ocorre em espaço físico próprio, sendo realizada no leito do aluno, ora paciente, ou nos corredores das enfermarias. Há estudiosos sobre o tema que criticam o termo classe hospitalar, sob a justificativa de que remete a uma noção de espaço físico com características organizacionais de escola e, por consequência, não atenderia a realidade pedagógica vivenciada no hospital, já que muitos não possuem tal espaço físico próprio.

Vale esclarecer que neste trabalho adotar-se-á o termo classe hospitalar para denominar as atividades que podem ocorrer no espaço físico (sala) da classe hospitalar ou no leito, na hipótese de a criança ou o adolescente apresentar dificuldade de locomoção. Dessa forma, o termo classe hospitalar, aqui defendido, é sinônimo de atendimento educacional hospitalar.

O que realmente importa não é o espaço físico, mas sim a ação entre as partes, a relação professor e aluno, a dinâmica de ensino-aprendizagem, o restabelecimento das ligações com a escola (como ocorria no cotidiano antes do adoecimento) e com a vida em casa, no sentido de se recuperar os laços afetivos. Estar hospitalizado não significa exclusão e a classe hospitalar possibilita esse processo aprender-crescer-desenvolver-se, ainda que fora dos muros da escola tradicional. Colaborando com tal percepção, Zombini et al. (2012, p. 80) afirmam que

a construção da prática pedagógica para atuação em ambiente hospitalar deve, assim, transpor as barreiras da educação tradicional e da visão compartimentada e reducionista, promovendo o aperfeiçoamento humano como um todo, contribuindo assim para o desenvolvimento infantil e ampliando sua experiência de vida.

É sob esse olhar abrangente que se realça a importância da educação no hospital, como forma de resgatar a continuidade da vida. Além disso, a classe hospitalar assume importância social, na medida em que nessa modalidade de atendimento educacional se efetivam os direitos inalienáveis à saúde e à educação. Se existe a garantia constitucional do direito à educação gratuita e de qualidade para todos e o mesmo vale para o direito à saúde, a criança e o adolescente que se encontram hospitalizados, além dos cuidados relativos à saúde, também possuem o direito de serem assistidos no âmbito educacional, conforme suas necessidades e possibilidades.

O direito ao atendimento educacional na ocasião de tratamento ou internação hospitalar, além da importância social, manifesta um exercício de cidadania. Para Fonseca (2008), a escola hospitalar traz um conceito amplo de cidadania, porque antes de qualquer coisa, a criança é um cidadão, como qualquer outro, tem direito ao atendimento de suas necessidades e interesses, mesmo nas situações de saúde comprometida.

Nessa perspectiva, cabe evidenciar que a classe hospitalar resgata o mundo exterior, mais especificamente as vivências da escola formal, o cotidiano anterior ao tratamento ou à internação, possibilitando condições para o escolar hospitalizado ser e, sobretudo, sentir-se um cidadão. Ser cidadão, dentre as várias dimensões da

cidadania, compreende “o reconhecimento do indivíduo como pessoa integrada na sociedade” (SILVA, 2009, p. 154).

Ainda nessa linha de reflexão, é possível constatar que o atendimento educacional hospitalar possui duas funções intrínsecas: pedagógica e terapêutica, de modo que a primeira engloba a continuidade do aprendizado que, por ventura restaria impossibilitado durante o período do tratamento ou da internação, enquanto a segunda guarda relação com os efeitos subjetivos, compreendido pelas relações interpessoais, pela manutenção dos vínculos afetivos, ou seja, pelos estímulos cognitivos essenciais à criança para o enfrentamento da enfermidade.

Assim, a efetivação de classes hospitalares busca amenizar a condição qualificada por Nascimento e Freitas (2011, p. 261) como “enfermidade social”, a fim de que nenhuma criança seja excluída do seu direito à educação e, conseqüentemente, do sistema social por conta de alguma enfermidade vivenciada, tampouco padeça de problemas psicológicos ou de qualquer outro inerente ao desenvolvimento infantil.

Dessa forma, as intervenções educativas no contexto hospitalar visam tornar a experiência de hospitalização como um fato positivo, uma vez que não se resumem ao processo de transmissão de conteúdo formal, ligado à base curricular, propiciam também implicações significativas nas particularidades do processo saúde-doença, amenizando a sensação de adoecimento e de insegurança geradas pelo tratamento hospitalar e até mesmo o sentimento de perda temporária da vida.

Claro está que um novo horizonte se descortina a partir do momento em que se considera as necessidades e as expectativas do paciente-aluno, que deixa de ser tratado somente pelo saber médico, para ser considerado como um “todo” multidimensional. Nesse viés, o hospital passa a ser visto como espaço-tempo oportuno para o fortalecimento do bem-estar físico, mental, da autoconfiança e da socialização da criança e do adolescente hospitalizados.

A bem da verdade, a criança hospitalizada quando percebe que pode produzir e aprender, ganha vida. Nas palavras de Fontes (2005, p. 24) “a aprendizagem no

hospital é vida”, ou seja, diferente do aprendizado formal limitado aos aspectos cognitivos do saber, o aprender no hospital alcança outro sentido, representa sinal de saúde, significa a vida pulsando, simboliza o retorno ao referencial da infância que é a escola.

Por meio da educação se efetiva a socialização na infância. A criança torna-se membro de um grupo, adquire valores que perpassam a função educacional. Segundo Libâneo (2005, p. 137) a educação se refere ao composto dos processos, das influências, das estruturas e das ações que afetam os seres humanos do ponto de vista individual e nas suas interações sociais e com a natureza. No contexto das relações entre grupos e classes sociais, a educação é uma prática humana, uma prática que altera pessoas e grupos nos seus estados físicos, mentais, espirituais, culturais.

Isso porque a educação, além de possibilitar acesso ao conhecimento científico, promove benefícios no processo de constituição de cidadania à proporção que melhora as condições de existência humana e confere aos sujeitos o sentido de pertencimento social. Na concepção de Freire (2011), o ato de educar conduz à liberdade, uma vez que combate a alienação e possibilita a compreensão da relação homem-mundo, bem como permite o desenvolvimento das potencialidades individuais.

Pode-se dizer, assim, na perspectiva que se ora defende, que à educação cumpre preparar a criança e o adolescente para a fase adulta com integridade, formando cidadãos capazes de construir suas vidas com plena responsabilidade, com capacidade para exercerem suas escolhas, de forma livre, esclarecida e responsável, seja ela realizada por meio de trabalho educativo dentro da escola, seja no ambiente hospitalar, pois o processo pedagógico-educacional desenvolvido no hospital deve estar estreitamente articulado com o aquele realizado no contexto escolar.

### **3.2.1 O papel do professor e da equipe multidisciplinar no contexto do atendimento pedagógico hospitalar**

O professor desempenha papel fundamental no atendimento educacional nas classes hospitalares. Sobre a relação travada entre professor e aluno no processo ensino-aprendizagem, Vygotsky (2001, p. 224) afirma que:

[...] o curso do desenvolvimento do conceito científico transcorre sob as condições do processo educacional, que constitui uma forma original de colaboração sistemática entre o pedagogo (professor) e a criança, colaboração essa em cujo processo ocorre o amadurecimento das funções psicológicas superiores da criança com o auxílio e a participação do adulto.

Em que pese a notável importância, o professor no ambiente hospitalar é visto frequentemente como mais um profissional para a garantia da atenção à saúde humanizada, sem o devido reconhecimento por sua atuação específica neste espaço.

Não se desconhece a dificuldade de romper com uma ideologia dominante, segundo a qual hospital constitui espaço de médico e de outros profissionais de saúde e não de educador. Além disso, observa-se que as discussões teóricas sobre o tema ainda revelam o caráter preliminar quanto ao papel do professor junto à criança hospitalizada, pelo que a atuação nesse contexto, por vezes, assume caráter recreativo, humanitário e até mesmo resta confundida com a ação de um psicólogo.

Comunga-se o entendimento de que o professor tem que trazer experiência de escola, ou seja, deve desenvolver um trabalho de cunho educacional. Contudo, para que isso aconteça, faz-se necessário que exista um processo de sedução. A criança deve ser atraída pela sala de aula, pelos livros, jogos e brinquedos. A atividade em grupo também funciona como chamariz para o início da abordagem pedagógica, ao mesmo tempo se mostra interessante para a socialização. É preciso que prevaleça a curiosidade, a vontade de a criança ingressar naquele ambiente. Caso a criança esteja acamada, o educador deve ir até o leito, deixar uma atividade, um livro, um brinquedo a fim de possibilitar a abordagem pedagógica de forma gradativa.

Dessa forma, faz-se necessário legitimar a ação pedagógica para esse escopo. Para Menzani et al. (2017), quanto mais amplo for o conhecimento do professor acerca da realidade e possibilidade do aluno, mais apto estará o educador para planejar condições eficazes de aprendizagem, considerando as particularidades do educando, sem maiores dificuldades. Para tanto, o educador deve utilizar da escuta sensível para orientar a prática pedagógica e, de forma simultânea, tentar amenizar o caos que circunda o ambiente hospitalar. Esse processo é denominado por Ceccim (1997) de escuta pedagógica – termo o qual se considera mais adequado – e, segundo o autor, se refere à captação, compreensão/apreensão das expectativas e sentidos do outro, bem como dos gestos, das expressões, da postura e do próprio silêncio, diferenciando-se da audição que se refere à apreensão/compreensão de vozes e sons audíveis.

No sentido aqui discutido, escutar, vai além da possibilidade auditiva, significa compreender a fala, o olhar, o silêncio, os gestos do outro; decorre da integração “ver-ouvir-sentir” (CECCIM, 1997); significa estar aberto à subjetividade e à história de vida do outro. O docente da classe hospitalar precisa adentrar nessa zona, a princípio, desconhecida, para ouvir, conhecer as histórias de vida e os valores dos alunos, bem como para sentir o interior, as dores, as incertezas e tudo aquilo que subjaz às intenções conscientes, a fim de melhor compreendê-los e auxiliá-los nesse processo de superação.

Como a criança mostra ou escamoteia suas vivências, seus medos? Como ela enxerga o ambiente hospitalar (macas, luzes, corredores, médicos)? Como se expressa sobre a doença? Tudo isso pode ser ouvido-sentido pelo professor e, nesse processo, é preciso que este reflita tanto sobre as inquietudes, bem como sobre atitudes da criança, o choro, a resistência, a risada e até os desejos; é preciso colmatar esses espaços vazios, ocasionados, muitas vezes, por razões familiares (perdas, abandonos), com processos afetivos (vivências corporais) dentro do hospital. Essa é a linha reflexiva e dialógica que deve compor a relação professor e aluno; aluno *versus* mundo.

Com efeito, os professores da classe hospitalar devem se atentar aos fatores fisiopatológicos, psioemocionais e sociais que orbitam em torno da criança e do

adolescente em situação de hospitalização – e quando imperceptíveis, indagá-los a respeito –, bem como precisam conhecer a rotina do ambiente hospitalar, inclusive ter acesso às informações relativas ao estado de saúde do aluno, ora paciente. Nesse âmbito de fazer e agir que o educador se torna um agente de mudanças na construção de conhecimento fora do ambiente escolar propriamente dito.

Tomando por base a concepção de educação humanista proposta por Freire (2011), a realidade, ou melhor, a singularidade existencial, cultural, social do educando deve delinear a ação educativa. Assim, quer seja na escola, quer seja no hospital, ou em qualquer situação que encontrar-se imerso, é possível construir conhecimento de forma humanizada. Para Freire (2011), a prática educativa, enquanto prática política e cultural, deve estar endereçada aos seres humanos e, por isso, se estende aos mais diversos espaços sociais.

O reconhecimento da dimensão humanizada da ação educativa se verifica nos constructos da pedagogia freireana. Propõe Freire (2011) um processo educativo que reconheça a historicidade, a culturalidade dos seres humanos e que, sobretudo, os reconheça como sujeitos históricos e criadores de saberes (seres de integração). Para o autor, a humanização guarda relação com um projeto de transformação histórico-social e se dirige para o “ser mais”, ou seja, destaca que os seres humanos possuem vocação ontológica para construírem a sua humanidade, o que, segundo Freire, exige uma educação transformadora, problematizadora e dialógica.

Consoante o ideário de Freire (2011), o sujeito aprendiz só se constitui inteiro quando reconhece a existência de um sistema de crenças e ideologias e que precisa caminhar em direção à consciência crítica a respeito de si mesmo e do mundo. Neste processo, o professor é um facilitador, um importante elemento relacional entre o aprender e a aprendizagem. Para Freire (1980, p.80):

Se os homens são estes seres da busca e sua vocação ontológica é a humanização, cedo ou tarde poderão perceber a contradição na qual a educação escolar procura mantê-los e se comprometerão então na luta por sua libertação. Mas o educador humanista revolucionário não pode esperar que esta possibilidade se apresente. Desde o começo esforços devem corresponder com os dos alunos para comprometer-se num pensamento

crítico e numa procura mútua de humanização. Seus esforços devem caminhar junto com uma profunda confiança nos homens e em seu poder criador. Para obter esse resultado deve colocar-se ao nível dos alunos em suas relações com eles.

Verifica-se, assim, que o discurso freireano se constrói considerando que o processo de mudança é necessário à humanização. O sujeito deve se perceber como agente de sua história, bem como guardar a referência de que é possível ressignificar a existência humana a partir da apropriação do saber de forma crítica.

Ao trazer os ensinamentos de Freire à realidade ora estudada, o aluno hospitalizado precisa ser encorajado a não desistir da vida, a permanecer consciente de seu valor e da sua singularidade. O professor no contexto hospitalar é sim o mediador entre o presente e o futuro, fazendo com que os alunos não se vitimizem e permaneçam com a chama forte da busca e apropriação do conhecimento e, sobretudo, dos sonhos, dos desejos de suas almas.

O professor, para Rodacoski (2011), é mediador, ou seja, é aquele que “media a dor”, que “fica entre”, em outras palavras, é aquele que se coloca em interação com o aluno durante o processo de ensino aprendizagem e faz da realidade hospitalar um cenário valioso para se fazer educação, integrando o currículo formal à rotina do aluno hospitalizado.

Nessa linha, não se ignora a situação de especificidade da realidade hospitalar e do processo de adoecimento, contudo a ação educativa junto à criança hospitalizada não pode se limitar a tal situação sensível, pois, se assim o for, se estará reproduzindo apenas mais uma atividade humanitária desenvolvida em âmbito hospitalar. Objetiva-se que a prática pedagógica seja pautada numa perspectiva de educação extramuros, sem a influência acrítica das mazelas que envolvem a realidade hospitalar. Colaborando com essa percepção, Ramos (2016, p. 95) afirma que:

Os professores da classe hospitalar têm o mesmo embasamento em conteúdos do que o professor que está em uma escola regular. Os objetivos de ambos são muito semelhantes: desafiar, estimular, conquistar e ajudar aos alunos na construção de uma relação com o aprender/conhecer, o de manter viva a curiosidade, o desvendar os mistérios e de (re)conhecer as emoções que fazem parte da construção do conhecimento, tão presente nesses atos iniciais do desenvolvimento humano.

Busca-se, assim, a construção de uma aprendizagem com base numa proposta educativa-escolar que se difere de projetos de recreação, tais como, brinquedotecas e projetos de humanização realizados por instituições voltadas para assistência às crianças. Ainda que o lúdico faça parte de uma estratégia do aprendizado no ambiente hospitalar, a intervenção pedagógica aqui delineada se firma numa aprendizagem formal, de modo a facilitar a reintegração à escola de origem.

A prática pedagógica exige sim maior flexibilidade dos profissionais envolvidos, já que o público alvo se encontra em situação peculiar que demanda intervenções e cuidados específicos. Nesse sentido, Arroyo (2004, p. 138) sugere que o professor enxergue os seus alunos, de modo a respeitar suas experiências, seus corpos e suas limitações:

Quando nossas falas docentes falarem com alunos(as) concretos, corpóreos, totais e quando tentarmos entender as linguagens das marcas que carregam e assumirmos como fazer profissional revelar seus significados, poderemos esperar respostas dos alunos. Respostas nas condutas, nos valores, e também nos processos de aprendizagem. Com certeza, nossas falas poderão ser outras, nossos currículos ficarão enriquecidos e suas respostas poderão ser outras. Seus corpos terão outros comportamentos. Mas, se nossas lições não estiverem dirigidas a sujeitos históricos, totais, corpóreos, em contextos concretos elas se perderão no vazio.

Todavia, tal fato não afasta o compromisso com a continuidade do ensino formal, ou seja, da aprendizagem específica, segundo cada nível de escolaridade. O professor precisa trabalhar entre o que seria o ideal e, o que realmente é possível, oferecendo naquele momento uma metodologia mais flexível, sem perder, contudo, a concepção de educação formal e de qualidade.

Ainda, é possível construir, sob o ponto de vista de Paulo Freire (2011), a ideia de que a ação educativa no hospital deve impulsionar o questionamento, a crítica, jamais deve se tornar um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador, o depositante. Essa é a equivocada concepção bancária da educação, na qual “o saber” representa uma doação daqueles que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Segundo o autor,

Educador e educandos se arquivam na medida em que, nesta distorcida visão da educação não há criatividade, não há transformação, não há saber. Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquietada, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros. Busca esperançosa também.

Nesse universo de reflexão, quanto mais lhes imponha passividade, ao invés de transformar, os educandos tendem a adaptar-se ao mundo, à realidade parcializada nos depósitos recebidos. Daí a razão de ser da educação libertadora, marcada por seu impulso inicial conciliador, de maneira que ambos assumem a condição de educadores e educandos (FREIRE, 2011). Tomando por base a realidade da educação em âmbito hospitalar, é possível afirmar nesse sentido, que a condição de pacientes na saúde não os coloca como pacientes também da educação.

O adoecimento não pode transformar o educando hospitalizado em um recipiente vazio a ser preenchido com base nos fundamentos da concepção bancária de educação. Ao reverso disso, seguindo a visão de Freire (2011), deve-se superar essas contradições educador-educando (educador é o que educa, o que sabe; os educandos são educados, são os que não sabem; educador é o que pensa; os educandos, os pensados; o educador é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos), que estimulam o silêncio, a opressão, que servem para a dominação, já que os educandos limitam-se ao arquivamento dos depósitos que lhes são feitos, sem desenvolver a consciência crítica que resultaria na sua inserção no mundo.

Nesse âmbito, sugere-se uma educação hospitalar também libertadora e capaz de problematizar as relações homem-mundo – o que facilitaria até mesmo a formação do entendimento necessário para o enfrentamento da doença. Para Matos e Mugiatti (2008), a educação da pessoa na sua integralidade, considerando suas diversas condições, não deve paralisar a capacidade criadora e continuada, daí a importância de uma proposta emancipadora e criativa para atender estas crianças que estão em momento diferenciado em suas vidas, mas não impossibilitadas pelo seu estado, de continuar sua jornada de desenvolvimento intelectual e criativo.

Essa forma de proposta educativa não torna a classe hospitalar uma escola formal, mas traduz uma responsabilidade com a aprendizagem formal e estabelece uma autêntica forma de pensar e atuar, não se reduzindo a mero assistencialismo ou domesticação.

E para que isto seja possível, faz-se necessário o rompimento do paradigma conservador nas áreas da saúde e da educação, quer seja no meio acadêmico, quer seja no meio profissional, tendo em vista que ainda se mostra equivocadamente competitivo e reducionista, fragmentado, fruto do próprio movimento científico que projetou dualidades entre ciência e fé, razão e emoção, subjetivo e objetivo, corpo e mente e que, em nome da cientificidade, do desenvolvimento da tecnologia, acabou por afastar a visão humanitária na formação dos profissionais.

É preciso repensar a atuação dos profissionais envolvidos que, muitas vezes, sentem dificuldade de entender a necessidade específica dessa modalidade de educação ou a confundem com mero ato de recreação ou forma de ocupação de tempo ocioso. O que se propugna aqui é um atendimento educacional voltado para a continuidade do ensino e conteúdo programático da escola de origem, contudo concretizado de forma flexível e humanizada, sem perder o norte de uma educação libertadora e problematizadora e do papel do professor como integrante mediador e essencial num contexto de uma equipe multidisciplinar que deve ser formada para atender à criança e ao adolescente em situação de hospitalização.

Enfatiza-se, nesse contexto, que a proposta de atendimento educacional por meio das classes hospitalares deve ser fundamentada numa perspectiva multi/inter/transdisciplinar e comprometida com uma abordagem inovadora. A multidisciplinariedade corresponde aos “saberes” diversos pairam no ambiente hospitalar; a interdisciplinaridade, firma-se na integração dos profissionais que atuam na realidade hospitalar, tanto na área da saúde, quanto na seara da educação e demais profissionais que se encontram inseridos no ambiente hospitalar; a transdisciplinaridade, por seu turno, é o que se busca além-corpo, constitui uma forma de compreensão mais abrangente do processo saúde-doença (MATTOS; MUGIATTI, 2008).

Essa perspectiva multi/inter/transdisciplinar é decorrente do novo pensar em prol do atendimento qualificado ao escolar hospitalizado, fruto da mudança de enfoque em torno da concepção de saúde, que passou a ser baseada num conceito de saúde ampliado, visto sob uma perspectiva de atenção integral e humanizada, bem como do processo de escolarização afastado do ambiente da sala de aula, numa perspectiva inclusiva.

A construção de uma nova cultura de atendimento, tendo por base a perspectiva multi/inter/transdisciplinar, propicia uma assistência mais humana. Nos leva a crer que é possível curar, sem anular a pessoa do doente, que é possível atender melhor às necessidades do paciente, inclusive nas demandas de educação; que é possível considerar a subjetividade do escolar hospitalizado e até novas experiências podem ser sentidas e vividas, mesmo em um momento de fragilidade de uma das partes envolvidas.

Ora, a criança não deixa de ser criança em razão da convalescença. Esta ainda sente vontade de brincar, de sorrir, de aprender, de estar com familiares e amigos, daí porque a defesa de que se deve buscar um cuidado que envolve múltiplos sujeitos e “saberes”; um cuidado que não se preocupa tão somente com o diagnóstico da criança como um ser-doente, mas que também a liberta para que num futuro próximo ela possa ser, criar e se tornar sujeito de sua história.

Ainda que subsistam traços de desumanidade na assistência que, com frequência costumam roubar a dignidade do ser humano, é esse o caminho que devemos perseguir, refinando o processo de cuidar, conferindo um sentido plural e humanizado, (re)criando o ambiente hospitalar, especialmente, para seres tão peculiares, que traduzem o estado mais puro do ser humano: ser criança!

### **3.2.2 Histórico das classes hospitalares e as bases legais no Brasil:**

Os primeiros ensaios sobre a intervenção escolar em ambiente hospitalar ocorreram na França. Essa prática despontou em 1935, na cidade de Paris, no período pós-Segunda Guerra Mundial, quando inúmeras crianças e adolescentes em idade escolar encontravam-se mutiladas e com doenças contagiosas, como a tuberculose (OLIVEIRA, 2013).

Assim, no intuito de amenizar os horrores da guerra e devolver àqueles infantes a possibilidade de estudar, Henri Sellier, importante político da França, criou a primeira classe hospitalar em Paris, que se tratava de um tipo de escola criada para crianças consideradas inadaptadas. Tal iniciativa foi adotada nos anos seguintes, pela Alemanha e pelos Estados Unidos, para suprir as dificuldades escolares de crianças com limitações de saúde.

No Brasil, o Hospital Municipal Jesus, no Rio de Janeiro, foi o primeiro hospital a instalar uma classe hospitalar no ano de 1950, “a primeira professora dessa classe foi Lecy Rittmeyer e as aulas eram dadas individualmente, nas enfermarias” (OLIVEIRA, 2013, p. 27690). Procedia-se a um diagnóstico do nível de aprendizado da criança e partia-se desse ponto para as estratégias de ensino de continuidade, não havendo, nesse período, instalações específicas para se ministrar as aulas.

À época, a tal assistência educativa hospitalar era denominada “Classe Especial Hospitalar” e tinha como objetivo facilitar o retorno das crianças internadas às classes regulares, minimizando os prejuízos no processo de aprendizado.

Em 1960, a iniciativa já havia se espalhado para outras instituições hospitalares, como, por exemplo, o Hospital Barata Ribeiro, no Rio de Janeiro, que contava apenas com a professora, Marly F. Peixoto, para atuar na classe. Já, nesse período, o Hospital Municipal Jesus passou a ter em seus quadros três professoras: Lecy Rittmeyer, Ester L. Zaboroviski e Lola S. Aratanha. Em momento posterior, mais especificamente, em 1978, a professora Raquel Perrone da Silva passou a exercer a direção da escola no Hospital Jesus, ficando no cargo até 1986

(RITTMAYER; SILVA; IMBROSIO, 2001). Em relato que segue, Raquel Perrone da Silva detalha o funcionamento da classe:

Do início de 1965 ao final de 1973 trabalhei como professora. Nesse período a classe funcionava com uma equipe composta por uma coordenadora e seis professoras. A clientela era de alunos de 6 a 14 anos de Classe de Alfabetização à 4ª série do 1º grau, internados nas diversas clínicas do hospital, apresentando os seguintes problemas: seqüela de poliomielite, deficiência congênitas, clínicos, neurológicos, cirúrgicos, dentre os mais frequentes. O período de internação era longo, às vezes vários meses e com repetidas reinternações. O tipo de atendimento pedagógico curricular era normal, de acordo com as necessidades dos alunos, adaptado as suas limitações. As atividades pedagógicas eram ministradas nas salas de aula (que funcionavam em dependências adaptadas do prédio do ambulatório) e nos leitos para os alunos que não podiam se locomover (RITTMAYER; SILVA; IMBROSIO, 2001, p. 32).

Vale mencionar que a assistência educativa era realizada sem vínculo com a Secretaria de Educação do Estado, ficando a cargo dos diretores dos referidos hospitais os entendimentos acerca da gestão da classe.

Diante da necessidade de regulamentação e unificação das atividades educacionais em âmbito hospitalar, as professoras das classes recorreram ao diretor do Departamento de Educação Primária, professor Álvaro Palmeira, para então iniciar a luta para disciplinar esse atendimento nos hospitais, como também nos domicílios (OLIVEIRA, 2013).

Cumprе esclarecer que o percurso histórico da implantação das classes hospitalares no Brasil foi caracterizado por movimentos de luta em torno da efetivação dos direitos à educação da criança. Destaca-se, ainda, que ao longo dessa trajetória e reflexo também do processo de redemocratização, que culminou com a Constituição de 1988, emergiram documentos legais que resguardaram essa modalidade educacional, mais especificamente, foram disciplinados direitos que garantiram a continuidade da escolarização dos educandos em situação de hospitalização, considerados como destinatários temporários da educação especial.

Dentre esses importantes documentos que ancoram o atendimento aos alunos que apresentam necessidades especiais, na condição de hospitalização (ainda que de forma transitória), apontam-se, especialmente, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90), a Resolução nº 41/1995 que traz a Declaração

dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/96), o Guia de Estratégias e Orientação das Classes Hospitalares e de Atendimento Pedagógico Domiciliar, publicado em 2002 pelo Ministério da Educação, dentre outros documentos legislativos e de orientação voltados para a criação, aperfeiçoamento e permanência das classes hospitalares como política pública de promoção e de garantia ao direito à educação para todos, previsto na Carta Magna.

Nesse contexto, considera-se o Decreto Lei nº 1.044, de 21 de outubro de 1969, a primeira legislação brasileira referente ao atendimento educacional hospitalar. O referido decreto estabeleceu a necessidade de tratamento excepcional para determinado grupo de alunos, de qualquer nível de ensino, portadores das enfermidades arroladas no artigo 1º. Confira-se:

Art. 1º São considerados merecedores de tratamento excepcional os alunos de qualquer nível de ensino, portadores de afecções congênitas ou adquiridas, infecções, traumatismo ou outras condições mórbidas, determinando distúrbios agudos ou agudizados, caracterizados por:a) incapacidade física relativa, incompatível com a freqüência aos trabalhos escolares; desde que se verifique a conservação das condições intelectuais e emocionais necessárias para o prosseguimento da atividade escolar em novos moldes ;b) ocorrência isolada ou esporádica;c) duração que não ultrapasse o máximo ainda admissível, em cada caso, para a continuidade do processo pedagógico de aprendizado, atendendo a que tais características se verificam, entre outros, em casos de síndromes hemorrágicas (tais como a hemofilia), asma, cartide, pericardites, afecções osteoarticulares submetidas a correções ortopédicas, nefropatias agudas ou subagudas, afecções reumáticas, etc.

Assim, como forma de compensação das ausências às aulas, possibilitava-se a esses estudantes, a realização de exercícios no domicílio, com o acompanhamento da escola. Previu, ainda, o Decreto Lei nº 1.044/69, que as atividades fora do âmbito escolar seriam exercidas de modo compatível com o estado de saúde do aluno e de acordo com as possibilidades do estabelecimento.

Durante o período da Ditadura Militar, também foi editada a Lei 6.202, de 17 de abril de 1975, que atribuiu à estudante em estado de gestação o regime de exercício domiciliares, desde que comprovada a necessidade por atestado médico. Neste sentido:

Art. 1º A partir do oitavo mês de gestação e durante três meses a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei número 1.044, 21 de outubro de 1969.

Parágrafo único. O início e o fim do período em que é permitido o afastamento serão determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola.

Art. 2º Em casos excepcionais devidamente comprovados mediante atestado médico, poderá ser aumentado o período de repouso, antes e depois do parto.

Com o advento da redemocratização do país, a Constituição Federal de 1988, a “Lei Maior”, disciplinou que a educação é direito de todos e dever do Estado e da família, de modo que deve ser assegurada independente de quaisquer circunstâncias. Na interpretação de Barzotto (2003, p. 197), “o direito à educação é algo devido a pessoa humana como ser racional, como um valor, isto é, como elemento do bem comum, sendo dever do Estado atender”. E acrescenta que neste caso, este dever é compartilhado com a família.

Assim, condições de restrição de saúde ou de renda não podem, por exemplo, limitar a concretização do direito para alguns em detrimento de outros. Por meio de uma interpretação sistemática da Constituição Federal observa-se uma concepção ampliada do direito à educação, não somente compreendido com acesso, mas como a permanência do aluno na escola.

Considera-se, pois, que a permanência na escola também constitui direito público e subjetivo, de maneira que, a falta de cumprimento por parte do Poder Público, pode ser objeto de ação judicial por parte dos responsáveis pela criança e pelo adolescente. Do mesmo modo, também há normativa que faz referência à responsabilização da família pela educação de crianças e adolescentes, conforme se extrai do artigo 227 da Constituição Federal.

À proporção que a Constituição Federal garante o direito ao acesso e à permanência na escola, nota-se que também disponibiliza os meios para a efetivação, quando prevê direitos educacionais para grupos específicos da sociedade, como é o caso do inciso III do artigo 208 que versa sobre os estudantes com necessidades educacionais especiais ou quando prevê programas

suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde, consoante se verifica do inciso VII do mesmo artigo. A Constituição Federal é clara quando dispõe que incumbe ao Poder Público a tarefa de desenvolver ações que assegurem à universalização do acesso escolar (artigo 214).

Dessa forma, em que pese não tratar especificamente do atendimento educacional hospitalar, a Constituição Federal projetou um caminho de acesso mais igualitário e humanizado para aqueles que apresentam necessidades educacionais especiais, ainda que temporárias – aqui se incluem aqueles que por questões de saúde encontram-se impossibilitados de frequentar a escola de forma regular.

Frente ao que dispunha a Constituição Federal, diversos instrumentos legais foram produzidos como forma de regulamentar os direitos ali consagrados. Em outras palavras, a legislação posterior se preocupou em garantir todo aparato material necessário para a prestação da educação, bem como em ressaltar a primazia do interesse dos menores, o que reforça as ações em defesa do atendimento educacional nos hospitais.

Fundamentado na concepção de que crianças e adolescentes são sujeitos de direito, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) constituiu um dos documentos marco que promoveu mudanças substanciais em relação ao tratamento da criança e do adolescente, quando estabeleceu, a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e juventude (BRASIL, 1990).

No que diz respeito a garantia de acesso à educação, foi assegurada a igualdade de condições para o acesso e permanência na escola (artigo 53, inciso I), reforçando a normativa da Constituição Federal. Além disso, o artigo 54, inciso III, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) também aborda a garantia de atendimento educacional especializado pelo Estado para aqueles que apresentam necessidades especiais, preferencialmente na rede regular de ensino.

Ademais, a realização de práticas educativas no hospital é instigada nas entrelinhas do artigo 57 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual dispõe que cabe ao Poder Público estimular pesquisas, experiências e novas propostas relativas à didática com vistas à inserção de crianças e adolescentes excluídos do ensino fundamental obrigatório.

Legitimando os direitos das crianças e dos adolescentes hospitalizados, a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, conhecida como Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) assevera que, para garantir a obrigatoriedade do ensino, o Poder Público, criará formas alternativas de acesso aos diferentes níveis de ensino (artigo 5º, § 5º), podendo organizar-se de diferentes formas para garantir o processo de aprendizagem (artigo 23). Afirma, ainda, que para os educandos com necessidades educacionais especiais, os sistemas de ensino assegurarão currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos para atendê-los (artigo 59).

Recentemente, no ano de 2018, a Lei 13.716, de 24 de setembro de 2018, alterou a LDB para assegurar, especificamente, o atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado (artigo 4º- A).

A propósito, o atendimento educacional em âmbito hospitalar passou a contar com previsão expressa na própria Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, o que permite maior segurança jurídica, principalmente porque a LDB constitui a normativa diretiva da educação, estabelecendo as intenções últimas, as finalidades gerais da educação no Brasil.

Assim, resta clara a ideia de que cabe a escola oferecer a resposta educativa para o enfrentamento das dificuldades de aprendizado do aluno em situação de hospitalização. Isso porque democratizar a educação se traduz em possibilitar não somente o acesso à escola regular e a permanência do aluno, mas também alcançar o processo de ensino-aprendizagem para além dos muros da escola, como nesses casos específicos.

Regulamentando as práticas educativas em ambiente hospitalar, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), órgão colegiado permanente de caráter deliberativo que integra a estrutura básica da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), aprovou posicionamento do Departamento de Defesa dos Direitos da Criança, da Sociedade Brasileira de Pediatria assumido na 27ª Assembleia Ordinária do CONANDA, que originou a Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995.

A Resolução nº 41/1995 privilegia os direitos inerentes à criança e ao adolescente hospitalizados, dentre os quais é possível citar “o direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar” (BRASIL, 1995).

Essa resolução estabeleceu como prioridade o direito à educação e à saúde no ambiente hospitalar, com o nítido intuito de exigir o respeito integral a todas as necessidades das crianças e dos adolescentes hospitalizados na tentativa de se obter uma melhora no quadro clínico. Nessa perspectiva, a criança passou a ser vista de forma global e a ela devem ser oferecidos meios para o desenvolvimento pleno.

Mais adiante, em 2001, a Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional da Educação, por meio da Resolução nº 2, de 11 de setembro de 2001, instituiu as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, que também dedicou parte de sua proposição para o atendimento pedagógico para crianças doentes e impedidas de frequentar a escola regular.

Nesse sentido, contemplou a ação integrada entre os sistemas de saúde e educação para a organização do atendimento educacional especializado aos alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde, quer seja, em decorrência de internação, quer seja, via atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio. Ainda, previu a definição de classe hospitalar como:

[...] um serviço determinado a prover, mediante atendimento especializado, a educação escolar a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar ou atendimento ambulatorial (BRASIL, 2001).

É possível extrair do artigo 13, § 1º, da supracitada resolução, um dos objetivos propostos pelas classes hospitalares e pelo atendimento em ambiente domiciliar, qual seja, de conferir continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem, contribuindo para a reintegração à escola regular.

No ano de 2002, o Ministério da Educação (MEC) elaborou um documento intitulado “Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações”, que conferiu maior visibilidade a essa modalidade de atendimento educacional especial. Esse documento, apesar de não ter caráter legislativo, possui cunho orientador, à proporção que estrutura ações de organização no âmbito das classes hospitalares e do atendimento pedagógico domiciliar.

Dentre as diretrizes para a atuação dos profissionais nesses atendimentos, exigiu-se para o professor “formação pedagógica preferencialmente em Educação Especial ou em cursos de Pedagogia ou Licenciaturas” (BRASIL, 2002, p. 22) e ainda, “noções de conhecimento 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).

É pertinente observar que o documento também discorreu sobre a capacidade de o professor trabalhar com a diversidade humana e as diferentes vivências culturais, devendo identificar as necessidades especiais dos educandos impossibilitados de frequentar a escola para definir e implementar estratégias de flexibilização e adaptação curriculares.

O material abre espaço para reflexões no sentido de se pensar a criança hospitalizada, como uma criança em estado especial, ainda que temporário, que requer cuidados especiais na abordagem educacional. Desse modo, além da formação especializada do professor, o documento reforça que a oferta curricular ou didático-pedagógica pode ser flexibilizada, a fim de que contribua

concomitantemente para a promoção da saúde e para melhor retorno e/ou continuidade dos estudos da criança e do adolescente hospitalizados.

Observa-se também que o referido documento prevê a figura do professor coordenador, que além da função de coordenar a proposta pedagógica, a dinâmica e o funcionamento da classe hospitalar, detém atribuição administrativa, devendo articular-se com a equipe de saúde do hospital, com a escola de origem do educando, assim como orientar os professores da classe hospitalar e definir demandas de aquisição de bens de consumo e de manutenção e renovação de bens (BRASIL, 2002).

Existe, ainda, a previsão de um profissional de apoio ao professor, que pode pertencer ao quadro de pessoal do serviço de saúde ou do sistema de educação. Esses assistentes de apoio que podem ser profissionais de nível médio ou estudantes universitários (das áreas de saúde e educação) possuem, dentre outras, a função de “auxiliar o professor na organização do espaço e controle de frequência dos educandos; contribuir com a adequada higiene do ambiente e dos materiais” (BRASIL, 2002, p. 22).

Prosseguindo, quanto ao espaço físico, instalações e equipamentos, o mencionado documento especificou que o atendimento pode ocorrer em espaço próprio para classe hospitalar ou pode desenvolver-se na enfermaria, no leito ou no quarto de isolamento, conforme a condição clínica ou de tratamento do educando assim requerer, registrando ainda que, sempre que possível, as classes devem disponibilizar recursos audiovisuais (computadores, televisão, aparelhos de som, filmadora, videokê) para facilitar o desenvolvimento do trabalho pedagógico (BRASIL, 2002).

Nessa esteira de mudanças nos aspectos do atendimento hospitalar, oportuno destacar que em 2004, o Ministério da Saúde junto com sua Secretaria Executiva, por meio do Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, implantou a Política Nacional de Humanização (PNH), entendida como um conjunto de estratégias e princípios que articulam os avanços tecnológicos, com práticas de

acolhimento e de melhoria dos ambientes de cuidado e de condições de trabalho para os profissionais.

A PNH como política transversal priorizou a valorização da dimensão humana, constituindo marco referência para a elaboração de práticas de saúde que promovam o respeito ao cidadão, com um atendimento de qualidade que considera fatores além da patologia. Essa política procurou, além disso, considerar todos os elementos envolvidos no processo de cuidar: usuários, profissionais e gestores, levando em conta o trabalho em equipe e multidisciplinar.

Apesar de ser uma política de iniciativa da seara da saúde, mereceu aqui registro, uma vez que ao propor uma atenção humanizada na saúde, acaba por respaldar a educação em âmbito hospitalar, como uma ação conjunta entre os setores de saúde e educação.

Mais adiante, em 2008, com base nos marcos legais políticos e pedagógicos da educação inclusiva, o Ministério da Educação (MEC) confeccionou outro documento orientador, a “Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva”. Merece registro a previsão de que os sistemas de ensino devem organizar, além das condições de acesso aos espaços, os recursos pedagógicos para favorecer a promoção da aprendizagem e a valorização das diferenças, de forma a atender as necessidades educacionais de todos os estudantes (BRASIL, 2008, p. 15).

Em 2009, a Resolução nº 4 do Conselho Nacional de Educação reafirmou que o atendimento educacional especializado pode ser concretizado por meio da classe hospitalar ou em domicílio pelo respectivo sistema de ensino, de modo que a educação especial seja exercida de forma complementar ou suplementar.

É pertinente observar que a referida resolução também mostrou necessária a articulação conjunta do trabalho pedagógico no atendimento educacional especializado, consubstanciada na ação dos professores que atuam nessa modalidade de atendimento educacional, dos professores do ensino regular, das

famílias, dos demais profissionais de saúde e de assistência social, conforme lição extraída do artigo 9º.

Consoante se nota, a legislação tem buscado garantir a educação em âmbito hospitalar. Destaca-se ainda, que no ano de 2015, o Ministério da Educação (MEC) publicou o documento “Orientações para Implementação da Política de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva”, o qual ressaltou a importância da formação especializada do professor que atua nas classes hospitalares e nos ambientes domiciliares (BRASIL, 2015, p.42).

Verifica-se que as mencionadas previsões legais figuraram como suporte orientador e indutor de mudanças. Em virtude disso, a incidência das classes hospitalares no Brasil se intensificou – tendo impulso na década de 1990 – foi neste período que se configurou o modelo mais atual de classe, com espaço físico e recursos pedagógicos específicos.

Contudo, a modalidade de atendimento ainda é tímida, considerando a integralidade do território nacional e o número de hospitais existentes no Brasil. Ademais, é desconhecida por grande parcela de escolas, pais e pelos próprios hospitais. Prova disso é que no ano de 2015, havia apenas 155 classes registradas no Brasil, sem computar os atendimentos voluntários, cursos de extensão ou realizados por organizações não governamentais (ONGs) (RAMOS, 2016).

Schilke e Nascimento (2007) afirmam que a ação educativa hospitalar se insere dentre as transformações pelas quais o Brasil vem passando na tentativa de efetivar os direitos à educação e à saúde como direitos de todos, não obstante apesar do reconhecimento legal, a ação educacional hospitalar ainda não apresenta reconhecimento no espaço escolar e na academia.

Fonseca (1999) concorda com a insuficiência de teorias e estudos dessa natureza no país e ressalta que ainda existe a necessidade de transpor barreiras para garantir a excelência dos serviços, quer seja pelos profissionais da educação ou da saúde, a fim de que haja adequada qualificação da assistência prestada em hospitais.

Tendo em vista a complexidade da situação de atendimento em classes hospitalares no Brasil e isso se evidencia, dentre outros aspectos, com o número reduzido de sua oferta no território nacional, faz-se necessário um olhar mais atento ao que está sendo efetivamente realizado. Contudo, imperativos como tempo e custos, levam esta pesquisa por afinidade e proximidade a uma análise possível e factível referente ao que ocorre no estado do Espírito Santo, particularmente, no município de Vitória, especificamente, no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG).

## **4 A EDUCAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS: ENTRE O LEGAL E O REAL**

Esta seção se dirige a apresentar a análise dos dados obtidos junto aos participantes da pesquisa e observações realizadas na Classe Hospitalar onde se desenvolveu o estudo. Conforme já informado no item metodologia deste trabalho, a coleta de dados envolveu a presença da pesquisadora junto aos participantes da pesquisa, por meio de realização de entrevistas às quais se associou a observação participante das atividades pedagógico-educacionais realizadas.

O material transcrito das entrevistas gravadas, realizadas com os 10 (dez) participantes da pesquisa, e o texto do diário de campo que contemplou o registro das observações realizadas foram submetidos ao tratamento analítico interpretativo sob o método de análise de conteúdo, a partir do qual foi possível construir as categorias de análise, denominadas: 1) Estrutura e processo educacional da classe hospitalar: a interface com a legislação e teoria; 2) Ações de educação especial inclusiva que favorecem a manutenção da educação regular; 3) Desafios para a efetivação do direito à educação da criança hospitalizada.

No entanto, antes de adentrar na apresentação das categorias de análise, considera-se oportuno descrever a experiência de observação. Nessa linha, a título de diário de campo, foram registradas algumas impressões significativas vistas e sentidas que também conduzem à resposta da indagação inicial, qual seja, se a classe hospitalar investigada, com sua estrutura pedagógica e recursos humanos, favorece o direito à educação na forma que apregoa a legislação vigente.

### **4.1 BREVE OBSERVAÇÃO DA CLASSE HOSPITALAR: DESCRIÇÃO DO AMBIENTE E COTIDIANO DAS AULAS**

A vivência nesse estudo iniciou-se anteriormente aos dias designados para a realização das entrevistas e observação direta em campo. Isso porque desde a escolha do tema da dissertação busquei frequentar esporadicamente aquela

realidade, por conta até mesmo de minha orientadora integrar, à época, os quadros do HINSG como assistente social. Contudo, irei me ater especialmente ao dia da pesquisa.

Na data designada para a pesquisa de campo, senti pulsar uma emoção diferente, pois agora detinha a responsabilidade de pesquisadora. Iniciei a pesquisa no dia 13 de março pela manhã, por volta de 9h e, como já conhecia as instalações do HINSG, dirigi-me diretamente à classe hospitalar “Canto do Encanto” (na região do HINSG popularmente conhecida como “colina”). No caminho da entrada do hospital até a classe hospitalar deparei-me com cenas rotineiras do HINSG: corre-corre de usuários, mães com fisionomias fechadas, crianças com olhares pensativos, distantes, algumas, inclusive, bebês de colo que, enquanto choravam, eram impacientemente balançados nos braços das mães. Algumas mães pareciam nervosas, estressadas, enquanto aguardavam por atendimentos junto de seus filhos. Na curta caminhada tentei confortá-las com um sorriso, porém sem retribuição. Notei que o ambiente hospitalar não colaborava e segui praticamente sem ser percebida por aqueles que ali estavam.

Cheguei à classe, me identifiquei, expliquei sobre a pesquisa, apresentei a Carta de Anuência com a concordância da instituição, disponibilizei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura prévia dos participantes e aguardei a coordenadora autorizar o início da pesquisa, com sua anuência e dos demais participantes. Nesse pequeno lapso temporal pude observar as instalações físicas da classe hospitalar.

Trata-se de uma sala relativamente pequena, considerando a alta demanda do HINSG. A estrutura conta com decoração lúdica e infantil, bem diferente da escola regular. A posição estratégica das carteiras agrupadas uma ao lado da outra conferiu ao ambiente um ar de grupo de estudo, um local de parceria e socialização entre alunos e entre aluno e professor, ao reverso do modelo de escola tradicional, com carteiras enfileiradas, lousa e a figura do professor centralizada no espaço da sala de aula e fisicamente mais distante dos alunos.

Foi possível perceber uma tentativa de suavização e humanização daquele ambiente, apesar da decoração artesanal e improvisada, fato que foi confirmado nas entrevistas. A mobília era antiga e, nitidamente, já não mais contemplava àquela demanda. A modesta decoração da classe claramente era fruto da criatividade da própria equipe. Não havia livros didáticos nas prateleiras, apenas de literatura infantil. Observei que havia apenas um computador e uma impressora. As crianças não contavam com qualquer recurso eletrônico (como *tablets* e afins).

Iniciei o primeiro contato com a coordenadora e, posteriormente, com uma assistente social que também se dispôs a apresentar a classe hospitalar e a contar um pouco da história do hospital e do surgimento do projeto da classe hospitalar.

Após tais explicações, resolvi brincar com as crianças que ali estavam. Um era tão pequenino que chegou a sofrer uma leve queda ocasionada pelo espaço existente entre o vão da mesa e da carteira. O pequeno resmungou, mas não chegou a chorar. Ajudei-o a levantar e elogiei-o para a mãe que, por coincidência, havia adentrado na classe hospitalar para buscá-lo para o atendimento médico. Além do olhar inocente e um tanto desconfiado, me chamou atenção o fato de estar vestido com uma camisa social com gola do tipo polo, bem arrumado para ocasião. A sua ida ao HINSG foi por conta de uma consulta e a frequência na classe se deu apenas como forma de recreação. Por conta da idade, por volta de dois anos no máximo, e do rápido período de tempo de estada na classe apenas desenhou e fez pinturas.

Outras crianças chegaram à classe para desenvolver atividades, enquanto aguardavam ser chamadas para consultas e exames. Uma delas já tinha ficado internada no HINSG por um grande período em razão de tratamento de leucemia. Felizmente, foi curada e aquele dia estava no hospital para exames de rotina. Estava crescida, aparentava estar alegre. Já era conhecida pela equipe da classe, pois a coordenadora a interrogou, de forma íntima, sobre a rotina e familiares. Evitei indagações diretas àquela, limitei-me a olhar, a registrar e a acariciar o seu cabelo.

A garota pareceu compreender o processo da doença e, sobretudo, da superação, apesar de não detalhá-los. As respostas voltavam-se apenas para as

indagações que lhes eram feitas, sem mais. Com o acompanhamento da professora do turno da manhã, ela fez um exercício de leitura e também de separação de sílabas. Pude perceber de perto como aquela criança sentia-se acolhida e familiarizada com aquele ambiente e com os integrantes da classe hospitalar.

Havia uma outra criança sentada ao lado dessa garota que havia superado a doença, que também era conhecida da equipe, contudo, preferia, silenciosamente, fazer sozinha um exercício de caça-palavras. Apenas buscou auxílio da professora quando teve dúvida acerca da atividade que desenvolvia.

Interessante anotar que a professora e a coordenadora comentaram sobre a característica mais introspectiva dessa criança. Ambas salientaram se tratar de uma criança mais independente, que desenvolve as tarefas que lhes são dadas de forma autônoma e silenciosa. Pude constatar que a equipe da classe hospitalar tinha facilidade em identificar o perfil peculiar de cada aluno.

Entre uma entrevista e outra com os docentes olhei para trás e enxerguei uma menina com medicação no braço que pegava um livro para leitura. Seu olhar era triste e sua fisionomia parecia debilitada. Novamente, preferi não entrar em detalhes sobre aquela menina. O entrevistador percebeu que eu a olhava, mas não teceu pormenores.

No período da tarde, pude acompanhar os professores num momento de planejamento de aula. Após identificar-me, comentei um pouco sobre a minha pesquisa, ocasião em que fui elogiada e agradecida. “É muito bom saber que a classe hospitalar está sendo instrumento de pesquisa!”, disse um professor. “Isso dá visibilidade ao nosso projeto”, disse outro. Após esses comentários, se prontificaram a participar da pesquisa. Assim, me senti mais segura, integrada ao ambiente e estimulada a dar prosseguimento ao estudo.

Indagados sobre tal planejamento que realizavam, responderam que estavam elaborando atividades em comum para a Semana em comemoração ao Dia Mundial da água (18 a 22 de março). Os docentes ressaltaram que constantemente realizam esses planejamentos em conjunto para elaboração de atividades que se relacionam

a datas comemorativas, como Dia das Mães, Dia Mundial da Poesia, dentre outros. Justificaram que tais atividades possuem características mais lúdicas, quando comparadas ao cotidiano das aulas da classe, o que contribui para maior descontração e integração dos educandos. Destacaram, ainda, que os resultados desse tipo de atividade são positivos e alcançam até mesmo as famílias das crianças e dos adolescentes da classe hospitalar, já que muitas vezes são convidadas a participar, o que contribui para a aproximação da relação aluno, classe hospitalar e família e favorece, de maneira não intencional, o desenvolvimento escolar.

Após esse breve diálogo, continuei realizando as entrevistas. E, por volta de 18h, dirigi-me até o espaço do HINSG localizado nas instalações do Pronto-Socorro Dra. Milena Gottardi, anexo ao Hospital da Polícia Militar (HPM). Pude conhecer a classe hospitalar recém-inaugurada. Bem diferente da classe do HINSG de Santa Lúcia (colina), a classe do HINSG, no HPM, possui uma boa estrutura e conta com uma brinquedoteca em um ambiente integrado e humanizado.

A fim de dar continuidade aos registros a título de diário de campo, ajustei o retorno com a assistente social para a semana seguinte. Todavia, fui informada, em dois dias posteriores à visita, sobre impossibilidade de prosseguir com os registros em campo, em razão da adoção, pelo HINSG e pela classe hospitalar, de medidas de isolamento social para evitar a proliferação da pandemia da COVID-19, ocasionada pelo novo coronavírus<sup>5</sup>.

Diante desse desafio global, em termos de saúde pública, me vi obrigada a cumprir com minha responsabilidade social de isolamento e finalizar, precocemente, as observações em campo. Assim, restou a descrição das experiências de educação desenvolvidas na classe hospitalar aqui relatada.

---

<sup>5</sup> A pandemia da COVID-19 é uma doença respiratória aguda causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2). O primeiro caso da doença foi identificado, em 1º de dezembro de 2019, em Wuhan, na província de Hubei, na República Popular da China. Atualmente, há casos em praticamente todos os países do mundo. Foram confirmados 3.090.445 casos de COVID-19 e 217.769 mortes até 30 de abril de 2020. O Brasil encontra-se em fase de transmissão comunitária da COVID-19 e já confirmou 85.380 casos e 5.901 mortes pela doença até a tarde do dia 30 de abril de 2020. Para maiores detalhes, disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875)>. Acesso em: 01 mai. 2020

## 4.2 A CLASSE HOSPITALAR: CORRELAÇÕES ENTRE AS DIRETRIZES LEGAIS E A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À EDUCAÇÃO

Caminha-se neste estudo com o intuito de descrever a estrutura educacional de uma classe hospitalar e correlacionar esse espaço pedagógico com as respectivas determinações legais que buscam assegurar a manutenção do direito à educação de crianças e adolescentes hospitalizados.

No âmbito da descrição deste espaço, consideramos oportuno apresentar uma breve caracterização dos participantes da pesquisa, sem o interesse analítico dessa caracterização. Tal opção cumpre apenas o mérito de apresentar algumas qualidades inerentes àqueles que se dedicam ao trabalho de realizar a relevante tarefa de assegurar a crianças e adolescentes hospitalizados a manutenção do seu processo educacional regular.

A caracterização dos participantes contempla aspectos relacionados ao sexo, idade, escolaridade, vínculo de trabalho, tempo de docência e tempo de atuação na classe hospitalar, que estão dispostas no Quadro 2, que segue apresentado na sequência desse texto.

Quadro 2 – Características dos participantes da pesquisa

Participante	Sexo	Idade	Escolaridade	Vínculo de Trabalho	Tempo de Docência/Experiência	Tempo de Atuação na CH
C	F	58	Graduação	Efetivo	36	19
P1	F	31	Especialização	DT	6	3
P2	F	63	Mestrado	DT	40	6
P3	F	42	Especialização	DT	17	4
P4	M	32	Especialização	DT	9	3
P5	F	40	Especialização	DT	15	3
P6	F	68	Especialização	DT	45	12
P7	M	34	Especialização	DT	6	4
P8	F	48	Especialização	DT	10	5
P9	M	29	Especialização	DT	8	3

Fonte: Elaborado pela autora<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Foram entrevistados dez sujeitos, sendo nove professores e um coordenador pedagógico. Estão denominados como “P” todos os sujeitos que desempenham o papel de professor e “C” aquele que ocupa a função de coordenador pedagógico. Para a compreensão do que está descrito no referido quadro estas são as legendas: o gênero foi indicado por “F”, feminino e “M”, masculino; o tipo de vínculo foi discriminado como, “DT”, designação temporária.

Dentre as 10 (dez) pessoas entrevistadas, a distribuição por sexo indica que sete são do sexo feminino e três são do sexo masculino. Em relação à idade é possível observar que a média no grupo é de 49 anos. A relação trabalhista encontrada entre os professores (representados pela letra P seguida de número) foi a designação temporária (DT). Apenas a coordenadora da classe hospitalar (representada pela letra C) possui vínculo efetivo e integra o quadro de pessoal da Secretaria de Estado da Saúde (SESA).

O tempo médio de experiência docente apurado no grupo foi de vinte e um anos e o tempo médio de trabalho na classe hospitalar foi de seis anos. Dessa forma, constata-se que a equipe de professores da classe hospitalar analisada possui tempo considerável de experiência docente. A mesma afirmação é válida em relação ao tempo de experiência profissional da coordenadora.

Quanto à escolaridade, vale registrar que além da graduação todos os professores possuem pós-graduação, exceto a coordenadora. Quanto à pós-graduação, menciona-se o fato de que dos nove professores, oito deles apresentam a pós-graduação no formato *lato sensu* (especialização) e uma em formato *stricto sensu* (mestrado). Dos que apresentam especialização, cinco deles (P3, P4, P7, P8 e P9) possuem especialização em áreas que guardam relação com a disciplina lecionada na classe hospitalar. Três professores (P2, P3, P6,) possuem especialização em educação especial. Com especialização na área de administração e gestão escolar há três professores (P5, P8, P9). Dois professores apresentam especialização em educação infantil (P1 e P6). Uma professora possui especialização em educação de jovens e adultos (P3). Há também professora com especialização em pedagogia hospitalar (P6). Quanto à professora que possui formação em pós-graduação *stricto sensu*, trata-se de mestrado em educação. É oportuno destacar, ainda, que duas professoras (P2 e P6) possuem formação em Libras. Compete aqui registrar que alguns dos professores possuem mais de uma especialização. Além disso, fica evidente tratar-se de um grupo que apresenta certa heterogeneidade no tocante à formação e qualificação profissional.

Cumprido o propósito de demonstrar as características dos professores da classe hospitalar estudada, passa-se agora, na sequência do texto, a apresentar

descritiva e analiticamente as categorias de análise construídas no processo metodológico de análise de conteúdo das entrevistas e das notas (registros) de observação realizadas na pesquisa, o que segue em forma de subitens. Essas categorias contemplam uma compreensão descritiva e reflexiva a respeito do cotidiano e do processo de prática educativa junto a crianças e adolescentes, na realidade e contexto hospitalar. A análise descritiva abarca a apresentação dos dados, a inferência e a associação desta ao referencial teórico adotado no estudo.

#### **4.2.1 Estrutura e processo educacional da classe hospitalar: a interface com a legislação e teoria**

Essa categoria de análise contempla os elementos presentes no ambiente e contexto da classe hospitalar compondo os processos educativos desenvolvidos, a saber: os demandatários das atividades pedagógico educacionais; os recursos didático-pedagógicos utilizados e necessários para o desenvolvimento da prática educativa na classe hospitalar; o planejamento e a intencionalidade das ações desenvolvidas; a capacitação docente para atuação no espaço e realidade educacional que constitui a classe hospitalar.

Quando se atenta para quem é a criança ou adolescente que se configura como demandatário do atendimento educacional desenvolvido nos espaços hospitalares foi possível constatar, a partir das observações e entrevistas realizadas, que existe um leque de situações inerentes a essa definição e inserção no atendimento pedagógico educacional realizado na classe hospitalar pesquisada.

A partir da realidade encontrada foi possível designar cinco situações distintas de crianças e adolescentes que frequentam a classe e compõem o cotidiano da equipe de docentes da classe hospitalar, conforme disposto no quadro a seguir.

Quadro 3: Situações de atendimento na Classe Hospitalar

Situação	Demanda
Situação 1	Aluno regularmente matriculado no sistema público ou privado de ensino, que está internado no hospital e recebe atendimento educacional. Esse aluno pode ser atendido no espaço físico da classe hospitalar ou no próprio leito de enfermaria
Situação 2	Aluno regularmente matriculado no sistema público ou privado de ensino, que frequenta o hospital para exames, consultas ou manutenção de tratamentos. É atendido no espaço físico da classe hospitalar
Situação 3	Beneficiários indiretos que, geralmente são os pais ou os responsáveis pela criança ou adolescente. Buscam orientação didático-pedagógica dos docentes da classe hospitalar para auxiliar seus filhos nas tarefas escolares.
Situação 4	Aluno regularmente matriculado no sistema público ou privado de ensino, que já frequentou a classe hospitalar por determinado período, em razão de alguma convalescença e, mesmo após a alta, continua a frequentar a classe de forma esporádica para o esclarecimento de dúvidas pontuais com a equipe docente.
Situação 5	Criança ou adolescente em situação de evasão escolar. Compreende a situação na qual os pais ou os responsáveis pela criança ou adolescente apresentam resistência para matriculá-los, bem como aquela na qual os adolescentes desistem dos estudos por variadas razões.

Fonte: elaboração própria

Foi possível verificar que os demandatários da atenção pedagógico-educacional desenvolvida na classe hospitalar englobam além das crianças e adolescentes, seus acompanhantes. Alguns acompanhantes se veem desafiados em suas competências educacionais e pedem ajuda ao corpo docente para cooperar nas atividades escolares da criança ou adolescente que acompanham no hospital. Neste caso, a equipe profissional da classe hospitalar se coloca à disposição para qualificar os acompanhantes na tarefa de conceder apoio às suas crianças e adolescentes. Isso se revela, assim, uma atividade adicional para os professores: a de capacitar os acompanhantes, aqui entendidos como “beneficiários indiretos” do atendimento educacional fornecido pela classe hospitalar.

A respeito daqueles que se encaixam na situação 5, ou seja, não possuem matrícula em estabelecimento de ensino regular, mesmo estando em idade escolar, um dos professores demonstrou preocupação quanto à essa realidade – o que se configura como uma forma de violação dos direitos inerentes à criança e ao adolescente. Não obstante, refere-se à sensação de impotência ante o fato, pois no seu entendimento considera que o professor não possui autonomia para o acionamento dos órgãos de proteção e defesa, como o Conselho Tutelar ou o Ministério Público, e que tal atribuição compete ao pedagogo ou à direção do hospital.

Tal situação nos remete à reflexão acerca da necessidade e importância do trabalho interdisciplinar entre a equipe da classe hospitalar e a equipe de profissionais do hospital, que dispõe de profissionais de Serviço Social, que podem ser acionados em situações que revelam violação de direitos. Outra reflexão importante a respeito da realidade da evasão escolar é que, na concepção do professor, a situação de evasão escolar tem por base a omissão dos pais ou dos responsáveis legais, seja por resistência destes à efetuar a matrícula escolar do filho, seja pelo fato de o filho adolescente decidir por si próprio não mais frequentar a escola e os pais não atuarem com a devida autoridade sobre isso. A concepção do professor, no contexto breve da entrevista, carrega aparentemente uma análise reducionista da condição de evasão. A culpabilização do sujeito por sua condição social, sem uma análise da macroestrutura que cria tal condição, revela uma visão superficial da realidade social na qual este se encontra inserido.

Há, ainda entre os alunos frequentadores da classe hospitalar, crianças e adolescentes que não possuem mais vínculo com o hospital, mas veem a classe hospitalar como referência de ensino-aprendizagem e, em razão disso, frequentam o local de forma esporádica para o esclarecimento de dúvidas pontuais. Essa situação foi retratada por um professor, que afirmou que o aluno não quer saber se encontra-se ou não amparado pela lei, mas deseja ser atendido pelo professor, anseia por aulas e isso ocorre em razão da afinidade criada entre professor e aluno durante a estada na classe hospitalar.

Tornou-se claro, portanto, que no âmbito da classe hospitalar pesquisada toda criança ou adolescente que esteja no hospital, seja para realização de acompanhamento ambulatorial, seja em razão de internação, independente do agravo, é reconhecida como sujeito de direito ao atendimento pedagógico educacional efetivado a partir da classe hospitalar. Não há, assim, restrições ou delimitações impostas para acesso e usufruto do atendimento educacional realizado neste espaço destinado à educação. Para os profissionais que atuam nessa classe hospitalar, o direito à escolaridade deve ser garantido independente de quaisquer condições e, com muito mais razão, às crianças e adolescentes que se encontram em situação de cuidados hospitalares.

Extraindo-se um recorte acerca do público-alvo atendido na classe hospitalar investigada, é possível afirmar que são crianças e adolescentes que necessitam de acompanhamento fora do espaço da escola regular e são considerados sujeitos temporários da Educação Especial. É importante mencionar ainda que, segundo Gonçalves (2013), crianças e jovens hospitalizados não são considerados como público-alvo da Educação Especial pelo simples fato do adoecimento e hospitalização, no entanto, durante o período da internação podem apresentar condição temporária de alteração física, psíquica ou emocional para as quais deve ser promovida atenção especial e, sobretudo, acessibilidade, ainda que as limitações sejam temporárias. Nessa linha de raciocínio, todos os escolares em atendimento ou internação hospitalar (quer sejam, ou não, considerados público-alvo da Educação Especial) constituem-se destinatários do atendimento educacional desenvolvido na classe hospitalar. Portanto, o atendimento educacional ofertado em Classe Hospitalar engloba aqueles que são considerados público-alvo da Educação Especial, assim como os que temporariamente dela se beneficiam.

As crianças e os adolescentes hospitalizados têm direito à saúde tanto quanto à educação, de modo que a oferta de atendimento educacional no hospital significa o cumprimento do direito à educação, que compreende não somente ao acesso, mas a permanência do aluno na escola. A este respeito, o artigo 53, inciso I, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é claro ao estabelecer que o direito à educação deve ser exercido em igualdade de condições para acesso e permanência na escola (BRASIL, 1990).

Partindo dessa premissa, cabe ao Estado oferecer condições igualitárias a todos os destinatários do direito à educação, considerando as diferentes situações que estes por ventura estejam imersos. E nesse âmbito se insere a oferta de educação em âmbito hospitalar como forma de possibilitar a igualdade de condições para acesso ao conhecimento, bem como para a continuidade do processo de aprendizagem.

Destaque ainda deve ser dado ao perfil heterogêneo dos alunos frequentadores da classe hospitalar pesquisada, que contempla desde crianças na faixa etária e escolar da Educação Infantil até adolescentes na faixa escolar do

Ensino Médio. Além de apresentarem variação entre idade e escolaridade, também apresentam significativas diferenças entre si relacionadas às características socioeconômica e culturais, bem como diferentes tipos de doenças e tratamentos. Toda essa diversidade comporta, assim, demanda especial de atenção pedagógica.

Segundo os professores entrevistados, na realização das atividades pedagógico-educacionais não há um número fixo e pré-estabelecido de crianças a serem atendidas por eles, pois este resultado depende da demanda diária (que é variável, segundo internações, altas hospitalares e consultas e exames agendados nos ambulatórios). Da mesma forma, não há como precisar exatamente a duração de cada atendimento (já que a classe não funciona no esquema de aulas, mas por atendimento individual ou coletivo). A variação das internações e atendimentos ambulatoriais, a condição de saúde da criança ou adolescente, a faixa etária e escolar, os diferentes ritmos de aprendizagem, todos esses elementos requerem uma atenção planejada e adaptada para cada aluno ou grupo de alunos que frequentam a classe hospitalar.

Em relação às atividades desenvolvidas pelos docentes, estas se desenvolvem tanto no espaço físico da classe hospitalar, quanto nas enfermarias e podem ser realizadas como atendimento individual ou grupal nesses dois ambientes. Não existe um tempo e horário fixo para a realização do atendimento do professor e das atividades pelo aluno, pois irá depender de diversas condições e situações que compõem a mediação do processo pedagógico-educacional no ambiente hospitalar (como, por exemplo, a condição física e emocional do aluno, tempo de permanência nas dependências do hospital, ritmo de aprendizagem, conteúdo a ser ministrado, existência ou não de atividade encaminhada pela escola regular, entre outros).

O início da atenção educacional pelos professores contempla a realização de uma avaliação diagnóstica do aluno para o conhecimento da sua condição escolar e de aprendizagem, a partir da qual são elaboradas atividades para suprir as dificuldades de aprendizagem detectadas. É nesse momento que também ocorre o planejamento do conteúdo a ser ministrado, para o alcance dos objetivos e finalidades educativas. Para os professores, essa estratégia oportuniza segurança para o trabalho pedagógico, uma vez que constitui uma sondagem em relação ao

desenvolvimento do aluno, ou seja, o docente verifica se existe deficit educacional em relação ao ano letivo cursado pelo aluno e as habilidades normalmente requeridas segundo a faixa etária e escolar, o que pode ser ilustrado pelas falas de professores entrevistados.

*“(...) Então, toda criança que chega aqui a gente faz um estudo-diagnóstico muito rápido, porque eu preciso saber em que série ela está matriculada, para eu a partir daí da série que ela já está, já vejo um diagnóstico de atividades que eu possa passar para elas. Só que às vezes a criança já está matriculada no 3º ano e ainda não é alfabetizada, então que recorro a atividades de alfabetização, porque não faz sentido eu pegar uma atividade do currículo do 3º ano que esta criança não vai atender, então a gente faz um diagnóstico do que a criança sabe, da série que ela está, da idade dela, para a partir daí eu passar atividade (...)”.* (P1).

*“(...) Eu tento organizar as atividades de acordo com a escola, eu organizo por trimestre como é na escola, aí eu tenho trabalhar aquele conteúdo, mas as crianças que chegam aqui ela estão defasadas, muitas delas, não dá para trabalhar de acordo com a série que ela realmente está, raramente dá pra você trabalhar o currículo, da SEDU, você sempre está trabalhando uma coisa antes, eles vêm bem atrasados, porque é uma clientela que você sabe geralmente são mais carentes, então a gente utiliza recreação para poder trazer esse aluno para perto, e fazer com que ele goste realmente de estudar, ainda mais dentro do hospital, a gente sempre fala do projeto como é, tenta conversar, conhecer um pouco da criança, dependendo do estado emocional que ela se encontra ou até mesmo na condição física que ela está a gente vai abordar de uma forma um pouco mais lúdica, senão a gente já começa logo com a matéria que ele está de acordo com o nível dele (...)”.* (P3).

Verificou-se no contexto da classe hospitalar que os atendimentos esporádicos são realizados, na maioria das vezes, por um único docente. Este tipo de atendimento é feito sem planejamento prévio. O professor faz o primeiro contato com aluno, realiza a avaliação diagnóstica individualizada e seleciona o material que irá trabalhar com o educando. Via de regra, o atendimento é realizado de forma pontual: a tarefa é iniciada e finalizada pelo aluno e, em seguida, corrigida pelo professor, num mesmo dia. Isso porque, na maioria das vezes, o professor sequer sabe se o aluno estará frequentando a classe hospitalar no dia seguinte.

Por outro lado, nas enfermarias os atendimentos podem ser realizados por professores de diferentes disciplinas, mas de forma individualizada e podem ter uma duração variável. O número de crianças e adolescentes atendidos por professor gira em torno de quatro a seis. Em algumas situações, o atendimento pode ser feito em pequenos grupos de alunos, como no caso da enfermaria denominada Centro de

Tratamento de Queimados (CTQ). A esse respeito, destacamos alguns relatos obtidos junto aos professores da classe.

*“(...) Isso é muito relativo, como eu sou alfabetizadora, eu tenho muito experiência de pegar a criança de seis anos, e ensinar a ler e escrever, mas você tem que olhar traçado de letras, e isso denota um pouco mais de tempo, mas mesmo assim, se tiver seis crianças na enfermaria, eu vou atender as seis, e vou atendendo na mesma qualidade, no mesmo nível que ela está precisando, O tempo que eu fico com cada criança, vai depender de cada uma delas, tem crianças que não precisa de tanto olhar, minha presença ali do meu acompanhamento, então com tempo de 20, 30, 40 minutos eu consigo desenvolver aquela atividade, tem crianças que demanda uma hora, uma hora e meia ou o tempo todo que eu fique na enfermaria eu fico só com a criança (...)”.* (P6).

*“(...) Na verdade isso é muito, porque a gente leva em consideração o estado clínico da criança, o que para gente, é o principal, então quando a criança ela pode estudar, ela está bem disposta, então a gente faz um trabalho diferenciado, com explicação de conteúdo de preferência daquela série que ela está, ou aquele conteúdo que ela não conseguiu aprender na escola, e com aquela dedicação, com aquele tempo voltado mais a aquele conteúdo, ela consegue assimilar melhor esse conteúdo, então assim, eu atendo três a quatro crianças à tarde (...)”.* (P9).

*“(...) A quantidade de alunos que eu consigo atender por tarde vai depender, mas eu consigo atender até seis crianças dependendo da enfermaria, porque tem enfermarias que você consegue atender mais, uma experiência dos queimados, lá você consegue colocar até três numa mesa para você atender, lá até os enfermeiros acham bom você tirar os meninos da cama e colocar eles na mesa para eles não fiquem deitados o tempo todo, porque lá não tem visita, porque lá na enfermaria de queimados as crianças estão muito expostas por causa das feridas, então as queimadas, eu posso atender até três desde que estejam no mesmo nível, que estejam na mesma idade, da mesma série, mas dependendo da enfermaria, eu consigo atender até seis alunos, de forma individual, como eu faço? Eu termino atendimento de um, faço a higienização, e vou atender o outro, às vezes quando o paciente está com restrição você tem que colocar toda uma proteção, um capote, luvas, às vezes demora um pouco mais de tempo (...)”.* (P2).

Extraiu-se que o processo de atendimento, via de regra, para os alunos atendidos pela classe hospitalar, é determinado por três fatores: 1) a condição de saúde (alunos com condições precárias de saúde ou que se submetem à procedimentos invasivos, ou que recebem medicação agressiva podem apresentar maior dificuldade para o aprendizado); 2) a existência de pré-requisitos (quando a condição de saúde do aluno exige protocolo específico de segurança, isso afeta o tempo de transição do professor entre um aluno e outro); e 3) a complexidade do conteúdo a ser estudado (já que conteúdos mais complexos demandam maior tempo de aula).

Os professores relataram que quando existe atividade enviada pela escola regular do aluno, o atendimento é facilitado. Além disso, quando há alunos de uma mesma faixa etária, regularmente matriculados em faixas escolares próximas é possível a realização de atendimento simultâneo a eles.

Há também relatos de professores sobre atividades que envolvem propostas transdisciplinares, situação em que os alunos são inseridos em atividades em grupo, como, por exemplo, na “Semana da Poesia”.

*“(...) O número de alunos no dia a dia da gente, varia muito, isso vai depender se tem precaução de contato, se está com atividade da escola, se não está com atividade, então, este número por dia vai variar muito, tem dias que você atende seis alunos, e tem dias que você atende só dois, vai depender do quadro de alunos está internado no dia do hospital, ou na semana no hospital. E eu trabalho na enfermaria, geralmente com atendimento individual, pois é muito difícil a gente pegar dois ao mesmo tempo, porque, vai depender muito, se são séries próximas, se estão nas mesmas séries, se estão próximos, se tem precaução de contato, pois se tiver precaução de contato, você tem que atender um, depois do outro, na minha dinâmica de trabalho é muito raro eu consegui trabalhar com dois ao mesmo tempo, a não ser que seja algum projeto específico esteja trabalhando todos juntos, por exemplo, a gente tem a Semana do Meio Ambiente, aí é um projeto que beneficia a todos, igual na semana que vem tem a Semana da Poesia, aí sim você consegue trabalhar com dois ao mesmo tempo, quando é aula direcionada, eu, por exemplo, não consigo trabalhar com dois ao mesmo tempo, só se eu dar muita sorte por exemplo, se tiver a mesma enfermaria um do lado do outro estão na mesma série, aí eu vou conseguir (...)”. (P5).*

Consoante se verifica, a dinâmica de trabalho da classe hospitalar é bem variada e exige a construção de uma estrutura e de prática pedagógica diferente da escola regular. A possibilidade de aulas nas enfermarias ou no espaço físico da própria classe hospitalar, o número variado de alunos, com patologias e características específicas, tais como, sexo, idade, fase escolar, nível socioeconômico e cultural, bem como com tempo de permanência diversificado requer um trabalho especificado, flexível e adequado às necessidades dos alunos.

Neste aspecto, é importante atentar para os recursos didáticos necessários e utilizados para o desenvolvimento das atividades na classe hospitalar. Em relação a isso, os professores apontaram limitação de recursos disponíveis para a realização do processo educativo com os alunos da classe hospitalar, tendo que recorrer a diversas estratégias e, sobretudo, usar a criatividade.

Em geral, na seara da educação não existe um só caminho ou estratégia de ensino a ser perseguido. Contudo, a igualdade deve nortear as ações educativas, ou seja, faz-se essencial que os alunos tenham as mesmas oportunidades, que podem ser oferecidas de forma diferenciada para cada um. Isso porque cada aluno aprende de uma forma específica e, por isso, cabe ao professor uma análise atenta das particularidades individuais do educando, para então eleger as ferramentas adequadas e, por conseguinte, estimular duas componentes básicas da aprendizagem (motivação e cognição).

Para que ocorra de fato o processo de aprendizagem, o aluno precisa entender, organizar, armazenar os conteúdos que lhe estão sendo transmitidos. Esses são processos cognitivos básicos que levam a construção do conhecimento. Segundo Freire (1996), a capacidade de aprender implica a nossa capacidade de apreender a substantividade do objeto apreendido, de modo que a memorização mecânica não representa o aprendizado verdadeiro.

Ocorre que, em situação de enfermidade e hospitalização, esses processos cognitivos e de fixação de conteúdo podem restar fragilizados em razão múltiplos fatores, tais como, sujeição à procedimentos invasivos; medicação forte; ansiedade; depressão; medo, daí a importância da análise das estratégias e dos recursos utilizados na classe hospitalar como forma de despertar o interesse dos alunos, levando até eles, de forma indireta, o conhecimento formal.

Verificou-se que diversas ações pedagógicas são utilizadas de modo estratégico pelos docentes da classe hospitalar. Os relatos indicaram que os professores utilizam de recursos como jogos, desenhos, músicas, poemas em uma primeira tentativa de aproximação com o aluno. Alguns, ainda, para o primeiro atendimento, apostam numa conversa informal com o aluno e com a família (explicam detalhadamente sobre o projeto e seus benefícios). Há aqueles que utilizam de aspectos relacionados ao tratamento para conseguir a atenção do aluno. Assim, indagam a criança ou adolescente acerca da medicação ministrada, sobre a importância da mesma para aliviar a dor e, com isso, inserem, por exemplo, as primeiras explicações sobre a participação de cada órgão do corpo humano ou acerca de processos químicos, como o transporte de oxigênio.

*“(...) Gosto muito, e inclusive por eles estarem um ambiente como no hospital, interessante as vezes sim, uma coisa diferente, as vezes eu levo uma música que muito provavelmente elas devem conhecer, aí a gente canta, eu pego um conteúdo, e gosto de trabalhar música com aquele conteúdo, é muito bacana quando a criança consegue aprender o conteúdo cantando, porque eu entendo que ela não vai esquecer aquilo, porque, não é simplesmente uma decoreba, ela aprende de uma forma diferente, que é com a música. Poemas, eu gosto muito de levar poemas para serem trabalhados também na enfermaria, eu acho que isso leva para criança uma nova perspectiva, um novo olhar, eu diria que seria uma injeção de ânimo, então eu uso desses artifícios, para tornar a aula mais interessante, já que a gente não tem realmente esses recursos tecnológicos a nosso favor (...)”. (P9).*

*“(...) Eu levo xadrez, levo um dominó, e tal, conquistei a criança ela deu o primeiro sorriso, aí sim nós vamos fazer uma atividade. Eu levo sempre uma carta na manga, por exemplo, entramos no desenho do Huck, do Capitão América, agora faz vamos aprender as regras do trânsito. E com os maiores, a conquista já é um pouco diferente, já é um bate-papo. Já é uma atividade curta, por exemplo, se eu começo a bater papo com ele, sabe qual a minha técnica? Eu olho para o medicamento que ele está tomando agora, aí eu pergunto está vendo essa bolsa aí? Você sabe o que tem aí? São produtos químicos que entram dentro de suas veias, E também tem as hemácias que levam transporte de oxigênio, eu prendo o braço deles assim e pergunto? Sabe porque que está branco? É falta circulação, falta de transporte do sangue dos para o cérebro, onde o cérebro manda toda informação para o seu corpo, e o medicamento que você toma, você sabe como é que alivia a dor? Tem centro do cérebro responsável para avisar a dor... E com isso ele acha legal e eu acabo chamando a atenção dele (...)”. (P4).*

Esses recursos e formas de abordagem mais lúdicas podem ser vistas como instrumentos de trabalho favoráveis à atuação docente na classe hospitalar. Para Abraão (2013), toda atividade lúdica figura-se essencial para garantir o equilíbrio emocional e intelectual da criança. Na visão de Mitre (2003), o uso de jogos modifica a realidade da internação, considerando que as crianças oscilam facilmente entre o mundo real e o da imaginação. Dessa forma, observa-se que os docentes da classe hospitalar procuram usar atividades lúdicas para iniciar ou mesmo mediar o processo de aprendizagem, tornando-o mais interessante, afastando, por conseguinte, a relação de medo inicialmente travada entre professor e aluno, bem como as angústias da realidade hospitalar.

Já no curso do atendimento, há professores que relataram optar por misturar o aprendizado formal com o aspecto lúdico. A título ilustrativo, um docente citou que para trabalhar com crianças em fase de alfabetização, é interessante o uso de recursos materiais concretos, como aramado, o ábaco, palitos de picolé, narrou, inclusive, que confeccionou um alfabeto completo para seus alunos, todo plastificado para facilitar a higienização.

Com o uso desses recursos, aparentemente simples, torna-se possível atrair a atenção das crianças em situação de hospitalização e quebrar as barreiras de que o ensino no hospital – num momento de fragilização da criança e do adolescente – seria fatigante, possibilitando o ensino de conteúdos de forma prazerosa e interativa.

Essa ideia também é difundida por Ceccim e Fonseca (1999) que acreditam que a oferta de atividades recreativas e lúdicas são essenciais para a aceitação positiva do tratamento no ambiente de internação, mas não substituem a necessidade da atenção pedagógica-educacional, pois esta é específica, individualizada e direcionada às construções cognitivas.

Os professores também informaram que a abordagem e os recursos utilizados dependem do estado emocional e da condição de saúde de cada aluno da classe hospitalar, ressaltando que nos casos em que este se encontra em situação de saúde favorável e emocionalmente estável, inicia-se desde logo, o conteúdo escolar formal, após a realização da avaliação diagnóstica individualizada.

Alguns docentes que, optando por uma maior ludicidade em sua caracterização, fazem uso de jaleco colorido ou com figuras de desenhos animados. Para esses professores, o figurino mais suave os difere dos médicos e dos enfermeiros e acabam por despertar curiosidade nas crianças, o que facilita a interação. Além disso, extraiu-se que, diferentemente do que ocorre com os livros didáticos, há oferta considerável de livros lúdicos na classe hospitalar, que geralmente são oriundos de doações e, inclusive, podem ser objeto de empréstimo para aquelas crianças e adolescentes que se encontram nas enfermarias.

A utilização do lúdico no contexto do ambiente hospitalar proporciona uma nova percepção acerca da realidade hospitalar, que deixa de ser vista como um momento apenas de dor e de angústia; permite maior interação com os docentes da classe hospitalar e com os familiares do aluno; confere maior resiliência para a criança ou o adolescente enfrentar a doença. Além disso, a ludicidade se revela como uma aliada ao ensino formal.

Convém mencionar ainda que, a inserção do lúdico nos hospitais faz parte do processo de humanização em saúde que é fundamental para a construção de uma assistência de qualidade e, sobretudo, para um novo pensar em relação ao cuidar. A qualidade assistencial embasada no respeito ao aluno, na afetividade e na ludicidade ressignifica o modelo de intervenção tradicional, na medida em que minimiza a apreensão em relação à doença e traz resultados positivos para o processo formal de aprendizagem do aluno.

Outra estratégia destacada e usualmente utilizada pelos docentes da classe hospitalar para motivar e integrar os alunos consiste na realização de oficinas em grupo, principalmente, em datas comemorativas. Para a realização dessas atividades, os docentes relataram que costumam fazer planejamento em comum para conferir interdisciplinaridade ao trabalho desenvolvido. Obteve-se dos relatos das entrevistas realizadas que no dia da arte os alunos trabalharam com biografias e análise de obras de renomados autores, bem como fizeram pinturas de telas; no mês do carnaval os alunos confeccionaram máscaras; no dia internacional da mulher foi realizado trabalho com cartões; a equipe da classe hospitalar já organizou também uma manhã literária, ocasião que contou com a presença de uma contadora de história; também apareceu nos relatos, a realização da semana do livro, com a análise da obra de uma autora capixaba.

As oficinas pedagógicas permitem a construção do conhecimento de forma interativa, já que favorecem a aproximação de alunos de diversas faixas etárias e níveis de escolarização, possibilitando a troca de diferentes saberes, além da participação ativa dos alunos.

O que se percebe é que embora a função da classe hospitalar seja articular ações educativas para o regresso do aluno hospitalizado na escola comum, há a preocupação de um fazer pedagógico mais diferenciado, com estratégias e ações de cunho mais lúdico, que escapam dos moldes tradicionais de ensino e contribuem para auxiliar na cura da enfermidade e no retorno da criança e do adolescente à vida cotidiana. Sob esse prisma, é relevante consignar que embora a linha da classe hospitalar investigada seja a educativa-escolar, ou seja, que preconiza as exigências

escolares formais, não se exclui a possibilidade de aliar a ludicidade, intencionalmente, ao ensino formal do conteúdo escolar.

Para finalizar essa categoria de análise, uma última consideração merece ser feita e diz respeito à preparação e capacitação dos professores para a atuação em espaços de atendimento educacional inseridos em hospitais.

Todos os professores entrevistados relataram que não receberam por parte da Secretaria de Estado da Educação (SEDU) formação específica para o trabalho na classe hospitalar. Por outro lado, apontaram que receberam da SESA, há cerca de dois anos, formação em biossegurança para o trabalho em hospitais. Também se referiram, mas sem muita precisão, sobre a participação em um curso de formação para a atuação em classes hospitalares, oferecido pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)<sup>7</sup> em parceria com a Associação Capixaba Contra o Câncer Infantil (ACACCI).

Não foram elencados documentos orientadores com procedimentos padronizados como, manuais, cartilhas, roteiros para o desempenho do trabalho na classe hospitalar. Mas foi destacado o papel orientador da coordenadora da classe, como responsável por situar os docentes no contexto em que foram inseridos. Relevante mencionar também relato sobre a condição de invisibilidade dos docentes.

*“(...) Então aqui ninguém teve nenhum treinamento, nenhum curso foi dado para gente, porque nós somos assim aquele ser invisível, eu me sinto pelo menos assim: invisível, desamparada. A gente não tem apoio, o que a gente mais precisa é de apoio, haja vista que a nossa estrutura é horrível e isso me incomoda profundamente (...)”.*  
(P6).

Todos entrevistados relataram que as iniciativas de atualização foram feitas às expensas e por vontade própria e que não há política de capacitação para o trabalho docente na classe hospitalar, ou seja, não há qualquer apoio institucional, nem mesmo colaboração para as iniciativas individuais.

---

<sup>7</sup> O curso em questão foi uma pós-graduação *lato sensu* produzida e ofertada pelo “Grupo de Estudos e Pesquisas em Fenomenologia, Educação e Inclusão (GRUFEI)”, que é coordenado pelo professor e pesquisador Prof. Dr. Hiran Pinel, do Programa de Pós-Graduação em Educação. O curso em si foi elaborado e ministrado pelo professor Hiran e seu grupo de alunos.

Alguns dos professores afirmaram que sequer possuíam conhecimento sobre a existência deste tipo de atendimento educacional, antes de atuarem na classe. Outros revelaram que a realidade da classe hospitalar é bem diferente de uma sala de aula numa escola regular, daí a necessidade e importância da realização de cursos de formação específicos de educação em contexto e realidade de classe hospitalar.

O interesse pela formação dos docentes que atuam na classe hospitalar encontra-se, inclusive, destacado no documento orientador intitulado “Classe hospitalar e o atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações”, no sentido de que “os sistemas de ensino deverão criar oportunidades para formação continuada dos professores que atuam nas classes hospitalares [...]” (BRASIL, 2002, p. 25). Ainda, o referido documento prevê que “o professor deverá ter formação pedagógica preferencialmente em Educação Especial ou em cursos de Pedagogia ou licenciaturas [...]” (BRASIL, 2002, p. 22). Extrai-se, ainda, que “compete às Secretarias de Educação, atender à solicitação dos hospitais para o serviço de atendimento pedagógico hospitalar e domiciliar, a contratação e capacitação dos professores” (BRASIL, 2002, p. 15).

Barros (2007) observa que a falta de um treinamento para preparação dos professores que ingressam no contexto hospitalar – a fim de esclarecer sobre a rotina, a dinâmica de trabalho e os procedimentos técnicos – é um fator que concorre negativamente para o desempenho satisfatório dos docentes em tais contextos educacionais.

Para Assis (2009), a formação do professor atuante classe hospitalar traz algumas características a serem destacadas, como estar aberto ao diálogo; dominar conhecimentos dos variados anos da educação básica; ter habilidade e competência para transitar entre os campos da saúde e da educação; firmar vínculos de afeto; ser mediador de conhecimentos e de relações interpessoais; conhecer e saber interpretar as necessidades educativas de seus alunos, agindo, quando necessário para modificar o currículo ou recorrer à tecnologia assistiva; ter maturidade emocional para a lida com o cotidiano hospitalar.

Vê-se então que a heterogeneidade dos alunos atendidos pela classe hospitalar, a diversidade de demandas escolares para as ações educativas dos professores, a dinâmica de funcionamento que exige flexibilidade no planejamento e execução das atividades educativas, os recursos didático-pedagógicos disponíveis e a realidade do pouco investimento na capacitação docente por parte órgãos de gestão de educação e saúde, colocam os docentes diante de possibilidades e desafios para a efetivação de uma ação educacional que se mostre inclusiva e favorecedora do direito à educação de crianças e adolescentes em situação de adoecimento e hospitalização.

#### **4.2.2 Ações de educação especial inclusiva que favorecem a manutenção da educação regular**

Nessa categoria de análise estão inseridas as práticas pedagógicas que revelam práticas educativas inclusivas, como modo de atenção em educação que se reverte em uma forma de educação especial, embora não esteja focalizada, ou seja, especificamente destinada às crianças e adolescentes que se constituem como público-alvo da Educação Especial na forma da legislação.

O perfil variado dos alunos da classe hospitalar, marcado pelas diferenças etárias, escolares e sociais, exigem do professor um olhar diferenciado, que deve considerar também as necessidades educacionais especiais decorrentes de problemas de saúde, temporários ou permanentes. Entende-se, pois, que o escolar hospitalizado não é um escolar comum. Por esses motivos, cabe ao professor, ao buscar um planejamento de aprendizagem, se atentar às particularidades de cada aluno, realizando ajustamentos, adequações curriculares, conforme as necessidades do escolar, o que constitui uma prática educativa inclusiva.

Não obstante a flexibilidade que é peculiar de uma prática de educação inclusiva, depreende-se, dentre as informações obtidas pelos participantes da pesquisa, que o trabalho pedagógico desenvolvido na classe hospitalar segue a linha educativo-escolar como prática pedagógica. Foi possível observar que as práticas pedagógicas desenvolvidas objetivam a continuidade do ensino dos

conteúdos da escola de origem, a superação de lacunas deixadas pela escola regular e de eventuais dificuldades de aprendizagem em relação à escolaridade do aluno, assim como a aquisição de novos conteúdos pelo educando.

As ações desenvolvidas pelos professores na classe hospitalar estudada demonstram a existência de uma variedade de atividades, que compreendem desde aquelas lúdico-educativas – geralmente utilizadas nos primeiros atendimentos para facilitar a aproximação entre aluno e professor – até as atividades de educação formal escolar com conteúdo por disciplina e escolaridade. Em todos os casos, resta mantido o compromisso com o ensino regular, quer seja, nas situações de internação, quer seja, nos atendimentos esporádicos.

*“(...) Se a criança tiver muito tempo internada, a gente trabalha o conteúdo todo com essa criança, aí vem os livros, a escola mesmo manda os livros, ela envia os livros, a gente trabalha todo esse conteúdo, explica, depois a gente aplica a prova junto com essa criança. Semana passada teve o “K”, o “K” é uma criança da oncologia, ele está no 9º ano e ele trouxe uma prova para fazer, só que ele frequenta regularmente a escola, mas como naquele dia, ele não poderia estar na sala, a professora mandou a prova e eu realizei a avaliação aqui com ele, esse dia foi ele que trouxe (...)”. (P1).*

É nítida a preocupação dos docentes que atuam com alunos do ensino fundamental e do ensino médio em trabalhar com os materiais enviados pela escola regular, inclusive com as atividades avaliativas. Quando este envio não ocorre – situação que é rotineira na classe hospitalar, conforme as narrativas – os professores elaboram as atividades por conta própria, com base nas referências curriculares do nível de ensino em que o aluno estiver matriculado.

*“(...) Com relação às atividades, às vezes eu trago da escola ou eu faço em casa, você tem que criar porque aqui você não tem essas coisas, você tem que fazer no nível da criança, você tem que preparar material pedagógico para cada criança, O que você não tem livro, mas a gente procura corresponder aquilo que o currículo pede para a gente (...)”. (P2).*

*“(...) A gente faz as pesquisas de atividades, vamos montando as nossas atividades de acordo com série, de acordo com o conteúdo, e vamos deixando as atividades ali já prontas, para quando as crianças já chegarem aqui, essas atividades já estarem ali prontinhas de acordo com a série dela, só vou no envelope, pego a atividade que corresponde ao que ela está precisando naquele momento. Quando a criança chega, eu pergunto se ele já sabe o alfabeto, se ele souber o alfabeto eu já vou passar a atividade que ele pode formar uma sílaba por exemplo, tudo feita por nós, pois não temos livros didáticos, nós não temos como trabalhar o livro didático porque essa criança tem uma vida escolar, e esse livro está lá na escola, não está com a gente. Então a gente não tem livro didático, a gente não tem um computador para baixar as*

*coisas, então a gente faz esse planejamento antecipadamente e deixa essas atividades todas separadas por série e turma, ou seja, pegamos materiais de alguns livros, recortamos, fazemos várias cópias daquelas atividades, porque dá para repetir com outras crianças também, trabalhamos com os livros que a própria SEDU mandou para a gente, nós recortamos esses livros, a gente tira xerox, fazemos infinitas atividades com os materiais que estão em nosso alcance (...).” (P1).*

Nesse aspecto, importante mencionar que o professor precisa estar apto a trabalhar com as diversidades que encontrar. Isso porque, conforme visto, além das variáveis condições de saúde dos alunos, dos diferentes ritmos de progressão de cada educando, os docentes ainda têm que lidar com a usual falta de encaminhamento de material pedagógico pela escola regular.

Oportuno citar que os docentes da classe hospitalar não elaboram atividades avaliativas. É escola de origem do aluno, que no período de avaliações teóricas, encaminha as provas para a classe hospitalar e os professores apenas fazem a sua aplicação. Os docentes enfatizaram que antes da aplicação da prova, é transmitido ao aluno o conteúdo que está sendo objeto de avaliação de forma integral. Há relatos de que os alunos, muitas vezes, não se encontram preparados para fazer a prova e precisam de um reforço acerca do conteúdo que está sendo cobrado. Extraiu-se também dos relatos dos professores, que a prova é feita individualmente pelo aluno, sem consulta e qualquer auxílio do docente, tal como ocorre na escola regular. Após a aplicação, a atividade avaliativa é devolvida para a escola de origem e corrigida pelo professor que ministraria as aulas para aquela criança ou adolescente no ambiente escolar regular. Dessa forma, eventual aprovação ou reprovação e a pontuação é determinada pelo docente da escola regular.

*“(...) Porque quando a escola manda a prova, a gente tem um entendimento que o aluno que está, ele não acompanhou a explicação em sala de aula, então não é justo dele fazer uma prova, do conteúdo que ele não teve a mesma oportunidade dos colegas dele. Então que é feito antes de aplicar prova, a gente trabalha todo conteúdo, explica com muita calma, realizar listas de exercícios, e aí sim a gente aplica a prova, até porque a gente tem o entendimento que a prova deve ser feita pelo aluno, então é ele quem vai quebrar a cabecinha, errar, acertar, e quem vai fazer essa correção é o professor da escola (...).” (P9).*

No que se refere à relação estabelecida entre a classe hospitalar ou sua atuação educacional e a escola regular do aluno atendido na classe hospitalar, os professores deixaram claro que não há diálogo institucional e mesmo as tentativas individuais esbarram em algumas dificuldades. Vale destacar que não se trata de

falta de empenho ou de interesse por parte dos professores, resta evidenciado o problema das relações institucionais quanto ao cumprimento dos deveres estipulados para os órgãos de ensino.

O processo de contato com as instituições de ensino é intermediado pela coordenadora da classe hospitalar estudada, que firma esforços a fim de que a escola encaminhe as atividades atualizadas para os estudantes que estão em situação de internação hospitalar. O procedimento é simples: após o contato inicial da família do aluno com a escola de origem, a coordenadora da classe solicita formalmente as informações sobre o conteúdo curricular escolar (conteúdo programático das disciplinas cursadas pelo aluno, incluindo as avaliações), e ao recebê-las da escola, as repassa aos professores da classe para o desenvolvimento das atividades escolares com os alunos. E após o processo educacional desenvolvido na classe, é encaminhado para a escola de origem relatório com informações sobre as atividades que foram realizadas, bem como sobre o desempenho do aluno.

O envolvimento dos professores com a escola de origem é essencial para o desenvolvimento do trabalho pedagógico educacional nas classes hospitalares, tendo em vista que tal ação se propõe a assegurar a manutenção dos vínculos escolares durante a hospitalização e facilitar o retorno do aluno para a rotina da escola regular, após a alta hospitalar.

Behrens (2012) registra que o êxito da educação do aluno hospitalizado está estreitamente relacionado ao planejamento entre o professor da classe hospitalar e o professor da escola de origem, de modo que o trabalho do professor da classe hospitalar, ainda que efetivo, pode futuramente gerar dificuldade para o aluno se integrar novamente no ensino regular, caso não seja realizada essa troca de informações com o estabelecimento de ensino.

Os respondentes lamentaram a falta de interesse e o desconhecimento das escolas regulares em relação ao atendimento educacional prestado nas classes hospitalares, apesar da previsão legal. Mencionaram, ainda, que para estreitar os laços com a escola de regular a relação deveria ser intermediada por um pedagogo

ou até mesmo por um funcionário que seria exclusivamente responsável por promover essa articulação entre os docentes da classe hospitalar e a escola regular.

A falta de sinergia entre a classe hospitalar e a escola regular é um indicativo a ser levado em consideração quando o que se busca é a efetivação do direito à educação, que não se refere apenas ao acesso à escola, mas sim a condições reais de aprendizagem e de crescimento para todos os alunos, pouco importando o lugar onde acontece a educação, bem como os meios para o seu alcance.

Legitimar o trabalho desenvolvido na classe hospitalar não significa enfraquecer o papel da escola. A concepção de educação não pode ser compartimentada, deve ser pensada como processo contínuo, de modo que a escola não precisa abrir mão de seu papel, mas reconhecer ações pedagógicas que se efetivam também em espaços extraescolares. E para que isto ocorra é necessário que sejam estabelecidos canais de comunicação entre estas esferas durante e após o período de hospitalização.

Como forma de materializar essa relação com a escola regular existem, na classe hospitalar pesquisada, alguns mecanismos de comunicação e de controle. O atendimento pedagógico educacional realizado na classe hospitalar resulta em fornecimento de uma declaração para ser apresentada à escola de origem da criança ou adolescente. Assim, o aluno que, por motivos de tratamento de saúde, se ausenta da escola regular, fica resguardado, porque a emissão de documento comprobatório pela classe hospitalar garante que a ausência não seja computada para efeito da assiduidade mínima estipulada pela Lei nº 9.394/96 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB).

Essa declaração emitida pela classe hospitalar e remetida à escola de origem é uma declaração (ANEXO I) que justifica a ausência temporária do aluno na escola regular e solicita o envio de atividades e conteúdos pela escola de origem da criança ou adolescente. Neste documento consta uma breve explanação sobre o trabalho de apoio pedagógico desenvolvido na classe hospitalar para colmatar eventual desconhecimento da escola de origem. Ao final do documento, consta que a classe hospitalar se responsabiliza por enviar à escola de origem as atividades

desenvolvidas pelo aluno, para futura convalidação da frequência e dos estudos realizados durante a estada na classe.

Há, ainda, os relatórios (ANEXO I) que são elaborados pela coordenadora da classe e encaminhados à escola de origem do aluno. Constituem relatórios descritivos das atividades desenvolvidas durante a estada do aluno na classe hospitalar. Tais relatórios têm por objetivo facilitar o retorno do educando à escola de origem, após a alta hospitalar, contribuindo para que a escola tenha ciência de todo conteúdo que foi ministrado na classe hospitalar. De posse desse relatório enviado à escola de origem, o professor daquele estabelecimento de ensino poderá organizar o retorno à rotina escolar do aluno, levando em conta as vivências durante a internação.

Esses registros podem ser considerados como uma forma de avaliação. No escólio de Libâneo (1994) a avaliação não se subsume à realização de provas e atribuição de notas, compreende também as funções pedagógico-didáticas de diagnóstico e controle que dependem de instrumentos de verificação de rendimento escolar.

Paralelamente, existem mecanismos internos de controle. A confecção de relatórios específicos de acompanhamento escolar hospitalar (ANEXO I) também integra a dinâmica de atendimento da classe hospitalar e vai ao encontro dos quesitos qualidade e controle. Esses relatórios constituem uma espécie de portfólio individual, uma forma de compilar as informações sobre as atividades desenvolvidas na classe hospitalar, bem como sobre aspectos relacionados à dificuldade de aprendizagem e à evolução do aluno durante o período que se manteve afastado da escola. Extrai-se que é uma prática comum a todos os docentes como forma de acompanhar o desenvolvimento do aluno na classe hospitalar.

Esses relatórios descritivos correspondem à vida escolar do aluno na classe hospitalar e, como integram mecanismos de controle interno, ficam arquivados na própria classe hospitalar, de modo que quando há um retorno do aluno, os professores já têm acesso aos relatórios e, por conseguinte, conseguem um rápido

panorama daquilo que foi aplicado de conteúdo nos processos pedagógicos anteriores.

No que diz respeito ao controle diário do fluxo de alunos, a classe hospitalar dispõe de um registro de frequência (ANEXO I), que pode ser preenchido por todos os professores e também pela coordenadora da classe hospitalar. Nesta ficha de frequência deve constar o nome do aluno, a idade, a situação escolar – aqui o subscritor deve dizer se o aluno encontra-se ou não matriculado em estabelecimento de ensino e, em caso positivo, informar o ano – também deverá indicar o nome do responsável, com o respectivo telefone para contato.

Ainda, são encaminhados à Secretaria de Estado da Educação (SEDU) relatórios trimestrais e anuais de monitoramento de atendimento com o quantitativo de atendimentos realizados na classe hospitalar e o número de crianças e adolescente atendidos. Esse encaminhamento é realizado por intermédio da coordenadora da classe hospitalar.

Convém discorrer ainda nessa categoria sobre o planejamento de atividades, que constitui ponto fundamental para a concretização do processo de ensino aprendizagem. Para os professores que atuam nas enfermarias, existe um planejamento semanal feito pela coordenadora como uma espécie de escala semanal, de modo que se um professor foi escalado para clínica cirúrgica, ele saberá que a semana inteira estará ali, mas os horários serão variados, assim como os alunos a serem acompanhados.

Constatou-se que os professores que trabalham nas enfermarias, a princípio, seguem o planejamento idealizado pela coordenadora e partir daí elaboram as atividades para a semana. Ocorre que, esse planejamento realizado pelos docentes, muitas vezes, necessita de alterações e adequações, tendo em vista algumas novas demandas que passam a ser apresentadas pelos alunos. Há, ainda, casos em que o aluno apresenta dificuldades de aprendizagem em disciplinas que não são da expertise do professor designado. Neste caso, a coordenadora da classe hospitalar designa outro professor para aquela criança, com formação mais adequada para atender a demanda apresentada.

Os professores que trabalham no espaço físico da classe têm uma atuação mais livre e flexível, pois o planejamento de atividades, muitas vezes, fica inviabilizado, pelo fato de se trabalhar com a demanda esporádica dos alunos. Existem casos em que a família traz a atividade para ser resolvida na classe, daí o professor cinge o foco para aquela tarefa. Em outros casos, o professor da classe indaga a criança se esta possui alguma dificuldade e então passa a trabalhar a partir daquela circunstância.

Não se pode deixar de mencionar, ainda no que concerne ao planejamento, sobre o projeto político-pedagógico (PPP). O PPP é o documento norteador da organização do trabalho pedagógico e sua importância vai além de um agrupamento de plano de atividades e de ensino, na medida em que representa uma ação intencional que direciona a escola democrática.

Para Veiga (2007), o projeto político-pedagógico, ao se constituir em processo democrático de decisões, visa instaurar uma forma de organização do trabalho pedagógico que busca superar conflitos, relações competitivas, corporativas e autoritárias, racionalizando a burocracia das relações no interior da escola.

Nesse viés, o PPP exerce papel fundamental na construção da identidade da escola, já que diretamente reflete as práticas e o contexto de uma realidade pedagógica. É, portanto, produto de uma reflexão sobre a realidade interna da instituição de ensino.

Na classe hospitalar investigada ainda não foi concebido o PPP, apesar de a equipe consensualmente o considerar necessário. Isso denota um problema pedagógico e também político, uma vez que o PPP promove a participação de gestores, funcionários, alunos e professores, ou seja, toda a comunidade educativa pode ditar as ações da classe hospitalar, conjugando as duas pontas, a da teoria e da prática.

Assim, o PPP seria uma ferramenta importante para alcançar a integração da classe, nas dimensões, administrativa, política e pedagógica, possibilitando melhor eficiência na gestão e na qualidade do ensino da classe, já que haveria um plano de

ação sistematizado, com as diretrizes pedagógicas, a ser seguido pelos docentes. Inclusive, a própria equipe da classe hospitalar defendeu nos relatos, a organização da atividade educacional por meio de um planejamento sistemático e participativo, exatamente porque por meio dele, todos os profissionais envolvidos seriam instados a ter responsabilidades a partir de planos de ação, de metas e de cronogramas de cumprimento.

Os relatos dos professores apontam que a implementação de um Projeto Político-Pedagógico na classe hospitalar incorreria numa via de mão-dupla, por isso a razão do esquecimento por parte da Secretaria de Estado da Educação (SEDU). Isso porque quando se tem um PPP é preciso que seja executado e isto implica o cumprimento de algumas garantias – o que, por ora, segundo relatos, não seria interessante para a SEDU – e, por outro lado, impõe algumas cobranças à classe hospitalar que afetariam indiretamente à SEDU e à SESA, esbarrando na questão do repasse de verbas.

Apesar do cenário observado, o artigo 12, inciso I e o artigo 13, inciso I, ambos da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) determinam a obrigatoriedade da elaboração e execução do PPP pelos estabelecimentos de ensino.

No caso específico de uma classe hospitalar é necessário também considerar o artigo 58, § 2º, da LDB e conjugá-lo com a Resolução 2 CNE/MEC/Seesp/01 que implementou a “hospitalização escolarizada”, ou seja, o atendimento educacional em âmbito hospitalar por meio da assistência pedagógica prestada aos alunos com necessidades educacionais transitórias, bem como estabeleceu que devem constar nos projetos pedagógicos dos estabelecimentos de ensino diretrizes para o atendimento às necessidades educacionais especiais.

Enfatiza-se, assim, a necessidade da construção de um PPP, a fim de que o trabalho pedagógico realizado na classe hospitalar não se torne apenas uma prática assistencialista e dissociada de um projeto pedagógico compatível com o contexto hospitalar envolvido.

Nessa categoria foi possível perceber a intencionalidade educacional dos atendimentos desenvolvidos na classe. A prática educativa observada não se revela um projeto paralelo de educação, pelo contrário, se insere numa perspectiva de educação inclusiva, à proporção que, respeitando as patologias, as necessidades educacionais e limitações cognitivas do educando, impulsiona a continuidade dos estudos do aluno, assegurando-lhe condições igualitárias de acesso e em semelhanças ao ensino na escola regular.

#### **4.2.3 Desafios para a efetivação do direito à educação da criança hospitalizada**

Essa categoria de análise contempla as dificuldades cotidianas vivenciadas pelos professores, que se apresentam como desafios a serem superados no trabalho educacional desenvolvido na classe hospitalar.

A falta de espaço físico e a precariedade das instalações da classe, que já não contempla a atual demanda, bem como a falta de material didático-pedagógico, de recursos tecnológicos e financeiros, foram aspectos organizacionais e práticos destacados pela equipe da classe hospitalar que interferem diretamente na qualidade do trabalho desenvolvido. De outra ponta, foram apontados aspectos específicos, como a falta de cursos de formação para os docentes, a dificuldade de comunicação e inércia da escola de origem, a dificuldade de lidar com crianças e adolescentes em condição de adoecimento, principalmente em razão do receio da morte. Ainda, a imprevisibilidade em relação ao número de atendimentos diários e a precariedade das relações de trabalho também constituíram queixas comuns apresentadas pela equipe da classe hospitalar.

Quanto aos aspectos organizacionais e práticos, as informações obtidas e observações realizadas revelam a existência de apenas um computador e uma impressora na classe hospitalar para toda equipe. Os alunos não têm acesso ao computador, tampouco a qualquer tipo de recurso tecnológico próprio da classe como forma de apoio; a classe hospitalar sequer conta com linha telefônica; os registros de controle de frequência e os relatórios de atividade ainda não são

informatizados; o material didático-pedagógico disponível na classe são, na sua maioria, oriundos de doações; há queixas de que a SEDU não disponibiliza livros didáticos, tal como ocorre nas escolas regulares. Outros docentes relataram que alguns livros são encaminhados pela SEDU, mas são inservíveis, já que quando chegam encontram-se desatualizados; não há, segundo relatos, destinação de verbas públicas para a classe hospitalar; a classe funciona sem o recebimento de qualquer recurso público.

Consoante se verifica, é preciso aperfeiçoar a estrutura da classe hospitalar. Um espaço físico com instalações e recursos adequados é crucial para um eficaz processo de aprendizagem. Faz-se igualmente importante para um trabalho qualitativo na classe hospitalar, a organização do espaço de forma a propiciar a socialização entre crianças, ou seja, carteiras agrupadas lado a lado, diferente da composição da escola regular, já que pode facilitar a integração da criança àquele novo ambiente, propiciando maior adesão ao atendimento escolar. Vale destacar que essa forma de organização já é uma realidade da classe que, ainda contempla, uma decoração mais suave e lúdica que a difere da estrutura inóspita do hospital (AENXO II).

Aliás, a estrutura da classe hospitalar é o único projeto que se tem de humanização no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG). Já a classe hospitalar recém-inaugurada, localizada no anexo do Hospital da Polícia Militar, que também faz parte do HINSG, traz uma proposta inovadora e integrada de humanização, que envolve convivência, entretenimento e educação, pois contempla em um mesmo espaço uma classe hospitalar e uma brinquedoteca, conforme se constatou em observação direta em campo (ANEXO II). Desse cenário, é possível extrair que o ambiente frio do hospital, marcado por relações impessoais e distanciadas, vem perdendo espaço para um ambiente mais acolhedor, haja vista maior preocupação com a subjetividade da criança hospitalizada.

Os insumos escolares também são indispensáveis na definição dos resultados educacionais. Nessa linha, mostram-se essenciais para a qualidade do atendimento educacional a existência de recursos tecnológicos, quer seja para facilitar a comunicação da classe hospitalar com a escola de origem; quer seja para

ampliar o acesso dos professores ao computador e à internet, de forma a aprimorar o conteúdo ministrado e fomentar pesquisa. O ideal é a extensão da informatização a todos os alunos, realidade que infelizmente se revela ainda muito distante na classe investigada. Vale ressaltar que no documento orientador do MEC, “Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações”, há previsão sobre a disponibilidade na classe hospitalar de recursos audiovisuais como computador, televisão, telefone, aparelho de som, dentre outros.

Apurou-se que a falta de material didático-pedagógico constitui um obstáculo a ser superado pela classe hospitalar analisada. Segundo os professores, as aulas seriam mais dinâmicas se houvesse uma oferta de material didático-pedagógico regular e de qualidade. Cabe ainda destacar, considerando as peculiaridades do trabalho desenvolvido na classe hospitalar, a dificuldade de seleção do material didático-pedagógico, porquanto deve-se priorizar aqueles que possibilitem higienização. O uso de material como mapas e tabelas periódicas se torna impossibilitado, em algumas situações, por questão de risco de infecção. Neste caso, é orientado optar por material que possa ser descartado após o uso ou doado para o aluno.

Para suprir a falta de material didático-pedagógico, existe na classe hospitalar uma espécie de banco de tarefas, composto por um acervo de atividades elaboradas pelos docentes e pela coordenadora da classe, já impressas e organizadas por ano escolar. Esse banco de tarefas é renovado com anualmente, segundo relatos. Não há um critério próprio e pré-estabelecido pela classe hospitalar para a seleção de material. Os docentes da classe hospitalar se valem das orientações gerais que constam na Base Nacional Comum Curricular (BNCC) para todos os níveis da educação básica. Na prática, a seleção de atividades acaba sendo variável, de acordo com o entendimento dos professores, sobre o que poderia vir a ser objeto de abordagem. Esses materiais são selecionados, geralmente de livros didáticos ou de pesquisas da internet e, posteriormente, são xerocopiados e/ou impressos e passam a integrar o banco de tarefas da classe hospitalar.

*“(...) A gente sabe o que a criança de primeiro, de segundo, de terceiro, quarto, quinto ano está aprendendo, a gente procura seguir a lista de conteúdo a ser cumpridos mandados pela escola, a escola manda a listagem de conteúdo, às vezes ela não*

*manda atividade pronta, somando o assunto, aí você prepara de acordo com a necessidade da criança, com nível dela também né, quando escola dá o planejamento, o plano de trabalho da gente segue, mas nem sempre isso acontece, e quando isso não acontece nós seguimos de acordo com o currículo básico da SEDU, a gente monta todas as estratégias de acordo com o que se pede (...)"*. (P6).

A falta de material nas classes hospitalares não é um problema exclusivo e isolado da educação em âmbito hospitalar, mas sim de uma questão própria da educação básica no país, que também enfrenta percalços recorrentes no que diz respeito à infraestrutura física, às condições de trabalho dos professores, à política salarial do pessoal da educação e outros. Ou seja, o que se constatou na classe hospitalar representa apenas o microrretrato dos problemas estruturais do sistema educacional brasileiro.

Reafirmando tal questão, Paula (2007) evidencia que as classes hospitalares brasileiras padecem de problemas de identidade em vários aspectos, desde o sistema de educação ao qual estão vinculadas até a formação de docentes, bem como quanto à forma de organização do trabalho pedagógico.

Sobre o tema, corrobora Kosinski (1997), uma vez que também vislumbra o problema da falta identidade das classes hospitalares no Brasil. Para a autora, o fato de não haver uma política de atuação para os profissionais da área e o descaso do Estado em relação a essa modalidade de educação são fatores que contribuem para que as classes hospitalares sejam encaradas como se fossem experiências isoladas no país. Nesse sentido, ela descreve que as classes não fazem, de fato, parte de escola alguma; por outro lado, embora funcionem no hospital também não fazem parte dele; alerta que o atendimento prestado é inadequado e que ainda perpetua a indiferença de tratamento pelas elites governamentais.

Percebe-se ainda nessa linha, que uma das dificuldades mais impetuosas da classe hospitalar estudada consiste na carência de recursos financeiros. Há diversos relatos com tom reivindicativo no sentido de que a falta de recursos financeiros coloca em xeque a qualidade do serviço prestado. Noutro vértice, há aqueles docentes que ressaltaram que apesar das dificuldades com relação à verba, o resultado, de um modo geral, é positivo.

*“(...) Eu observo que a nossa maior dificuldade hoje, além de tudo que eu já mencionei, é a falta de recursos tecnológicos, a falta de verbas, as vezes a gente tem que trabalhar com aquilo que a gente ganha doação, as vezes a gente leva para criança um lápis quebrado, porque a gente não tem lápis bom para usar... Um lápis novo... então eu acho que tudo isso atrapalha muito esse processo (...)”.* (P9).

*“(...) A gente vive aqui muito de doação, então não tem uma verba, há muitos anos a gente teria que ter uma verba repassada pela SEDU, mas não sei o que acontece, não sei como são os trâmites, essa verba não chega aqui, então a gente vive muito de doações, depende muito da boa vontade das pessoas para fazer essas doações, nós temos uma parceria com a ACACCI, que envia também matérias para a gente, aí são essas dificuldades que a gente sempre tem, não tem algo preciso, a gente vive da boa vontade das doações (...)”.* (P1).

*“(...) Agora, livro e verba são os sonhos dourados de consumo nosso aqui. Nem livro didático, nem mesmo lápis, nós não temos verba, nós não temos nada. É por causa de Deus que temos essa classe funcionando, por causa de doação. A gente faz bazar (...) As dificuldades são muitas, com relação a verba e a estrutura que a gente não tem, mas o resultado é a muito positivo, as famílias recebem muito bem, as crianças também, eles recebem a gente numa alegria, as vezes a criança está tão resabiada com tratamento e quando você chega é uma festa, nós explicamos para mãe que a criança tem que ter uma rotina, ela não pode perder esse vínculo com a escola que ela tinha, tem que ter um horário para fazer o deverzinho (...)”.* (P6).

Em documento orientador do Ministério da Educação (2002), que atribui estratégias para estruturação das classes hospitalares, existe a previsão de que compete às Secretarias de Educação a provisão de recursos financeiros e materiais para a realização do serviço de atendimento pedagógico hospitalar. Diante dessa orientação e do quadro de insuficiência financeira que foi apurado, pode-se afirmar que existe uma negligência por parte Secretaria de Estado da Educação do Estado do Espírito Santo, que inclusive foi reconhecida pelos participantes da pesquisa.

*“(...) Nós somos um pouco esquecidos pela SEDU, eu acho que a SEDU não vê isso aqui muito como setor educacional, eu acho que eles veem mais aqui com mundo paralelo, eles não dão muito apoio, infelizmente, não dão material, não dão verba, tudo que a gente tem é doação de outras instituições (...)”.* (P3).

*“(...) Não, a SEDU não dá suporte, nem atenção para gente, o que eles fazem é apenas mandar os professores, nós somos vinculados com a SEDU, mas aquele suporte material, curso de capacitação eles não oferece para a gente não (...)”.* (P2).

*“(...) Então o acompanhamento da SEDU não acontece, eles não vêm aqui, eles não mandam recurso, eles não vêm inspecionar, não mandam verba, nós não temos insalubridade, não falou nada dos riscos que iremos correr, nem eles sabem como é trabalho aqui (...)”.* (P5).

Infere-se uma carência de mobilização por parte dos gestores estaduais que interfere nas condições oportunizadas pelo hospital. A esfera federal também parece não ter interesse em contemplar recursos financeiros para a classe hospitalar. Infelizmente, a invisibilidade ainda marca essa política que necessita urgentemente ser objeto de atenção pelos entes federados, já que compete à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal, proporcionar os meios de acesso à educação, conforme disciplina o artigo 23, inciso V, da Constituição da República (CRFB/88).

Os entrevistados também ressaltaram a falta de interlocução entre as duas pontas do atendimento que envolve a área de educação e da saúde, o que contraria a resolução nº 2, do Conselho Nacional de Educação, de 11 de setembro de 2001, a qual estabelece que os sistemas de ensino, mediante ação integrada com os sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional especializado a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou internação prolongada em domicílio.

Apesar do descaso e da falta de interlocução por parte do poder público, quer seja da seara da saúde, quer seja da seara da educação, é notório o envolvimento da equipe da classe hospitalar que se mobiliza constantemente para angariar recursos financeiros por meio de bazares e de doações. O interesse e o engajamento dos professores e da coordenadora são essenciais para a manutenção da classe em funcionamento.

Com relação aos aspectos específicos, depreende-se reiteradas narrativas no sentido de que a família da criança e do adolescente tem dificuldade de aceitar o atendimento educacional em âmbito hospitalar. Isso porque algumas famílias, a princípio, não conseguem enxergar a importância desse atendimento para recuperação da saúde da criança, bem como para o retorno ao cotidiano escolar.

Foi possível extrair que os docentes realizam um trabalho de convencimento, algumas vezes, árduo, pois algumas famílias acreditam que o ensino em meio ao ambiente hospitalar pode ser fatigante e ainda mais traumático para a criança. Diante desse contexto, os docentes procuram esclarecer detalhadamente sobre a

importância e os objetivos da classe hospitalar, explicando para as famílias dos alunos sobre os benefícios gerados pelo atendimento escolar no hospital.

Lidar com a morte também foi relatado como um grande desafio para os professores da classe hospitalar. Fato é que diversos escolares hospitalizados possuem patologias graves e a possibilidade de lidar com o fim da vida de seres de tenra idade não é tão simples. O professor precisa estar preparado emocionalmente para encarar essas situações, minimizando os impactos do sentimento de tristeza que, por ventura, possa vir a transmitir ao aluno.

Para os professores, estar ao lado de uma criança doente ou em estágio terminal muitas vezes já é suficiente para desencadear sérios sintomas psicológicos. Em virtude disso, os professores alertaram sobre a necessidade de serem submetidos à acompanhamento psicológico regular por profissional habilitado.

A assistência psicológica pode contribuir para a saúde mental dos profissionais da educação em geral e, principalmente, daqueles que atuam nas classes hospitalares, dos quais se exige um maior controle emocional em razão da lida diária com a condição de enfermidade e de morte de crianças e adolescentes.

O apoio psicológico destinado ao professor para o enfrentamento dessas inevitáveis situações relaciona-se diretamente com a qualidade da educação, já que atuando em aspectos emocionais, é possível diminuir o absenteísmo docente e os afastamentos motivados por questões de saúde mental, como depressão, o que proporciona maior regularidade do professor na classe. Ainda não há uma lei que determine a assistência psicológica obrigatória aos professores, o que se tem é apenas uma previsão para os alunos da rede pública, na educação básica (Lei nº 13.935/2019).

Os docentes também se queixaram de alguns entraves durante a execução daquilo que foi planejado para o aluno. Segundo os professores, a efetividade das atividades propostas depende da condição de cada educando e, não raro, são necessários ajustes segundo o contexto vivenciado, o que foi qualificado como “improviso”.

*“(...) Eu tinha planejado uma atividade para a menina, como ela estava no 6º ano, propus por uma coisa mais marcar X, então vou discutir com ela, e não vai ser uma coisa que ela vai precisar estar escrevendo, quando eu cheguei lá a menina deu uma crise de choro. E eu olhei para a mãe dela e ela estava chorando também, eu não posso me comover, geralmente hospital tem esse tipo de profissional para atender esses tipos de situações, nesse caso seria o psicólogo, e eu também não posso ficar perguntando muita coisa para ela, porque eu não sou psicólogo e eu também não vou dar conta de algumas coisas que ela virá a falar comigo. Mas como eu professor posso ajudar naquele momento ali? Então eu penso assim, talvez o médico vai dar o remédio, alguma coisa assim, e eu vou passar alguma atividade talvez mais lúdica para estar fazendo com ela. Mas ela escrevia muito pouco. Teria que ser feita uma avaliação com ela primeiro, a avaliação serve para saber se ela sabe escrever ... E do nada ela deu uma crise de choro, soluçava... soluçava ... ela estava no tratamento de oncologia, eu não sei se ela teve alguma notícia naquele dia, ou se já estava querendo ir embora, pelo menos no período que eu estiver aqui, eu vou fazer alguma coisa para ela esquecer desse choro que ela teve, e na semana que vem eu volto lá de novo e passo a situação para os meus amigos. A gente pode perguntar para o enfermeiro, a gente pode perguntar também para o psicólogo, porque ela estava tendo aquela crise de choro. Fiz um jogo com ela, às vezes não dá tempo da gente passar essas informações para os outros. Quando o tratamento é oncológico e o menino que está lá internado, você sabe que é mais complicado, porque se estivesse mais tranquilo, ele estaria fazendo apenas quimioterapia e estava indo embora, mas ele está internado, é porque está mais complexo, você tem que ter um planejamento, mas sempre tem que ter algumas coisas para essas horas de improviso (...)”. (P7)*

*“(...) Eu sempre tenho que estar preparada, às vezes faz três ou quatro planejamentos, para chegar lá na hora utilizar um deles, porque as vezes você tem apenas um planejamento e chega lá nada daquilo dá certo, a criança ela estava me vomitando, a criança está com febre, está fazendo uma quimioterapia, ela está tomando sangue, ou então vai fazer um procedimento, aí nada daquilo é possível, nisso você tem que mudar, contar uma história, aí você tem que mudar totalmente a sua ação (...)”. (P6).*

Os professores apontaram que, em muitos casos, têm de retomar novamente todo o conteúdo ministrado na última aula, porque a criança não obteve rendimento satisfatório em virtude, por exemplo, de medicações. Assim, não raras são as vezes em que o professor não consegue avançar com o conteúdo, tampouco lecionar o que planejou para o dia. Além disso, os docentes da classe têm ciência de que é preciso realizar uma triagem antes de iniciar o atendimento dos alunos internados para avaliar se é possível dar continuidade ao conteúdo ou retornar a matéria que foi dada anteriormente.

*“(...) Eu começo com aspecto mais lúdico, mas primeiro eu procuro saber como a criança está, se está tomando algum medicamento, porque não adianta você passar algum assunto para ele, porque ele não vai conseguir assimilar aquilo, porque se você explicou a matéria hoje, e dependendo da medicação que ela tomou a noite, esquece tudo que você deu, então você tem que fazer uma triagem primeiro para saber como aquela criança está, o que ela assimilou, para você dar continuidade ou voltar ao mesmo assunto anterior (...)”. (P8)*

Outro descontentamento unânime por parte dos entrevistados foi a ausência de retorno da escola de origem dos alunos. Essa dificuldade de interação entre a classe hospitalar e a escola regular faz emergir certo engajamento de alguns docentes da classe para estabelecimento de contato individual com os professores da escola regular, principalmente, nos casos em que os professores da escola de origem já são conhecidos pelos docentes da classe. Há professor que, com o objetivo de agilizar o atendimento, relatou já ter buscado, pessoalmente, na escola de origem do aluno, conteúdos programáticos e materiais didáticos para desenvolvê-los na classe hospitalar.

*“(...) A nossa dificuldade hoje, é que se você atende 200 alunos por mês, 10 irão te mandar os conteúdos da escola e as atividades, então hoje a escola não tem aquela visão de que se tem um projeto aqui que é de apoio pedagógico, esse projeto não está só aqui para desenvolver as nossas atividades. Se a escola manda tudo que ela precisa, tudo que ela está desenvolvendo em sala de aula, quando a criança retornar, vai ser muito mais fácil para ela, porque ela desenvolveu as mesmas atividades que os coleguinhas fizeram em sala de aula e, por mais que a gente trabalhe com o mesmo conteúdo, as vezes as atividades vêm diferenciadas né, então as vezes a escola não tem essa preocupação (...)” (C).*

Essa situação de negligência por parte da escola regular, segundo depoimentos colhidos, é fruto do desconhecimento da proposta educativa e dos objetivos da classe hospitalar. Há, por outro lado, relatos de casos em que os pais deixam de promover essa articulação com a escola regular, por não considerarem a educação como prioritária neste momento particular de hospitalização. Esse deve ser um empecilho superado. A família é essencial para estabelecer o vínculo para o envio do material didático para classe hospitalar. E ainda, cabe a equipe da classe hospitalar exercer o papel de informar os pais, quanto à manutenção do direito à educação dos filhos, ainda que em situação de hospitalização.

Assim, ainda que, de forma recorrente, não exista um contato efetivo com a escola de origem para promover um atendimento de qualidade ao educando, os profissionais da classe hospitalar se articulam (recorrendo ao banco de tarefas ou desenvolvendo atividades de apoio por conta própria, considerando o ano letivo e as dificuldades apontadas pelo estudo-diagnóstico) para possibilitar que o aluno continue estudando, sem maiores prejuízos. Alguns professores aduziram que destacam páginas de livros didáticos doados que contém atividades ou ilustrações

coloridas para auxiliar a compreensão do que está sendo discutido. Percebe-se, ainda, que um pequeno número de professores relatou já ter comprado material com recurso próprio, o que evidencia o assistencialismo que ainda permeia essa modalidade de educação.

*“(...) Minha matéria dialoga com vídeo, dialoga com outros recursos, e aqui eu não tenho isso, por exemplo, a gente tem que ficar recortando livros, a gente pega livro antigo, e recorta e faz a atividade (...)”.* (P7).

*“(...) E com relação os recursos pedagógicos disponíveis, eu trabalho com reaproveitamento de livros didáticos feitos através de doação. Eu não gosto muito de tirar xerox, porque eu tenho uma dinâmica de aula de viver o que eu estou ensinando para criança, em questão da economia, do reaproveitamento, da reciclagem. Eu pego livro que está respondido e apago, mas eu procuro os livros das ações que não estão respondidos, eu destaco a folha, grampeio o cabeçalho entregue com aluno, o mais interessante que é além do aproveitamento, é a cor que tem no livro, ele é colorido (...)”.* (P4).

Resta clara a preocupação dos docentes em dar continuidade aos estudos da escola de origem do aluno, apesar das dificuldades enfrentadas. Ortiz e Freitas (2005) apontam a necessidade da continuidade da caminhada educacional, de forma que esta não deve ser vista como um drama a ser superado, mas um evento de adaptação à normalização da vida.

Nesse contexto de aprendizado contínuo, faz-se necessário um retorno por parte da escola regular quanto ao aproveitamento obtido pelos alunos atendidos na classe hospitalar, situação que, segundo os relatos, raramente existe.

Essa devolutiva, geralmente, é fornecida pela própria família que retorna ao hospital para agradecer o suporte educacional concedido durante a internação ou pelo próprio aluno ainda durante a estada no hospital, quando diz estar ansioso por aula, cenário bem diverso daquele que se costuma encontrar na escola regular.

Em relação ao processo de acompanhamento e gestão das ações educacionais que são desenvolvidas na classe hospitalar, há muito que avançar, pois foi possível obter pelo relato dos professores e coordenadora que as ações nesse sentido se mostram incipientes e frágeis.

Por parte da SEDU, o acompanhamento é quase nulo, não obstante o repasse dos relatórios trimestrais e anuais realizados pela coordenadora da classe. Não existe uma rotina organizada de inspeção por parte desse órgão público gestor e as informações obtidas com os entrevistados são unânimes em apontar que os profissionais da SEDU raramente se dirigem até a classe e, quando isto acontece, é tão somente para realizar cobranças inatingíveis.

Segundo disciplina o documento orientador do MEC intitulado, “Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações”, compete às Secretarias Estaduais e Municipais de Educação, o acompanhamento das classes hospitalares. Tal acompanhamento deve considerar o cumprimento da legislação educacional, a execução da proposta pedagógica, o processo de melhoria da qualidade dos serviços prestados, as ações previstas na proposta pedagógica, a qualidade dos espaços físicos, instalações, os equipamentos e a adequação às suas finalidades, a articulação da educação com a família e a comunidade (BRASIL 2002).

Ao considerar que a classe hospitalar estudada se situa no âmbito de uma política pública, o processo de avaliação de suas ações é de suma importância para o aperfeiçoamento do serviço ofertado. O processo de avaliação compõe o ciclo das políticas públicas na sequência da sua formulação e implementação.

Ainda nesse quadro de inquietações, destaca-se nos relatos das entrevistas a urgente necessidade de um pedagogo para coordenar e acompanhar o trabalho desenvolvido na classe hospitalar. O pedagogo, segundo relatos, seria a peça-chave para concatenar as atividades desenvolvidas na classe, papel que atualmente é desempenhado pela coordenadora da classe, mas que não possui formação em supervisão pedagógica. Para os entrevistados, a melhoria da qualidade do atendimento educacional oferecido pela classe está diretamente condicionada a existência de um pedagogo. Para outros, além da qualidade do ensino, a atuação de um pedagogo acarretaria benefícios para a gestão na classe hospitalar.

O pedagogo pode intervir em diferentes ambientes vinculados à educação, sendo um deles o hospital. Na perspectiva de Libâneo (2005), as práticas educativas

estendem-se às mais variadas dimensões da vida social, não se restringem somente à escola e à docência, embora estas devam ser a referência da formação do pedagogo escolar. Assim, a arena de atuação do pedagogo é vasta, de maneira que em qualquer lugar onde exista uma prática educativa com caráter de intencionalidade, há aí uma pedagogia.

Com papel mediador entre a base curricular e os professores, o pedagogo colabora com função articuladora, voltada para oferecer condições para que os professores trabalhem as propostas curriculares, conforme a realidade que a escola se insere.

Em âmbito hospitalar, a atuação do pedagogo deve ser um pouco mais flexível para desenvolver práticas educativas que estimulam as competências e as habilidades dos escolares hospitalizados, de acordo com as particularidades e necessidades de cada um. Nesse aspecto, a prática do pedagogo no contexto hospitalar deve ser ressignificada sem se distanciar do trabalho proposto escola formal.

Segundo os relatos obtidos junto aos professores, não existe atividade de coordenação pedagógica entre os docentes da classe hospitalar e os docentes das escolas em que os alunos estão matriculados, o que evidencia a desarticulação entre os docentes nas duas pontas de atendimento educacional.

A ausência de um projeto político-pedagógico, conforme já exposto em item próprio, também constituiu uma queixa comum entre os participantes. Ressalte-se que a falta de um PPP não evidencia meramente a falta de um instrumento burocrático de planejamento das atividades educacionais, o que se tem diante dos olhos é a situação de precariedade do atendimento ofertado, provocada pela falta de cumprimento normativo daquilo que se chama qualidade em educação.

A falta de um processo de capacitação para atuação na classe hospitalar também constituiu uma queixa comum a todos os docentes, como já destacado anteriormente. Paula (2004) e Ortiz (2001) registram a urgente necessidade de construção e socialização de saberes para atuação dos professores das classes

hospitalares e destacam que medidas governamentais devem buscar implementar e acompanhar do trabalho dos educadores no hospital.

Não é demais reiterar que o trabalho na classe hospitalar mobiliza diferentes metodologias e habilidades, demanda planejamento, criatividade, o que não é uma tarefa fácil para o professor que, ainda tem que considerar além das particularidades e patologia dos alunos, os materiais didático-pedagógicos disponíveis.

Com relação às condições de trabalho da classe hospitalar, aponta-se uma tendência de precarização do trabalho docente. Verificou-se que os todos os docentes foram contratados pela SEDU e trabalham em regime de designação temporária.

Na legislação há uma lacuna sobre a forma de ingresso dos professores que atuam em classes hospitalares, tão somente há a informação em documento orientador do Ministério da Educação de que compete às Secretarias de Educação atender à solicitação dos hospitais quanto à contratação e capacitação dos professores (BRASIL, 2002).

Com professores trabalhando em regime de contratação temporária, ainda que a qualidade do atendimento seja a melhor possível, toda a expertise adquirida no exercício da atividade se perde ao final do contrato. Isso porque não é possível garantir a permanência desses profissionais na classe hospitalar, pois, ao que tudo indica, esses terão que se submeter a novo exame e ainda, segundo relatos, o último edital foi aberto e abrangia a docência na classe hospitalar, no sistema prisional e nas séries iniciais (1º ao 5º ano) da rede pública.

A alta rotatividade é um fator complicador para a qualidade da educação ofertada. É bem difícil confeccionar um planejamento quando há uma rotatividade de praticamente todo corpo docente, a cada quatro anos. Trata-se de um eterno recomeçar. Foi apontada pela coordenadora a necessidade de explicar sobre a gestão e o funcionamento da classe hospitalar para cada professor admitido e, quando o docente se apropria da dinâmica pedagógica – o que exige tempo – acaba se desligando da equipe em razão do término do contrato.

Existem, ainda, denúncias próprias da categoria no sentido de que o professor, apesar de estar inserido em ambiente de risco, não desfruta dos mesmos direitos dos profissionais da saúde. A percepção de adicional de insalubridade pelos empregados expostos a agentes nocivos à saúde é um direito constitucional, de caráter social, de modo que a subtração desse direito aprofunda ainda mais a precarização do trabalho.

Analisando a forma como a equipe docente é tratada pela SEDU, tomando por base os relatos dos profissionais da classe hospitalar, fica evidenciado que há pouca compreensão sobre a complexidade do trabalho desenvolvido na classe hospitalar. Para se chegar a essa conclusão foram consideradas duas situações do ponto de vista trabalhista. A primeira diz respeito ao regime de contratação, já que todos os docentes trabalham a partir de contratos temporários, sem qualquer estabilidade. A outra se refere ao não recebimento do adicional de insalubridade. Os professores apesar de não estarem vinculados à atividade-fim, estão incluídos no contexto hospitalar e até mesmo entram em contato direto com o ambiente hospitalar quando atendem nas enfermarias, todavia não fazem jus ao adicional pertinente, tal como ocorre com os profissionais da saúde por atuarem em ambiente insalubre.

Observou-se que a falta de alguns profissionais também precariza as condições de trabalho da classe hospitalar. O documento do MEC, “Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações”, prevê a figura do assistente de apoio, ausente na classe hospitalar investigada. Segundo o que consta no documento, o assistente de apoio pode pertencer ao quadro de pessoal do serviço de saúde ou do sistema da educação. Ainda, esses assistentes podem ser absorvidos pela criação bolsas de pesquisa, de extensão universitária, convênios privados ou municipais.

A função do profissional de apoio é auxiliar o professor na organização do espaço, no controle de frequência dos educandos, na higienização do material, dentre outras atribuições. A presença desse assistente mostra-se essencial na classe investigada, considerando a alta demanda de alunos, em especial, aquela

que representa a demanda esporádica, bem como o fato de que toda gestão fica por conta da coordenadora da classe.

O referido documento orientador do MEC também estabelece a figura do professor coordenador – inexistente na classe investigada – que possui atribuição de coordenar a proposta pedagógica da classe hospitalar, bem como, do ponto de vista administrativo, de articular-se com a equipe de saúde do hospital, com a Secretaria de Educação, com a escola de origem, assim como tem a função de orientar os professores da classe hospitalar nas atividades, dentre outras incumbências.

Verificou-se também que há professor que atua sozinho na estrutura da classe durante um turno inteiro. Nesse período, inclusive, a quantidade de alunos pacientes não é controlada, podendo acontecer de ter vinte alunos para serem atendidos na classe por um único docente.

*“(...) Na classe às vezes pode ter vinte crianças aqui dentro, tem dia que tem cinco, tem dia que tem seis, aí isso é muito incerto né? Isso depende da demanda e as vezes da consulta e do atendimento que ele vem fazer nas dependências do hospital, já na enfermaria você tem um número fixo, por exemplo, você sabe que você tem treze crianças dentro de uma enfermaria, então essas treze crianças vão ser atendidas naquele dia (...)”.* (C1).

*“(...) Há uma variedade muito grande, hoje por exemplo vieram cinco, amanhã podem vir dez, é de acordo com a demanda do hospital, então eu nem tenho como precisar assim (...)”.* (P1).

Apesar das dificuldades enfrentadas, os professores demonstram interesse em aprimorar o desenvolvimento dos trabalhos executados na classe hospitalar. Estar próximo à equipe da classe permitiu a percepção do interior de cada docente atravessado por diferentes significados, mas imbuídos de uma mesma vontade, a de ensinar. O relato que segue espelha a realidade de milhares de educadores brasileiros que, apesar das adversas condições de trabalho, conseguem com dedicação e respeito aos alunos, contribuir para a educação de crianças e adolescentes.

*“(...) É super válido o acompanhamento que é realizado aqui, a gente tem assim, casos muito positivos de crianças que estavam aqui internadas por um longo período, a gente fez todo acompanhamento, igual, eu acho que foi o ano passado ou ano retrasado, teve o caso de um menino que ficou aqui, fez a solicitação do ENEM, conseguiu passar, tem o caso da (...) que faz acompanhamento que passou no IFES.*

*Tem vários casos de crianças que conseguem, depois que saem daqui, elas voltam para escola, depois elas chegam aqui e dizem: “professora, ontem eu iniciei aula, cheguei lá e consegui fazer tudo”, assim, não há perda didática de conteúdo (...). (P1)*

#### 4.3 REFLEXÕES ACERCA DOS RESULTADOS

A compreensão das relações, das interações e dos processos educativos presentes no cotidiano da classe hospitalar estudada permitiu construir um campo de reflexão sobre como a classe hospitalar, em sua estrutura, organização e trabalho pedagógico pode favorecer a efetivação do direito à educação da criança e do adolescente hospitalizados.

Insta esclarecer que as reflexões a seguir reafirmam a educação enquanto direito incondicional, sem o condão de apontar críticas ao contexto investigado, mas sim de buscar conhecer e compreender esse espaço distinto de aprendizagem, a fim de que medidas possam ser elaboradas para possibilitar o acesso ao direito à educação com qualidade e embasado em princípios que consideram a integralidade da criança e do adolescente hospitalizado.

O estudo mostrou que a classe hospitalar analisada constitui espaço-tempo de escolarização fora do âmbito escolar tradicional. Verificou-se, por meio dos atendimentos realizados na classe, que é possível enfrentar a defasagem e a evasão escolar, muitas vezes acentuada pelas longas e/ou recorrentes hospitalizações. Pode-se sustentar, assim, que a escola entra no hospital para romper paradigmas. Prova disso, foram os relatos de alunos que conseguiram êxito no Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM)<sup>8</sup>, após longo período de internação e acompanhamento via classe hospitalar. Igualmente, há alunos que conseguiram ingressar no Instituto Federal do Espírito Santo (IFES). Há menções de alunos que chegaram desmotivados e que ao terem contato com uma prática pedagógica individualizada e motivadora decidiram retornar aos estudos com mais afinco. Existem, ainda, casos de alunos que foram alfabetizados na classe hospitalar.

---

<sup>8</sup> Obteve-se das narrativas das entrevistas a informação de que já houve, inclusive, aplicação de prova do ENEM na própria classe hospitalar.

A pesquisa também revelou que o trabalho desenvolvido na classe hospitalar está alicerçado na gestão do cuidado, destacando-se para além do mero caráter tecnicista do ensinar. Foi possível perceber uma preocupação por parte da equipe docente não só com o bem-estar físico e emocional da criança e do adolescente, mas também com os casos de evasão escolar, de maus tratos. Nessa concepção, o atendimento educacional em âmbito hospitalar representa também o reconhecimento do direito à cidadania.

Para alguns professores, o trabalho na classe hospitalar propicia uma visão altruísta, capaz de modificar percepções pessoais e visões de mundo pré-existentes. Para outros docentes, o trabalho na classe atinge o foro íntimo de satisfação pessoal e profissional, propiciando uma verdadeira autorrealização.

Reconheceu-se que por detrás das atividades desenvolvidas há uma complexidade que envolve a ação docente nesse ambiente tão controverso que, por um lado, abriga o direito à saúde, condição fundamental para a existência humana e, por outro lado, se tem o direito à educação que requer para sua efetivação a materialidade de condições objetivas como, espaço, recursos e acompanhamento.

Verificou-se que apesar da prática educativa das classes hospitalares ser formalmente reconhecida pela legislação, sua execução esbarra em tais condições objetivas e em exigências legais.

Apesar de estar de acordo com a previsão legal no que diz respeito à existência de espaço físico próprio e a possibilidade de ocorrência de aulas nas enfermarias, conforme determinação do MEC, constatou-se que a classe hospitalar investigada enfrenta problemas de limitação de espaço, de precariedade das instalações, bem como de carência de recursos tecnológicos. Na sequência, a falta de recursos financeiros e de materiais didáticos apontaram a ausência de apoio por parte de gestores e dos órgãos públicos responsáveis no que tange à provisão de recursos indispensáveis ao funcionamento da classe hospitalar.

Por sua vez, a ausência de um acompanhamento regular por parte da Secretaria do Estado da Educação (SEDU) denotou certo descompromisso com o

trabalho desempenhado na classe hospitalar, a despeito do que preconizam os documentos orientadores do MEC.

Outro importante aspecto que se destacou foi o fato de não haver um pedagogo atuante na classe hospitalar. A existência de uma supervisão pedagógica na classe hospitalar seria fundamental para o planejamento e orientação das atividades, bem como para a elaboração do projeto político pedagógico da classe.

De outra ponta, foi possível perceber que a garantia de um trabalho com melhor qualidade requer o suporte da SEDU e investimentos na formação continuada dos professores, a fim de que adquiram capacitação adequada para atuação na classe hospitalar. A ocorrência de turmas multisseriadas exige do professor atuação diferenciada daquela realizada na escola regular. Para tanto, o professor precisa buscar estratégias de ensinagem que permitam um trabalho individualizado e, ao mesmo tempo, global, já que também tem de lidar com os alunos de forma coletiva. Nesse caso, o investimento em capacitação docente para atuação em classes hospitalares se revela como elemento importante para o reconhecimento e fortalecimento da proposta educação inclusiva representada pela classe hospitalar.

Restou evidenciada na classe hospitalar estudada a preocupação com o ensino formal, ou seja, com uma proposta educativa-escolar, por meio da qual se busca atingir nas atividades pedagógicas desenvolvidas os objetivos usuais, como o domínio seguro do conhecimento e a desenvoltura do pensamento crítico, escopos que não excluem a execução de atividades lúdicas como estratégia para adentrar ao ensino formal.

Enxergou-se robusta preocupação com a flexibilidade dos conteúdos, considerando o estado de saúde do aluno e a necessária individualização do conteúdo, conforme faixa etária, ano letivo e as diferentes capacidades cognitivas. Restou evidenciado que os professores possuem ciência acerca da diversidade dos alunos e, ao que tudo indica, respeitam a forma como cada um aprende, consideram as limitações e as motivações de cada escolar hospitalizado.

A dificuldade de articulação entre o trabalho educacional desenvolvido na classe hospitalar e nas escolas regulares, o fato dos professores serem contratados por designação temporária, resultando em queixas sobre a rotatividade de professores e a descontinuidade do trabalho desenvolvido, a falta de observância das diretrizes do MEC para a estruturação e funcionamento da classe hospitalar por parte dos órgãos gestores, convertem-se em indícios de descompromisso com o direito à educação das crianças hospitalizadas.

Não obstante a esse cenário complexo e precário, os docentes e sua coordenação vêm conseguindo, do ponto de vista educacional, cumprir o propósito de manter os alunos ativos em suas vidas escolares. Assim, mesmo em situação de hospitalização prolongada, esses educandos continuam tendo esperança na vida e no futuro, situação que é benéfica também para a condição psíquica dos estudantes.

O compromisso e a dedicação dos profissionais que atuam na classe hospitalar estudada revelaram-se como importante contribuição para a efetivação do direito à educação para crianças e adolescentes em condição de adoecimento e hospitalização, assim como a existência de diretrizes legais educacionais para a efetivação da educação em ambientes hospitalares. Mas isso por si só não basta, pois a garantia plena de acesso a esse direito de cidadania requer a presença do Estado, na forma de acompanhamento regular pela SEDU.

A toda evidência, crianças e adolescentes usuários do hospital onde se encontra instalada a classe hospitalar possuem o respeitado direito de receber atenção pedagógico-educacional pelos docentes da classe hospitalar. E nesse sentido, foi possível notar que, ainda que haja precariedade nas relações e condições de trabalho, a equipe da classe hospitalar se esforça para conseguir desempenhar o papel precípua de educar, obtendo, por vezes, resultados que asseguram a manutenção dos vínculos escolares dos alunos assistidos.

Assim, a questão não é a política pública em si, porque esta se concretiza com o empenho dos profissionais da classe. A questão em jogo é a gestão da política pública e isto interfere diretamente na qualidade do serviço ofertado. Ora, se o Estado não oferece apoio, não envia recursos financeiros, não capacita os

profissionais da educação da forma como deveria, se o vínculo de contratação não permite um trabalho contínuo, a execução da política pública fica comprometida na sua qualidade.

Mas, para encerrar essa reflexão de modo otimista resta o reconhecimento aos profissionais da classe hospitalar estudada pelo compromisso com a educação e com seus educandos, que não pode acontecer sem um sentimento tão importante para a manutenção da alma humana que é a esperança, sem ela, pessoas adoecidas não se curam, todo o trabalho que se faz na vida deixa de ter sentido. A esperança se faz necessária para romper os obstáculos, as situações-limites enfrentadas pelos educandos no cotidiano hospitalar. A este respeito, um grande educador brasileiro, Paulo Freire (2000, p. 114),

“(...) nunca, talvez tenhamos tido mais necessidade de sublinhar, na prática educativa, o sentido da esperança do que hoje. Daí que, entre saberes vários fundamentais à prática de educadores e educadoras, não importa se progressistas ou conservadores, se salienta o seguinte: mudar é difícil mas é possível (...)”

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. (FREIRE, 1987, p. 78)

Quando o sujeito pesquisador se coloca à disposição do mundo e da realidade para descortiná-los, ele deve afastar-se de convicções próprias, não pode ocupar outro lugar, a não ser o lugar do operário em favor da ciência. Ou seja, transforma-se naquele que se coloca dia após dia, disciplinada e metodologicamente, para construir aquilo que se chama conhecimento científico.

Para observar o direito à educação e a sua singular forma de efetivação nas classes hospitalares – o que se denomina como uma política pública e que constituiu o objeto da presente pesquisa – fez-se necessário esmiuçá-lo, detalhá-lo, visceralmente vivenciá-lo.

A investigação que se deu ao longo deste estudo possibilitou um “inter-agir” com o campo, ou seja, com o *locus* onde o trabalho pedagógico acontece, de modo que foi possível reconhecer a importância do espaço escolar no âmbito do HINSG, como um espaço de humanização no hospital, que permite a retomada da identidade de crianças e adolescentes, na medida em que as permite experienciar vivências fora do mundo hospitalar.

Verificou-se também que os docentes, ao lado dos alunos e de familiares, realizam um esforço hercúleo para manter a classe ativa, esforço este – diga-se de passagem – muito além do que seria necessário se os órgãos responsáveis pela efetivação desta política pública desenrolassem o novelo de suas atribuições. A bem da verdade, são os atores sociais da classe hospitalar que não deixam ocorrer a interrupção do processo educacional, que deve ser contínuo desde o nascimento com vida, quer seja em espaços formais ou informais.

Embora exista uma legislação que respalda a educação de crianças e adolescentes hospitalizados, ainda não há uma política bem delineada para tratar das peculiaridades das classes hospitalares. Ainda persistem lacunas quanto às formas de atuação do professor, ao vínculo de trabalho dos docentes, bem como inexistente uma formação específica para o trabalho na classe hospitalar, o que na prática implica uma série de indefinições que, inevitavelmente, afetam a dinâmica de ensino-aprendizagem.

Os direitos subjetivos, como é o caso da educação e da saúde, não podem ser colocados em risco por conta da negligência daqueles que socialmente estão responsáveis por sua efetivação. O que se compreende com esta investigação é que instalar classes hospitalares e contratar professores não concretiza a efetivação do direito à educação, porque para isto se exige o cumprimento de condições objetivas de trabalho para os docentes e de qualidade estrutural e pedagógica para os educandos – condições estas que devem estar ancoradas em uma política de gestão que independa de casuísmos.

A questão da qualidade no contexto educacional se imbrica notadamente com as condições materiais, pedagógicas e higiênicas em que se desenvolve o trabalho de ensinar e de aprender. Assim, quando os educadores relatam que em seu cotidiano atendem aos alunos sem a devida articulação com a escola regular e que para realizar as atividades de ensino e apoio pedagógico recorrem aos materiais didáticos que eles próprios produzem, valendo-se da boa vontade para incrementar as aulas, duas perguntas vêm à tona: esta é a qualidade de atendimento educacional prevista em lei? Seria esta a concepção inclusiva preconizada pela Constituição da República, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, bem como pelos documentos orientadores do MEC e por resoluções?

Falar de educação em hospitais é adentrar a uma seara tênue. Não bastasse a complexidade do próprio ambiente hospitalar e dos sujeitos hospitalizados, crianças e adolescentes em desenvolvimento, existem ainda os desafios enfrentados na seara educacional, conforme demonstrado. E, infelizmente, esse cenário de descaso se repete nas escolas regulares, que também encontram

dificuldades no que diz respeito à estrutura física, aquisição de materiais, para exemplificar algumas.

Nesse sentido, apesar dos inúmeros desafios enfrentados no cotidiano dos professores da classe, os alunos recebem atendimento educacional, no sentido do acesso oportunizado. Existem, sim, casos em que se alcança o escopo de manutenção da escolaridade, mas não se pode concluir que esta é a regra geral, tendo em vista que há condições essenciais que não são observadas e interferem diretamente na qualidade desses atendimentos.

Pensar que o engajamento e a criatividade dos professores da classe analisada, mesmo frente a tantos impasses, significa o retrato das demais classes hospitalares no Brasil, seria um otimismo disfarçado.

A intencionalidade do estudo, em um contexto geral, não foi desconstruir o trabalho realizado na classe hospitalar investigada, mas sim analisar de forma mais cautelosa e, em seguida, construir apontamentos sobre como aprimorar particularmente essa modalidade de atendimento educacional, que ainda permanece na invisibilidade para os gestores e até mesmo por grande parcela da sociedade, que desconhece o direito à educação da criança e do adolescente em condição de hospitalização.

Assim, os achados da pesquisa não constituem uma resposta definitiva da problemática exposta, ao reverso disso, fomentam possibilidades, discussões, (re) construções sobre a educação em âmbito hospitalar, tendo como pano de fundo a legislação pertinente e o estudo do caso. Espera-se que esta dissertação tenha contribuído para o aperfeiçoamento do atendimento educacional ofertado, bem como para o aprimoramento das discussões sobre a educação em ambiente hospitalar.

## REFERÊNCIAS

ABRAÃO, Ruhena K. Quando a alegria supera a dor: jogos e brinquedos na recreação hospitalar. **Atos de Pesquisa em Educação**, v. 8, n.1, p.434-464, 2013.

ADLER Nancy E.; GLYMOUR Maria M.; FIELDING Jonathan. **Addressing Social Determinants of Health and Health Inequalities**. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27669456/>. Acesso em: 22 fev. 2020.

ALVES, Nilda. Espaço e tempo de ensinar e aprender. In: CANDAU, Vera Maria (Org.). **Linguagens, espaços e tempos no ensinar e aprender**. Rio de Janeiro: DP&A. p. 21-33, 2001.

ARROYO, Miguel González. **Imagens quebradas**: trajetórias e tempos de alunos e mestres. Petrópolis: Vozes, 2004.

ASSIS, Walkíria de. **Classe Hospitalar**: um olhar pedagógico singular. São Paulo: Phorte, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro. Portugal: Edições 70, 1977.

BARROS. Alessandra Santana. **Contribuições da Educação Profissional em Saúde à Formação para o Trabalho em Classes Hospitalares**. Caderno CEDES. Campinas, vol. 27, n. 73, p. 249-368, set./dez., 2007.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva**: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Disponível em: < <https://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2019.

BARZOTTO, Luis Fernando. **A Democracia na Constituição**. São Leopoldo: Unisinos, 2003.

BEHRENS, M.A. Caminhos da escolarização hospitalar para uma visão de complexidade. In: MATOS, E.L.M. (Org.). **Escolarização Hospitalar**: Educação e Saúde de mãos dadas para humanizar. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 3. ed., p. 9-20, 2012.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 34. ed. São Paulo: Malheiros, 2019.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 2, de 11 de setembro de 2001**. Institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2020.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 4, de 13 de julho de 2010**. Define Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica. Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12992-diretrizes-para-a-educacao-basica>>. Acesso em: 05 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 41, de 13 outubro de 1995**. Dispõe sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Disponível em:<<https://www.ufrgs.br/bioetica/conanda.htm>>. Acesso em: 04 jan. 2020.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 20 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto Lei nº 1.044, de 21 de outubro de 1969**. Dispõe sobre tratamento excepcional para os alunos portadores das afecções que indica. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del1044.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del1044.htm)>. Acesso em: 04 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975**. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044 de 1969, e dá outras providências. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1970-1979/l6202.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l6202.htm)>. Acesso em: 07 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: 10 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm)>. Acesso em 15 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**. Brasília: MEC, SEESP, 2002. Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/livro9.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Orientações para Implementação da Política de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. 2015. Disponível em:<

[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=17237-secadi-documento-subsidiario-2015&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17237-secadi-documento-subsidiario-2015&Itemid=30192)>. Acesso em: 09 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Distritos sanitários**: concepção e organização o conceito de saúde e do processo saúde-doença. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Programa Nacional De Humanização Da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A Política de Saúde no Brasil**: trajetória histórica. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde- textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf)>. Acesso em: 22 jan. 2020.

CECCIM, Ricardo Burg. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. Antonacci (orgs.). **Criança hospitalizada**: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 27- 41,1997.

\_\_\_\_\_. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar Elisabeth. Estermann et al. (Org.). **Saúde e sexualidade na escola. 2 ed.**, Porto Alegre:Mediação, 2000, cap. 2, p.37-50.

CECCIM, Ricardo Burg; FONSECA, Eneida Simões da. Classe hospitalar: buscando padrões referenciais e atendimento pedagógico educacional à criança e ao adolescente hospitalizado. **Revista Integração**: diversidade na educação. Brasília. Ano 9, n. 21, p. 31-40, 1999.

CEPEDA, Teresa. Internamento do adolescente. In: SANTOS, Leonor (org.) **Humanização dos serviços de atendimento à criança. Actas do encontro refletir as práticas para melhorar o desempenho**. Lisboa: Instituto de Apoio à criança, 2000, p. 45-56.

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

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 19, p. 123-140, nov. 1989. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 dez. 2019.

COLODETE, Paulo Roque; PINEL, Hiran. O processo de produzir a travessia do desprezo para o cuidado dentro do hospital; a humanização. **Jornal Ciência e Labor/Centro de Estudos do Hospital Dr. Dório Silva**. Serra, 1992.

CUNHA, Nylse; VIEGAS, Drauzio. Normas para a brinquedoteca hospitalar. In: **Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização**. Drauzio Viegas (org.). Associação Brasileira de Brinquedotecas. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2008.

DESLANDES, Sueli Ferreira. O projeto ético político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005.

DINIZ, Tânia Maria Ramos Godói. O estudo de caso: suas implicações metodológicas na pesquisa em serviço social. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, Série Núcleo de Pesquisa, n. 1, 1999.

DUARTE, Clarice Seixas. A educação como um direito fundamental de natureza social. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 100, p. 691-713, Out. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73302007000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302007000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 27 jan. 2020.

ERIKSON, Erik, H. **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FERRAZ, Flávio Roberto. **Andarilhos da imaginação: um estudo sobre os loucos de rua**. 1998. 200f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1999.

FONSECA, Eneida Simões da. **Atendimento escolar no ambiente hospitalar**. 2.ed. São Paulo: Memnon, 2008.

\_\_\_\_\_. **Atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados: realidade nacional**. Brasília: MEC/INEP, Série Documental: Textos para Discussão, 25 p. 1999.

FONTES, Rejane. **O desafio da educação no hospital**. Belo Horizonte: Presença pedagógica, v. II, n. 64, p. 21-29, jul./ago. 2005.

FRANCO, Maria Amélia do Rosário Santoro. **Pedagogia como ciência da educação**. Campinas: Papirus, 2005.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2005.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação - uma introdução ao pensamento de Paulo. Freire.** São Paulo: Moraes, 1980.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos.** São Paulo: Editora UNESP, 2000.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FUHRMANN, Nadia Lucia. Neoliberalismo, cidadania e saúde: a recente reorganização do sistema público de saúde no Brasil. **Civitas: Porto Alegre**, v.4, n. 1, jan./jun.,2004, p.111-131. Disponível em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/49/1732>>. Acesso em: 03 dez. 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisas.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIORDANI, Annecy Tojeiro. **Humanização da saúde e do cuidado.** São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008.

GONÇALVES, A. G. Escola no Hospital: contribuições do atendimento pedagógico-educacional para crianças e adolescentes hospitalizados. In: MAZINI, J. E. (Org.). **Educação Especial e Inclusão: temas atuais.** São Carlos: Marquezine e Manzini, ABPEE, 2013.

GUIMARÃES, Gisela Nunes. A formação dos profissionais de saúde e a humanização. In: MEZZOMO, A.A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional.** Santos: Local Editora, p.109-116, 2003.

HEDLAMAR et al. O ambiente hospitalar como espaço-tempo de criatividade: um estudo fenomenológico-existencial sobre os modos de ser de uma criança cega. **Artefactum: Revista de Estudo em Linguagens e Tecnologia**, Rio de Janeiro, ano XI, nº 01/2019, 2019. Disponível em: <<http://artefactum.rafrom.com.br/index.php/artefactum/article/view/1747/852>>. Acesso em: 07 fev. 2020.

HEIDMANN, Ivonete T.S; Buss et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, jun. 2006. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 fev. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Síntese dos Indicadores Sociais (SIS).** Disponível em:

<<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=publicacoes>>. Acesso em: 25 de jan. 2020.

KOSINKI, Regina Taam. Educação em Enfermarias Pediátricas. **Ciência Hoje**, São Paulo, v. 23, n. 133, 1997, p. 74-75.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008

LÊNIN, W. **Cahiers philosophiques**. Paris: Sociales, 1965.

LIBÂNEO, José Carlos. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia e pedagogos, para quê?** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

\_\_\_\_\_. Pedagogia e pedagogos: inquietações e buscas. **Educar**, Curitiba: Editora da UFPR, n. 17, p. 153-176, 2001.

LIBÂNEO, José Carlos; OLIVEIRA, João Ferreira de; TOSCHI, Mirza Seabra. **Educação escolar: política, estrutura e organização**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

LUZ, Madel Therezinha. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80. In: GUIMARÃES R. e TAVARES, R. (Orgs.). **Saúde e Sociedade no Brasil, anos 80**. Rio de Janeiro: ABRASCO/UERJ, Relume Dumará, p. 131-152, 1994.

MANTOAN, Maria Teresa Égler. Igualdade e diferença na escola: como andar no fio da navalha. In: ARANRES, V.A. (org). **Inclusão Escolar**. São Paulo: Summus, 2006.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MATOS, Elizete Lúcia; MUGIATTI, Margarida Maria Teixeira de Freitas. **Pedagogia hospitalar: a humanização integrando a educação e a saúde**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Humanização da assistência hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais**. 2008. Disponível em: <[http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro\\_dra\\_inaia\\_Humanizacao\\_nos\\_Hospitais\\_do\\_Brasil.pdf](http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf)>. Acesso em: 06 mar. 2020

MENZANI, Rosana Maria; REGUEIRO, Elisa Maria Gatti; LEIVA, Juliene de Cássia. Ser criança na classe hospitalar: a dimensão psicológica na interface educação e saúde. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, v. 20, n. 1, p. 106-117, 2017.

MEZZOMO, Augusto Antonio et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. Santos: Local Editora, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; Gomes, Romeu; DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MITRE, Rosa. M. A. **A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde**. Instituto Fernandes Figueiras - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

NASCIMENTO, Cláudia Terra do; FREITAS, Soraia Napoleão. Possibilidades de atenção à aprendizagem infantil em contexto hospitalar. In: MATOS, Elizete Lúcia Moreira; TORRES, Patrícia Lupion Torres. **Teoria e Prática na Pedagogia Hospitalar: novos cenários, novos desafios**. 2. ed. Curitiba: Champagnat, p. 250-279, 2011.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa; VIERA, Cláudia Silveira. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, apr. 2006.

OLIVEIRA, Tyara Carvalho de. **Um breve histórico sobre as classes hospitalares no Brasil e no mundo**. XI Congresso Nacional de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em: <[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2019.

ONU. Organização das Nações Unidas. **A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU**. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>>. Acesso em: 30 nov. 2019.

ORTIZ, Leodi Conceição Meireles. **Classe hospitalar: reflexões sobre sua práxis educativa**. 2001. 118f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2001.

ORTIZ, Leodi Conceição Meireles; FREITAS, Soraia Napoleão. **Classe Hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação**. Santa Maria, RS: UFSM, 110p, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

PAULA, Ercília Angeli Teixeira de. **Educação, diversidade e esperança: a práxis pedagógica no contexto da escola hospitalar**. 2004. 299f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Educação, 2004.

\_\_\_\_\_. Escola no hospital: espaço de articulação entre educação formal e educação não formal. **Anais do V Encontro Nacional de Educação – EDUCERE: Saberes docentes: edição internacional: Anais do V Encontro Nacional sobre Atendimento Escolar Hospitalar: (Org) Dilmeire Sant’Ana Ramos Vosgerau et al., Curitiba: Champagnat, 2007**

PIMENTA, Selma Garrido; ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos. **Docência no Ensino Superior**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

PINEL, Hiran. **Apenas dois rapazes & uma educação social**: cinema, psicopedagogia e existencialismos, processos afetivos e aprendizagem. Edição experimental do autor. Vitória: UFES/CE/PPGE, 2006.

PINEL, Hiran; TRUGILHO, Silvia, Moreira. A classe hospitalar como um espaço-tempo propício para a educação especial numa perspectiva inclusiva. In: PINEL, Hiran; SANT’ANA, Alex Sandro Coitinho; COLODETE, Paulo Roque (org.). **Pedagogia hospitalar numa perspectiva inclusiva: um enfoque fenomenológico existencial**. Teresina: EDUFPI, 2015, p. 63-72.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza, Pivetta Fátima. Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis. In: CZERESNIA Dina; FREITAS Carlos Machado. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009; p. 207-229.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da saúde: desafio ou adaptação? A construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá**. 2006. 192 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Estudos Comparados sobre as Américas, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

RAMOS, Maria Alice de Moura. **Classe hospitalar: processos e práticas educativas pela humanização**. 2016. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Educação, Rio de Janeiro, 2016.

RITTMAYER, Lecy; SILVA, Rachel Perrone da; IMBRÓSIO, Leila Ozon. Classe hospitalar Jesus: trajetória do jubileu de ouro (1950-2000). In: FONSECA, Eneida Simões (Org.). **Atendimento escolar hospitalar. O trabalho pedagógico-educacional no ambiente hospitalar: A criança doente também estuda e aprende**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2001.

RODACOSKI, Gisele Cipriano. A importância do papel mediador do professor entre o AVA e o escolar hospitalizado. In: MATOS, Elizete Lúcia Moreira; TORRES, Patrícia Lupion Torres. **Teoria e Prática na Pedagogia Hospitalar: novos cenários, novos desafios**. 2. ed. Curitiba: Champagnat, p. 250-279, 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 13. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

SARUP, Madan. **Marxismo e educação**. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

SAVIANI, Demerval. **Pedagogia histórico crítica**: primeiras aproximações. 8. ed. São Paulo: Ed. Autores Associados, 2003.

SCHILKE, Ana Lucia; NASCIMENTO, Fabiana Ferreira. Ser professor em hospital: uma discussão acerca da sua formação. In: AROSA, Armando C.; SCHILKE, Ana Lucia. **A escola no hospital**: espaço de experiências emancipatórias. Niterói, Intertexto, p. 95-104, 2007.

SIKILERO, Regina Helena A. S.; MORSELLI, Rejane; DUARTE, Guilherme Afonso. Recreação: uma proposta terapêutica. Cap.5. In: CECCIM & CARVALHO. **Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre/RS: Editora da Universidade/UFRGS, p.59-65, 1997.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 33. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2009.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, mar. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010311042016000100204&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042016000100204&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 01 dez. 2019.

SPTZ, René A. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

TONET, Ivo. **Educação contra o capital**. Maceió: EDUFAL, 2007.

TORRES, Wilma Costa. **A criança diante da morte**: desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TRIVINÕS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TRUGILHO, Sílvia Moreira. **Classe hospitalar e a vivência do otimismo trágico**: um sentido da escolaridade na vida da criança hospitalizada. 2003. 228 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2003.

\_\_\_\_\_. **O ser sendo diante da morte**: um estudo sobre a experiência de enfrentamento da morte por profissionais de saúde e suas aprendizagens. 2008. 185 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

VEIGA, Ilma, Passos. **Projeto político-pedagógico da escola de ensino médio e suas articulações com as ações da secretaria de educação**. Anais do I seminário

nacional: currículo em movimento – perspectivas atuais Belo Horizonte, novembro de 2010.

VYGOTSKY, Lev Semyonovich. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YUS, Rafael. Tradução de Moraes, Daisy Vaz de. **Educação Integral: uma Educação Holística para o século XXI**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ZARDO, Sinara Pollom; FREITAS, Soraia Napoleão. Educação em classes hospitalares: transformando ações e concepções à luz da teoria da complexidade. **Educ. rev.**, Curitiba , n. 30, p. 185-196, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010440602007000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010440602007000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 fev. 2020.

ZOMBINI, et. al. Classe hospitalar: a articulação da saúde e educação como expressão da política de humanização do SUS. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.71-86, mar./jun.2012.

## APÊNDICE A

### Roteiro de entrevista para os professores

- I. O que faz a criança ou o adolescente se tornar aluno desta classe hospitalar?
- II. Houve algum processo de formação ou de capacitação para a sua atuação nesta classe hospitalar, fornecido pela SEDU, pela SESA ou pelo próprio hospital?
- III. Como se dá a dinâmica diária das aulas e quantos alunos o professor respondente consegue atender por dia?
- IV. Quais são os recursos pedagógicos utilizados nas aulas e demais atividades?
- V. Como se dá a relação do professor respondente e da classe hospitalar com a escola regular do aluno?
- VI. Como se dá o acompanhamento formal da SEDU em relação ao trabalho educacional desenvolvido na classe hospitalar?
- VII. Quais são as formas de avaliação das atividades pedagógicas-educacionais desenvolvidas na classe hospitalar?
- VIII. Quais são as dificuldades enfrentadas no processo educacional desenvolvido na classe hospitalar?
- IX. Qual é a sua percepção sobre o processo pedagógico educacional desenvolvido na classe e a efetivação do direito à educação?

## APÊNDICE B

### Roteiro de entrevista para coordenadora

- I. Existe um documento formal que estabelece o Projeto Político Pedagógico desta classe hospitalar?
- II. O que faz a criança ou o adolescente se tornar aluno desta classe hospitalar?
- III. Houve algum processo de formação ou de capacitação para a sua atuação nesta classe hospitalar, fornecido pela SEDU, pela SESA ou pelo próprio hospital?
- IV. Qual a dinâmica de funcionamento desta classe em relação ao número de professores atuantes no total?
- V. Qual a média de alunos diariamente atendidos por cada um dos professores da classe hospitalar?
- VI. Quais os recursos didático-pedagógicos disponíveis para o trabalho da classe hospitalar?
- VII. Quais são as atividades didáticas desenvolvidas nesta classe hospitalar?
- VIII. Como ocorre o processo de avaliação de aprendizagem nesta classe hospitalar?
- IX. Como são organizadas as atividades educacionais das crianças e adolescentes atendidos esporadicamente?
- X. Como são organizadas as atividades educacionais das crianças e adolescentes internadas no hospital?
- XI. Como se dá a relação desta classe hospitalar com a escola regular da criança?
- XII. Como é feito o acompanhamento formal da SEDU em relação ao trabalho desenvolvido na classe hospitalar?
- XIII. Quais as dificuldades enfrentadas pela classe hospitalar (recursos, estrutura, pessoal, gestão)?
- XIV. Quais são os resultados alcançados pelos alunos em relação à manutenção da escolaridade?
- XV. Qual a sua percepção sobre o trabalho desenvolvido nesta classe hospitalar e a efetivação do direito à educação?

## ANEXO I

## Documentos de gestão e controle da classe hospitalar do HINSG

	<b>SUS</b>			
<p><b>HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - HINSG</b>  <b>NÚCLEO DE ONCO-HEMATOLOGIA E PRONTO SOCORRO – HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR - HPM</b></p>				
<p><b>PROJETO CLASSE HOSPITALAR</b>  <b><u>FICHA DE ACOMPANHAMENTO</u></b></p>				
<b>1. Dados do (a) Estudante</b>			<b>Ano de Referência: 2020</b>	
Nome: _____				
Idade: _____		Data de Nascimento: ____/____/____		
Telefone: _____				
Possui diagnóstico clínico: ( ) sim ( ) não _____				
Possui diagnóstico pedagógico: ( ) sim ( ) não _____				
Município: _____			Estado: _____	
Responsável: _____			CPF do responsável: _____	
Residentes no domicílio (beneficiários indiretos): _____				
Data da internação: ____/____/____		Enfermaria/Ambulatório: _____		
Data do primeiro atendimento na Classe Hospitalar: ____/____/____.				
<b>2. Dados Escolares</b>				
Matriculado (a) ( ) sim ( ) não				
Escola: _____				
Ano: _____		Frequentando sim ( ) ( ) não		
Telefone da Escola: _____				
Justificativa para o (a) estudante não estar matriculado (a): _____ _____				
<b>3. Ingresso na Escola:</b>				
O (a) estudante se encontra compatível idade e série? ( ) sim ( ) não				
O (a) estudante demonstra interesse nas atividades escolares? ( ) sim ( ) não				
Dificuldades escolares relatadas pela família: _____ _____ _____				
<p>Alameda Mary Ubirajara, 205, Santa Lúcia, Vitória/ES, CEP: 29056-030          Tel.: (27) 3315-6501 e-mail: elycustodio@hotmail.com site: www.saude.es.gov.br</p>				



**SUS**



SECRETARIA  
DA SAÚDE



GOVERNO DO  
**ESPIRITO  
SANTO**  
CRESCER É COM A GENTE

O (a) estudante está alfabetizado (a)?

( ) sim

( ) não

**4. Investigação Pedagógica:**

- Lê palavras ( )
- Compreende o que lê ( )
- Escreve corretamente ( )
- Sabe interpretar ( )
- Reconhece símbolos e gráficos ( )

**5. Rendimento Escolar:** ( ) ótimo ( ) bom ( ) ruim

Ferramentas utilizadas para avaliação do rendimento escolar:

---



---

**6. Avaliação descritiva do (a) estudante quando na Classe Hospitalar:**

---



---



---

**7. Dificuldades iniciais observadas pelo (a) professor (a) da Classe Hospitalar?**

---



---



---

**8. Informações complementares:**

---



---

DATA	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS (ACOMPANHAMENTO ANUAL)

Nome do (a) professor (a): \_\_\_\_\_



**SUS**



**Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória – HEINSG  
Programa Classe Hospitalar  
Convenio: SEDU/SESA/HEINSG**

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins, que \_\_\_\_\_,  
é paciente da unidade de \_\_\_\_\_, e esta sendo submetido (a) a  
tratamento especializado, e necessitou ausentar-se temporariamente da  
escola regular.

Informamos que o Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória desenvolve  
o Programa Classe Hospitalar, prestando apoio pedagógico às crianças e  
adolescentes no período em que estiver impossibilitado de frequentar a escola  
regular. O programa é regulamentado e amparado pela Constituição Federal,  
LDB, ECA e Direitos da criança e do adolescente hospitalizado (Resolução nº. 41  
de 13 de outubro de 1995). E também Resolução nº. 02/01 – CNE/CEB  
(Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica); Documento  
intitulado Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar. Para tanto,  
necessitamos que a escola envie as atividades e conteúdos que deverão ser  
estudados neste período, para dar continuidade ao processo de ensino e  
aprendizagem.

A Classe Hospitalar responsabiliza-se por enviar a documentação pertinente, bem  
como as atividades desenvolvidas neste período, para que a escola possa  
convalidar sua freqüência e os estudos realizados.

Vitória, ES- \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Assinatura do professor (a)







## ANEXO II

### Fotografias da Classe Hospitalar do HINSG

**Fotografia 1** – Professores e alunos em Feira de Ciências realizada no ano de 2019.



Fonte: Redes sociais da Classe Hospitalar do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória.

**Fotografia 2** – Manhã literária promovida na classe hospitalar, com a presença de uma escritora e contadora de histórias.



Fonte: Redes sociais da Classe Hospitalar do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória.

**Fotografia 3** – Estrutura e instalações da Classe Hospitalar do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, em Santa Lúcia (“Colina”).



Fonte: Fotografias da autora.

**Fotografia 4** – Estrutura e instalações da Classe Hospitalar do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, em estrutura localizada no Pronto Socorro Dra. Milena Gottardi, anexo ao Hospital da Polícia Militar (HPM), em Bento Ferreira.



Fonte: Fotografias da autora.

**Fotografia 5** – Professores da Classe Hospitalar do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória em planejamento de atividades para comemorar a “Semana da Água”.



Fonte: Fotografia da autora.

**Fotografia 6** – Atendimento educacional realizado na Classe Hospitalar do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória.



Fonte: Fotografias da autora.

**Fotografia 7** – Atendimento educacional realizado na Enfermaria da Classe Hospitalar do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória.



Fonte: Fotografias da autora

## ANEXO III

## Recortes Jornalísticos



Fonte: Jornal A gazeta (2004)

Veículo: **A GAZETA** Editoria / Seção: **grande vitória**  
 Data da Edição: **Quarta - feira - 18/06/2003.** Página: **17**



Helô Sant'Ana

**Avaliados**

O aprendizado dos alunos internados será validado junto à sua escola de origem

## Interno do Infantil terá aula na unidade

ADRIANA MENEZES

Cerca de 150 crianças internadas no Hospital Infantil de Vitória serão beneficiadas por um convênio firmado ontem entre as secretarias de Estado de Educação (Sedu) e Saúde (Sesa). Nos próximos dez dias, elas terão acesso às aulas mesmo enquanto não puderem se afastar do hospital e tudo que aprenderem terá aproveitamento curricular, para fins de avaliação.

Os secretários de Estado da Educação, José Eugênio Vieira, e de Saúde, José Tadeu Marino, estiveram reunidos ontem com o diretor-geral do hospital, Nélio Almeida, para definir o programa.

"O objetivo do projeto é fazer com que as crianças, mesmo internadas, tenham acesso ao ensino e que este seja validado junto à escola de origem do aluno, o que não vinha acontecendo anteriormente", explicou Vieira.

Há três anos a Associação Capixaba Contra o Câncer Infantil (Acacci) desenvolve um projeto semelhante idealizado pelo Serviço Social de Oncologia do Hospital Infantil, envolvendo apenas uma pedagoga e duas estagiárias.

"Atualmente temos 55

crianças fora do projeto. Será um desafio, pois vamos precisar de classes itinerantes para atender as crianças do Centro de Tratamento de Queimados e as que não podem se locomover", comentou a assistente social Tania Bitti.

Na avaliação da professora Silvana Fraga, que trabalha no hospital com a turma de ensino fundamental, a medida irá complementar o projeto de humanização do hospital, incluindo aulas de reforço para os pacientes com alta que precisam retornar ao hospital para exames.

Este é o caso de Eduardo Antônio Santos da Silva, de 9 anos, e que há dois anos faz tratamento no setor de oncologia do Infantil. "Espero que com a nova medida o material pedagógico ajude-o a seguir o ritmo das outras crianças de seu colégio de origem", disse a mãe de Eduardo, Marlene das Graças dos Santos.

Para a pequena Francieli Rodrigues, de 12 anos, ontem foi o último dia de aula no hospital depois de um mês na enfermaria de ortopedia. "Vou voltar para a minha escola Presidente Costa e Silva, em Guarapari, mas vou sentir saudade da professora", disse.

Veículo: A GAZETA	Editoria / Seção: GRANDE VITÓRIA
Data da Edição: 26/4/2001	Página:

# Pacientes do Hospital Infantil terão aulas

O espaço destinado ao projeto já está todo equipado com materiais pedagógicos

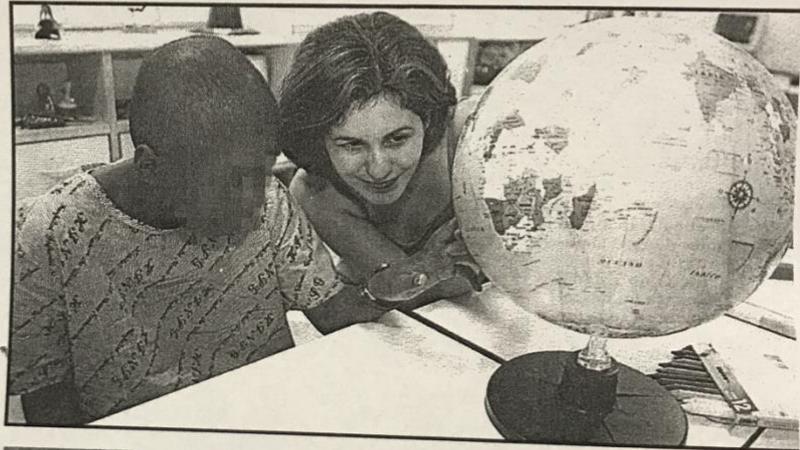
FERNANDA PORCARO

Dentro de pouco tempo, as crianças internadas no Hospital Infantil não precisarão mais abandonar nem atrasar a vida escolar. Isto porque um projeto, desenvolvido pela Associação Capixaba de Combate ao Câncer Infantil (Acacci) e pelo Hospital Infantil - em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (Sesa) e Secretaria de Estado da Educação (Sedu) -, colocará à disposição dos pacientes internados professores pedagógicos para fazer o acompanhamento educacional.

É o Programa Classe Hospitalar, inédito no Estado. De acordo com a assessoria da Sedu, o programa está em fase de elaboração e, para ser colocado em prática, está faltando apenas a assinatura do convênio das partes envolvidas. O diretor do hospital, Nélio Almeida dos Santos, acredita que dentro de 10 dias o programa começará a funcionar. Para ele, além de dar continuidade à educação do paciente, o programa vai contribuir para o tratamento e a recuperação.

"A presença de educadores no hospital dará à criança a oportunidade de exercitar o currículo e também vai fazer com que ela não se sinta tão fora da realidade, exercitando, ainda, o lado social. Esse contexto, então, vai modificar o ambiente hospitalar, proporcionando ao paciente uma recuperação mais intensa", opinou.

O Hospital Infantil cedeu um espaço onde foi construída uma



Educado

O programa Classe Hospitalar, inédito no Estado, será também uma forma de humanizar o atendimento das 150 crianças internadas no hospit

Ricardo Medeiros

sala de aula que foi toda equipada pela Acacci com materiais pedagógicos. As crianças que não puderem se deslocar até a sala não ficarão de fora. Segundo a assessoria de imprensa da Sedu serão contratados quatro professores: dois para crianças de zero a seis anos, sendo que um ficará na sala de aula e o outro nas enfermarias; e dois para crianças de sete a 14 anos, distribuídos da mesma maneira.

## Contato

A coordenadora de projetos especiais da Acacci, Tânia Mara Lopes, explicou que assim que uma criança for internada, o professor do hospital entrará imediatamente em contato com a escola para tomar conhecimento das matérias que deverão ser estudadas no período de internação. "Apesar de os pacientes estudarem na mesma sala, cada aluno terá um acompanhamento indivi-

dual", ressaltou Tânia.

Ela, que também é assistente social do Hospital Infantil, acrescentou que além das matérias escolares, as crianças terão outras atividades peda-

gógicas, como aulas de música e informática. "O programa será também uma forma de humanizar o atendimento das 150 crianças internadas no Hospital Infantil", disse Tânia.