

UNIVERSIDADE DE UBERABA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO: FORMAÇÃO
DOCENTE PARA A EDUCAÇÃO BÁSICA – PPGEB/UBERLÂNDIA

LUCIANA PASSOS

CLASSES HOSPITALARES E MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS INTERNADAS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA: narrativas dos profissionais da saúde e das acompanhantes.

UBERLÂNDIA – MG

2020

UNIVERSIDADE DE UBERABA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO: FORMAÇÃO
DOCENTE PARA A EDUCAÇÃO BÁSICA – PPGEB/UBERLÂNDIA

LUCIANA PASSOS

CLASSES HOSPITALARES E MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS INTERNADAS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA: narrativas dos profissionais da saúde e das acompanhantes.

Relatório de pesquisa apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Educação – Formação Docente para a Educação Básica, na linha Práticas Docentes para a Educação Básica, sob a orientação da professora Doutora Gercina Santana Novais

UBERLÂNDIA – MG

2020

Catálogo elaborado pelo Setor de Referência da Biblioteca Central UNIUBE

P268c Passos, Luciana.
Classes hospitalares e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida de crianças internadas no hospital de clínicas da Universidade Federal de Uberlândia: narrativas dos profissionais da saúde e das acompanhantes / Luciana Passos. – Uberlândia-MG, 2020.
139 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Uberaba. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Educação: Formação Docente para a Educação Básica.

Orientadora: Profa. Dra. Gercina Santana Novais.

1. Educação especial. 2. Qualidade de vida. 3. Saúde – Qualidade. I. Novais, Gercina Santana. II. Universidade de Uberaba. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Educação: Formação Docente para a Educação Básica. III. Título.

CDD 371.9

LUCIANA PASSOS

**CLASSES HOSPITALARES E MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E
QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS INTERNADAS NO HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA:
NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DAS ACOMPANHANTES**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Educação da Universidade
de Uberaba, como requisito final para a
obtenção do título de Mestre em
Educação.

Aprovado em 11/12/2020

BANCA EXAMINADORA



Profª. Drª. Gercina Santana Novais
(Orientadora)
Universidade de Uberaba – UNIUBE



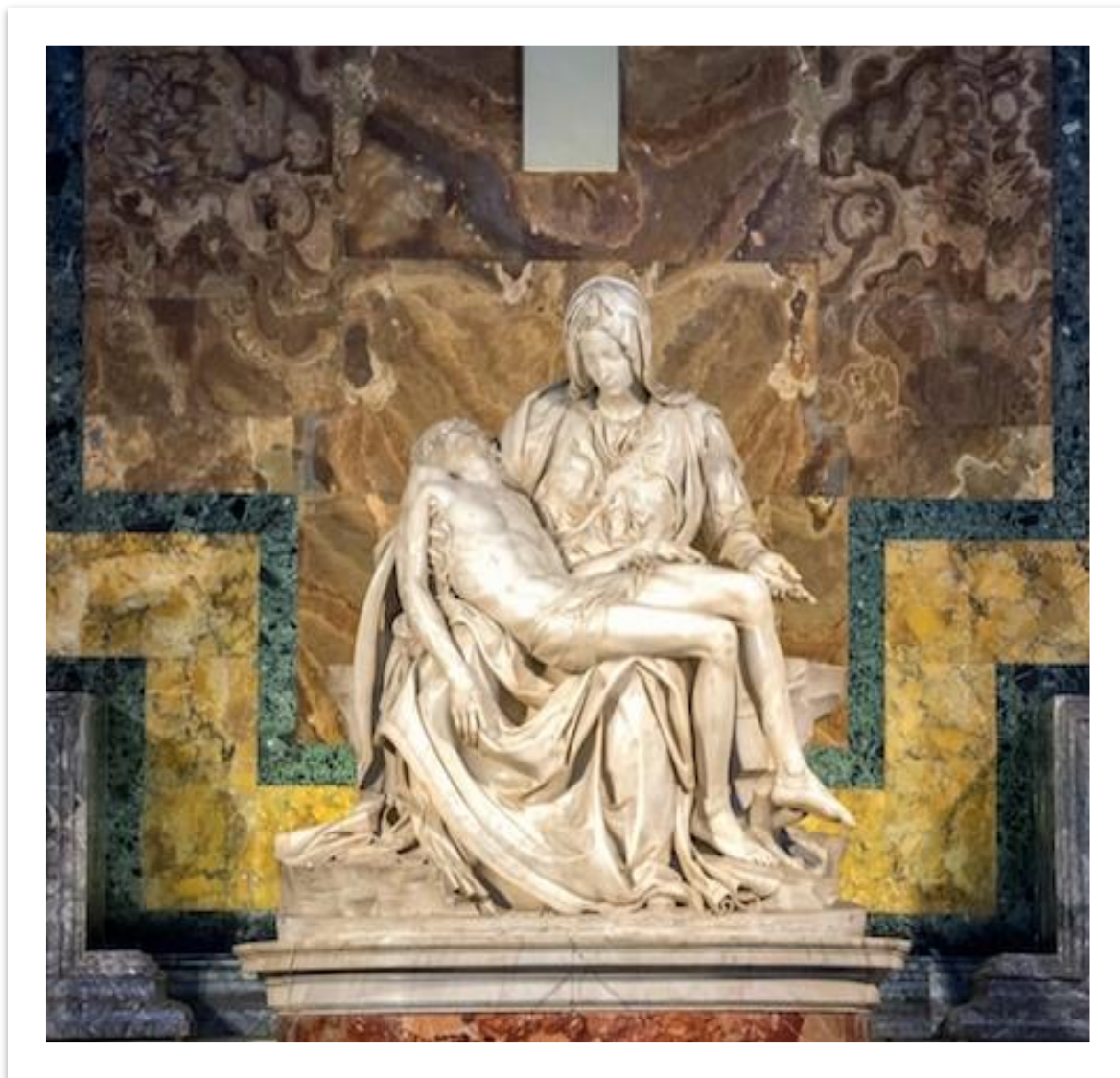
Profª. Drª. Maria Marta Bini Martins e
Paes
Universidade Federal de Uberlândia -
UFU



Prof. Dr. Tiago Zanqueta de Souza
Universidade de Uberaba – UNIUBE

DEDICATÓRIA

Figura 1- Michelangelo: Pietà, 1499 – Basílica de São Pedro, Vaticano.



Fonte: disponível em <https://es.wikipedia.org/wiki/Piedad_del_Vaticano>. Acesso em 22 ago. 2020

Dedico este trabalho às MÃES na sua difícil tarefa de acompanhar, cuidar e entreter seus Filhos, durante longos e estressantes períodos de internação. Que anulam sua vida, que sofrem caladas e às vezes colocam um sorriso no rosto para criar um ambiente de esperança. Sabemos que quando o filho sofre, a mãe sofre mais ainda.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que em toda a sua bondade e sabedoria me ajudou a trilhar o difícil, mas edificante caminho da educação. Foi através deste mestrado que pude me aprofundar em temas que sempre permearam minha vida e meu conhecimento. Sou muito contente e realizada pelas escolhas que fiz e sei que em todas elas, sempre fui agraciada por Ele.

Agradeço à minha orientadora, Gercina Santana Novais, por sua dedicação, conhecimento, desprendimento e gentileza. Você tornou este trabalho muito mais agradável principalmente pelo seu conhecimento sobre o tema, já que foi a idealizadora e implementadora da Classe hospitalar no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Agradeço à minha família, minha mãe Magnólia que foi minha primeira educadora e me mostrou desde muito pequena que o único caminho para o sucesso era o da educação. Ao meu saudoso Pai Ademar que tornou tudo mais fácil. Ao meu marido Flávio que me ajudou o tempo todo, com carinho suprimo com destreza minha falta enquanto me dedicava a este trabalho. Aos meus filhos Gabriel e Davi por me fazerem uma mãe tão feliz e realizada. Ao meu irmão Renato sempre me apoiou e ajudou na solução dos dilemas da informática.

Agradeço aos amigos e colegas do HC-UFU, principalmente aos pediatras, enfermeiras, técnicas de enfermagem, assistentes sociais e em especial à pedagoga Fabiana que gentilmente me ajudou em todas as etapas deste estudo.

Agradeço a todos os meus professores da UNIUBE que me ajudaram neste trabalho, me inspiraram e me iniciaram neste novo aprendizado educacional: Prof. Dr. Tiago Zanquêta de Souza, Prof. Dr. José Carlos Souza Araújo, Prof. Dr. Cilson César Fagiani, Prof. Dr. Osvaldo Freitas de Jesus, Profa. Dra. Selva Guimarães, Prof. Dr. Eloy Alves Filho, que Deus continue abençoando vocês neste lindo dom de saber ensinar.

EPÍGRAFE

Parece-me que, para a criança hospitalizada, o estudar emerge como um bem da criança sadia e um bem que ela pode resgatar para si mesma como um vetor de saúde no engendramento da vida, mesmo em face do adoecimento e da hospitalização.

Dispor do atendimento de classe hospitalar, mesmo que por um tempo mínimo e que talvez pareça não significar muito para uma criança que frequente a escola regular, tem caráter de atendimento educacional e de saúde para a criança hospitalizada, uma vez que esta pode atualizar suas necessidades, desvincular-se, mesmo que momentaneamente, das restrições que um tratamento hospitalar impõe e adquirir conceitos importantes tanto à sua vida escolar quanto pessoal, acolhendo um outro tipo de referendamento social à subjetividade e podendo sentir que continua aprendendo e indo à escola, portanto, renovando seu ser *criança* e renovando *potências afirmativas de invenção da vida*.

(CECCIM, 1999, p. 44)

NUNCA PARE DE SONHAR

(Semente do Amanhã)

(GONZAGUINHA, 1984)

*Ontem um menino que brincava me falou
que hoje é semente do amanhã...*

*Para não ter medo que este tempo vai passar...
Não se desespere não, nem pare de sonhar*

*Nunca se entregue, nasça sempre com as
manhãs...*

*Deixe a luz do sol brilhar no céu do seu olhar!
Fé na vida! Fé no homem, fé no que virá!*

*nós podemos tudo,
Nós podemos mais
Vamos lá fazer o que será...*

RESUMO

A doença e a hospitalização trazem consigo a percepção da fragilidade, o desconforto da dor e a insegurança da possível finitude da vida. É um período de desestruturação do ser humano, uma mudança do seu cotidiano e da sua família. Crianças com internações prolongadas e/ou repetidas têm dificuldade de acompanhar o calendário escolar e isso acaba gerando, além do desconforto da doença, uma ruptura no processo de escolarização e uma dificuldade no enfrentamento da vida extra-hospitalar. A presente investigação, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Educação - Formação Docente para a Educação Básica, da UNIUBE, e ao Grupo de Pesquisa em Formação Docente, Direito de Aprender e Práticas Pedagógicas-FORDAPP, com enfoque qualitativo, contemplando revisão bibliográfica, análise documental e pesquisa de campo, visa contribuir para o debate sobre melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde de crianças com doenças crônicas através da participação na Classe Hospitalar. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas e questionários, com acompanhantes, equipe médica, de enfermagem e assistentes sociais responsáveis pelo tratamento e acompanhamento das crianças internadas e que frequentam a classe hospitalar. Foi aplicado questionário, a pedagoga do Hospital de Clínicas que desenvolve ações na referida classe. Sendo o objetivo principal a reflexão sobre como a Classe Hospitalar contribui na melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das crianças internadas, tendo como referência as narrativas dos participantes e os documentos tomados como fontes. As entrevistas e os questionários contemplaram a relação da criança com a equipe médica, a de enfermagem, a de assistência social, a equipe pedagógica da UFU e acompanhante; entendimento e aceitação do tratamento; a manifestação de afeto e do planejamento da vida pós-internação e manifestações das crianças sobre a classe hospitalar. Além da pesquisa de campo, foram analisados os diários escolares da pedagoga, buscando elementos que nos ajudem a conhecer a rotina da criança, da doença que as atingem e das internações que foram submetidas. Os resultados das análises dos dados permitem afirmar que, para as acompanhantes, a Classe Hospitalar contribui para o aprendizado escolar, funciona como entretenimento, ajuda a suportar o período de internação, na aceitação do tratamento, desperta sentimentos de alegria, bem estar e relaxamento, resgata parte da rotina perdida com a doença e a internação, e funciona como um ambiente de acolhimento no hospital. Nas narrativas apresentadas pelos profissionais de saúde a participação na classe hospitalar proporciona continuidade na escolarização, garante direitos sociais e melhorias na qualidade de vida, à medida que melhora o humor, o relacionamento com a equipe e com os acompanhantes, ajuda na aceitação do tratamento, incentiva a elaboração de planos pós alta hospitalar, melhora o prognóstico da doença e matém a socialização.

PALAVRAS-CHAVE: Classe Hospitalar; Educação Especial; Melhoria das Condições de Saúde; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The disease and hospitalization bring with it the perception of fragility, the discomfort of pain and the insecurity of the possible finitude of life. It is a period of destruction of the human being, a change in his daily life and in his family. Children with prolonged and / or repeated hospitalizations have difficulty following the school calendar and this ends up generating, in addition to the discomfort of the disease, a disruption in the schooling process and a difficulty in coping with extra-hospital life. The present investigation, linked to the Post-Graduation Program in Education - Teacher Training for Basic Education, from UNIUBE, and to the Research Group on Teacher Training, Right to Learn and Pedagogical Practices - FORDAPP, with a qualitative focus, including bibliographic review, document analysis and field research, aims to contribute to the debate on improving the quality of life and health conditions of children with chronic diseases through participation in the Hospital Class. For this, semi-structured interviews and questionnaires were carried out with companions, medical, nursing staff and social workers responsible for the treatment and monitoring of hospitalized children who attend the hospital class. A questionnaire was applied by the pedagogue at Hospital de Clínicas who develops actions in that class. The main objective being the reflection on how the Hospital Class contributes to the improvement of the health conditions and quality of life of the hospitalized children, having as reference the narratives of the participants and the documents taken as sources. The interviews and questionnaires contemplated the child's relationship with the medical team, the nursing team, the social assistance team, the UFU pedagogical team and companion; understanding and acceptance of treatment; the manifestation of affection and the planning of life after hospitalization and the children's manifestations about the hospital class. In addition to the field research, the pedagogue's school diaries were analyzed, looking for elements that help us to know a little about their routine, the disease that affects them and the hospitalizations that were submitted. The results of the data analysis allow us to state that, for the companions, the Hospital Class contributes to school learning, works as entertainment, helps to support the period of hospitalization, in accepting treatment, awakens feelings of joy, well-being and relaxation, rescues part of the routine lost with the disease and hospitalization, and functions as a welcoming environment in the hospital. In the narratives presented by health professionals, participation in the hospital class provides continuity in schooling, guarantees social rights and improvements in quality of life, as mood improves, the relationship with the team and with the companions, helps in accepting the treatment, encourages the elaboration of plans after hospital discharge, improves the prognosis of the disease and keeps socialization.

KEYWORDS: Hospital Class; Special Education; Improvement of Health Conditions; Quality of Life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pietà, escultura de Michelângelo	4
Figura 2 - Cartilha Caminho Suave.....	17
Figura 3 - Juramento de Hipócrates	21
Figura 4 - Classe hospitalar e atendimento Pedagógico Domiciliar: Estratégias e Orientações. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria da Educação Especial. Brasília, 2002.....	47
Figura 5 - Roda dos Expostos	63
Figura 6 - Plaque Marie-Louise Imbert, 145 boulevard du Montparnasse, Paris.....	64
Figura 7 - Discurso da professora Lecy Rittmeyer na Inauguração das salas de CH em 1961- Hosp. Menino Jesus	66
Figura 8 - Classe Hospitalar do HC-UFU em 2020.....	70
Figura 9 - Placa inserida na Classe Hospitalar	70
Figura 10 - Classe Hospitalar do HC-UFU em 2020.....	71
Figura 11 - Classe Hospitalar do HC-UFU em 2020	71
Figura 12 - Placa de inauguração da CH do HC-UFU	72
Figura 13 - Hospitalar do HC-UFU em 2020.....	72
Figura 14 - Sala da CH do HC-UFU.....	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEE	Atendimento Educacional Especializado
AMB	Associação Médica Brasileira
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEB	Câmara de Educação Básica
CENESP	Centro Nacional de Educação Especial
CFE	Conselho Federal de Educação
CH	Classe hospitalar
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNEFEI	Centro Nacional de Estudos e de Formação para a Infância Inadaptadas
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONAE	Conferência Nacional de Educação
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DM	Dermatomiosite
DRC	Doença renal crônica
DRCT	Doença renal crônica terminal
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente

FAEPU	Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica
GESF	Glomeruloesclerose segmentar e focal
HC-UFU	Hospital de Clínica da Universidade Federal de Uberlândia
IBC	Instituto Benjamin Constant
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística.
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INES	Instituto Nacional de Educação dos Surdos
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LLA	Leucemia linfóide aguda
MEC	Ministério da Educação
NAAH/S	Núcleo de Atividades de Alta Habilidades / Superdotação
ONU	Organização das Nações Unidas
PDE	Plano de Desenvolvimento da Educação
PIB	Produto Interno Bruto
PM	Polimiosite
PMPIC	por milhão da população com idade compatível
PNE	Plano Nacional de Educação
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SESC	Serviço Social do Comércio
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNIUBE	Universidade de Uberaba
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
MEMÓRIAS.....	16
OBJETIVOS DA PESQUISA	24
ORGANIZAÇÃO DO RELATÓRIO DA PESQUISA	25
1 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	27
2 - METODOLOGIA DA PESQUISA	33
2.1 - INSTRUMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS	34
2.2 - ANÁLISE DE DADOS	35
3 - A CLASSE HOSPITALAR NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE EDUCAÇÃO ESPECIAL	37
3.1 - EDUCAÇÃO NO ORDENAMENTO LEGAL: UMA HISTÓRIA DE LUTA POR RECONHECIMENTO DO DIREITO DE ESCOLARIZAÇÃO PARA TODOS	39
3.2 - CLASSE HOSPITALAR	46
4 - PEDAGOGIA HOSPITALAR	49
5 - HISTÓRIA DA CLASSE HOSPITALAR	63
6 - OS NÚMEROS DA CLASSE HOSPITALAR.....	74
6.1 - REGIÃO NORTE	78
6.2 - REGIÃO CENTRO-OESTE.....	79
6.3 - REGIÃO NORDESTE	80
6.4 - REGIÃO SUDESTE	82
6.5 - REGIÃO SUL	83
6.6 - SÍNTESE DOS DADOS E RESULTADOS	85
7 - O QUE NOS DIZEM AS ACOMPANHANTES E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A C.H.....	90

7.1 - OS FILHOS DE PARTICIPANTES DA PESQUISA: QUEM SÃO AS CRIANÇAS INTERNADAS?.....	92
7.2 - AS NARRATIVAS DAS ACOMPANHANTES.....	97
7.2.1 - OS IMPACTOS DA INTERNAÇÃO NA VIDA DAS ACOMPANHANTES E DA FAMÍLIA	97
7.2.2 -DEFINIÇÃO E BENEFÍCIOS DA CH PARA A VIDA DE SEUS FILHOS	98
7.3 - O QUE NARRAM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	106
7.3.1 - SOBRE O PAPEL DA EQUIPE DE SAÚDE NA CH.....	106
7.3.2 - QUAL A OPINIÃO SOBRE A CLASSE HOSPITALAR	108
7.3.3 - QUAIS OS BENEFÍCIOS DA CH PARA AS CRIANÇAS	112
7.3.4 - QUAIS OS BENEFÍCIOS DA CH PARA OS ACOMPANHANTES	115
7.4 - O QUE NOS NARRA A PEDAGOGA	117
7.5 - ENTRECruzando OS RESULTADOS DAS ANÁLISES DAS NARRATIVAS DAS ACOMPANHANTES E EQUIPE DE SAÚDE SOBRE CH MELHORIAS NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DAS CRIANÇAS QUE PARTICIPARAM DA CH	119
CONSIDERAÇÕES POSSÍVEIS	121
REFERÊNCIAS	124
APÊNDICE	
1 - ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM OS ACOMPANHANTES.....	133
2 - ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO COM A PEDAGOGA	134
3 - ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	135
4 - TCLE.....	136
ANEXO	
1 - AUTORIZAÇÃO DA UFU	138
2 - FOLHA DE ROSTO DO CONEP.....	139

INTRODUÇÃO

Memórias...

A educação é o grande motor do desenvolvimento pessoal. É através dela que a filha de um camponês se torna médica, que o filho de um mineiro pode chegar a chefe de mina, que um filho de trabalhadores rurais pode chegar a presidente de uma grande nação. (Nelson Mandela)

Meu nome é Luciana Passos, nascida no dia dois de dezembro de 1970, em Uberlândia, Minas Gerais, filha mais velha de Ademar Passos Damasceno e Magnólia do Carmo Vitorino Passos. Tenho dois irmãos, a Célia nascida em 1972 e o Renato nascido em 1987.

Sempre fomos uma família de recursos bem escassos; meu pai era pintor de carros, vivíamos do salário dele e minha mãe era dona de casa e fazia artesanato (crochê) e mais tarde aprendeu ofício de costureira o que ajudou bastante no orçamento da casa. Eles sempre tiveram o sonho da casa própria e assim que se casaram, compraram o terreno ao lado da casa do meu avô e com a ajuda dos irmãos construíram nossa casa. Mudamo-nos, eu tinha uns cinco anos de idade, ainda sem terminar, mas era uma casa ampla e agradável.

Meus pais tinham um relacionamento sem conflitos, os filhos eram prioridade na vida deles, por isso não tivemos que fazer grandes sacrifícios para estudar. Meu pai guardava seu 13º salário para comprar material escolar e uniforme, mas sempre sem luxo e reutilizando livros, quando conseguíamos.

Iniciei na escola com seis anos no pré-primário, hoje primeiro ano. Naquela época o pré-primário não tinha na rede pública, mas fui estudar numa escola do sindicato (acho que era dos trabalhadores do comércio).

De acordo com Lei de Diretrizes e Base de 1971 - Lei 5692/71:

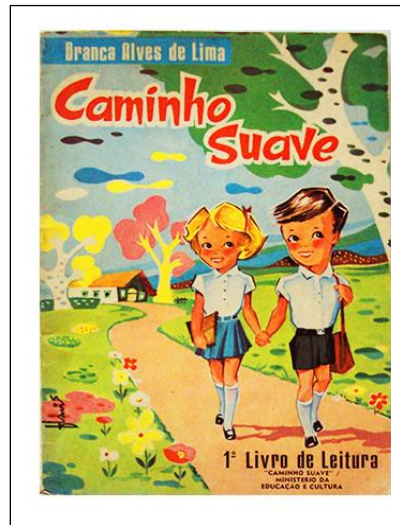
Art. 18. O ensino de 1º grau terá a duração de oito anos letivos e compreenderá, anualmente, pelo menos 720 horas de atividades.

Art. 19. Para o ingresso no ensino de 1º grau, deverá o aluno ter a idade mínima de sete anos.

§ 1º As normas de cada sistema disporão sobre a possibilidade de ingresso no ensino de primeiro grau de alunos com menos de sete anos de idade.

§ 2º Os sistemas de ensino velarão para que as crianças de idade inferior a sete anos recebam conveniente educação em escolas maternas, jardins de infância e instituições equivalentes.

Figura 2: Capa da Cartilha Caminho Suave



Fonte: <<https://www.retrostoreleiloes.com.br/peca.asp?ID=2730014>>. Acesso em: 22 out. 2020

Nessa escola não fui alfabetizada e isso deixou minha mãe muito frustrada. Ela comprou um livro de alfabetização chamado “Caminho Suave”¹ e com o conhecimento que ela tinha (estudou até a quinta série) me alfabetizou para que eu conseguisse fazer a prova de admissão para a primeira série na Escola Estadual Coronel José Teófilo Carneiro (Coronel Carneiro), localizado na região central de Uberlândia.

Essa escola foi criada em 1946, e seu nome foi dado em homenagem ao Sr. José Teófilo Carneiro, que tinha o título honorífico de coronel, dado pelo governo, em troca de contribuição, às pessoas de projeção que serviam de elo político entre o município e o estado. A biografia do Coronel José Teófilo Carneiro é marcada por melhorias que ele trouxe para a cidade. Foi um homem poderoso, com grande influência no desenvolvimento local. Em 1909 ele comprou a Cachoeira dos Dias, vendeu uma grande fazenda na região do bairro cidade jardim para comprar o maquinário importado da Inglaterra, e montou a primeira usina de energia elétrica em Uberlândia que funcionou até 1956².

¹A **cartilha Caminho Suave** é cartilha de alfabetização cuja publicação teve início em 1948 e é considerada ainda hoje um fenômeno editorial brasileiro e um marco na história das cartilhas de alfabetização e produção de livros didáticos no Brasil. No ano seguinte à sua primeira tiragem, a cartilha já fazia parte da relação de livros a serem usados nas escolas primárias do Estado de São Paulo. Entre 1971 e 1996 participou dos programas federais de subsídios ao livro didático nas escolas, o que alavancou sua produção e, nos anos 90, bateu a marca de mais de 40 milhões de exemplares vendidos.

A história de sua idealização está intimamente relacionada com a experiência profissional de sua autora e idealizadora, a professora Branca Alves de Lima.

²UBERLÂNDIA. Museu Uberlândia de hoje & sempre. Tag: Coronel José Teófilo Carneiro. Disponível em: <www.museuvirtualdeuberlandia.com.br>. Acesso em: 22 abr. 2019.

Gostava muito de estudar no Coronel Carneiro, me lembro de encontrar com várias pessoas do meu convívio no bairro. Era uma boa aluna, sempre participava de todas as festividades inclusive da “Rainha da Primavera” que ganhava quem conseguia vender mais votos. Não me lembro de como eram escolhidas as candidatas, mas me lembro de ir de casa em casa com um bloquinho vendendo votos, meus pais também ajudaram; não ganhei, mas adorei o vestido, as fotos e o desfile.

Na quinta série, fui para a escola estadual Professor José Ignácio de Souza (E.E.P.J.I.S), uma escola com um prédio grande, bonito e bem cuidado que oferecia da quinta série ao antigo terceiro colegial. As meninas tinham aulas de “prendas domésticas” e os meninos, de oficina e cuidávamos da horta (todos os alunos)³. Aula de música também fazia parte da grade curricular; eu tocava flauta doce; além de aulas de Moral e Cívica e religião. Lembro-me de carregar um pano de prato encardido (que era o trabalho de prendas domésticas que eu escolhi fazer) quase o ano todo, mas no final ficou bonito. Eram aulas muito leves, tenho boas lembranças desta fase.

No José Ignácio tinha um lema de “liberdade com responsabilidade” onde você poderia assistir às aulas que quisesse sem ser advertido, mas as faltas eram contadas e as atividades realizadas eram cobradas; então às vezes “matava” aula para ir para a quadra jogar vôlei. Eram duas quadras grandes onde fazíamos educação física fora do horário de aula.

Minha paixão pela Matemática, pela Literatura, por plantas e artesanato iniciou aí. Tive bons professores preocupados com o que realmente importa para a formação do aluno, que é prepará-lo para a vida acadêmica e para o convívio social como cidadão.

Durante esse período, eu frequentava o SESC (Serviço Social do Comércio), perto de minha casa, onde tinha aulas de natação. Descobri que tinha ali uma biblioteca. Lembro-me até hoje da bibliotecária, a “São”, Consolação, mas todos a chamavam de São. Ela me apresentou Monteiro Lobato, fiquei fascinada com os seus livros, li todos que tinham na biblioteca. Depois Vinicius de Moraes, adorava poesia, crônicas e livros de mistério. Até hoje sou fascinada com Agatha Christie e Arthur Conan Doyle, tenho uma coleção dos seus livros.

Em 1986, fui para a Escola Estadual Messias Pedreiro para cursar o ensino médio, antigo colegial. O Senhor Messias Pedreiro foi um comerciante de cereais bem sucedido, natural da Síria que sempre teve vontade de construir uma escola e após o seu falecimento em 1971 a

³Este tipo de educação pode ser qualificado como educação sexista. Segundo Nascimento (2014, p. 257), “Educação sexista entendida aqui, não apenas como aquela que diferencia homens e mulheres, mas que transforma diferenças em desigualdades sociais naturalizadas como algo definido biologicamente pelos sexos.”

família resolveu construir a Escola Messias Pedreiro, obra que iniciou em 1974 com término em 1976⁴.

Na década de 1980 e acho que em muitos anos seguintes, o Messias Pedreiro era a melhor escola de colegial de Uberlândia. Tinha um modelo de educação bastante rígido, bem diferente da minha escola anterior. Não havia abertura para opiniões ou reclamações dos alunos. No final do ano, muitos alunos que tinham notas baixas e os pais tinham melhores condições financeiras, eram levados para uma escola particular para passarem de ano e acabavam retornando no início do próximo ano.

Como eu moro no mesmo bairro dessa escola seria natural que a maioria dos alunos fosse meus vizinhos, já que a preferência da matrícula era para as crianças que residiam no bairro, mas não era o que ocorria. Os alunos que eram do bairro estudavam à noite porque trabalhavam, e como tinha a fama ser uma escola rígida, e com alto índice de repetência e sem projeto complementar de apoio a esses estudantes, acredito que por isso, matriculavam em escolas mais distantes.

Foram três anos de muito estudo, sempre estava entre as melhores notas da sala. Eu gostava de certa competição que tinha com outros dois ou três alunos da minha sala. Sempre fui competitiva e nunca gostei de ficar para trás. Naquela época, parece que alguns professores instigavam esta competição por melhores notas. Todas as provas eram divulgadas e comentadas, por isso sempre sabíamos todas as notas da sala. Não tinha a mínima noção de como esta exposição poderia ser ou foi deletéria para alguns alunos...

No final do primeiro ano do colegial, estávamos em uma roda de conversa na escola e alguém disse que o curso mais difícil de passar na UFU era o curso de medicina e que só os melhores conseguiam. Fiquei encantada! E a partir deste dia, resolvi fazer medicina. Não conhecia nenhum médico, nem sabia das opções que eu teria. Resolvi que prestaria vestibular para medicina e pronto. E como fui prontamente apoiada por meus pais e amigos a ideia foi criando corpo.

No terceiro colegial, no final de primeiro semestre, prestei meu primeiro vestibular, para o curso de biologia. Foi a primeira vez que fiz uma prova de múltipla escolha na vida! Acabei passando, mas fiquei muito decepcionada porque minhas notas tinham sido baixas e não dariam para entrar em Medicina.

⁴UBERLANDIA. Museu Uberlândia de hoje & sempre. Tag: Messias Pedreiro. Disponível em: <www.museuvirtualdeuberlandia.com.br>. Acesso em: 09 mai.2019.

O Colégio Nacional abriu uma sala de pré-vestibular, para alunos que cursavam o terceiro colegial no Messias Pedreiro, José Ignácio e Museu, de segunda a sábado. Foi um período de muito estudo, mas não consegui passar para a segunda fase. Fiz mais um ano de cursinho pré-vestibular no Colégio Nacional, onde ganhei bolsa de 100%. Estudei muito, conquistei grandes amizades, sofri com comentários de familiares que diziam que eu devia era trabalhar para ajudar meus pais, que fazer Medicina não era para mim, que eu estava perdendo o meu tempo e sacrificando meus pais.

Desde os meus 13 anos, eu ministrava aulas particulares de todas as matérias que cursava. Quando iniciei o colegial, comecei a ter mais alunos e com isso eu conseguia ter uma renda melhor, e usava este dinheiro para financiar livros e roupas para mim. Como a Matemática é a matéria que a maioria dos alunos têm dificuldades, era a que eu mais ensinava, seguido pela Física, Química e Língua Portuguesa.

Em janeiro de 1990, passei para o curso de Medicina e em março iniciei o curso. Tudo era novo e diferente. Ficava o dia todo no campus Umuarama, chegava em casa, à noite. O curso de Medicina era muito intenso. Tínhamos muitas aulas, estávamos quase sempre juntos (toda a turma).

Continuei no Colégio Nacional como monitora de Matemática. Ministrava aulas e resolução de exercícios de matemática à noite e aos sábados. Fiquei mais de um ano como monitora e saí porque não estava conseguindo conciliar com os estudos na medicina, então voltei a ministrar aulas particulares em casa. Ministrei aulas particulares até iniciar o 6º ano de medicina.

A turma em que iniciei o curso de Medicina (35ª turma de medicina da UFU) foi a mesma, com raras exceções, que me formei seis anos após. Éramos muito unidos, passávamos muito tempo juntos, dávamos plantões, sofriamos juntos, tenho tantas histórias desta época. As nossas histórias se confundiam com a de um grande hospital universitário, seus pacientes, médicos, equipe de enfermagem e demais profissionais. Um hospital que é referência para uma população de quase três milhões de pessoas.

Entreí nesta vida com 19 anos, após escolher um curso porque era “o mais difícil de entrar”. Tenho amigos que entraram aos 16 anos. Como éramos imaturos! Crescemos ali. Amadurecemos a força. Entre cadáveres⁵, provas, plantões que trabalhávamos como “gente

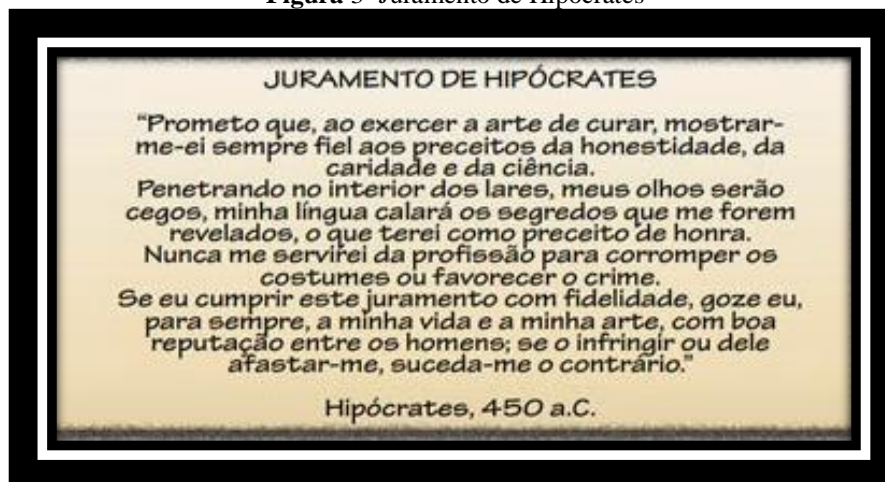
⁵Na época que cursei medicina, cada quatro alunos, recebiam um cadáver para dissecar durante o curso de anatomia, dois semestres. Era uma matéria com carga horária bastante extensa e ao final celebrávamos uma missa e tinha o enterro realizado pelo estado, já que eram de pessoas não identificadas.

grande”, doenças, mortes, descaso do poder público, professores bons, professores ruins. Esse turbilhão de informações, sentimentos, exemplos bons e ruins nos moldaram no que somos hoje.

No sétimo período (o curso de medicina tem doze períodos), decidi que faria residência em cirurgia geral. A matéria “Clínica Cirúrgica” era dada neste período. Queria esta vida para mim! Queria ser como meus professores. O centro cirúrgico era o um lugar fascinante. Assistir cirurgias, participar, mesmo como instrumentadora, era demais! Eu já fazia monitoria de ortopedia (tinha bolsa do MEC por ter passado em primeiro lugar) e acumulei também a monitoria de Cirurgia Geral.

Tive uma formatura linda! Pagávamos comissão de formatura desde o primeiro período para a festa e fizemos eventos e rifas para arrecadar dinheiro. Meus pais e irmãos adoraram. Nessa época, eu já tinha passado na residência para Cirurgia Geral na UFU, então a comemoração foi maior ainda. A única tristeza foi a da separação dos amigos, alguns, quase irmãos, que mesmo fazendo residência na UFU, a convivência não seria mais a mesma.

Figura 3- Juramento de Hipócrates



Fonte : <<http://www.medicina.ufmg.br/noticiasinternas/wp-content/uploads/2007-ufmg.pdf/07/juramento-de-hipocrates-medicina>> Acesso em: 22 out. 2020

A minha equipe de cirurgia tinha um chefe muito rigoroso, tanto com regras de comportamento quanto a técnica cirúrgica. Não nos deixava dar plantões fora da residência e vivíamos apenas com o dinheiro da bolsa, que, para quem tinha uma vida humilde como eu, era bastante dinheiro. Já conseguia ajudar financeiramente minha família.

No último ano da residência, eu fui convidada para participar da equipe e me mandaram para Ribeirão Preto fazer um curso de ultrassonografia. Fiquei um mês fazendo o curso, me

dediquei muito para aprender, tanto, que fui convidada para ser monitora de ultrassom, mas como sempre adorei cirurgia, nem me passou pela cabeça aceitar o convite. Hoje fico pensando como teria sido minha vida se tivesse feito a escolha pelo ultrassom.

Trabalhei na UFU, como “amiga da escola”, quase um ano porque não conseguia ser contratada pela fundação (FAEPU). Dava plantão em vários lugares, operava em um hospital particular e quase não ia para casa. Mas consegui ajudar meus pais e irmãos a terem uma vida sem preocupações financeiras.

Em 2002, consegui passar num concurso público federal na UFU para cirurgia e depois, por necessidade do serviço, dobraram minha carga horária para cumprir também no setor de ultrassonografia.

Eu tinha feito o curso de ultrassonografia, em 1997, e somente em 1999 consegui entrar no setor de ultrassom da UFU para trabalhar. Fiz vários cursos de ultrassonografia e, em 2004, tirei o título de especialista em ultrassonografia concedido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.

Conheci meu marido em 2001 e em 2002 começamos a namorar. Nos casamos em quatro de junho de 2005 e em vinte e sete de setembro de 2006, tivemos nosso primeiro filho, Gabriel. Somente a partir dessa data eu conheci e vivenciei a tão falada palavra AMOR. Como pode a vida nos doar um ser tão complexo e perfeito sem nos dar um preparo, um curso, uma cartilha ou até mesmo um protocolo antes. Nascemos no mesmo dia, neste dia eu nasci mãe. Aprendi tudo com o Gabriel, tudo que livro nenhum ensina. Aprendi na prática. E após quatro anos, no dia vinte de dezembro de 2010 eu tive meu segundo filho, Davi. Aí foi mais fácil, eu já sabia o que me esperava.

No final da gravidez do Davi, meu pai ficou doente, teve insuficiência renal e precisava de hemodiálise três vezes por semana. Nessa época, meus pais moravam em um sítio no município de Perdizes - MG, ele veio ficar comigo e minha mãe ficou sozinha. Como as hemodíálises eram pela manhã nas segundas, quartas e sextas-feiras, meu irmão e ele iam para o sítio logo após a hemodiálise da sexta-feira e voltavam bem cedo na segunda. Mas em novembro de 2011 ele acabou falecendo de pneumonia. Foi uma fase muito triste das nossas vidas. Minha mãe resolveu continuar morando sozinha e além da dor da perda, tinha também a preocupação com a saúde e a segurança dela.

Em 2015, minha irmã com 42 anos faleceu deixando marido e um filho de 15 anos. Não tínhamos nos recuperado da morte de meu pai e tivemos que superar mais essa tragédia familiar e ainda tinha meu sobrinho adolescente, que não sabíamos como iria superar esta perda.

Hoje, as crianças vão para a escola com três anos de idade. O Gabriel e o Davi estudam em uma escola particular, Colégio Maria de Nazaré. Fizeram maternal, primeiro e segundo períodos, tiveram formatura e iniciaram o primeiro ano (antigo pré-primário). Desde o maternal eles iniciam o processo de alfabetização bem levemente, assim as crianças aprendem brincando e chegam já alfabetizados na primeira série. Gosto muito de participar da vida escolar deles. Sempre que precisam, ajudo nas tarefas de casa. Às vezes fico admirada com as coisas que eles aprendem com tão pouca idade.

O ano passado resolvi que em 2019 iria iniciar o meu mestrado. Meus filhos já estavam com 8 e 12 anos e tenho um marido muito parceiro, que me ajuda e apoia em todas as minhas empreitadas, que valoriza muito a minha carreira, que sempre cuidou das crianças desde bebês, pois voltei a trabalhar seis meses após meus partos e ele nunca teve dificuldade em cuidar, e muito bem, das crianças durante minhas noites de plantão e que no mestrado eu iria depender ainda mais da sua ajuda.

Eu trabalho com alunos desde que terminei minha residência. Estou o tempo todo acompanhada pelo residente de cirurgia geral e por alunos do 5º e 6º anos de Medicina (internato). Faço preceptoria no pronto-socorro, no centro cirúrgico, no ambulatório e nas enfermarias, ensinando a operar, ensinando técnicas de anamnese, de exame físico, indicação de exames e orientando condutas. Por isso eu precisava continuar meus estudos.

Iria prestar mestrado em ciências biomédicas na UFU, queria fazer um trabalho que pudesse conjugar as minhas duas especialidades: cirurgia e ultrassonografia, mas não havia nenhum preceptor que tivesse essa linha de pesquisa. Então um amigo me falou do mestrado profissional na UNIUBE.

Gostei muito da ideia de poder escolher um tema em Educação Básica, que era o que eu estava vivendo com meus filhos. Comecei a procurar um tema em Educação Básica que conjugasse com a minha vivência. No setor de ultrassonografia trabalho também com crianças internadas, às vezes faço ultrassom de uma mesma criança repetidas vezes, e as vejo internadas por vários meses ou com internações repetidas e sempre pergunto para elas e para os pais sobre a escola, como está o desempenho, as respostas sempre me deixaram frustrada. Parece que as mães e as crianças encaram a escola como um fardo e que ter justificativas para faltas serviriam como um prêmio. Sempre fiquei pensando no atraso escolar, na dificuldade de acompanhar a turma e principalmente no desânimo de voltar após uma estadia, às vezes, bastante conturbada, no hospital.

Procurando na internet sobre educação em crianças com doenças crônicas, me aparece o projeto “Classe Hospitalar”. Nossa!!! Que descoberta! Achei! O tema seria esse! Comecei a pesquisar e escrevi a proposta de projeto.

Na entrevista para o mestrado conheci a pessoa que acolheu a demanda e pôs em prática o projeto, Classe Hospitalar na UFU, que posteriormente seria também minha orientadora a professora Gercina. Isso me deixou mais instigada em trabalhar com este tema. Parece que o universo estava conspirando a meu favor.

Fazer uma dissertação de mestrado será uma das etapas mais importantes da minha evolução acadêmica. Acho que protelei demais. Devia ter feito o mestrado antes, há vinte anos eu cheguei a fazer todos os créditos, mas não concluí o trabalho. Mas eu sinto que agora é a hora.

Minha orientadora, Gercina, tem um conhecimento profundo em educação, em todas as suas instâncias e sobre o tema que eu escolhi. É uma das pessoas mais gentis que tive o prazer de conviver, e todos os demais professores, sem exceção, os colegas de turma, os colaboradores desta universidade, estão fazendo deste mestrado, mesmo com todas as dificuldades, as noites não dormidas, a perda da convivência com a família, a correrias do dia a dia, um lugar de acolhimento.

E essa é a minha memória escolar. Feita de muitos tropeços, mas com muitas vitórias. Considero-me uma vencedora em todos os sentidos, mesmo com as perdas, perdas que causam muito sofrimento até hoje, mas que provocam doces lembranças e me fizeram uma pessoa e uma profissional mais humana. Sei que minha carreira como pesquisadora está apenas começando, mas é um caminho que estou gostando de trilhar. E essa pesquisa que estou desenvolvendo sobre a melhoria na qualidade de vida dessas crianças, vem ao encontro com o meu anseio e vai me ajudar a responder questões que me incomodam há algum tempo.

OBJETIVOS DA PESQUISA

Objetivo geral

Verificar como a Classe Hospitalar contribui para/na melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das crianças internadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Objetivos específicos

- Escutar e analisar os depoimentos dos profissionais de saúde, que atendem as crianças internadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, sobre classe hospitalar, frequência na classe hospitalar e seu impacto nas condições de saúde e qualidade de vida.
- Escutar e analisar os depoimentos dos profissionais da assistência social e Pedagoga, que acompanham as crianças internadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, sobre classe hospitalar, frequência na classe hospitalar e seu impacto nas condições de saúde e qualidade de vida.
- Avaliar se a Classe Hospitalar está trazendo benefícios para as crianças que participam da referida classe, especialmente no que se referem à melhoria das condições de tratamento e qualidade de vida dessas crianças, a partir da análise dos depoimentos dos participantes da pesquisa.
- Verificar se há indícios do impacto da frequência das crianças na classe hospitalar na aceitação do tratamento, na diminuição de manifestação de medo e desconfiança.
- Escutar e analisar os depoimentos dos acompanhantes das crianças internadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia sobre a classe hospitalar, melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida.
- Desenvolver um estudo sobre a história da Classe Hospitalar e uma avaliação da sua extensão na atualidade.

ORGANIZAÇÃO DO RELATÓRIO DE PESQUISA

Na Introdução, apresentamos a história da vida e a história escolar da pesquisadora, as questões que levaram à identificação e escolha do objeto de estudo, entrelaçando histórias e refletindo sobre as experiências narradas. Os demais tópicos descritos, foram divididos em sete seções, de acordo com o caminho trilhado até a conclusão do trabalho.

Na primeira seção, expomos os resultados da revisão bibliográfica realizada, através da busca em três importantes bancos de dados de teses, dissertações e artigos sobre a Classe Hospitalar.

Na segunda seção, descrevemos a metodologia e os instrumentos de produção e análise dos dados utilizados para conseguir responder à questão orientadora desta pesquisa.

Na terceira seção, refletimos sobre Classe Hospitalar, no contexto das políticas públicas sobre a Educação Especial, argumentando a favor de que a referida classe seja mantida como política pública de Estado.

Na quarta seção, retomamos e analisamos aspectos da história da educação, da pedagogia e da formação pedagógica para a Educação Especial, e recorrendo à revisão bibliográfica em dois bancos de dados de artigos, dissertações e teses sobre a atuação do pedagogo no ambiente hospitalar, avaliamos as práticas pedagógicas desenvolvidas neste contexto.

Na quinta seção, o enfoque foi a história da escolarização da criança internada, desde o século XIII, onde se tem a primeira descrição de atividades educativas para crianças abandonadas e doentes, até a Classe Hospitalar que conhecemos hoje, e sobre a Classe Hospitalar do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia que é o tema de nosso estudo.

Na sexta seção, apresentamos e desvelamos o censo escolar das Classes hospitalares no ano de 2018, avaliando a quantidade de matrículas por unidade da federação, por regiões do Brasil, idade, etapas do ensino e dependência administrativa, com reflexões sobre os dados obtidos.

Na sétima seção, mostramos e analisamos dados sobre as crianças que frequentam a classe hospitalar do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e descrevemos sobre a patologia que as atingem. Apresentamos e interpretamos os resultados das análises das narrativas das acompanhantes, pedagogos e profissionais de saúde sobre as melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida das crianças que participaram da classe hospitalar.

Por fim, apresentamos as considerações finais, destacando resultados que se mostraram recorrentes e anunciando a elaboração de um Projeto de Extensão Universitária sobre Classe Hospitalar, com base nos resultados da pesquisa, para estudantes dos Cursos de Enfermagem e de Medicina, buscando compartilhar conhecimentos sobre a base legal, os efeitos da participação de crianças internadas na referida classe na melhoria das condições de saúde e qualidade de vida e seus vínculos com o direito de viver plenamente as infâncias.

SEÇÃO I - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os resultados da revisão bibliográfica referentes à melhoria na qualidade de vida de crianças que frequentaram a classe hospitalar, servem como justificativa para a pesquisa empreendida, à medida em que oferece base teórica para auxiliar a compreensão do tema, mas também revela lacunas na produção científica sobre referido tema.

Para a referida revisão utilizamos os termos: classe hospitalar, melhoria das condições de saúde, qualidade de vida, como descritores de busca nas bases de dados, conforme se observa no quadro 1.

Inicialmente, fizemos a busca apenas com o descritor “Classe Hospitalar” no período de 2015 a 2019, inclusive, e sem restringir áreas do conhecimento, área de avaliação ou área de concentração tivemos 39 resultados. Cruzando este descritor, “Classe Hospitalar”, com “qualidade de vida” ou “Melhoria das condições de saúde”, não identificamos trabalhos.

A melhoria das condições de saúde ou na qualidade de vida podem ser demonstradas de tantas maneiras que tivemos receio de não incluir um trabalho relevante para a pesquisa e resolvemos ler os resumos dos 39 trabalhos encontrados, e assim reconhecer os que avaliaram a melhoria das condições de saúde ou da qualidade de vida dos participantes. Desta busca não conseguimos nenhum trabalho que comungasse com esta temática. Alguns trabalhos, tivemos que ler além dos resumos, objetivos e análises.

Com a falta de identificação de trabalhos com os resultados esperados, ampliamos a busca pelo descritor “classe hospitalar” sem restrição de data, áreas do conhecimento, área de avaliação ou área de concentração. Essa nova busca resultou em 97 trabalhos que procedemos, conforme mencionado anteriormente, com a leitura dos resumos, objetivos e análises que resultaram em um total de 6 dissertações.

Da mesma forma que fizemos com a busca de dados na base da CAPES, ocorreu a avaliação na base de dados da BDTD e Scielo. Na BDTD, encontramos um total de 77 trabalhos com o descritor “Classe Hospitalar” e após a leitura dos resumos, objetivos e análise, identificamos 3 dissertações que pesquisavam sobre a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida. Destes 3 trabalhos, dois estavam também no banco de dados da CAPES (CARVALHO, 2009; ZOMBINI, 2011).

Na plataforma Scielo, a busca pelo descritor: “Classe Hospitalar”, resultou em 9 artigos, mas nenhum deles sobre a temática que estamos propondo.

Quadro 1: LEVANTAMENTO DE TESES, DISSERTAÇÕES E ARTIGOS PUBLICADOS.

Busca de artigos, dissertações e teses produzidas, seguidas da leitura dos resumos.	Bases de dados	Descritores	Produções encontradas	Produções excluídas	Produções selecionadas
	BDTD (Teses e Dissertações)	Classe Hospitalar	78	75	3*
	CAPES (Teses e Dissertações)		97	91	6*
	<i>Scielo</i> (Artigos)		9	9	0
Total de trabalhos selecionados			184	175	9

*Das 3 produções selecionadas da BDTD e das 6 da CAPES, 2 estão nas duas bases de dados.

Fonte: Elaborado pela autora.

A seguir apresentaremos as dissertações que estão relacionadas com o nosso objetivo. Essa apresentação ocorrerá através transcrição dos objetivos e conclusões delas.

BASE DE DADOS: CAPES e BDTD.

TÍTULO: A criança, o brincar e a aprendizagem no contexto da Classe Hospitalar.

AUTOR: Adnan de Carvalho.

ANO: Londrina, 2009.

OBJETIVO: refletir sobre a atuação do pedagogo em instituições não escolares, como a hospitalar, e os novos caminhos para a educação a partir do acompanhamento pedagógico em âmbito hospitalar; dar voz às crianças/adolescentes enfermos e seus familiares e analisar as experiências e vivências destes durante a hospitalização; conhecer as percepções das crianças/adolescentes e dos familiares sobre o brincar e a aprendizagem dentro desse contexto.

CONCLUSÃO: “A impressão de não interrupção dos processos educativos promovida pelo atendimento pedagógico hospitalar tem ajudado a reverter o quadro clínico de crianças hospitalizadas, pois estas não se sentem incapazes intelectualmente, fato que eleva sua autoestima e sua vontade de se recuperar. Afinal, a hospitalização dessas crianças/adolescentes não deve comprometer o seu desenvolvimento cognitivo. O principal efeito do encontro educação e saúde para uma criança/adolescente hospitalizado é a proteção do seu

desenvolvimento cognitivo e afetivo na construção da aprendizagem.” (CARVALHO, 2009, p.125)

BASE DE DADOS: CAPES.

TÍTULO: **O apoio psicopedagógico ao paciente em tratamento prolongado:** uma investigação sobre o processo de aprendizagem no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

AUTOR: Pérsia Karine Rodrigues Kabata Ferreira.

ANO: Uberlândia, 2011.

OBJETIVO: investigar como é possível favorecer o desenvolvimento e a aprendizagem de pacientes no ambiente hospitalar, em tratamento prolongado, no setor de hemodiálise, a partir de um acompanhamento psicopedagógico. Analisar também o papel das atividades psicopedagógicas, não apenas no que se refere a construção do conhecimento, mas também no que se concerne à própria recuperação e reintegração do paciente.

CONCLUSÃO: “Constatou-se que os sujeitos, mesmo ligados a uma máquina de hemodiálise se interessavam pelas atividades e dificilmente recusava o atendimento, o que demonstra que mesmo na doença havia disposição para se exporem a novas experiências. E, essa disposição traz benefícios ao tratamento e favorece a recuperação, na medida em que a patologia deixa de ser a evidência principal e cede espaço para o surgimento de novas expectativas.” (FERREIRA, 2011, p.111).

BASE DE DADOS: CAPES.

TÍTULO: **Importância da Classe Hospitalar na Recuperação da Criança/Adolescente Hospitalizado.**

AUTOR: Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães.

ANO: Jequié, 2013.

OBJETIVO: Analisar a relação entre as atividades desenvolvidas na classe hospitalar (educação) e o processo de recuperação (saúde) das crianças/adolescentes hospitalizados; discutir o processo pedagógico destinado às crianças/adolescentes acompanhadas no serviço da classe hospitalar; identificar as facilidades e as dificuldades no atendimento às crianças/adolescentes hospitalizados.

CONCLUSÃO: “a aquisição do conhecimento se constitui num ‘poderoso remédio’ que tem em sua fórmula propriedades capazes de minimizar a dor, o sofrimento do corpo, o sofrimento emocional e social. Desse modo, as crianças/adolescentes tendem a adquirir mecanismos que

auxiliem no enfrentamento das agruras, e estes mecanismos são contextualizados na vida das outras crianças/adolescentes. As atividades desenvolvidas na classe hospitalar servem para desmistificar o ambiente hospitalar que na maioria das vezes, é visto como um ambiente hostil, causador de estresse e medo. A ideia de escola no hospital serve para aproximar a realidade que antecede a hospitalização, contribuindo no processo de humanização do ambiente hospitalar. Em relação às atividades lúdicas, neste estudo compreendida como uma ponte para estabelecer comunicação com as crianças/adolescentes, levando-as a interagir de tal modo, que por algum tempo, possam se distanciar da patologia que enfrentam, voltando-se para situações e sensações já experienciadas na escola regular antes da hospitalização; sendo capazes de sorrir, brincar, aprender, criar e superar seus limites, focando na potencialidade individual desses sujeitos, auxiliando-os na recuperação da saúde e conseqüentemente diminuindo o tempo de internação e reinserção social.” (MAGALHÃES, 2013, p.94).

BASE DE DADOS: CAPES.

TÍTULO: *Narrativas infantis: o que nos contam as crianças de suas experiências no hospital e na classe hospitalar.*

AUTOR: Simone Maria da Rocha.

ANO: 2012.

OBJETIVO: depreender as contribuições da classe hospitalar para crianças em tratamento de doenças onco-hematológicas.

CONCLUSÃO: “Nas vozes das crianças, a classe hospitalar tomou contornos, cores vivas e alegres, que transmitem sua função de assegurar o direito à educação para alunos afastados do universo escolar por razões do adoecer. E, ainda, se presentificou como um espaço de conforto e ludicidade, no qual as crianças sentem-se à vontade e seguras, prosseguindo com ações que desempenhavam antes da instalação da doença. Com isso, o estresse, provocado pela internação e pelos procedimentos dolorosos, é amenizado, configurando-se como um espaço que auxilia a criança na compreensão da doença e das mudanças que ela provoca em sua vida. Esse lugar promove autonomia, sobretudo por oferecer às crianças atendidas a oportunidade de escolher o que fazer e como fazer, com atividades que valorizam o lúdico e respeitam o tempo de aprendizagem de cada criança, bem como, suas condições físicas e cognitivas.

Nas vozes das crianças, a presença dos(as) professores(as) deixa o hospital mais alegre, lúdico e com ações que vão além do tratamento físico da doença e que, portanto, ajudam na aceitação e na compreensão da hospitalização e do adoecimento, reconhecendo o hospital como um lugar de vida e de continuar a vida, melhorando a autoestima e os sentimentos de auto valorização.

Os(as) professores(as) da classe hospitalar transmitem segurança afetiva e emocional, pelo acolhimento feito às crianças, pela disposição na escuta e pela busca constante de promover aprendizagens significativas.” (ROCHA, 2012, p. 139-140).

BASE DE DADOS: CAPES.

TÍTULO: Classe hospitalar e a vivência do otimismo trágico: um sentido da escolaridade na vida da criança hospitalizada.

AUTOR: Silvia Moreira Trugilho.

ANO: Vitória, 2003

OBJETIVO: Desvelar o sentido da escolaridade na vida da criança hospitalizada

CONCLUSÃO: “O significado (des)velado do fenômeno investigado levou-me a compreender que as crianças e os adolescentes abordados neste estudo trazem consigo a escolaridade enquanto meio fortalecedor e mantenedor da coragem, do enfrentamento, da esperança, do otimismo trágico e do sentido da vida.” (TRUGILHO, 2003, p.213).

BASE DE DADOS: CAPES e BDTD.

TÍTULO: Classe Hospitalar: uma estratégia para a promoção da saúde da criança.

AUTOR: Edson Vanderlei Zombini

ANO: São Paulo, 2011.

OBJETIVO: Analisar as contribuições de um trabalho pedagógico-educacional em Classe Hospitalar para a promoção e educação em saúde das crianças durante o período de hospitalização.

CONCLUSÃO: “Neste estudo ficou evidente a importância da Classe Hospitalar em amenizar os efeitos da hospitalização, fazendo com que esta situação se torne uma experiência positiva na vida destas crianças. Este espaço é favorável ao desenvolvimento de atividades de educação em saúde durante a hospitalização contribuindo para o empoderamento necessário para vencer as barreiras que impõem a uma participação mais efetiva em prol de um bom nível de saúde e de qualidade de vida” (ZOMBINI, 2011, p.114).

BASE DE DADOS: BDTD.

TÍTULO: Representações sociais de adolescentes em tratamento de câncer sobre a prática pedagógica do professor de Classe Hospitalar.

AUTOR: Cristina Bressaglia Lucon

ANO: Salvador, 2010.

OBJETIVO: Identificar as representações sociais que adolescentes em tratamento do câncer fazem acerca da prática pedagógica do professor de Classe hospitalar e analisar se esta prática contribui para minimizar o estresse do tratamento da doença e para melhora de sua saúde.

CONCLUSÃO: “A prática pedagógica do professor de Classe Hospitalar não é representada como uma maneira de dar continuidade aos seus estudos escolares, porém, ela contribui para a melhora da saúde e para minimizar o estresse do tratamento. A Classe Hospitalar é vista como um *locus* de transitoriedade que gera expectativas positivas, por parte do aluno paciente, de retorno à escola regular.” (LUCON, 2010, p.254).

Com as conclusões dos trabalhos, que citamos anteriormente, nota-se como foi importante a CH durante o período de internação destas crianças. Rememorando que a Educação Especial, a qual contempla a CH, é um tema muito presente nos dias de hoje,

Todavia, nota-se também, que a investigação do impacto da CH, na vida das crianças que a frequentam, tem lacunas. Isso mostra a relevância acadêmica do presente estudo.

Assim, a partir dos achados dos trabalhos anteriores, justifica-se a presente pesquisa, uma vez que o objeto do estudo é avaliar a melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida das crianças que frequentam a Classe Hospitalar do HC-UFU, a partir das narrativas da equipe de saúde, dos pais, mães ou outro responsável e da análise documental.

Nos trabalhos selecionados são apresentados resultados que mostram indícios de melhorias que a CH provoca nos locais onde ela foi inserida, promovendo continuidade no desenvolvimento cognitivo da criança, melhorando sua disposição, ajudando no enfrentamento da doença, diminuindo o estresse do tratamento, contribuindo para a melhora da saúde, ajudando a humanizar o tratamento hospitalar infantil.

A escassa referência literária, principalmente nos últimos anos sobre o tema, por exemplo, no que se refere às narrativas da equipe de saúde, foi uma surpresa e nos fez refletir sobre a possibilidade de desconhecimento e despreocupação por parte da comunidade acadêmica sobre como estas Classes Hospitalares afetam a vida de seus participantes, além da contribuição para seu aprendizado.

SEÇÃO II - METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, com as acompanhantes das crianças que estavam frequentando ou que frequentaram a Classe Hospitalar em 2019 e 2020, com os profissionais de saúde que atendem estas crianças (médicos, enfermeiras, técnicas em enfermagem e assistentes sociais) e com a pedagoga que trabalha na CH. O trabalho foi submetido à CONEP (Anexo 2) e também autorizado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFU (Anexo 1).

Foi adotado o enfoque qualitativo, para alcançar os objetivos descritos anteriormente. Segundo Minayo,

a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2013, p. 25).

Além disso, a pesquisa qualitativa tem cinco características que nos ajudam na busca de respostas para a questão central, orientadora da pesquisa, como a Classe Hospitalar contribui para/na a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das crianças internadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia? São características da pesquisa qualitativa:

- 1- Na investigação qualitativa a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal. Os investigadores introduzem-se e despendem de grandes quantidades de tempo em escolas, famílias, bairros e outros locais tentando elucidar questões educativas.
 - 2- A investigação qualitativa é descritiva. Os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não de números.
 - 3- Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos.
 - 4- Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva. Não recolhem dados ou provas com o objectivo de confirmar ou infirmar hipóteses construídas previamente; ao invés disso, as abstrações são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando.
 - 5- O significado é de importância vital na abordagem qualitativa. Os investigadores que fazem uso deste tipo de abordagem estão interessados no modo como diferentes pessoas dão sentido às suas vidas.
- Os investigadores qualitativos estabelecem estratégias e procedimentos que lhes permitam tomar em consideração as experiências do ponto de vista do informador. O processo de condução de investigação qualitativa reflete uma espécie de diálogos entre os investigadores e os respectivos sujeitos, dados estes não serem abordados de uma forma neutra (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 47-51).

2.1- INSTRUMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS

Entrevistas semiestruturadas

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e aplicados questionários⁶, contemplando questões dissertativas e fechadas. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com as acompanhantes (apêndice 1) e os questionários aplicados à pedagoga da UFU, vinculada à classe hospitalar (apêndice 2), e aos membros da equipe hospitalar (apêndice 3), responsáveis pelo atendimento das crianças internadas e que frequentam a classe hospitalar.

Na avaliação de Triviños:

A entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. Favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...] além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 146; 152).

Em um questionário a informação obtida restringe-se a respostas escritas e questões pré-elaboradas, mas os entrevistados têm mais tempo para pensar nas respostas. Na entrevista, como o entrevistador e a pessoa entrevistada estão presentes quando as questões são formuladas e respondidas, há oportunidades de uma flexibilidade maior, podemos reformular as perguntas para melhor entendimento e obtermos observações pertinentes ao tema, mas que não faziam parte do roteiro.

O roteiro do questionário com a equipe hospitalar (médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem e assistentes sociais) abrangeu os seguintes temas: interação da criança com a equipe; humor; entendimento; classe hospitalar e melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida das crianças hospitalizadas e aceitação da patologia. O roteiro do questionário aplicado com a pedagoga contemplou os seguintes temas: percepção sobre o projeto classe hospitalar e o impacto da participação das crianças internadas na melhoria da qualidade de vida e condições de saúde no referido projeto. E a entrevista com os acompanhantes tratou do relacionamento da criança com a equipe hospitalar, com os pais, aceitação do processo de internação tanto pela criança quanto pelos próprios pais; significados da classe hospitalar para a melhoria da qualidade vida e condições de saúde do filho hospitalizado e que frequenta a referida classe.

⁶ A proposta inicial da pesquisa seria a obtenção de dados através apenas das entrevistas. Devido à pandemia, com o distanciamento social e novas regras de convívio no hospital, resolvemos usar o questionário com a equipe de saúde e a pedagoga.

Em relação às acompanhantes⁷ (mães), uma delas foi abordada enquanto a filha estava tendo atendimento na Classe Hospitalar. Outras duas a abordagem aconteceu no quarto onde as crianças estavam internadas, mas sem a presença das mesmas. As entrevistas foram gravadas no celular da entrevistadora com posterior transcrição.

Com o início da pandemia COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*), causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), a CH foi fechada e o atendimento, mesmo individual, no leito, parou de acontecer. Passamos a entrevistar as mães por telefone, acompanhando o mesmo roteiro de entrevista e com a gravação das respostas e posterior transcrição. O TCLE foi assinado quando compareciam no HC-UFU por outro motivo, principalmente em consultas de acompanhamento.

Em todas as entrevistas (presenciais e por contato telefônico) as mães foram muito receptivas com a entrevistadora, houve preocupação na escolha do momento da entrevista, quando a criança não estivesse precisando de cuidados e/ou atenção.

Dos profissionais de saúde e a pedagoga, devido ao distanciamento imposto pela pandemia, um questionário foi entregue para ser respondido e encaminhado de forma escrita e uma das entrevistas foi encaminhada por áudio (o profissional estava em convalescença de uma cirurgia no braço) e transcrita pela pesquisadora.

2.2- ANÁLISE DOS DADOS

As análises dos dados produzidos foram inspiradas nas formulações de análise de conteúdo de Bardin (2010) e classe hospitalar (ZOMBINI, 2011; BARROS, 2011; FONSECA, 1999).

Das respostas das entrevistas foram criados três quadros: entrevistas com as mães, entrevistas com os profissionais de saúde e entrevista com a pedagoga. Em cada quadro as respostas de todas as perguntas, feitas a cada participante, foram inseridas. Ao lermos e analisarmos o quadro, construímos categorias temáticas, considerando objetivos e questões do estudo. Em seguida, agrupamos essas categorias de forma pertinente⁸. Nesse processo, foram construídas, também, subcategorias. Orientadas por essas categorias e subcategorias,

⁷ À época da pesquisa não havia homens acompanhando os participantes. No HC-UFU não há restrição, no que se diz respeito ao grau de parentesco ou gênero dos acompanhantes de crianças.

⁸ Categoria pertinente: “Adaptada ao material de análise escolhido e ao quadro teórico definido” (FRANCO, 2008, p.67).

analisamos os dados e entrecruzamos resultados, ancorados na base teórica escolhida e apresentada neste Relatório, e os resultados serão apresentados no decorrer deste relatório.

SEÇÃO III – A CLASSE HOSPITALAR NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE EDUCAÇÃO ESPECIAL

Esta seção tem o propósito de apresentar reflexões sobre Classe Hospitalar, no contexto das políticas públicas sobre a Educação Especial, compondo argumento a favor de que a referida classe seja mantida como política pública de Estado. Para tanto, apresentamos um histórico de como iniciaram as lutas pela educação de todas as pessoas e fomentaram um entendimento do acesso à educação como um direito fundamental e humano. As ações dos grupos que iniciaram a arte de ensinar e aprender, valorizando as diferenças, provocaram a elaboração e desenvolvimento de políticas públicas.

As políticas públicas são ações que nascem do contexto social, mas que perpassam pela esfera estatal como uma decisão de intervenção pública numa realidade social, seja para fazer investimentos ou para regulamentação administrativa, como resultado da dinâmica do jogo de forças entre grupos econômicos e políticos, classes sociais e demais organizações da sociedade civil. (BONETI, 2006, p.13).

De acordo com a Cartilha de Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica: “A educação é o principal alicerce da vida social. Ela transmite e amplia a cultura, estende a cidadania, constrói saberes para o trabalho. Mais do que isso, ela é capaz de ampliar as margens da liberdade humana, à medida que a relação pedagógica adote, como compromisso e horizonte ético-político, a solidariedade e a emancipação” (BRASIL, 2001, p.3).

Nessa perspectiva, na atualidade, a Educação Especial é definida como uma modalidade de ensino que perpassa todos os níveis, etapas e modalidades, realiza o atendimento educacional especializado, disponibiliza os recursos e serviços e orienta quanto a sua utilização no processo de ensino e aprendizagem nas turmas comuns do ensino regular (BRASIL, 2008).

Mas, em todo o mundo, durante muito tempo, o diferente foi colocado à margem da educação: o aluno com deficiência, particularmente, era atendido apenas em separado ou então simplesmente excluído do processo educativo, com base em padrões de normalidade; a Educação Especial, quando existente, também, mantinha-se apartada em relação à organização e provisão de serviços educacionais.

O movimento mundial pela educação inclusiva é uma ação política, cultural, social e pedagógica, desencadeada em defesa do direito de todos os estudantes de estarem juntos, aprendendo e participando, sem nenhum tipo de discriminação. Portanto, a educação inclusiva constitui um paradigma educacional fundamentado na concepção

de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à ideia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola (BRASIL, 2008, p.1).

No Brasil, o atendimento às pessoas com deficiência teve início na época do Império, com a criação de duas instituições: o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, em 1854, atual Instituto Benjamin Constant – IBC, e o Instituto dos Surdos Mudos, em 1857, hoje denominado Instituto Nacional da Educação dos Surdos – INES, ambos no Rio de Janeiro.

No início do século XX, é fundado o Instituto Pestalozzi (1926), instituição especializada no atendimento às pessoas com deficiência mental, por Helena Antipoff, psicóloga de origem russa:

Helena Antipoff (1892-1974), havia estudado psicologia na França, na Universidade de Sorbonne, e no Brasil criou o Laboratório de Psicologia Aplicada na Escola de Aperfeiçoamento de Professores, em Minas Gerais, em 1929. Seu trabalho inicial foi uma proposta de organização da educação primária na rede comum de ensino baseado na composição de classes homogêneas. Helena Antipoff foi também responsável pela criação de serviços de diagnósticos, classes e escolas especiais. Em 1932 criou a Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais,⁹ que a partir de 1945, iria se expandir no país (MENDES, 2010, p. 96).

Em 1954, é fundada a primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE (MENDES, 2010, p. 99).

No que se refere à Educação Especial, no Brasil, surgiram, na década de 1950, as primeiras ações do governo, em nível nacional, voltadas para as pessoas com deficiência através de campanhas sob a liderança de instituições privadas em conjunto com o governo federal.

A partir de 1958 o Ministério de Educação começou a prestar assistência técnica-financeira às secretarias de educação e instituições especializadas, lançando as campanhas nacionais para a educação de pessoas com deficiências: Campanha para Educação do Surdo Brasileiro (CESB), em 1957; Campanha Nacional de Educação e Reabilitação dos Deficitários Visuais (CNERDV), em 1958; Campanha Nacional de Educação do Deficiente Mental (Cademe), em 1960. Enquanto isso se intensificava o debate sobre a educação popular, a reforma universitária e os movimentos de educação popular. (MENDES, 2010, p. 99).

A Educação Especial, no Brasil, até a década de setenta, esteve sob a responsabilidade quase que total das instituições privadas. Até esse período, a pessoa com deficiência ainda não era contemplada com uma política educacional voltada para o seu atendimento na rede pública

⁹ A primeira escola com o nome “Pestalozzi” foi criada em Canoas, Rio Grande do Sul, em 1927, pelo Professor Thiago Würth. Helena Antipoff iria influenciar na ampliação da rede das Sociedades e Institutos, ao nível nacional, principalmente com apoio de Francisco Campos, secretário de Educação de Minas Gerais que posteriormente se tornou Ministro da Educação (BRUM, 2014, p. 70-71).

de ensino brasileira. “A criação, no Ministério da Educação e Cultura, do Centro Nacional de Educação Especial (CENESP), na década de setenta, foi um marco importante para implementação de uma política nacional voltada para a Educação Especial.” (MAZZOTTA, 1996, p.55).

A partir da criação do Centro Nacional de Educação Especial (CENESP), conseguimos ter uma política de estado sobre a Educação Especial. Até este momento, as ações do governo se deram através de campanhas nacionais que defendiam ações por categorias (deficientes, surdos e deficientes visuais), em projetos desenvolvidos em instituições subsidiadas pelo governo ou na ajuda de organizações não-governamentais.

3.1- EDUCAÇÃO NO ORDENAMENTO LEGAL: UMA HISTÓRIA DE LUTA POR RECONHECIMENTO DO DIREITO DE ESCOLARIZAÇÃO PARA TODOS.

A Constituição Federal, de 1988, traz como um dos seus objetivos fundamentais “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (art.3º, inciso IV). No artigo 205 define a educação como um direito de todos, garantindo o pleno desenvolvimento da pessoa, o exercício da cidadania e a qualificação para o trabalho. E, no seu artigo 206, inciso I, estabelece a “igualdade de condições de acesso e permanência na escola” como um dos princípios para o ensino e garante como dever do Estado, a oferta do atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino (art. 208).

Esta constituição foi um marco no sentido de garantir direitos fundamentais como a educação inclusiva. Foi dada à escolarização, sua real importância tanto para a formação do indivíduo como também o reconhecimento dos seus direitos como cidadão. Não há como falar em educação sem nos preocuparmos com a inclusão. Se não é garantida a escolarização de crianças vitimadas pela pobreza, por doenças (que muitas vezes são causadas também pela pobreza, por falhas no sistema de saúde público) ou por deficiências físicas, a educação deixa de cumprir um dos seus principais objetivos que é o de ser universal.

O movimento mundial pela educação inclusiva é uma ação política, cultural, social e pedagógica, desencadeada em defesa do direito de todos os estudantes de estarem juntos, aprendendo e participando, sem nenhum tipo de discriminação. Portanto, a educação inclusiva constitui um paradigma educacional fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à ideia de

equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei nº 8.069/90, no artigo 55, reforça os dispositivos legais supracitados ao determinar que “os pais ou responsáveis tem a obrigação de matricular seus filhos ou pupilos na rede regular de ensino”.

A Conferência Mundial sobre Educação para Todos realizada em Jomtien, Tailândia, de 5 a 9 de março de 1990, iniciou-se com um preâmbulo mostrando que, mesmo depois de 40 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos que afirma que "toda pessoa tem direito à educação", ainda tínhamos números muito distantes desta meta. Em seu artigo 3, faz alusão à educação inclusiva:

Um compromisso efetivo para superar as disparidades educacionais deve ser assumido. Os grupos excluídos – os pobres; os meninos e meninas de rua ou trabalhadores; as populações das periferias urbanas e zonas rurais; os nômades e os trabalhadores migrantes; os povos indígenas; as minorias étnicas, raciais e linguísticas; os refugiados; os deslocados pela guerra; e os povos submetidos a um regime de ocupação – não devem sofrer qualquer tipo de discriminação no acesso às oportunidades educacionais (CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE EDUCAÇÃO PARA TODOS, 1990).

Realizou-se em Salamanca, Espanha, em 1994, a Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, onde foi elaborada a “Declaração de Salamanca e Linha de Ação Sobre Necessidades Educativas Especiais”. A Declaração de Salamanca (1994) oferece um ordenamento de ações que preconizam os encaminhamentos educativos com ênfase na educação inclusiva.

O princípio fundamental desta linha de ação é de que as escolas devem acolher todas as crianças, independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras. Devem acolher crianças com deficiência e crianças bem-dotadas; crianças que vivem nas ruas e que trabalham; crianças de populações distantes ou nômades; crianças de minorias linguísticas, étnicas ou culturais e crianças de outros grupos e zonas desfavorecidos ou marginalizados (BRASIL, 1994, p.3).

Nesse processo, é importante reconhecer possibilidade de entrecruzamentos da Educação Especial com o movimento de inclusão escolar. Mas, reconhecer, também, que “Educação inclusiva não deve se referir apenas à Educação Especial”. Além disso, esclarecer que “A forma mais coerente de ação pedagógica transformadora é a busca de uma prática / política da diferença. Essa é a forma de o processo educacional ser tomado de forma menos excludente, na medida em que considera em seus esquemas de ação o outro, ou os outros, nas suas características linguísticas, cognitivas, físicas, culturais e sociais (DORZIAT, 2008, p. 22-29).

Na reflexão sobre a História da Educação Especial, cabe destacar que, em 1994, é publicada a Política Nacional de Educação Especial, definindo:

Entenda-se por Política Nacional de Educação Especial a ciência e a arte de estabelecer objetivos gerais e específicos, decorrentes da interpretação dos interesses, necessidades e aspirações de pessoas portadoras de deficiências, condutas típicas (problemas de conduta) e de altas habilidades (superdotadas), assim como de bem orientar todas as atividades que garantam a conquista e a manutenção de tais objetivos (BRASIL, 1994, p. 7).

Essa publicação foi elaborada no decorrer do ano de 1993 e foi amplamente discutida com representantes de organizações governamentais e não-governamentais voltadas para pessoas portadoras de deficiências, de problemas de conduta e superdotadas. Serviu como fundamentação e orientação do processo global da Educação Especial, criando condições adequadas para o desenvolvimento pleno de suas potencialidades, com vistas ao exercício consciente da cidadania.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394/96, no artigo 59, preconiza que os sistemas de ensino devem assegurar aos estudantes currículo, métodos, recursos e organização específicos para atender as suas necessidades; assegura a terminalidade específica àqueles que não atingiram o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências; e assegura a aceleração de estudos aos superdotados para conclusão do programa escolar. Também, define, dentre as normas para a organização da Educação Básica, a “possibilidade de avanço nos cursos e nas series mediante verificação do aprendizado” (art. 24, inciso V) e “[...] oportunidades educacionais apropriadas, consideradas as características do alunado, seus interesses, condições de vida e de trabalho, mediante cursos e exames” (art. 37).

Em 1999, o Decreto nº 3.298, que regulamenta a Lei nº 7.853/89, ao dispor sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, define a Educação Especial como uma modalidade transversal a todos os níveis e modalidades de ensino, enfatizando a atuação complementar da Educação Especial ao ensino regular.

As Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, Resolução CNE/CEB nº 2/2001, no artigo 2º, determinam que: “Os sistemas de ensino devem matricular todos os estudantes, cabendo as escolas organizarem-se para o atendimento aos educandos com necessidades educacionais especiais, assegurando as condições necessárias para uma educação de qualidade para todos” (MEC/SEESP, 2001).

O Plano Nacional de Educação – PNE, Lei nº 10.172/2001, destaca que “o grande avanço que a década da educação deveria produzir seria a construção de uma escola inclusiva

que garanta o atendimento à diversidade humana”. Ao estabelecer objetivos e metas para que os sistemas de ensino favoreçam o atendimento aos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, aponta um déficit referente à oferta de matrículas para estudantes com deficiência nas classes comuns do ensino regular, à formação docente, à acessibilidade física e ao atendimento educacional especializado.

A Convenção da Guatemala (1999), promulgada no Brasil pelo Decreto nº 3.956/2001, afirma que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que as demais pessoas, definindo como discriminação com base na deficiência toda diferenciação ou exclusão que possa impedir ou anular o exercício dos direitos humanos e de suas liberdades fundamentais. Este Decreto tem importante repercussão na educação, exigindo uma reinterpretação da Educação Especial, compreendida no contexto da diferenciação, adotado para promover a eliminação das barreiras que impedem o acesso à escolarização.

Na perspectiva da educação inclusiva, a Resolução CNE/CP nº 1/2002, que estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, define que as instituições de ensino superior devem prever, em sua organização curricular, formação docente voltada para a atenção à diversidade e que contemple conhecimentos sobre as especificidades dos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação.

A Lei nº 10.436/02 reconhece a Língua Brasileira de Sinais – Libras como meio legal de comunicação e expressão, determinando que sejam garantidas formas institucionalizadas de apoiar seu uso e difusão, bem como a inclusão da disciplina de Libras como parte integrante do currículo nos cursos de formação de professores e de fonoaudiologia.

A Portaria nº 2.678/02 do MEC aprova diretrizes e normas para o uso, o ensino, a produção e a difusão do sistema Braille em todas as modalidades de ensino, compreendendo o projeto da Grafia Braille para a Língua Portuguesa e a recomendação para o seu uso em todo o território nacional.

Em 2003, é implementado pelo MEC o Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade, destinado a promover a formação continuada de gestores e educadores das redes estaduais e municipais de ensino com o objetivo de que as redes atendam com qualidade e incluam nas classes comuns do ensino regular os alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades e superdotação.

Em 2004, o Ministério Público Federal publica o documento: O Acesso de Estudantes com Deficiências Escolas e Classes Comuns da Rede Regular, apresentando um referencial

para a construção dos sistemas educacionais inclusivos, nas classes comuns do ensino regular, organizados para atender o conjunto de necessidades e características de todos os cidadãos. Defendem o acesso universal à escolaridade básica através da transformação da escola em um ambiente de convivência respeitosa, enriquecedora e livre de qualquer discriminação.

Impulsionando a inclusão educacional e social, o Decreto nº 5.296/04 regulamentou as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00, estabelecendo normas e critérios para a promoção da acessibilidade as pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. Nesse contexto, o Programa Brasil Acessível, do Ministério das Cidades, é desenvolvido com o objetivo de promover a acessibilidade urbana e apoiar ações que garantam o acesso universal aos espaços públicos.

O Decreto nº 5.626/05, que regulamenta a Lei nº 10.436/2002, visando o acesso à escola para os estudantes surdos, dispõe sobre a inclusão da Libras como disciplina curricular, a formação e a certificação de professor de Libras, instrutor e tradutor/intérprete de Libras, o ensino da Língua Portuguesa como segunda língua para estudantes surdos e a organização da educação bilíngue no ensino regular.

Em 2005, com a implantação dos Núcleos de Atividades de Altas Habilidades/Superdotação – NAAH/S em todos os estados e no Distrito Federal, são organizados centros de referência na área das altas habilidades/superdotação para o atendimento educacional especializado, orientação às famílias e a formação continuada dos professores, constituindo a organização da política de educação inclusiva de forma a garantir esse atendimento aos estudantes da rede pública de ensino.

A Secretaria Especial dos Direitos Humanos, os Ministérios da Educação e da Justiça, juntamente com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO, lançam, em 2005, o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos, que objetiva, dentre as suas ações, contemplar, no currículo da Educação Básica, temáticas relativas as pessoas com deficiência e desenvolver ações afirmativas que possibilitem acesso e permanência na Educação Superior.

Em 2007, é lançado o Plano de Desenvolvimento da Educação – PDE, reafirmado pela Agenda Social, tendo como eixos a formação de professores para a Educação Especial, a implantação de salas de recursos multifuncionais, a acessibilidade arquitetônica dos prédios escolares, acesso e a permanência das pessoas com deficiência na Educação Superior e o monitoramento do acesso à escola dos favorecidos pelo Benefício de Prestação Continuada – BPC.

Para a implementação do PDE é publicado o Decreto nº 6.094/2007, que estabelece nas diretrizes do Compromisso Todos pela Educação, a garantia do acesso e permanência no ensino regular e o atendimento aos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, fortalecendo seu ingresso nas escolas públicas.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela ONU em 2006 e ratificada com força de Emenda Constitucional por meio do Decreto Legislativo nº186/2008 e do Decreto Executivo nº6949/2009, estabelece que os Estados- Partes devem assegurar um sistema de educação inclusiva em todos os níveis de ensino, em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social compatível com a meta da plena participação e inclusão.

O Decreto nº 6571/2008, incorporado pelo Decreto nº 7611/2011, institui a política pública de financiamento no âmbito do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação - FUNDEB, estabelecendo o duplo cômputo das matrículas dos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. Visando ao desenvolvimento inclusivo dos sistemas públicos de ensino, este Decreto também define o atendimento educacional especializado complementar ou suplementar à escolarização e os demais serviços da Educação Especial, além de outras medidas de apoio à inclusão escolar.

O Conselho Nacional de Educação – CNE publica a Resolução CNE/CEB, 04/2009, que Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado, na Educação Básica, modalidade Educação Especial.

Art. 2º: O AEE tem como função complementar ou suplementar a formação do aluno por meio da disponibilização de serviços, recursos de acessibilidade e estratégias que eliminem as barreiras para sua plena participação na sociedade e desenvolvimento de sua aprendizagem.

Parágrafo único. Para fins destas Diretrizes, consideram-se recursos de acessibilidade na educação aqueles que asseguram condições de acesso ao currículo dos alunos com deficiência ou mobilidade reduzida, promovendo a utilização dos materiais didáticos e pedagógicos, dos espaços, dos mobiliários e equipamentos, dos sistemas de comunicação e informação, dos transportes e dos demais serviços.

O Decreto nº7084/2010, ao dispor sobre os programas nacionais de materiais didáticos, estabelece no seu artigo 28: “O Ministério da Educação adotará mecanismos para promoção da acessibilidade nos programas de material didático destinados aos alunos da Educação Especial e seus professores das escolas de Educação Básica, públicas.” (BRASIL, 2010).

A fim de promover políticas públicas de inclusão social das pessoas com deficiência, dentre as quais, aquelas que efetivam um sistema educacional inclusivo, nos termos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, instituíram-se, por meio do Decreto nº7612/2011, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite que apresenta quatro eixos de atuação: acesso à educação, atenção à saúde, inclusão social e acessibilidade (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com transtorno do espectro Autista é criada pela Lei nº 12.764/2012. Além de consolidar um conjunto de direitos, esta lei em seu artigo 7º, diz que “o gestor escolar, ou autoridade competente, que recusar a matrícula de aluno com transtorno do espectro autista, ou qualquer outro tipo de deficiência, será punido com multa de 3 (três) a 20 (vinte) salários-mínimos” (BRASIL, 2012).

Ancorada nas deliberações da Conferência Nacional de Educação – CONAE/ 2010, a Lei nº 13.005/2014, que institui o Plano Nacional de Educação – PNE, no artigo 8º, parágrafo 1º e inciso III, determina que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios garantam o atendimento as necessidades específicas na Educação Especial, assegurado o sistema educacional inclusivo em todos os níveis, etapas e modalidades. Com base nesse pressuposto, a meta 4 pretende:

Universalizar, para a população de 4 (quatro) a 17 (dezessete) anos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, o acesso à Educação Básica e ao atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino, com a garantia de sistema educacional inclusivo, de salas de recursos multifuncionais, classes, escolas ou serviços especializados, públicos ou conveniados (BRASIL, 2014).

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008), o atendimento educacional especializado, até os 3 anos de idade, se expressa por meio de serviços de estimulação precoce, que objetivam otimizar o processo de desenvolvimento e aprendizagem em interface com os serviços de saúde e assistência social. Em todas as etapas e modalidades da Educação Básica, o atendimento educacional especializado é organizado para apoiar o desenvolvimento dos estudantes, constituindo oferta obrigatória dos sistemas de ensino. Deve ser realizado no turno inverso ao da classe comum, na própria escola ou centro especializado que realize esse serviço educacional.

Na modalidade de Educação de Jovens e Adultos e Educação Profissional, as ações da Educação Especial possibilitam a ampliação de oportunidades de escolarização, formação para ingresso no mundo do trabalho e efetiva participação social.

Na Educação Superior, a Educação Especial se efetiva por meio de ações que promovam o acesso, a permanência e a participação dos estudantes. Estas ações envolvem o planejamento e a organização de recursos e serviços para a promoção da acessibilidade arquitetônica, nas comunicações, nos sistemas de informação, nos materiais didáticos e pedagógicos, que devem ser disponibilizados nos processos seletivos e no desenvolvimento de todas as atividades que envolvam o ensino, a pesquisa e a extensão.

Para garantir a manutenção da escolarização de crianças que são submetidas a internações constantes ou prolongadas, a Educação Especial se efetiva por meio das Classes Hospitalares. Ela assegura que crianças continuem o seu aprendizado através de um acompanhamento educacional intra-hospitalar.

3.2- CLASSE HOSPITALAR

A modalidade de atendimento, CLASSE HOSPITALAR, foi prevista pelo Ministério da Educação e do Desporto em 1994, através da publicação da Política Nacional de Educação Especial (BRASIL, 1994, p.20).

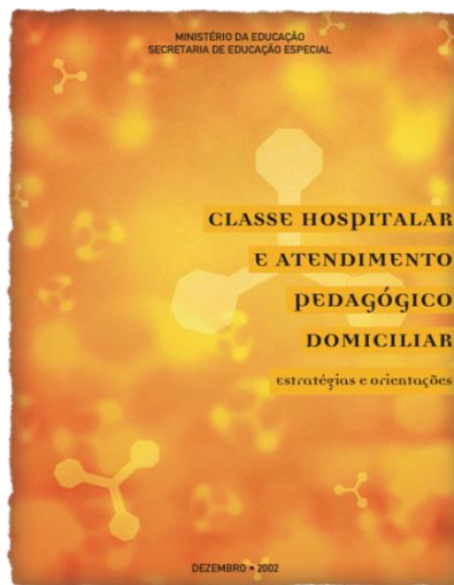
É realizada uma revisão conceitual dos termos mais usuais da Educação Especial e dentre eles, define-se “Modalidades de atendimento educacional: são alternativas de procedimentos didáticos específicos e adequados às necessidades educativas do alunado da Educação Especial e que implicam espaços físicos, recursos humanos e materiais diferenciados. As modalidades de atendimento em Educação Especial, no Brasil, são:

1. Atendimento domiciliar;
2. Classe comum;
3. Classe especial;
4. Classe hospitalar;
5. Centro Integrado de Educação Especial;
6. Ensino com professor itinerante;
7. Escola Especial;
8. Oficina pedagógica;
9. Sala de estimulação essencial;
10. Sala de recursos” (BRASIL, 1994).

A Classe Hospitalar é definida como: “Ambiente hospitalar que possibilita o atendimento educacional de crianças e jovens internados que necessitam de Educação Especial e que estejam em tratamento hospitalar.” (BRASIL, 1994, p.20)

No Brasil, a legislação reconheceu por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente Hospitalizado, através da Resolução nº 41 de outubro de 1995, no item 9, o “Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar”.

Figura 4- Classe hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: Estratégias e Orientações.



Fonte: Ministério da Educação e Cultura. Secretaria da Educação Especial. Brasília, 2002.

Em 2002, o Ministério da Educação, por meio de sua Secretaria de Educação Especial, elaborou um documento de estratégias e orientações para o atendimento nas classes hospitalares, assegurando o acesso à Educação Básica. De acordo com esse documento:

A educação tem potência para reconstituir a integralidade e a humanização nas práticas de atenção à saúde; para efetivar e defender a autodeterminação das crianças diante do cuidado; para propor outro tipo de acolhimento das famílias nos hospitais, inserindo a sua participação como uma interação de aposta no crescimento das crianças; para entabular uma educação do olhar e da escuta na equipe de saúde mais significativa à afirmação da vida. (BRASIL, MEC, 2002).

Para que todas as crianças estejam na escola, temos que destruir as barreiras que as impedem de chegar e permanecer nos lugares onde são oferecidos o conhecimento. Se não há como esta criança se deslocar para estes lugares, então a educação tem que ir até ela. Não

adianta a exigir educação para todos (e não nos faltam leis que garantam isso) e o acesso e sua permanência nas instituições de ensino não serem garantidos.

A fim de evoluirmos nesse sentido, o Estado, responsável pelas políticas públicas, deve fazer um diagnóstico mais profundo de onde está a deficiência que impedem a participação de mais crianças nas escolas e com isso elaborar meios de liberar estes entraves.

Se é imposto para as escolas receberem crianças com deficiências físicas e mentais, além da preocupação com o a acessibilidade, conforto e preparação do pedagogo, temos que preocupar se ela vai conseguir chegar a esta escola. O mesmo raciocínio deverá ser feito para crianças em extrema pobreza ou que vivam em lares abusivos.

A Educação Hospitalar, a nosso ver, das políticas públicas em Educação Especial, é a que mais vai ao encontro dessa preocupação. Ter uma escola em um hospital, levar conhecimento até um leito, através de pedagogo e professores que se prepararam e se dispuseram a exercer o ofício ali, quebra a maioria das barreiras que impedem o acesso e permanência das nossas crianças na escola.

Mas, para que a educação escolar ocorra no hospital, é necessário que as Classes Hospitalares se constituam como Política Pública de Estado, materializando o direito à educação previsto na Constituição vigente.

SEÇÃO IV- PEDAGOGIA HOSPITALAR

O acompanhamento pedagógico e escolar da criança hospitalizada favorece a construção subjetiva de uma estabilidade de vida não apenas como elaboração psíquica da enfermidade e da hospitalização, mas, principalmente, como continuidade e segurança diante dos laços sociais da aprendizagem (relação com colegas e relações de aprendizagens mediadas por professor), o que nos permitiria falar de uma "escola no hospital" ou de uma "classe escolar" em ambiente hospitalar (CECCIM, 1999, p.42).

É na Grécia que se inicia a História da Educação como conhecemos hoje. O termo pedagogia, segundo o dicionário Aurélio de língua portuguesa, palavra de origem grega, que significa: "teoria e ciência da educação e do ensino".

Para discorrermos sobre a História da Educação, recorreremos a obra de Jaeger (1936), que faz um profundo relato sobre a história da educação grega.

Paideia (παιδεία) é um termo do grego antigo, empregado para sintetizar a noção de educação na sociedade grega clássica. Inicialmente, a palavra (derivada de paidos - pedós - criança) significava simplesmente "criação dos meninos", ou seja, referia-se à educação familiar, os bons modos e princípios morais. Será na mesma Grécia que se inicia um modelo de educação com um sentido relativamente semelhante ao que se utiliza hoje.

De acordo com Jaeger (1936), não podemos usar a palavra paidéia como a origem da educação na Grécia, já que ela só aparece no século V. O conceito que inicialmente exprime o ideal educativo grego é o de *arete* que é entendido como um atributo próprio da nobreza, um conjunto de qualidades físicas, espirituais e morais tais como a bravura, a coragem, a eloquência, a força e destreza dos guerreiros ou lutadores, acima de tudo, heroísmo.

No fim da época arcaica, surge o *Kaloskagathia* (kalos – beleza e kagatos – bondade); mais do que honra e glória, o homem deve procurar outros atributos, como a excelência física e moral. Para alcançar este ideal é proposto um programa educativo que implica dois elementos fundamentais: a ginástica para o desenvolvimento do corpo e a música (aliada à leitura e ao canto) para o desenvolvimento da alma. É nesse período que inicia-se a gramática.

A partir do século V a.C, surge um novo ideal de educação. A educação para formação do homem como indivíduo, baseada na ginástica, música e gramática deixa de ser suficiente. O novo ideal educativo grego aparece como *Paideia*, formação geral que tem por tarefa construir o homem como indivíduo e também como cidadão.

Na educação antiga, até aos sete anos as crianças eram educadas no *gineceu* (parte da casa reservada apenas às mulheres) na companhia da mãe e das outras mulheres da casa. Depois

dessa idade, as meninas continuavam em casa, onde aprendiam os trabalhos domésticos e música.

Para os meninos, entre os sete e os quatorze anos, eram ensinados a prática da ginástica, música e gramática. Os professores eram contratados pela família, o que fez com que a educação que cada criança recebia dependesse da vontade e da capacidade financeira de sua família. Os mais ricos tinham um escravo ao seu serviço – *pedagogo* – que os acompanhava e os ajudava com as lições.

Aproximadamente com dezesseis anos de idade, os rapazes abandonavam os cuidados do pedagogo e interrompiam os estudos literários e musicais, mas continuavam a cultivar a harmonia do corpo e do espírito, com a educação física e dialogando com os mais velhos e com eles aprendendo a sabedoria e a arte de discutir ideias. Depois dos vinte anos, o jovem tinha dois anos de preparação militar, finda a qual se tornava cidadão.

Em 1762, Jean-Jacques Rousseau publicou *Emilio* ou *Da Educação*. Este tratado, de uma total novidade para a época, encontrou grande sucesso, revolucionando a pedagogia e serviu de ponto de partida para as teorias de todos os grandes educadores dos séculos XIX e XX. Trata-se de um romance pedagógico que conta a educação de um órfão, Emilio, de seu nascimento até seu casamento.

Em seu livro primeiro, Rousseau fala sobre a importância da educação na infância:

Nascemos fracos, precisamos de força; nascemos desprovidos de tudo, temos necessidade de assistência; nascemos estúpidos, precisamos de juízo. Tudo o que não temos ao nascer, e de que precisamos adultos, é nos dado pela educação. Essa educação nos vem da natureza, ou dos homens ou das coisas. O desenvolvimento interno de nossas faculdades e de nossos órgãos é a educação da natureza; o uso que nos ensinam a fazer desse desenvolvimento é a educação dos homens; e o ganho de nossa própria experiência sobre os objetos que nos afetam é a educação das coisas. (ROUSSEAU 1979, p. 12).

A necessidade da formação docente já fora preconizada por Comenius, no século XVII, e o primeiro estabelecimento de ensino destinado à formação de professores teria sido instituído por São João Batista de La Salle em 1684, em Reims, com o nome de Seminário dos Mestres, (DUARTE, 1986).

De acordo com Saviani (2009), a questão da formação de professores exigiu uma resposta institucional apenas no século XIX, quando, após a Revolução Francesa, foi colocado o problema da instrução popular. É daí que deriva o processo de criação de Escolas Normais como instituições encarregadas de preparar professores. A primeira escola Normal para formação de professores foi em Paris, no ano de 1795.

No Brasil, em 1835, surgiu a primeira Escola Normal do país, em Niterói. Em seguida, outras Escolas Normais foram criadas visando melhorias no preparo do docente. Em 1836, foi criada a da Bahia, em 1845 a do Ceará e, em 1846, a de São Paulo.

Na Reforma do Ministro do Império, Luiz Pedreira do Couto Ferraz, apareciam exigências rigorosas para o exercício do magistério público e particular. O professor deveria apresentar provas de moralidade e capacidade para ocupar a cadeira de professor. Quanto às mulheres que se dispunham educar, as exigências morais atingiam a vida privada:

As professoras devem exhibir, de mais, se casadas, a certidão do seu casamento; se viúvas, a do óbito de seus maridos; e se viverem separadas destes a pública sentença que julgar a separação, para se avaliar o motivo que a originou. As solteiras só poderão exercer o magistério público tendo 25 anos completos de idade, salvo se ensinarem na casa dos pais e estes forem de reconhecida moralidade (LEI COUTO FERRAZ. Decreto nº 133, de 17/02/1854, art. 16º).

O primeiro curso de Pedagogia, no Brasil, se deu em 1939, no âmbito da Reforma Francisco Campos, quando foi institucionalizado, no Brasil, por meio do Decreto-lei nº 1.190 de 4 de abril de 1939, que criou a Faculdade Nacional de Filosofia na Universidade do Brasil (antiga URJ) que contava com os cursos de Ciências, Letras, Pedagogia e História. A instalação do curso significou, à época, “uma recusa à formação superior para os professores da educação primária e, ao mesmo tempo, uma visão dicotomizada entre a formação dos professores e a teoria pedagógica” (SCHEIBE; DURLI, 2011, p. 86).

As habilitações do Curso de Pedagogia foram instituídas pelo Parecer 252, de 11/04/1969, do Conselho Federal de Educação – CFE. Tal parecer refletiu, à época, a divisão social do trabalho na escola e figura para alguns autores como marco inicial da produção de uma visão fragmentada da instituição escolar e suas atribuições através da instituição dos especialistas em educação – orientador, supervisor, administrador e inspetor escolar – em documento do CFE. A partir do parecer de 1969, o curso de Pedagogia passou a formar, além do docente, o chamado “especialista em educação”, já que foram introduzidas as habilitações em Orientação Educacional, Supervisão Escolar, Administração Escolar e Inspeção Escolar e também houve modificação na duração do curso, que passou a ter duas modalidades de licenciatura: a plena (com duração de 2200 horas) e a licenciatura curta (com duração de 1100 horas).

Como já mencionado, o atendimento educacional a pessoas com deficiência no Brasil teve início na época do império, em 1854, com o Imperial Instituto de Meninos Cegos, atual Instituto Benjamin Constant – IBC e o Instituto dos Surdos Mudos, em 1857, hoje denominado

Instituto Nacional da Educação dos Surdos – INES, ambos no Rio de Janeiro. O atendimento a crianças com deficiência mental se deu, em 1926, com o Instituto Pestalozzi e em 1945 é fundada a primeira APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais).

De acordo com Saviani (2009), o período inaugurado em 1946 com a Lei Orgânica do Ensino Normal previa que os institutos de educação, além do ensino normal, ministrariam cursos de especialização para formar, entre outros, professores de Educação Especial.

A resolução nº 01/2006 que trata da Diretrizes Nacionais para o Curso de Pedagogia do Conselho Nacional de Educação-CNE demonstra no Art. 5º “O egresso do curso de Pedagogia deverá estar apto a:

[...]

IV - Trabalhar, em espaços escolares e não-escolares, na promoção da aprendizagem de sujeitos em diferentes fases do desenvolvimento humano, em diversos níveis e modalidades do processo educativo; [...]

X - Demonstrar consciência da diversidade, respeitando as diferenças de natureza ambiental-ecológica, étnico-racial, de gêneros, faixas geracionais, classes sociais, religiões, necessidades especiais, escolhas sexuais, entre outras [...].

III - atividades complementares envolvendo o planejamento e o desenvolvimento progressivo do Trabalho de Curso, atividades de monitoria, de iniciação científica e de extensão, diretamente orientadas por membro do corpo docente da instituição de Educação Superior decorrentes ou articuladas às disciplinas, áreas de conhecimentos, seminários, eventos científico-culturais, estudos curriculares, de modo a propiciar vivências em algumas modalidades e experiências, entre outras, e opcionalmente, a educação de pessoas com necessidades especiais, a educação do campo, a educação indígena, a educação em remanescentes de quilombos, em organizações não-governamentais, escolares e não-escolares públicas e privadas; (RESOLUÇÃO CNE/CP Nº 1, DE 15 DE MAIO DE 2006).

Por isso, a formação do pedagogo requer uma amplitude cada vez maior na compreensão de ensino e de aprendizagem em espaços e situações cada vez mais diversas.

Saviani (2009), quando escreve sobre a formação de professores para a Educação Especial, apresenta as seguintes considerações:

Considerada a complexidade do problema inerente a essa modalidade, de certo modo evidenciada nos vários aspectos contemplados no próprio documento do Conselho Nacional de Educação que fixou as diretrizes curriculares nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, será necessário instituir um espaço específico para cuidar da formação de professores para essa modalidade de ensino. Do contrário essa área continuará desguarnecida e de nada adiantarão as reiteradas proclamações referentes às virtudes da educação inclusiva que povoam os documentos oficiais e boa parte da literatura educacional nos dias de hoje. (SAVIANI, 2009, p.153).

O campo da Pedagogia mudou, bem como o seu foco na formação, e isso exige que ela seja concebida para além da escola. Não significa que a sua ação em contextos não escolares substitua o espaço escolar, mas o fato de promover educação e humanizar o homem em outros

espaços a faz significativa e importante também, pois há relações que são estabelecidas de ensino-aprendizagem nessas outras pedagogias, como aponta Arroyo:

As Outras Pedagogias são, de um lado, essas brutais pedagogias de subalternização e, de outro, as pedagogias de libertação de que são sujeitos. Onde se manifestam esses Outros Sujeitos e criam Outras Pedagogias? Na pluralidade de ações coletivas, de organizações populares, de trabalhadores da educação, da saúde, dos campos e periferias, nas lutas dos diversos movimentos sociais. Seus (Suas) filhos (as) se fazem presentes nas escolas e universidades, nas ruas, no movimento adolescente/juvenil. São os outros educandos que trazem outras indagações pedagógicas à docência. São os outros docentes se organizando, mobilizando e inventando outro fazer educativo. Para se manifestar privilegiam ações. Ações coletivas na diversidade de campos e fronteiras de luta pelo direito à vida, a terra, ao teto e território, à identidade, orientação sexual, ao conhecimento, à memória e cultura, à saúde, educação e dignidade, à justiça, igualdade, às diferenças. Ações coletivas pela emancipação, como pedagogias libertadoras radicais. O foco central são os conhecimentos e os processos, as pedagogias que contestam e que nessas ações coletivas emancipatórias os seus sujeitos produzem (ARROYO, 2014, p. 37).

Quando o espaço de atuação do pedagogo é um hospital e os alunos são crianças e adolescentes com doenças crônicas, com hospitalização prolongada, com todas as implicações físicas, emocionais e sociais que acarretam, vemos que somente a graduação tradicional não consegue ser uma fonte eficaz de conhecimento. Os cursos de especialização ou uma formação continuada podem preencher essa lacuna do conhecimento. Mas, consideramos importante reformular os cursos de graduação na perspectiva da educação inclusiva.

Características como interdisciplinaridade, humanização, ludicidade, desafio e outras, que compõem a pedagogia hospitalar, aumentam o interesse por esse tema e com isso tem aumentando a quantidade de publicações nesta área.

Em função da necessidade de ampliar o conhecimento sobre Pedagogia Hospitalar, foi realizado um levantamento bibliográfico de teses e artigos que discorrem sobre a pedagogia, destacando a atuação do pedagogo neste espaço não escola e a avaliação das práticas pedagógicas ali desenvolvidas.

A pesquisa no “Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES”, usando como busca o termo: “Pedagogia Hospitalar”, no período de 2013 a 2019, inclusive, refinado com a área de conhecimento e área de avaliação em educação e, também, a pesquisa na base de dados da Scielo (Scientific Electronic Library Online) em artigos com o tema: “Pedagogia Hospitalar”, evidenciaram 14 trabalhos. Esses resultados serão expostos no quadro a seguir.

Quadro 2: Resultado da busca no “Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES”

TÍTULO	OBJETIVO	AUTOR / ANO
<p>Brincando e sendo feliz: a pedagogia hospitalar como proposta humanizadora no tratamento de crianças hospitalizadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão das teorias pedagógicas como suporte das atividades do pedagogo no hospital; - A análise da Resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE) 1º a 15 de maio de 2006. - A investigação do processo de formação discentado curso de Pedagogia da UFS, quanto a prática do pedagogo no hospital. 	<p>Myrian Soares de Moraes, 2013</p>
<p>A Escola Hospitalar do Hospital A. C. Camargo: uma experiência de humanização narrada por sua fundadora</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar a narrativa da Professora Maria Genoveva Vello, sobre a construção da Escola Especializada Schwester Heine. - Fornecer subsídios para novas pesquisas sobre esta temática. 	<p>Rosana Meire Giannoni, 2013</p>
<p>Formação <i>online</i> para professores que atuam com escolares em tratamento de saúde</p>	<p>Analisar o desenvolvimento de um curso de extensão <i>online</i> no AVA Eureka, no que se refere à adaptação, interação, mediação e contribuição, no sentido de buscar melhorias no processo de aprendizagem dos professores que atendem escolares em tratamento de saúde.</p>	<p>Genaldo Luis Sievert, 2013</p>

<p>BRI(N)COLEUR: uma experiência de pesquisa e formação em pedagogia hospitalar</p>	<p>Apontar alguns dos percursos nos processos de aprender, provenientes de interações entre crianças e adolescentes em situação de internação e seus familiares e educadores, com base em produções enunciativas registradas em diários.</p>	<p>Camila Camargo Prates, 2013</p>
<p>O sentido de ser educadora das/nas brinquedotecas do Hospital Infantil de Vitória/ES: um estudo a partir dos conceitos de experiência, narrativa & cuidado</p>	<p>Desvelar o sentido de ser educador nas brinquedotecas do Hospital Infantil de Vitória, ES, focando as experiências delas narradas e cuidadosamente vividas (e ou experienciadas).</p>	<p>Jaqueline Bragio, 2014</p>
<p>Narrativas, saberes e práticas: a trajetória de formação do professor de Classe Hospitalar</p>	<p>Investigar os processos formativos dos professores de classe hospitalar da escola SchwesterHeine, no Hospital A. C. Camargo, com vistas a ampliar a compreensão a respeito das necessidades de formação dos professores que atuam em classes hospitalares.</p>	<p>Cristiane Nobre Nunes, 2014</p>
<p>O que se aprende quando se aprende cinema no hospital?</p>	<p>Investigar o que se aprende quando se aprende cinema no projeto de extensão <i>Cinema no Hospital?</i></p>	<p>Fernanda Omelczuk Walter, 2016</p>

<p>Pedagogia Hospitalar: um estudo sobre relações afetivas</p>	<p>Apreender a dimensão subjetiva que tem mediado as relações afetivas de professoras no contexto da pedagogia hospitalar.</p>	<p>Hemaúse Emanuele da Silva, 2018</p>
<p>O uso do computador em rede telemática no processo de ensino e aprendizagem em Classe Hospitalar: o PRO-UCA e o eduquito promovendo a aprendizagem do aluno enfermo</p>	<p>Conhecer as possibilidades da aplicação das Tecnologias de Informação e Comunicação com o intuito de melhorar o trabalho realizado pelos profissionais da Educação em ambiente hospitalar.</p>	<p>Crassio Augusto Batista, 2013</p>
<p>Educação de Jovens e Adultos em ambiente hospitalar: representações sobre si, a educação e projetos de vida</p>	<p>Analisar as representações sociais que as educandas vítimas de acidente por motor possuem sobre si e acerca da educação que recebem no ambiente hospitalar e quais as implicações destas representações nos seus projetos de vida.</p>	<p>Priscila Costa Soares, 2019</p>
<p>Naruto, um aluno com craniofaringioma na Educação Especial Hospitalar: um estudo fenomenológico e existencial inspirado em Paulo Freire</p>	<p>Descrever compreensivamente os “modos de ser sendo junto ao outro no mundo” de um paciente de 6 anos de idade, que se autnomeia Naruto, com craniofaringioma e que é aluno da Educação Especial Escolar (e não escolar) por ter ficado cego devido a esse complexo quadro clínico.</p>	<p>Hedlamar Fernandes Silva Lima, 2018</p>

Educação não escolar e saberes docentes na formação do pedagogo: análise de uma experiência no espaço hospitalar	Analisar os saberes constituídos na formação inicial do pedagogo, propiciados por uma experiência de educação não escolar, no espaço hospitalar, para o exercício profissional docente.	Francy Sousa Rabelo, 2014
O ser da presença da docência com o dispositivo tablet PC e as teias educacionais de aprendizagens inclusivas na [psico] pedagogia social hospitalar	Promover um acompanhamento cuidadoso e problematizado da formação de discentes em Pedagogia na modalidade hospitalar, em novas metodologias e estratégias de ensino não diretivo e aprendizagem aberta com ênfase no uso do tablet PC.	Alex Sandro C. Sant'ana, 2014
Formação de professores que atuam com escolares em tratamento de saúde: o portfólio digital como estratégia de coaprendizagem e interação	Analisar a contribuição do processo de formação inicial, no Curso de Pedagogia, por meio da formação pedagógica em uma modalidade online voltado para a formação de professores que atuam com escolares em tratamento de saúde.	Rosângela Abreu do Prado Wolf, 2017

Fonte: Elaborado pela autora.

Dos 14 trabalhos que tivemos com resultado da busca, foram analisados os resumos, objetivos, metodologia e resultados, selecionamos nove trabalhos que discorrem sobre as práticas pedagógicas na CH.

De acordo com Moraes (2013), na perspectiva de enxergar o ser humano além da sua patologia é que há uma formação profissional com vistas à humanização. As atividades pedagógicas acontecem de modo a combater o ócio, o estresse, a angústia e outros sentimentos negativos provocados pela hospitalização e aproximar o sujeito hospitalizado aos seus fazeres cotidianos de antes da hospitalização. Não existe uma metodologia específica para trabalhar

com atividades com base na humanização. Basta perceber no que há demanda e partir para uma sequência de tarefas que possam exercitar o sujeito hospitalizado.

O pedagogo exerce funções variadas de acordo com sua funcionalidade no espaço de trabalho. No hospital, essa função é marcada pela especialidade da formação pedagógica uma vez que é exigido um trabalho simultâneo com um público diversificado em idade, cultura e localidade. Soma-se a isso, o conhecimento patológico que não faz parte da formação do educador, assim como algumas noções de psicologia mais aprofundadas. Estas são relevantes para compreender a criança hospitalizada e, assim, saber como lidar e abordar com expressões ligadas a hospitalização infantil.

De acordo com Giannoni (2013), a construção da prática pedagógica personalizada aconteceu devagar, recheada de dificuldades e muitos desafios ainda a serem superados, oriundos da especificidade e da aceitação de uma escola em um hospital.

Para ensinar, o professor deve desprender-se de rótulos e metodologias únicas, deve aguçar seu olhar e decifrar cada aluno e cada situação em que esse aluno se encontra de forma que consiga detectar qual a melhor maneira de mediar essa aprendizagem (GIANNONI, 2013, p. 124)

Nos trabalhos coletivos, a intenção da proposta pedagógica, deve conter espaços de atuações individuais e diferenciados. É uma escola para todos, na qual todos devem participar das atividades propostas, contribuir e se desenvolver. Essa prática pedagógica é o que possibilita que todos se desenvolvam independente de suas condições físicas e cognitivas.

De acordo com Prates (2013), ao pensar aprendizagens atravessadas por sentidos decorrentes de afecções e percepções, relacionadas às experiências e vivências de cada um, o educador em ambiente hospitalar pode tornar-se intercessor, estabelecendo relações dialógicas entre saúde e educação, pois, na tentativa de subverter o processo de transmissão de saberes na relação educador-criança/adolescente, através de constante reflexão e problematização do próprio fazer pedagógico, poderá se permitir um agir-enunciar em constante aprender.

Bragio (2014), conseguiu, em seu trabalho, apresentar os modos de ser das educadoras na brinquedoteca do hospital infantil:

- Alegria;
- Calma e alegria;
- Coragem e profissionalismo;
- Transformação;
- Direito e escolaridade;

- Humanização e dor,

As práticas que mostram os modos delas serem (educadoras das brinquedotecas hospitalares) pontuam os modos de ser da humanização diante da dor. O trabalho com desenhos, produção de textos, rodas de leituras trazem esse vigor e essa densidade que traz urgência dessa humanidade. Uma humanização que percebe a si mesma nas situações de dor inevitável (BRAGIO, 2014, p. 125).

De acordo com Nunes (2014), para atuar em Classes Hospitalares o professor deverá estar capacitado para trabalhar com diversidade humana e diferentes vivências culturais, identificando as necessidades educacionais especiais dos educandos impedidos de frequentar a escola, definindo, implantando e adaptando o currículo.

Na cartilha do MEC, com estratégias e orientações sobre a Classe Hospitalar, sobre os aspectos pedagógico consta que

O atendimento pedagógico deverá ser orientado pelo processo de desenvolvimento e construção do conhecimento correspondentes à Educação Básica, exercido numa ação integrada com os serviços de saúde. A oferta curricular ou didático-pedagógica deverá ser flexibilizada, de forma que contribua com a promoção de saúde e ao melhor retorno e/ou continuidade dos estudos pelos educandos envolvidos (BRASIL, 2002, p.17).

Com base na pesquisa realizada pode-se dizer, então, que os desafios enfrentados pelo pedagogo no ambiente hospitalar são inúmeros e de diferentes ordens. Fica claro que esse processo para muitos é intenso, exigindo inúmeras superações, o que requer que o professor esteja em contante processo de formação.

A reflexão acerca da atuação do professor em Classe Hospitalar confirma que não há um modelo pronto ou acabado, mas o desafio de se construir uma ação pedagógica que contemple esta atividade e especificidade.

De acordo com Walter (2016), pesquisar cinema no hospital valorizou a ênfase de uma educação do para além de qualquer “preparação para o futuro”. Ao mesmo tempo, esse futuro se reconfigura na própria vida do paciente-aprendente, que quer aprender hoje não apenas em vistas de uma profissão ou ofício, mas apostando na continuidade da sua própria vida. Estudar para o amanhã constitui uma forma de perspectivar seu caminho, de apostar na melhoria da saúde, na realização de sonhos e projetos. Basicamente, acreditar que aprender é necessário e possível criando um vínculo inventivo entre o hoje e o amanhã, costurado pelos fios do que está aprendendo aqui e agora.

Segundo Batista (2013), foi possível observar o efeito motivador que pode produzir a inserção de um equipamento tecnológico como um computador, evidentemente que contextualizados às atividades de aprendizagem.

No estudo detectou-se efeitos positivos da ação educacional proposta. O grau das alterações introduzidas na realidade pré-existente atuaram para este resultado, que apareceu na diminuição do distanciamento do aluno ao exterior enquanto internado, e nos desdobramentos da volta a à escola.

De acordo com Soares (2019), considera que a aprendizagem no espaço hospitalar se deu através de atitudes de amorosidade, paciência e cuidado por parte dos educadores. O contato com a educação humanizadora, de Paulo Freire, em ambiente educativo hospitalar exerce especial influência sobre a representação que as educandas tecem de si mesmas, ao reconhecerem-se capazes de aprender a enfrentar o mundo, com autonomia e liberdade, traçando meios estratégicos para a projeção do futuro e alcançarem seus sonhos com determinação e coragem.

Rabelo (2014) diz que é preciso que os pedagogos desenvolvam uma escuta sensível a partir de histórias de vidas dos sujeitos, seus gestos, suas palavras e seus comportamentos sensíveis às modificações que se sucedem nas reações da hospitalização e da doença, logo, a gestão da sala de aula hospitalar ultrapassa os saberes da ação pedagógica. Portanto, os saberes necessários ao ensino no hospital foram reelaborados e construídos pelas alunas/professoras em confronto com suas experiências e práticas e com os diversos sujeitos do hospital, tais saberes foram incorporados em sua prática, no processo de formação pessoal e profissional, porque trouxeram modificações para a sua ação docente na escola onde trabalham atualmente.

Quadro 3 - Pesquisa na base de dados da Scielo (Scientific Electronic Library Online) em artigos com o tema: “Pedagogia Hospitalar”.

TÍTULO	OBJETIVO	AUTOR / ANO
Perfil da publicação científica brasileira sobre a temática da classe hospitalar	Analisar o conhecimento produzido acerca da classe hospitalar nos últimos anos no Brasil.	Alessandra Santana Soares e Barros; Rosane Santos Gueudeville; Sônia Chagas Vieira; 2011

<p>A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital</p>	<p>Compreender como o conhecimento da vivência hospitalar, refletem o papel da educação no desenvolvimento cognitivo, emocional e da saúde de crianças hospitalizadas nas enfermarias pediátricas.</p>	<p>Rejane de S. Fontes, 2005</p>
<p>Laboratório <i>on-line</i> de aprendizagem: uma experiência de aprendizagem colaborativa por meio do ambiente virtual de aprendizagem <i>Eurek@Kids</i>.</p>	<p>Analisar a inserção de ambientes virtuais no processo de escolarização de crianças e adolescentes hospitalizados.</p>	<p>Patrícia Lupion Torres, 2007</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Da avaliação dos resultados obtidos com a busca no *Scielo*, após leitura dos trabalhos, foi possível redigir as conclusões que apresentaremos a seguir.

Para Fontes (2005), os resultados da pesquisa levam a compreender que o papel da educação junto à criança hospitalizada é resgatar sua subjetividade, ressignificando o espaço hospitalar através da linguagem, do afeto e das interações sociais que o professor pode propiciar. Portanto, é possível pensar o hospital como um lugar de encontros e transformações, tornando-o um ambiente propício ao desenvolvimento integral da criança.

Torres (2007), em seu estudo, considera que trabalhar com pedagogia hospitalar ainda constitui um desafio metodológico. São inúmeras as soluções pedagógicas possíveis; A comunicação *on-line* supera uma das maiores dificuldades do processo de escolarização de crianças e jovens hospitalizados, que é a separação física entre professor e aluno internado.

Por fim, através da leitura e análise destas teses e trabalhos, conseguimos redigir considerações sobre a pedagogia hospitalar:

- Funciona como um agente de humanização, pois, frequentemente, as práticas são voltadas para melhoria na qualidade de vida da criança ou jovem internado;
- Ela deve abranger um conhecimento patológico e psicológico sobre o paciente internado;
- Ser um intercessor, estabelecendo relações entre saúde e educação;
- Ser capaz identificar as necessidades educacionais de cada aluno, definindo, implantando e adaptando o currículo de acordo com as vivências e as características de cada um.

Esse conjunto de estudos nos Auxíliou a compreender melhor esse espaço educativo denominado Classe Hospitalar e ampliou nossa capacidade de escutar as narrativas feitas pelos participantes da pesquisa desenvolvida.

SEÇÃO V – HISTÓRIA DA CLASSE HOSPITALAR

O hospital infantil é por excelência um ambiente carregado de emoções. A doença exclui a criança de seu ambiente, imobilizando-a social e intelectualmente. Junto ao fato de estar excluída de seu ambiente, de estar doente, aparece com frequência uma queda da autoestima. A criança atingida por doença de tratamento em longo prazo vê-se inconcebível e contrária à vida: talvez daí derive o silêncio em que frequentemente se afunda. O diagnóstico de uma doença grave ou a chegada de uma situação diferente e excludente compromete o desenvolvimento psico-intelectual da criança por provocar sensações de confusão entre as noções de continuidade, de ruptura e de plenitude (SNYDERS, 1986).

Nesse contexto, a Pedagogia Hospitalar vem se expandindo no atendimento à criança hospitalizada, e em muitos hospitais do Brasil tem se enfatizado a visão humanística. Mas, a classe hospitalar não é um fato recente na história da educação. De acordo com autores da área (ESTEVEZ, 2007; PAULA, 2011), a sua origem remonta do início do século XX na França.

No ano de 1922, o Colégio Médico do Chile elaborou o primeiro decálogo dos direitos da criança hospitalizada.

Figura 5- Roda dos Expostos



Fonte: Disponível em: < <http://ainfanciadobrasil.com.br/seculo-xviii-os-enjeitados/>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

Vale ressaltar que as produções de Marcílio (1998) apresentaram a forma como era realizado o acolhimento de crianças abandonadas nos hospitais, especificamente, nas Rodas dos Expostos. A autora, ao fazer uma retrospectiva do atendimento à criança não somente no Brasil, mas na história e demonstra como as crianças eram institucionalizadas. Marcílio cita a Escola

de Medicina de Montpellier na França fundada em 1204, a qual teria sido uma das primeiras instituições a oferecer atividades educativas às crianças abandonadas e doentes:

As crianças eram internadas até os oito ou dez anos. Elas eram confiadas a mestres artesãos, que lhes ensinavam ofícios conforme as aptidões, a força e o sexo. Às moças, eram dados dotes, para facilitar o casamento. Os rapazes, em princípio, eram amparados até poderem manter-se por si mesmos. (MARCÍLIO, 1998, p. 52)

Todavia, embora Marcílio (1998) apresente de forma crítica e contundente a questão do abandono de crianças nas Rodas de Expostos (modelo este que foi importado para o Brasil) e a forma de proteção e assistência, nos seus estudos, não existia a menção do trabalho de professores com crianças e adolescentes nos hospitais.

Os primórdios da Pedagogia Hospitalar ocorreram nas primeiras décadas do século XX, inicialmente na Europa, em virtude do surgimento de estudos e a realização de algumas atividades educativas nos ambientes hospitalares, os quais podem ser considerados, em virtude do que, atualmente, concebe-se como Classe hospitalar.

Foi na França, em 1929, que a primeira classe escolar no contexto hospitalar foi implementada, por Marie-Louise Imbert – professora de Filosofia e fundadora da primeira associação em defesa da escolarização de crianças e adolescentes doentes.

Figura 6- Plaque Marie-Louise Imbert, 145 boulevard du Montparnasse, Paris



Fonte: Disponível em:

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:Plaque_MarieLouise_Imbert,_145_boulevard_du_Montparnasse,_Paris_6e.jpg>. Acesso em 20 ago. 2020.

Sob a perspectiva de Esteves (2008), a classe hospitalar teve, de fato, seus primeiros sinais no ano de 1935, em Paris, quando Henri Sellier, prefeito de Suresnes (1919 a 1940) inaugura a primeira escola, a fim de realizar o atendimento junto a crianças inadaptadas. “Seu exemplo foi seguido na Alemanha, e em toda França, na Europa e nos Estados Unidos, com o

objetivo de suprir as dificuldades escolares de crianças tuberculosas” (ESTEVES, 2008, p. 2). A partir da iniciativa Henri Sellier, no ano de 1935, com intuito de minimizar os prejuízos e as dificuldades de aprendizagem, inaugurou a primeira escola para crianças inadaptadas, nos arredores de Paris. E, desta maneira, as classes hospitalares começaram a se expandir para outros países.

Pode-se considerar como marco decisório das escolas em hospitais a Segunda Guerra Mundial. Segundo Matos e Muggiati (2010, p. 234), “O grande número de crianças e adolescentes atingidos, e mutilados e impossibilitados de ir à escola, fez criar um engajamento dos médicos, que hoje são defensores da escola em seus serviços.”

Em 1939, é criado o C.N.E.F.E.I. – Centro Nacional de Estudos e de Formação para a Infância Inadaptadas de Suresnes, tendo como objetivo formação de professores para o trabalho em institutos especiais e em hospitais; também em 1939 é criado o Cargo de Professor Hospitalar junto ao Ministério da Educação na França. O C.N.E.F.E.I. tem como missão até hoje mostrar que a escola não é um espaço fechado. O centro promove estágios em regime de internato dirigido a professores e diretores de escolas, aos médicos de saúde escolar e a assistentes sociais (VASCONCELOS, 2008, p.2).

Em 1960, segundo Paula (2005), na França, é criada a Associação para a melhoria das condições de hospitalização das crianças (APACHE), uma organização guarda-chuva para as associações-membros envolvidas com o bem estar de todas as crianças antes, durante ou depois de um período de permanência no hospital. Esta entidade está vinculada à *European Association for Children in Hospital* (Associação Europeia para as crianças em Hospital – EACH), que tem por objetivo divulgar e socializar conhecimentos e experiências sobre questões relativas ao bem-estar das crianças em momentos de doença.

A “Carta da Criança Hospitalizada”¹⁰, produzida pela EACH (1988), apresenta no Art. 7º: "O hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no de pessoal e da segurança".

No Brasil, a Classe Hospitalar, surgiu na cidade do Rio de Janeiro em agosto de 1950, no Hospital Menino Jesus, na qual permanece atuando com a modalidade de atendimento educacional até nos dias de hoje. De acordo com Ramos (2007), em entrevista realizada com a professora Lecy Rittmeyer, fundadora desta primeira classe hospitalar:

O então diretor do Hospital Jesus, o Dr. David Pilar, que dirigiu o Hospital de 03/01/1949 a 17/08/1951, solicitou a então chefe do Serviço Social Isolina Pinheiro que providenciasse uma professora para dar acompanhamento às

¹⁰ <https://www.pipop.info/wp-content/uploads/2018/08/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf>

crianças que ficavam tanto tempo internadas sem nenhum atendimento pedagógico-educacional. Como na época estava cursando a faculdade de Serviço Social recebi o convite da professora Isolina Pinheiro para conhecer o hospital e apresentar a proposta do diretor para que fosse implantado um atendimento às crianças internadas. Senti que seria capaz de realizar este trabalho, então, através da Portaria nº 634, passei a fazer parte da Secretaria de Saúde, podendo dar atendimento educacional às crianças internadas no Hospital Jesus. Nesta época o hospital possuía em torno de 200 leitos e uma média de 80 crianças em idade escolar. O acompanhamento educacional era feito nas enfermarias de maneira individual. Procurava saber da criança o que ela estava aprendendo ou o que já sabia e preparava minhas aulas de modo a dar continuidade ao seu aprendizado. De 1950 até 1958 fui a única professora trabalhando dentro do hospital, de modo que as crianças tivessem sua escolaridade assegurada, desenvolvi também biblioteca cujo livros eram doados pelos médicos, enfermeiros etc. e sistematicamente emprestados aos doentes. Como ficava quase impossível dar conta de atender oito enfermarias com crianças em diferentes níveis de escolaridade, no ano de 1958 foi designada mais uma professora para a Classe – Ester Lemos Zaboroviski. O trabalho foi distribuído de tal maneira que pudéssemos obter um melhor rendimento por parte das crianças, mesmo assim continuava precário (RAMOS, 2007, p.52-53).

Figura 7- Discurso da professora Lecy Rittmeyer na Inauguração das salas de CH em 1961- Hosp. Menino Jesus



Fonte: RAMOS, 2007. p. 55

Ainda na década de 1950, surgiu a primeira classe hospitalar de São Paulo no Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Estes primeiros atendimentos pedagógicos hospitalares não dispunham de uma sala ou espaço específico, por isso, era realizado na própria enfermaria do Hospital.

Desde então, o atendimento pedagógico hospitalar vem crescendo, mas de forma tímida. No Hospital das Clínicas em São Paulo, segundo a pesquisadora Lima (2003 apud AMORIM, 2011): “Os primeiros passos da Classe Hospitalar foram dados em meados de 1970, com a

iniciativa da assistente social Silvana Mariniello. [...] Silvana Mariniello apresentou ao Ministério da Educação diversos projetos para a regularização da Classe Hospitalar, sem obter sucesso.” Somente em 1997, o Serviço Social de Assistência a Pacientes Internados e o Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina entraram com um pedido na Secretaria de Educação para a criação do Projeto Classe Hospitalar nos moldes atuais. Essas dificuldades enfrentadas por pioneiras no trabalho educacional hospitalar eram semelhantes em todas as regiões, independentemente da localidade, o que é muito comum acontecer quando as pessoas trazem algo novo para determinada área. Por certo, a presença dessas professoras e voluntários no ambiente hospitalar era mal vista, criticada e talvez discriminada. No entanto aos poucos, as classes hospitalares ganhavam espaço no Hospital. No dia 15 de outubro de 1987 foi inaugurada a escola Schwester Heine, instalada na ala pediátrica do Hospital do Câncer A.C. Camargo, situado no Bairro da Liberdade em São Paulo, através de um convênio com a prefeitura. A escola recebeu este nome em homenagem a enfermeira alemã Heine, da Cruz Vermelha na década de 1940, que conscientizava seus pacientes sobre a importância da educação.

Segundo a pesquisa de Fonseca (1999, p.117 - 118)

[...] do ano de 1950 até 1980 existia apenas 1 classe hospitalar no Brasil. Sendo que de 1981 a 1990, passou a existir 8 classes, porém de 1991 a 1998, este número aumentou para 30 classes hospitalares, talvez em consequência do E. C. A. - Estatuto da Criança e Adolescente - oficializado na década de 1990. (FONSECA, 1999, p.117 - 118)

Na década de 1990, no Brasil, por força dos movimentos sociais e ações do poder público, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990) e a Resolução dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Hospitalizados (BRASIL, 1995), elaborada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Esses aparatos legais visam a proteger a infância e juventude e servir como instrumento para garantia de uma sociedade mais justa.

De acordo com Ceccim e Carvalho (1997), na Resolução n.41, de 13 de outubro de 1995 da lei dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes Hospitalizados, chancelada pelo Ministério da Justiça, existem vinte itens em defesa da criança e jovens hospitalizados.

Dentre os artigos apresentados está previsto o direito à educação: “Artigo 9. Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programa de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar”. (CECCIM; CARVALHO, 1997, p. 188). Porém, embora esteja previsto por lei que as crianças tenham acompanhamento pedagógico no hospital e que existam professores para realizá-lo, os hospitais, de modo geral,

querem sejam públicos ou privados, têm feito muito pouco para possibilitarem à criança hospitalizada dar continuidade aos seus estudos; salvo raras exceções que têm se preocupado em atender as necessidades biopsicossociais dessa população. Também os órgãos públicos, os educadores e a sociedade em geral, pouco reconhecem esses espaços educativos como uma modalidade oficial de ensino em nosso país, pois, são raras as Secretarias de Educação que implantam essas práticas educativas nos hospitais, garantindo-lhes apoio e assistência. Mas, é preciso destacar também que já existem movimentos da sociedade civil que vem atuando em prol da educação para crianças e adolescentes hospitalizados e estão começando a se expandir, mesmo que lentamente.

No ano de 2000, eram 67 classes, no entanto, números mais recentes, divulgados pelo Censo Escolar de 2006 do Ministério da Educação, em parceria, com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) revelam um total de 279 classes hospitalares públicas no Brasil, sendo 160 destas Estaduais e 119 Municipais, as quais estão distribuídas pelo território nacional da seguinte forma:

- 18 na região Norte;
- 38 na região Nordeste;
- 143 na região Sudeste;
- 38 na região Sul;
- 42 na região Centro-Oeste.

Ao levarmos em consideração o tamanho do Brasil e o número de hospitais que nele há, estima-se que o número de classes hospitalares seja uma quantidade muito inferior, de modo que o atendimento educacional de crianças e adolescentes hospitalizados não tem recebido a devida atenção por parte das políticas públicas, daí pode-se afirmar que ainda há um árduo caminho pela frente.

De acordo com Ferreira (2011, p.40-43), em 2005 foi criada a Escola Hospitalar na enfermaria de pediatria da UFU e contava com uma professora cedida pela Superintendência Regional de Ensino de Uberlândia e uma funcionária da UFU que era auxiliar de creche, mas com formação em pedagogia. Contavam também com um brinquedista da brinquedoteca “Algodão Doce”¹¹. As atividades oferecidas eram voltadas para o lúdico com brinquedos, jogos, trabalhos artesanais, não havendo enfoque na aprendizagem escolar. Em 2006, houve uma mudança no projeto para atender as demandas pedagógicas destas crianças internadas, algumas

¹¹ A Brinquedoteca “Algodão Doce” funcionava dentro da enfermaria de pediatria nos períodos da manhã e da tarde e era equipada com jogos e brinquedos e um brinquedista.

com grande defasagem escolar. Foram envolvidos profissionais da psicologia e da psicopedagogia que passaram a desenvolver atendimentos psicológicos, pedagógicos e psicopedagógicos e aumentaram os locais atendidos pelo projeto. Foram incluídos os setores de oncologia, nefrologia, queimados e hemodiálise.

Em março de 2013, a coordenadora do Serviço de Pediatria da UFU, procurou a Secretaria de Educação de Uberlândia para que fosse instaurada a Classe Hospitalar no setor de pediatria do Hospital de Clínica, visando o atendimento dos inúmeros casos de crianças em longos períodos de internação. Tivemos acesso a esta história da CH do HC-UFU através de um questionário respondido pela assessora da secretaria de educação, Wilma Ferreira de Jesus, que foi a pessoa designada pela Secretária de Educação para acatar e encaminhar esta demanda solicitada pelo setor de pediatria do HC-UFU:

Havia uma situação triste, porque elas [crianças] perdiam aulas e até o período letivo, devido aos vários tipos de doenças que as afetavam, sobretudo os casos de câncer. Esta demanda foi prontamente atendida pela Secretaria de Educação devido à importância social do projeto (ASSESSORA DA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, entrevista, 2020).

Durante a entrevista, foram citadas várias dificuldades para a implementação da Classe hospitalar:

- Primeiramente os trâmites burocráticos, porque depende da elaboração de um contrato de parceria com o Hospital de Clínicas e esse procedimento foi um pouco demorado.
- Outra dificuldade foi inserir a classe hospitalar no Censo Escolar. Embora a Escola Municipal Amanda Carneiro Teixeira que assumiu a coordenação e implementação da Classe Hospitalar seja pública e vinculada ao Educa censo, tivemos muitas dificuldades de vincular os estudantes, porque vários deles eram de outras cidades da região e, para fazer a vinculação deles as duas escolas (de origem e a E.E. Amanda) tinham que fazer o vínculo. Isso dificultou, porque tivemos alguns de cidades do norte do país que nem conseguimos contato. Muito difícil, porque embora exista a legislação, municípios não praticam.
- A terceira dificuldade é fazer a comunidade e a família entenderem que a classe hospitalar não é caridade, não é atividade voluntária e sim cumprimento de um direito à educação sem perda do tempo escolar.
- Mas a maior dificuldade é realmente implementar a classe hospitalar em todas as suas dimensões de ensino: educação infantil, ensino fundamental e EJA em períodos de internação e até domiciliar como propõe a lei. Para isso precisa de investimento em recursos financeiros, conhecimento e acima de tudo, pessoal treinado e preparado para fazer o atendimento da forma correta. (ASSESSORA DA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, entrevista, 2020).

Foi organizado um espaço dentro do próprio hospital para uma sala de aula com mesas, cadeiras, quadro, brinquedoteca, espaço de lanche e tudo o que uma escola precisa para atender as crianças.

As professoras e pedagogas acompanharam a organização e elaboraram um material próprio para os períodos de primeiro ao quinto ano e de acordo com as necessidades de cada criança.

A CH tem um local próprio, uma área extensa, com parquinho e a sala de aula equipada com quadro, mesas, cadeiras, computador e brinquedos. O município cede duas professoras e o hospital, a pedagoga e o assistente social. As aulas acontecem de segunda a sexta-feira no período da tarde. Pela manhã a pedagoga faz atividades com as crianças nos leitos (as que por impossibilidade da doença não conseguem sair) ou mesmo na CH, e o assistente social também desenvolve atividades com estas crianças. A equipe demonstra um trabalho muito harmonioso. Sempre nas datas festivas há comemoração no espaço destinado a CH.

Figura 8 - Classe Hospitalar do HC-UFU, em 2020



Fonte: Arquivo Pessoal.

Figura 9 - Placa inserida na Classe Hospitalar – Arquivo pessoal



Fonte: Arquivo Pessoal.

Figura 10 - Classe Hospitalar do HC-UFU, em 2020



Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 11 - Classe Hospitalar do HC-UFU, em 2020



Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 12 - Placa de inauguração



Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 13 - Classe Hospitalar do HC-UFU, em 2020



Fonte: Arquivo Pessoal

Assim, de acordo com Novais et al. (2016):

Cumprindo orientação do FNDE/MEC o município de Uberlândia criou uma Classe Hospitalar. Em parceria e com a reitoria e diretoria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia foi criada uma sala de aula no seu interior para ministrar aulas de 1º ao 5º ano para crianças com idade escolas internadas por longos períodos. A sala de aula montada no interior do Hospital foi equipada com a infraestrutura (quadro, mesas, cadeiras, computadores, brinquedoteca) sob a coordenação da E.M. Amanda Carneiro Teixeira. As aulas foram ministradas por professores(as) e pedagogos(as) com orientações e conteúdos estabelecidos pela escola coordenadora para todas as crianças internadas. De acordo com o último levantamento, até 2014 foram atendidos/as 132 alunos/as e em 2015 até o mês de outubro até 109 alunos/as. Os dados de 2016 serão atualizados no final do ano letivo. (NOVAIS et al, 2016, p.72).

Através de dados da CH, no primeiro semestre de 2019, foram atendidas 69 crianças na Classe Hospitalar do HC-UFU, no segundo semestre, 47 crianças e em 2020, o projeto ocorreu do dia 17 de fevereiro de 2020 ao dia 17 de março de 2020, e participaram 25 crianças. Nessa data o projeto foi interrompido devido à pandemia causada pelo COVID-19. Outra narrativa da assessora da secretaria de educação de Uberlândia esclarece sobre os motivos da implantação e diferenças entre a Classe hospitalar e outras experiências importantes ocorridas no HCU, envolvendo atividades lúdicas e pedagógicas.

A instauração da Classe Hospitalar não deveria ser uma opção, mas uma obrigação de todos os governos tendo em vista que a Constituição Federal define a Educação como direito de todos e que cabe ao Estado criar as condições para que todos os estudantes em período escolar sejam atendidos. Por outro lado, a LDB de 1996, no seu artigo 5º trouxe orientações ao Poder Público para criar formas alternativas de acesso em diferentes níveis de ensino, de forma a garantir o processo de aprendizagem, em inclusive domiciliar, se for necessário. E a internação hospitalar em períodos longos é um dos casos de impedimento.

Em 2002, o Ministério da Educação criou normas e resoluções para estruturar o atendimento de pacientes em longo período de internação em ambientes hospitalares e domiciliares, vinculados aos sistemas de educação como uma unidade de trabalho pedagógico das Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e às direções clínicas dos serviços de saúde da localidade. **Portanto, as aulas não devem ser ministradas por voluntários, mas devem ser ministradas por profissionais vinculados ao sistema de ensino, com orientação pedagógica e contadas como tempo escolar.** Em Uberlândia, além da vontade política de garantir o direito à educação nos mobilizamos para garantirmos o cumprimento da lei e o direito das crianças. (Assessora da Secretaria de Educação, entrevista, 2020, grifo nosso).

Lendo e analisando a história de criação das classes hospitalares são evidenciados a luta e os avanços por garantir o direito à educação escolar e às ações na área da saúde, como resultados de políticas públicas de Estado.

SEÇÃO VI - OS NÚMEROS DA CLASSE HOSPITALAR

De acordo com FONSECA (1999), numa pesquisa realizada entre julho de 1997 e fevereiro de 1998, foi apontado um total de 11 estados da federação (41%) – 10 estados e o Distrito Federal – oferecendo atendimento pedagógico-educacional para crianças e adolescentes hospitalizados, isto é, dispondo de classes hospitalares, conforme terminologia do MEC/SEESP (1994).

TABELA 1 - CLASSES HOSPITALARES EM 1997

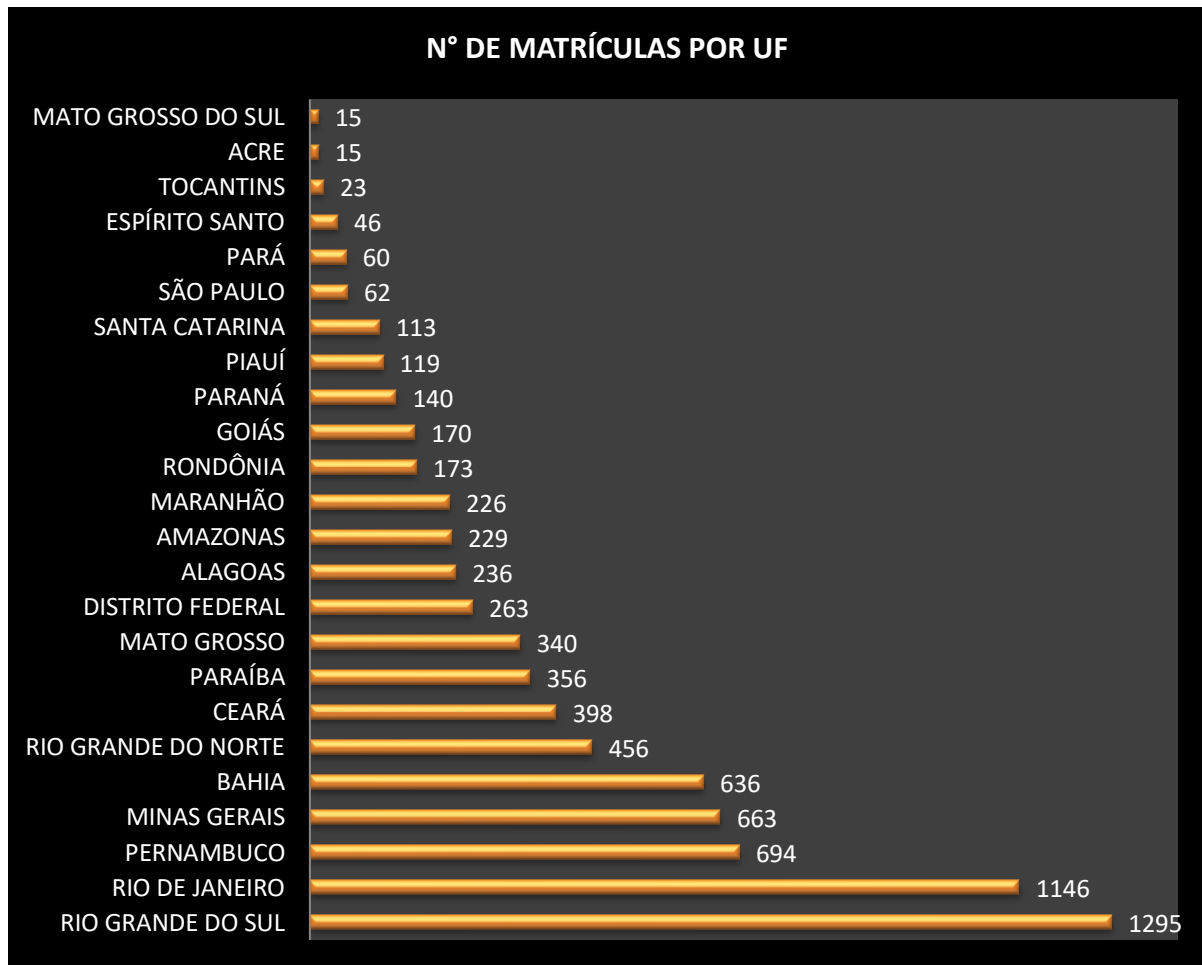
REGIÃO	Nº DE ESTADOS	Nº DE ESTADOS COM CH
NORTE	7	1
NORDESTE	9	3
CENTRO-OESTE	4	2
SUDESTE	4	3
SUL	3	2
TOTAL	27	11

Fonte: Elaborado pela autora. Dados: FONSECA (1999)

Desde que foi iniciada, oficialmente, a primeira Classe Hospitalar em 14 de agosto de 1950 até 1980, tínhamos no país apenas quatro Classes Hospitalares. Foi a partir de 1981 que o atendimento de Classes Hospitalares tiveram um aumento significativo. De 1981 a 1990, houve a abertura de outras nove. O crescimento do número de classes hospitalares coincide com o redimensionamento do discurso social sobre a infância e adolescência que culminou com a aprovação do Estatuto da criança e do Adolescente e seus desdobramentos posteriores. Em 1997, este atendimento pedagógico-educacional hospitalar passou a acontecer em um total de 30 estabelecimentos (tabela 1).

Apresentaremos os dados do censo de 2018, de acordo com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), disponível em sua página na internet. De acordo com este censo educacional, temos 8.199 matrículas em Classes Hospitalares .

Os únicos estados que não possuem alunos matriculados em Classes Hospitalares são o Amapá e Sergipe, como consta no gráfico 1.

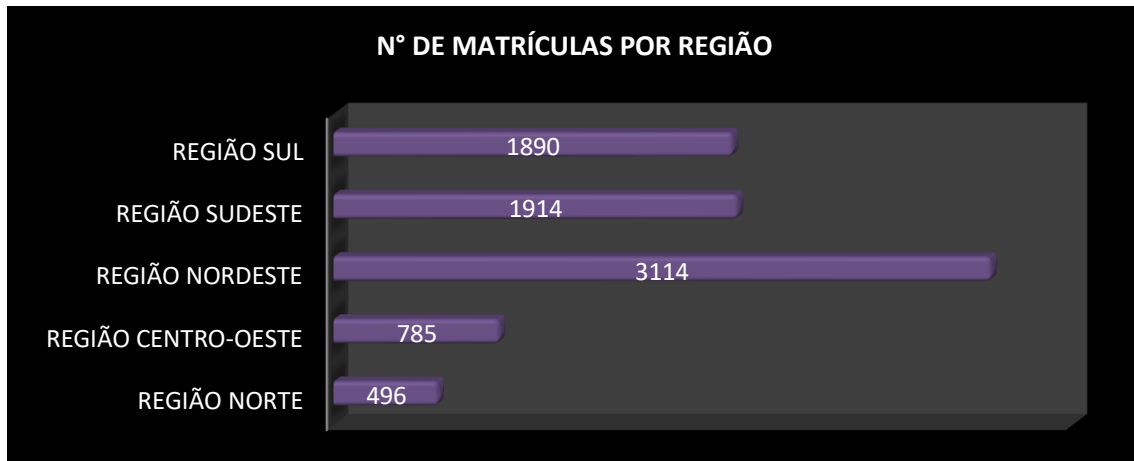
GRÁFICO 1 - Matrículas em Classes Hospitalares, 2018, por Estado da Federação.

Fonte: Elaborado pela autora.

Apesar do crescente aumento no número de Classes Hospitalares e de alunos matriculados, vemos que estes números são ainda muito pequenos. O Rio Grande do Sul possui quase 15% das matrículas, seguido pelo Rio de Janeiro com quase 14% das matrículas. Estes estados estão entre os os quatro maiores PIBs da federação. Consultando dados do IBGE (2017), o estado de São Paulo tem o maior PIB brasileiro, três vezes mais que o segundo colocado que é o Rio de Janeiro, e apresenta apenas 62 alunos matriculados em CH mostrando que falta muita vontade política também.

O gráfico a seguir mostra a quantidade de alunos matriculados, em 2018, por região.

GRÁFICO 2 - Quantidade de Alunos Matriculados, em 2018, por Região



Fonte: Elaborado pela autora.

Avaliando a quantidade de matrículas em classes hospitalares pela quantidade de habitantes em cada região vemos que:

- A região Norte tem 9% da população brasileira e conta com 6% das matrículas em classes hospitalares.
- A região Centro-Oeste tem 8% da população brasileira e conta com 10% das matrículas em classes hospitalares.
- A região Sul tem 14% da população brasileira e conta com 23% das matrículas em classes hospitalares.
- A região Nordeste tem 27% da população brasileira e conta com 38% das matrículas em classes hospitalares.
- A região Sudeste tem 42% da população brasileira e conta com 23% das matrículas em classes hospitalares.

De acordo com o Ministério da Educação, as Classes Hospitalares e o atendimento pedagógico domiciliar, têm como objetivo:

Elaborar estratégias e orientações para possibilitar o acompanhamento pedagógico-educacional do processo de desenvolvimento e construção do conhecimento de crianças, jovens e adultos matriculados ou não nos sistemas de ensino regular, no âmbito da Educação Básica e que encontram-se impossibilitados de frequentar escola, temporária ou permanentemente e, garantir a manutenção do vínculo com as escolas por meio de um currículo flexibilizado e/ou adaptado, favorecendo seu ingresso, retorno ou adequada

integração ao seu grupo escolar correspondente, como parte do direito de atenção integral. (BRASIL, MEC, 2002, p. 13).

Em 2014, a A revista Consensus¹², que é um dos principais veículos de comunicação social do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), trouxe um artigo sobre a quantidade de hospitais vinculados ao SUS no país, por região: Centro-oeste: 571; Sudeste: 1.528; Nordeste: 2.011; Norte: 492 e Sul: 928 hospitais.

A Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde) e a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) em 2019 fizeram um levantamento¹³ sobre, entre outras coisas, a quantidade de hospitais particulares por região: Centro-oeste: 479; Sudeste: 1.786; Nordeste: 938; Norte: 218 e Sul: 846 hospitais.

TABELA 2- Quantidade de Hospitais Públicos e Privados por Região

	HOSPITAIS PÚBLICOS (2014)	HOSPITAIS PRIVADOS (2019)
REGIÃO CENTRO-OESTE	571	479
REGIÃO SUDESTE	1.528	1.786
REGIÃO NORDESTE	2.011	938
REGIÃO NORTE	492	218
REGIÃO SUL	928	846

Fonte: Elaborado pela autora.

Os dados da tabela 2 nos mostram a quantidade de hospitais públicos e privados por região. Fazendo uma análise juntamente com o gráfico 2, vemos que existe uma defasagem importante no oferecimento de Classes Hospitalares no Brasil, pois de acordo com o Ministério da Educação ela deve ser levada a crianças, jovens e adultos, matriculados ou não nos sistemas de ensino regular. A região sudeste que apresenta aproximadamente 3.314 hospitais tem um total de 1.914 alunos matriculados na CH.

A Região Norte é a que apresenta a menor quantidade de alunos matriculados em Classes Hospitalares, com um total de 496 alunos. Sendo destes 131 do sexo masculino e 365 do sexo feminino.

¹² Revista Consensus, edição 11, abril, maio e junho de 2014 (matéria de capa). Disponível em: <<https://www.conass.org.br/consensus/numero-de-hospitais-brasil-sus/>>. Acesso em: 23 de out. 2020.

¹³ A Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde) e a Federação Brasileira de Hospitais, lançou em maio uma edição de sua revista apresentando um relatório da situação dos hospitais privados no Brasil. Disponível em: <http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2019/05/CenarioDosHospitaisNoBrasil2019_10maio2019_web.pdf>. Acesso em: 23 de out. 2020.

6.1- REGIÃO NORTE

Das matrículas da região Norte, 93% estão no ensino fundamental.

TABELA 3- Etapas de Ensino dos Alunos Matriculados Na CH da Região Norte.

Educação infantil - creche	0
Educação infantil – pré-escola	0
Ensino Fundamental	464
Ensino Médio	0
Demais etapas	32

Fonte: Elaborado pela autora.

Os alunos têm de 7 a 92 anos. Tivemos um aluno de 70 anos, dois de 76, um de 84 e um de 92 anos. Não tivemos nenhum aluno na faixa de idade entre 0 a 5 anos.

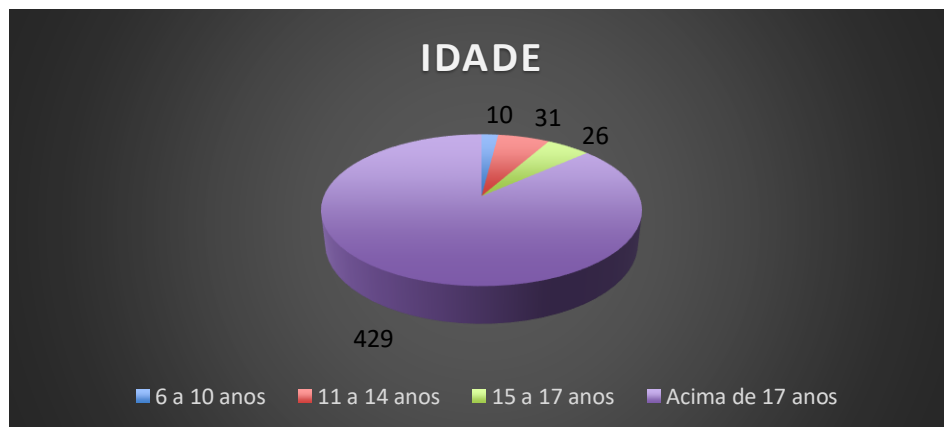
De 6 a 10 anos: 10 alunos;

11 a 14 anos: 31 alunos;

15 a 17 anos: 26 alunos;

Acima de 17 anos: 429 alunos, conforme mostrao gráfico 3.

GRÁFICO 3 - Matrículas por Idade na CH, Região Norte



Fonte: Elaborado pela autora.

Na Região Norte, não temos nenhuma matrícula com dependência Federal, temos 51 Estadual, 23 Municipal e 424 Privada (gráfico 4).

GRÁFICO 4 - Dependência Administrativa das CHs, Região Norte

Fonte: Elaborado pela autora.

6.2- REGIÃO CENTRO-OESTE

A região Centro-Oeste apresenta 785 alunos matriculados em Classes Hospitalares, segundo o censo escolar de 2018. Destes, 241 são do sexo masculino e 544 são do sexo feminino.

Das matrículas da região Centro-Oeste, 72% estão no ensino fundamental (tabela 4).

TABELA 4 - Etapas de Ensino dos Alunos Matriculados na CH, Região Centro-Oeste

Educação infantil – creche	55
Educação infantil – pré-escola	10
Ensino Fundamental	569
Ensino Médio	57
Demais etapas	94

Fonte: Elaborado pela autora.

Os alunos matriculados apresentam de 1 a 58 anos de idade:

De 1 a 5 anos: 64 alunos

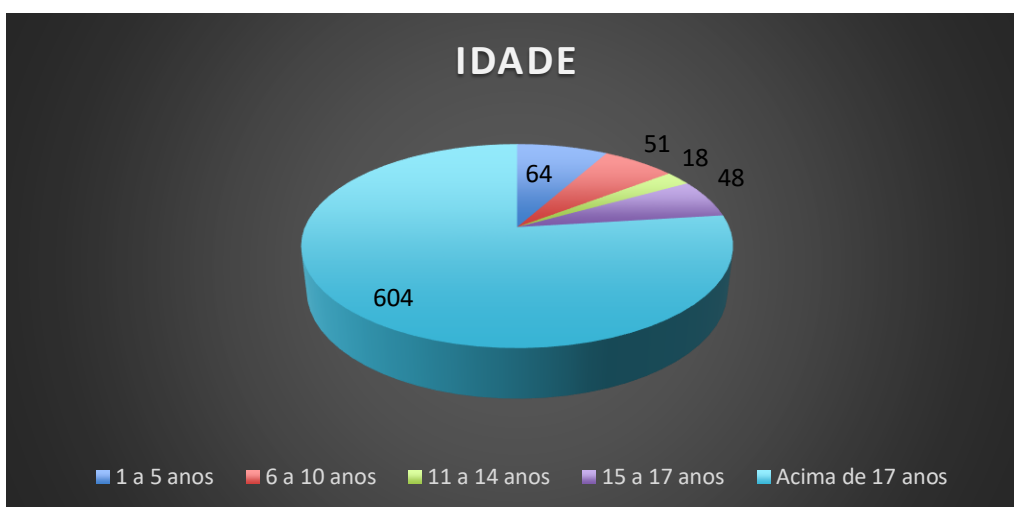
6 a 10 anos: 51 alunos;

11 a 14 anos: 18 alunos;

15 a 17 anos: 48 alunos;

Acima de 17 anos: 604 alunos (gráfico 5).

GRÁFICO 5 - Matrículas por Idade na CH, Região Centro-Oeste.

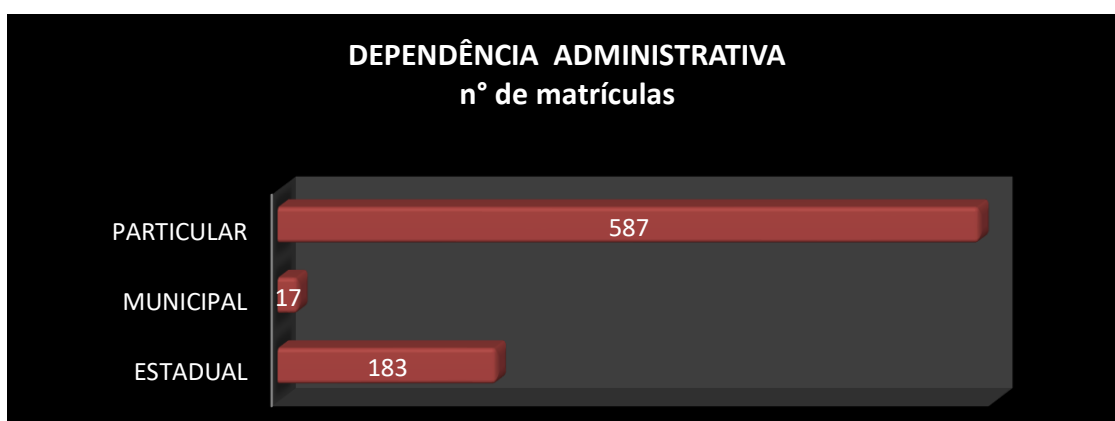


Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à dependência administrativa:

- Dependência administrativa Federal: nenhuma matrícula.
- Dependência administrativa Estadual: 183 matrículas
- Dependência administrativa Municipal: 17 matrículas.
- Dependência administrativa de instituições privadas: 587 matrículas (gráfico 6).

GRÁFICO 6 - Dependência Administrativa das CH, Região Centro-Oeste.



Fonte: Elaborado pela autora.

6.3- REGIÃO NORDESTE

Esta região é a responsável pelo maior número de matriculados no Projeto Classe Hospitalar, com 3.114 matrículas em 2018. Destes, temos 955 do sexo masculino e 2.159 feminino.

Das matrículas da região Nordeste, 69% estão no ensino fundamental (tabela 5).

TABELA 5 - Etapas de Ensino dos Alunos Matriculados na CH, Região Nordeste

Educação infantil - creche	148
Educação infantil – pré-escola	107
Ensino Fundamental	2154
Ensino Médio	118
demais etapas	587

Fonte: Elaborado pela autora.

Os alunos matriculados apresentam de 1 a 58 anos de idade.

De 1 a 5 anos: 234 alunos

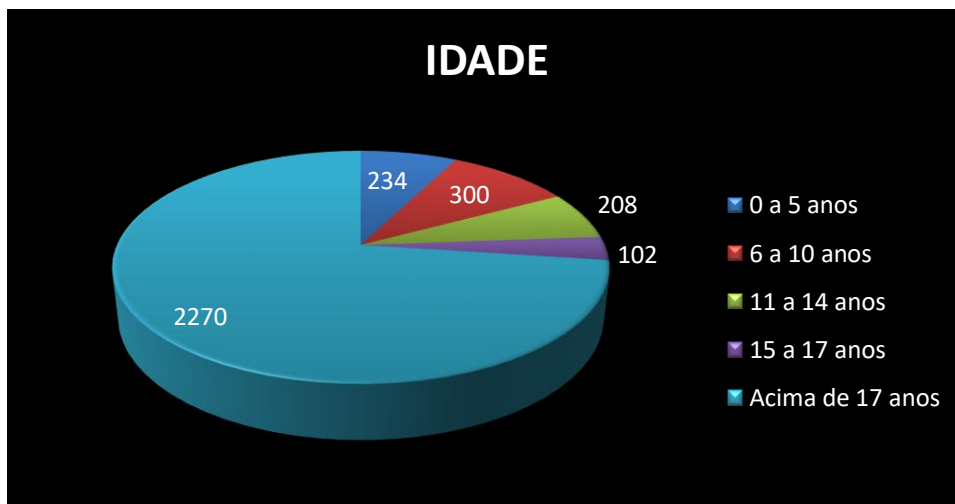
6 a 10 anos: 300 alunos;

11 a 14 anos: 208 alunos;

15 a 17 anos: 102 alunos;

Acima de 17 anos: 2.270 alunos (gráfico 7).

GRÁFICO 7 - Matrículas por Idade na CH, Região Nordeste.



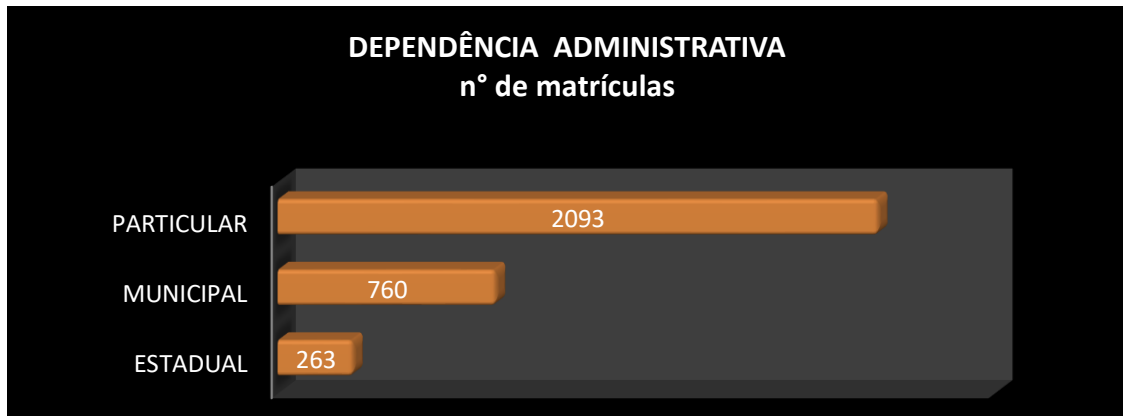
Fonte: Elaborado pela autora.

Sobre a dependência administrativa:

- Dependência administrativa Federal: nenhuma matrícula.
- Dependência administrativa Estadual: 263 matrículas
- Dependência administrativa Municipal: 760 matrículas.

- Dependência administrativa de instituições privadas: 2.093 matrículas (gráfico 8).

GRÁFICO 8 - Dependência Administrativa das CH, Região Nordeste.



Fonte: Elaborado pela autora.

6.4- REGIÃO SUDESTE

Na região Sudeste foi onde tivemos as primeiras Classes Hospitalares. Em 2018, tivemos um total de 1.914 matrículas neste projeto, sendo 670 alunos do sexo masculino e 1.244 feminino.

Das matrículas da região Sudeste, 77% estão no ensino fundamental (tabela 6).

TABELA 6 - Etapas de Ensino dos Alunos Matriculados na CH, Região Sudeste

Educação infantil - creche	83
Educação infantil – pré-escola	144
Ensino Fundamental	1.479
Ensino Médio	140
demais etapas	68

Fonte: Elaborado pela autora.

Os alunos matriculados apresentam de 1 a 78 anos de idade.

De 1 a 5 anos: 149 alunos

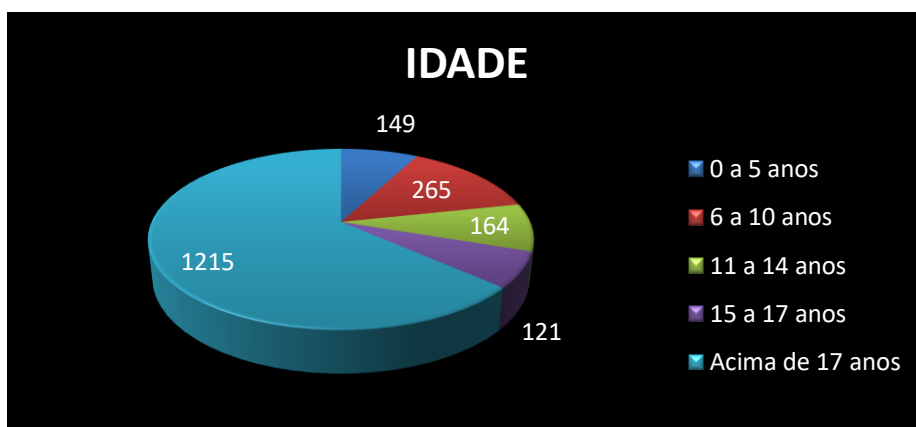
6 a 10 anos: 265 alunos;

11 a 14 anos: 164 alunos;

15 a 17 anos: 121 alunos;

Acima de 17 anos: 1.215 alunos (gráfico 9).

GRÁFICO 9 - Matrículas por Idade na CH, Região Sudeste.

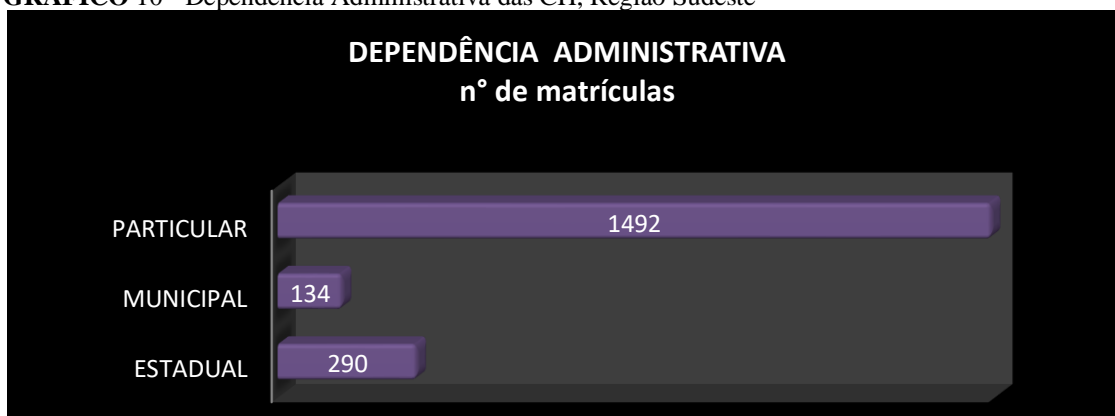


Fonte: Elaborado pela autora.

Sobre a dependência administrativa:

- Dependência administrativa Federal: nenhuma matrícula.
- Dependência administrativa Estadual: 290 matrículas
- Dependência administrativa Municipal: 134 matrículas.
- Dependência administrativa de instituições privadas: 1.492 matrículas (gráfico 10).

GRÁFICO 10 - Dependência Administrativa das CH, Região Sudeste



Fonte: Elaborado pela autora.

6.5- REGIÃO SUL

Na Região Sul, temos um total de 1890 matrículas de acordo com o censo da Educação Básica de 2018, sendo, destas matrículas, 345 do sexo masculino e 1545 feminino.

Das matrículas da região Norte, 99% estão no ensino fundamental (tabela 7).

TABELA 7 - Etapas de Ensino dos Alunos Matriculados na CH, Região Sul.

Educação infantil - creche	15
Educação infantil – pré-escola	0
Ensino Fundamental	1.875
Ensino Médio	0
demais etapas	0

Fonte: Elaborado pela autora.

Os alunos matriculados apresentam de 1 a 60 anos de idade.

De 1 a 5 anos: 15 alunos

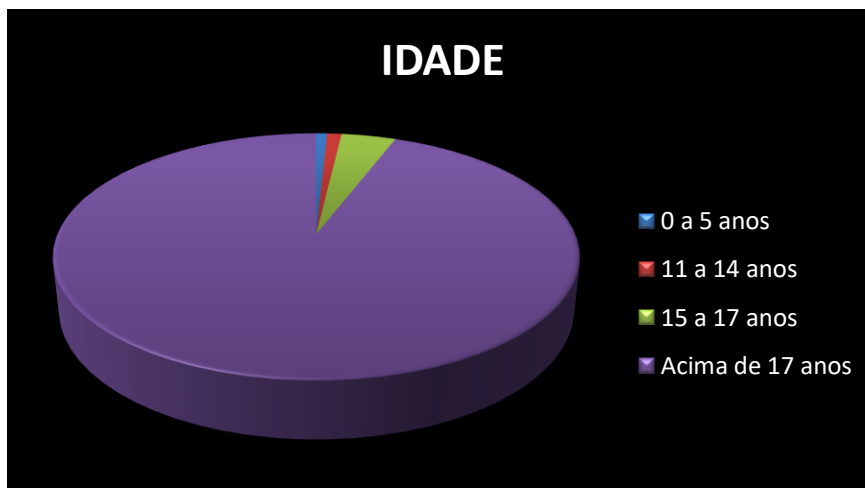
6 a 10 anos: nenhum aluno;

11 a 14 anos: 20 alunos;

15 a 17 anos: 75 alunos;

Acima de 17 anos: 1780 alunos (gráfico 11).

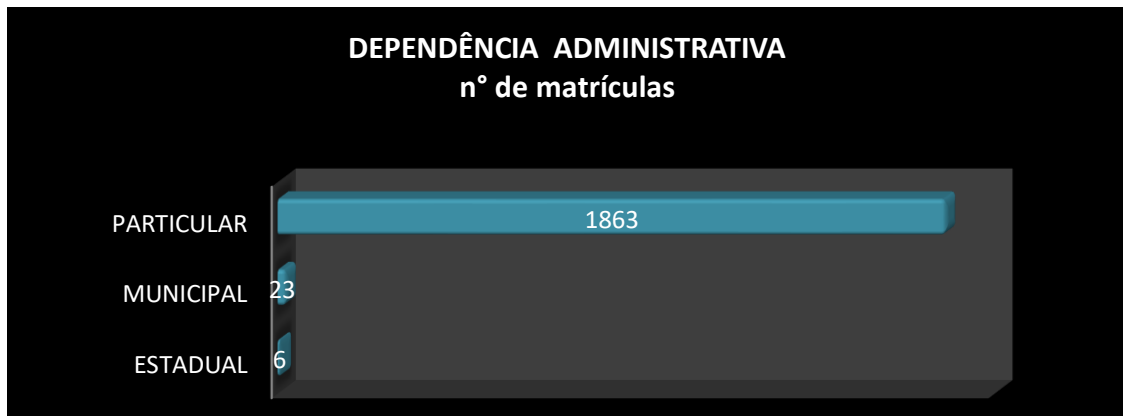
GRÁFICO 11 - Matrículas por Idade na CH, Região Sul.



Fonte: Elaborado pela autora.

Sobre a dependência administrativa das classes hospitalares:

- Dependência administrativa Federal: nenhuma matrícula.
- Dependência administrativa Estadual: 6 matrículas
- Dependência administrativa Municipal: 23 matrículas.
- Dependência administrativa de instituições privadas: 1.863 matrículas (gráfico 12).

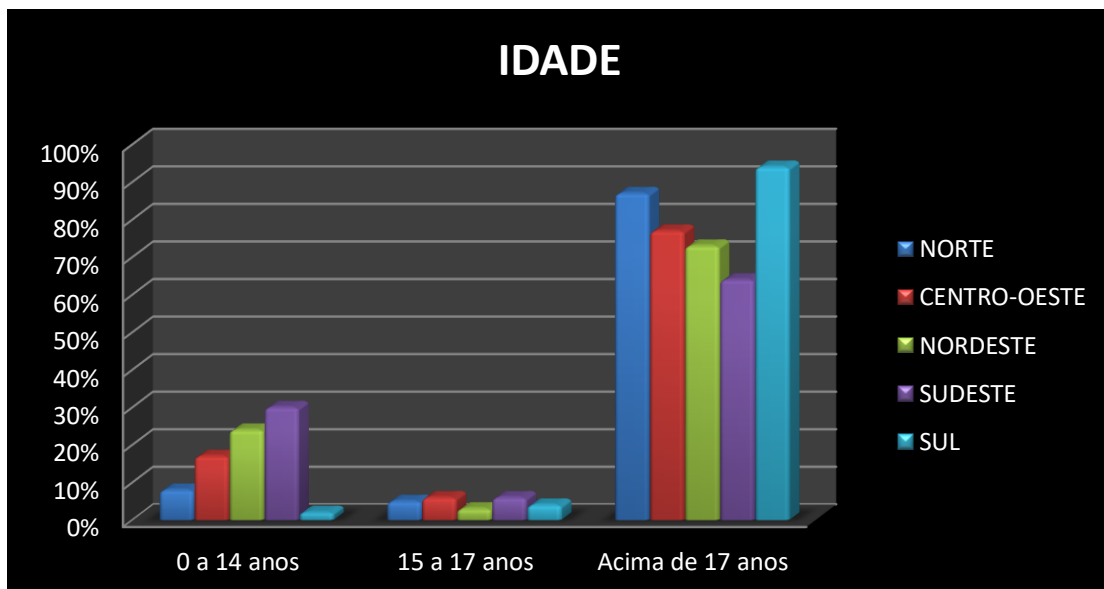
GRÁFICO 12 - Dependência Administrativa das CH, Região Sul

Fonte: Elaborado pela autora.

6.6- SÍNTESE DOS DADOS E RESULTADOS

✓ IDADE

De acordo com o gráfico de idade, em todas as regiões, há um predomínio importante de alunos acima de 17 anos (gráfico 13). O número de crianças, com idade abaixo ou igual a 17 anos, é muito pequeno.

GRÁFICO 13 – Idade dos Alunos Matriculados por Regiões.

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com o PNE 2014/2024, dentre as 20 metas propostas, sobre o ensino básico e fundamental, temos as seguintes metas:

- Meta 1, seria universalizar, até 2016, a educação infantil na pré-escola para as crianças de 4 a 5 anos de idade e ampliar a oferta de educação infantil em creches de forma a atender, no mínimo, 50% das crianças de até 3 anos até o final da vigência deste PNE (2024);
- Meta 2 dita a universalização do ensino fundamental de 9 anos de duração para toda a população de 6 a 14 anos e garantir que pelo menos 95% dos alunos concluam essa etapa na idade recomendada, até o último ano de vigência deste PNE.
- Meta 3: universalizar, até 2016, o atendimento escolar para toda a população de 15 a 17 anos e elevar, até o final do período de vigência deste PNE, a taxa líquida de matrículas¹⁴ no ensino médio para 85%.
- Meta 4: universalizar, para a população de 4 a 17 anos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, o acesso à Educação Básica e ao atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino, com a garantia de sistema educacional inclusivo, de salas de recursos multifuncionais, classes, escolas ou serviços especializados, públicos ou conveniados
- Meta 5: Alfabetizar todas as crianças, no máximo, até o final do 3º ano do ensino fundamental. (PNE, 2014/2024)

É realizado a cada biênio pelo INEP, uma avaliação das metas propostas pelo PNE (2014 – 2024). Em 2020 tivemos o 3º ciclo de avaliação com dados de 2018 e 2019 (BRASIL, 2020), e mostraremos alguns dos indicadores da da educação infantil e fundamental:

TABELA 8 – 3º Ciclo de Avaliação da PNE (2014 – 2024)

INDICADOR	Meta PNE (2014-2024)	Último resultado	Ano do resultado
Educação de 0 a 3 anos	50%	35,7%	2018
Educação de 4 a 5 anos	100%	93,8%	2018
Ensino fundamental com duração de 9 anos	100%	98,0%	2018
Conclusão do ensino fundamental até 16 anos	95%	78,4%	2019
Acesso escolar de 15 a 17 anos	85%	73,1%	2019
Atendimento especializado de 4 a 17 anos	100%	47,9%	2019

Fonte: elaborado pela autora.

¹⁴ A taxa líquida de matrículas, corresponde a taxa de matrículas de uma determinada faixa etária escolar sobre o total da população com aquela faixa etária.

Na Educação Infantil, a cobertura que tinha como meta 50%, chegou, em 2018, a 35,7% das crianças de 0 a 3 anos.

Para a faixa etária de 4 a 5 anos, de matrícula obrigatória, a meta de universalização, prevista para 2016, ainda não foi alcançada. Em 2018, apesar de a cobertura ter chegado a 93,8%, é necessário incluir cerca de 330 mil crianças na pré-escola para se atingir a universalização.

Na meta 2, sobre universalizar o ensino fundamental com a duração de 9 anos, chegou em 2019, a 98% das crianças e adolescentes de 6 a 14 anos na escola, tendo praticamente sido universalizada e com desigualdades praticamente inexistentes entre regiões e grupos sociais. No que tange à conclusão do ensino médio até os 16 anos de idade, somente 78% dos adolescentes aos 16 anos chegaram a concluí-lo e tínhamos como meta, 95% até 2024. De acordo com o documento, levando em conta o ritmo de aumento deste indicador, essa meta não será alcançada até 2024, seria necessário triplicar a velocidade de melhora deste indicador. Temos também grandes desigualdades sociais e regionais nesta avaliação.

O acesso escolar dos jovens de 15 a 17 anos não foi universalizado até 2016, e dados de 2019 contam com 93% desses jovens frequentando a escola, o relatório nos mostra uma exclusão de cerca de 680 mil jovens da escola, e com expressiva das desigualdades regionais e sociais. Cerca de 1,9 milhão de jovens de 15 a 17 anos que frequentam a escola ainda estão matriculados no ensino fundamental. Isso coloca o Brasil longe da meta do PNE de, até 2024, ter pelo menos 85% da população de 15 a 17 anos frequentando o ensino médio. Em 2019, esse indicador alcançou 73% dos jovens e apresentou expressivas desigualdades regionais e sociais.

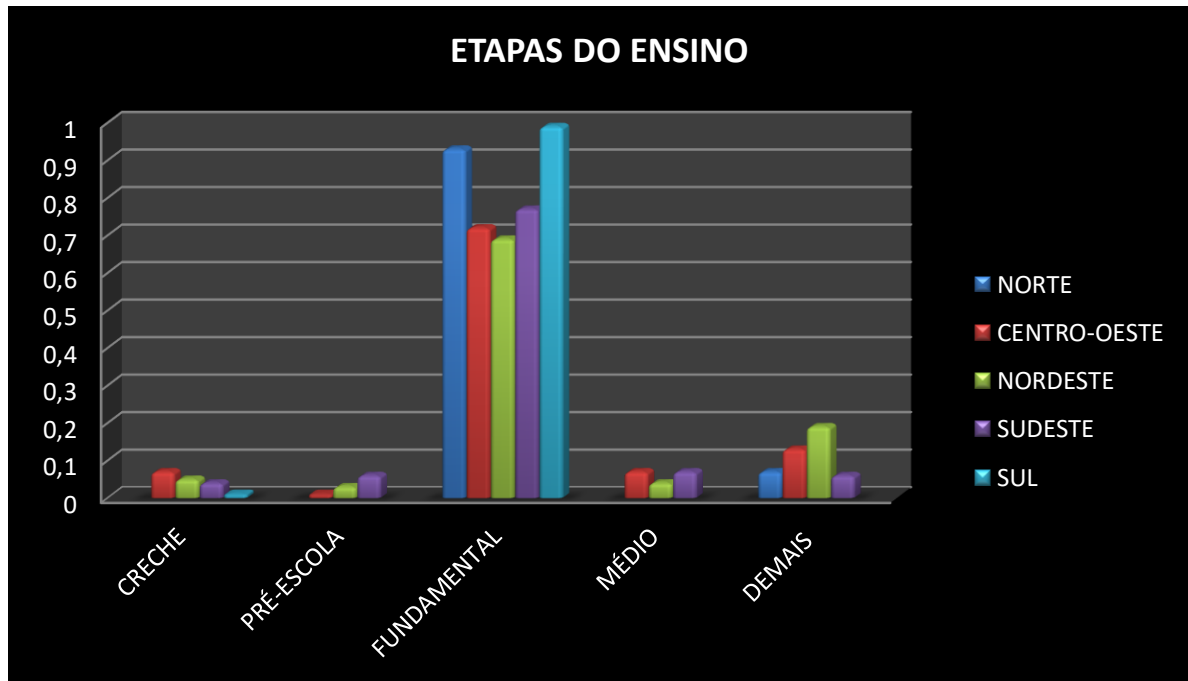
Com a análise destes indicadores, observamos que as melhorias no acesso a educação estão sendo mais eficazes do que as melhorias para garantir a permanência e conclusão do ensino fundamental. Quando os dados da educação infantil e dos anos iniciais do ensino fundamental são avaliados, 93,8% das crianças de 4 a 5 anos estão matriculados, mas apenas 78,4% dos jovens concluíram o ensino fundamental com 16 anos e 73,1% da população de 15 a 17 anos frequentava o ensino médio ou já havia concluído a Educação Básica .

Na faixa de 15 a 17 anos, as diferenças sociais e regionais ficam mais expressivas (BRASIL, 2020) nos levando a concluir que o motivo que retira nossos jovens da escola, são as desigualdades sociais. Para a evolução dos indicadores educacionais temos que avançar nas conquistas sociais e diminuir as diferenças regionais.

✓ ETAPAS DO ENSINO

Com relação a etapa de ensino destes alunos, a grande maioria está matriculada no ensino fundamental, em todas as regiões (gráfico 14).

GRÁFICO 14 - Etapas do Ensino em todas as Regiões.



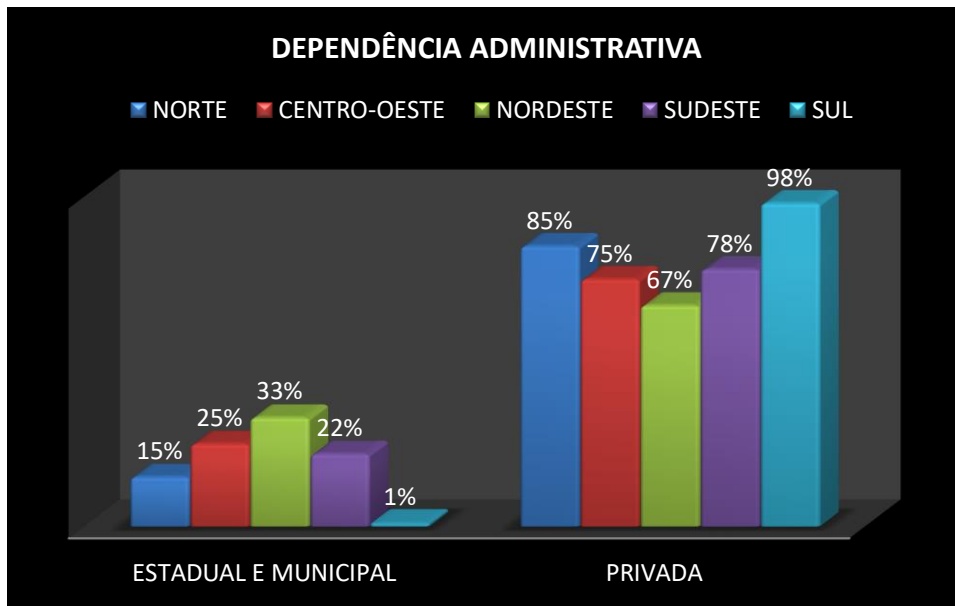
Fonte: Elaborado pela autora.

✓ DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA

Em todas as regiões, as Classes Hospitalares decorrem de convênio entre as Secretarias Estaduais ou Municipais de Educação e de Saúde dos Estados e com parcerias entre as Secretarias de Educação e entidades particulares e/ou filantrópicas e também universidades. Sabemos que várias classes ocorrem em Hospitais Universitários e que estes apenas cedem o espaço para o atendimento pedagógico, mas as crianças estão matriculadas nas instituições municipais, estaduais ou particulares.

No censo de 2018, não houve nenhuma matrícula com dependência administrativa federal. O que nos mostra uma despreocupação das políticas públicas federais com este projeto.

GRÁFICO 15 – Dependência Administrativa das CH, em todas as Regiões.



Fonte: Elaborado pela autora.

De um modo geral, este censo de 2018 nos mostra uma realidade da Classe Hospitalar que foge em parte de seu objetivo que é o trabalho com crianças e jovens matriculados no ensino regular, apesar da alta concentração destes alunos no ensino fundamental.

Outro ponto importante foi a grande quantidade de classes hospitalares com administração sobre a competência da iniciativa privada, principalmente de entidades sem fins lucrativos. Sabemos que a grande maioria das Classes Hospitalares estão em hospitais conveniados pelo SUS nos mostrando assim um desinteresse, por parte do poder público na criação e manutenção desta modalidade de ensino.

Em todas as regiões vemos um número de matrícula ainda longe do ideal. O Nordeste mostra o melhor desempenho seguido da região Sul. A região Sudeste apresenta o pior desempenho, apesar de ter o maior PIB do país.

Em termos gerais, o resultado destas avaliações contribui para uma visão mais ampla e crítica da implementação escassa da Classe Hospitalar no Brasil, com suas características e diferenças regionais, e, ainda, evidencia a importância de implementar a referida classe como Política Pública de Estado, permanente e vinculada ao cumprimento do escrito na Constituição Federal vigente.

SEÇÃO VII - O QUE NOS DIZEM OS ACOMPANHANTES, PEDAGOGOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS MELHORIAS NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DAS CRIANÇAS QUE PARTICIPARAM DA CLASSE HOSPITALAR

Esta seção apresenta e interpreta resultados das análises das entrevistas com as acompanhantes das crianças internadas que frequentavam a Classe Hospitalar, dos questionários aplicados aos membros da equipe de saúde e dos documentos tomados como fontes de dados (relatórios da assistência social e diário escolar da pedagoga), com a finalidade de compor respostas para a questão que orientou esta investigação: como a Classe Hospitalar contribui para/na a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das crianças internadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia?

Inicialmente, é importante destacarmos que a análise do Relatório elaborado pela pedagoga permitiu o acesso à informação sobre quantidade de crianças que frequentavam a CH, ao diagnóstico, à idade, ao tempo de internação e aos tratamentos realizados. De posse dessas informações, iniciamos as entrevistas semiestruturadas com acompanhantes, antes do início da pandemia, mas sete dessas entrevistas foram realizadas por meio do telefone devido aos tempos de pandemia COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*). Os Questionários foram aplicados aos profissionais da equipe de saúde, em decorrência da necessidade de cumprir protocolos de redução de contato com os participantes da pesquisa para diminuir a contaminação do Corona Vírus.

Nesse processo de produção de dados, foram realizadas entrevistas com 10 acompanhantes (todas mães) e aplicados questionários aos 4 médicos, às 7 técnicas de enfermagem, às 2 enfermeiras, às 3 assistentes sociais. Das 10 entrevistadas e 16 respondentes aos questionários, apenas um participante é do gênero masculino (médico). Todas as demais mães e profissionais membros da equipe de saúde são mulheres.

De acordo com os resultados da avaliação da demografia médica no Brasil, concluiu-se que os homens são maioria entre os médicos, com 54,4% do total de 414.831 profissionais em atividade em 2017, enquanto as mulheres representam 45,6%. A diferença, no entanto, vem caindo a cada ano e aponta para crescente feminização da Medicina no País. Em especialidades

como a pediatria, o mesmo estudo, aponta que três quartos dos especialistas desta área são do gênero feminino¹⁵.

Em 2015, foi realizada uma pesquisa sobre o perfil da enfermagem no Brasil¹⁶, desenvolvida por meio de parceria entre o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). É o mais amplo levantamento sobre uma profissão já realizado na América Latina. Nessa pesquisa, viu-se que a equipe de enfermagem é ainda predominantemente feminina, sendo composta por 84,6% de mulheres.

É pertinente refletirmos acerca dos efeitos das relações de gênero atravessadas por representações de mulher e de homem e seus vínculos com o ato de cuidar. Por conseguinte, com a quantidade de homens e de mulheres que fazem parte de categorias profissionais, cujo exercício da profissão está vinculado ao cuidado. Os dados apresentados anteriormente mostram que as enfermeiras são, majoritariamente, mulheres. A especialidade médica que conta com mais mulheres é a pediatria. Além de mulheres exercendo a função de pedagoga e assistente social.

Paula Viviane Chies, ao escrever sobre relações de gênero e mercado de trabalho, mostra, dentre outros aspectos, que

Na medicina também aparece uma segregação entre os sexos delimitada por especialidades que apresentam um espaço maior à presença feminina, esse é o caso da medicina sanitária, pediatria, dermatologia, hemoterapia etc., que aparecem com 50% de representatividade das mulheres. Por outro lado, nas especialidades (cirurgia, cardiologia, medicina esportiva, ortopedia, medicina legal e urologia) de maior prestígio da área e que possuem melhores remunerações é menor o percentual de representatividade feminina, somente 30%. Os estereótipos sociais criados em torno dessas especialidades sinalizam conformações gerais de homens e mulheres na sociedade. A pediatra é a ‘dona de casa da medicina’, assim o mito do instinto maternal tornaria a mulher mais calma, propícia à arte do ‘cuidar’, logo, apta a trabalhar com o tratamento de enfermos de doenças crônicas – pacientes que necessitam de um cuidado contínuo e próximo. Os homens, todos eles banhados pela postura agressiva e sem titubeios, seriam adequados à precisão necessária em manobras cirúrgicas etc. (CHIES, 2010, p. 508)

Assim como mostram os resultados dos estudos mencionados sobre a demografia médica e da enfermagem, Chies (2010) percebe mudanças no referido perfil dos médicos, evidenciando maior

¹⁵ Este trabalho contou com as participações da Universidade de São Paulo (USP) e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). Foram recebidos ainda subsídios da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf)>. Acesso em: 05 out. 2020

¹⁶ Estudo realizado pela fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html> ou <<https://agencia.fiocruz.br/pesquisa-in%C3%A9dita-tra%C3%A7a-perfil-da-enfermagem-no-brasil>>. Acesso em: 05 out. 2020.

participação das mulheres, mas, também, a permanência de representações de homens e mulheres que impactam a quantidade de profissionais vinculada às determinadas especialidades.

[...] importa salientar, que desde a antiguidade, as práticas de cuidar eram regra geral, atribuídas às mulheres, ditas como cuidadoras de seus filhos e esposos. Ainda nesse sentido, Silva (1986) considera que a história da enfermagem é a história de uma prática social, que nasceu vinculada às atividades domésticas, à mercê do empirismo das mães de família, monjas e escravas, pelo que, na história da divisão sexual do trabalho, cabia sempre à mulher, a responsabilidade de cuidar da casa, da prole e dos enfermos. Por conseguinte, o mito que identifica as práticas de cuidar com a mulher, considerando a enfermeira uma auxiliar do médico, tem sua gênese nessas relações de poder e continua a contribuir frequentemente, para a desvalorização da profissão. (MONTEIRO, 2015, p. 61).

Outro dado importante se refere ao fato de que, majoritariamente, são as mulheres que acompanham as crianças internadas por longos períodos no Hospital de Clínicas da UFU, e pode ser melhor compreendido retomando o escrito acima sobre relações de gênero, representações de homem e mulher e atos de cuidar do outro.

Acompanhados dessas considerações preliminares, iniciamos as seções a seguir apresentando as dez crianças, cujas acompanhantes, mães, participaram das entrevistas, e desvelando os seus diagnósticos. Em seguida, apresentamos dados, análises e interpretações sobre o impacto da internação nas suas vidas e de suas famílias. Discorreremos e analisamos sobre narrativas das mães e dos profissionais de saúde sobre o CH. Discorreremos, ainda, acerca do efeito da participação das crianças na referida classe nas condições de saúde e qualidade de vida das crianças, evidenciando o como se dá as contribuições da referida classe nesse processo.

7.1- Os filhos de participantes da pesquisa: quem são as crianças internadas?

Pedrinho¹⁷ tem 13 anos, masculino, é morador da cidade de Uberlândia, cursa o 7º ano em uma escola municipal, tem um irmão e uma irmã e é portador de doença de Crohn.

Mário tem 7 anos, masculino, é morador da cidade de Uberlândia, cursa o 2º ano em uma escola municipal, é filho único e é portador de doença renal crônica (DRC).

Alice tem 10 anos, feminino, é moradora da cidade de Prata no estado de Minas Gerais, cursa o 3º ano em uma escola municipal, tem uma irmã e um irmão que ficam com a avó e com o pai e é portadora de doença renal crônica (DRC).

¹⁷Usarei nomes fictícios para representar as crianças, escolhidos de obras de ficção para preservar o sigilo combinado no TCLE.

Mafalda tem 11 anos, feminino, é moradora da cidade de Lagoa Formosa no estado de Minas Gerais, cursa o 6º ano em uma escola municipal, tem dois irmãos e é portadora de polimiosite e asma.

Dora tem 6 anos, feminino, é moradora da cidade de Uberlândia, cursa o 1º ano em uma escola municipal, tem uma irmã que fica com a avó e é portadora de doença renal crônica (DRC).

Mônica tem 10 anos, feminino, é moradora da cidade de Ituiutaba no estado de Minas Gerais, cursa o 5º ano em uma escola municipal, é filha única e é portadora de doença renal crônica (DRC).

Emília tem 8 anos, feminino, é moradora da cidade de Uberlândia, cursa o 2º ano em uma escola municipal, tem quatro irmãos que ficam com o pai e é portadora de leucemia linfóide aguda (LLA).

Aurora tem 6 anos, feminino, é moradora da cidade de Uberlândia, cursa o 1º ano em uma escola municipal, tem uma irmã que fica com a madrinha e é portadora de doença renal crônica (DRC).

Júlio tem 9 anos, masculino, é morador da cidade de Uberlândia, cursa o 2º ano em uma escola municipal, tem dois irmãos que ficam com a avó e é portador de leucemia linfóide aguda (LLA).

Pablo tem 12 anos, masculino, é morador da cidade de Campina Verde no estado de Minas Gerais, cursa o 6º ano em uma escola municipal, tem um irmão de 13 anos que fica sozinho em casa e é portador de leucemia linfóide aguda (LLA).

Nas crianças internadas e que frequentaram a CH, tivemos uma prevalência da doença renal crônica seguido por leucemia linfóide aguda. São doenças pouco prevalentes em crianças. A hipótese é a de que esta prevalência no nosso estudo se deva ao fato de que os participantes tiveram internações prolongadas em um hospital terciário, com um serviço de nefrologia e oncologia de referência que atendem a uma população cada vez mais crescente¹⁸. De acordo com Barbosa, Costa e Vieira (2017, p.129-137), um levantamento realizado sobre as maiores causas de internação de crianças aponta para uma maior incidência de doenças do aparelho

¹⁸ O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) possui 520 leitos e mais de 50 mil m² de área construída. Maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Minas Gerais, e terceiro no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC), é referência em média e alta complexidade para 86 municípios da macro e micro regiões do Triângulo Norte. Com a Constituição de 1988, o HC/UFU se transformou em um importante elo na rede do SUS, principalmente, para atendimento de urgência e emergência e de alta complexidade sendo o único hospital público regional com porta de entrada aberta 24 horas para todos os níveis de atenção à saúde. Disponível em: <<https://www.hc.ufu.br/pagina/institucional>>. Acesso em: 06 de out. 2020.

respiratório, destaque às pneumonias, seguido pelo das doenças infecciosas e parasitárias e, como terceiro grupo, as doenças perinatais.

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) consiste na perda progressiva e irreversível das funções renais, que pode iniciar com um quadro agudo ou de maneira lenta. O tratamento definitivo indicado é o transplante renal. Trata-se de processo demorado, e, até que se concretize, a alternativa para manter a vida está no tratamento dialítico contínuo, que compreende duas modalidades - diálise peritoneal e hemodiálise.

Um artigo publicado em 2011, na Revista da Associação Médica Brasileira¹⁹, faz uma avaliação das causas da DRCT (Doença Renal Crônica Terminal). A prevalência de DRCT é de 23,4 casos pmpic²⁰ e o motivo mais prevalente seriam as malformações do trato urinário (24,0%), glomerulonefrites – exceto GESF – (18,9%), glomeruloesclerose segmentar e focal – GESF – (10,0%) e outras²¹ (46,2%). Chama-se a atenção para o fato de muitas crianças chegarem ao serviço já com a DRCT e dificultar a determinação da causa inicial da doença renal, argumentando com isso a alta prevalência de indeterminação da causa.

De acordo com Belangero (2003), embora a incidência da doença renal crônica na infância seja muito menor que a encontrada em adultos (50 vezes menor), deve-se salientar que a IRC em classe avançada (3 a 5) é particularmente devastadora na infância visto ter forte impacto negativo sobre o desenvolvimento pondero-estatural, como retardo de crescimento, com deformidades ósseas, anemia resistente ao tratamento com ferro, inclusive com cefaleia e vômitos secundários à hipertensão arterial e alterações neurológicas.

Um trabalho publicado no Jornal Brasileiro de Nefrologia por Diniz, Romano e Canziani (2006) conclui que:

Os resultados obtidos nesse estudo retratam dinâmica de personalidade psicopatológica que evidencia, principalmente, regressão, insegurança, autoimagem diminuída, sentimentos de inferioridade, dependência acentuada em relação aos familiares, medo (nos que estavam há menos de 1 ano em diálise), introversão, e, em metade dos pacientes, estados depressivos. Constatamos, ainda, ambivalência afetiva em relação aos profissionais, agressividades auto e alo-dirigidas, conflitos na área sexual e acentuada dissimulação de sentimentos subjacentes, com submissão consequente. Verificamos, ainda, que a condição de doente renal crônico, submetido à hemodiálise, gera uma reação de proteção natural no indivíduo fazendo surgir mecanismos de defesas variados, os quais podem fornecer implicações negativas para a adesão ao tratamento, como compensação, fantasia, isolamento e negação. (DINIZ et al, 2006, p. 37)

¹⁹NOGUEIRA, Paulo Cesar Koch; FELTRAN, Luciana de Santis; CAMARGO, Maria Fernanda; LEÃO, Eliseth Ribeiro; BENNINGHOVEN, Jennifer RCS.; GONÇALVES, Natália Z.; PEREIRA, Luiz A.; SESSO, Ricardo C. Prevalência estimada da doença renal crônica terminal em crianças no estado de São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.57 no.4 São Paulo julho/agosto. 2011.

²⁰ PMPIC: por milhão da população com idade compatível

²¹ Outras como: doenças sistêmicas, congênitas/hereditárias, tumores e causas desconhecidas.

As leucemias pediátricas são cânceres do sistema hematopoiético, na maior parte dos casos envolvendo a transformação maligna de células progenitoras linfoides e, menos comumente, de células progenitoras mieloides. Na faixa etária de 0 a 19 anos, elas correspondem a 25,6% dos casos de câncer, representando o tipo mais comum de câncer infantil (de 0 a 14 anos: 33,2%) e principal causa de mortalidade relacionada ao câncer em pediatria (Saraiva, 2018). A leucemia linfóide aguda (LLA) é a doença maligna mais comum na infância, principalmente em crianças entre os três e sete anos de idade, sendo infrequente em adultos. Há predominância no sexo masculino (1,2: 1) (HOFFBRAND, 2016).

O tratamento da LLA é prolongado, variando de dois a três anos. É realizado através da quimioterapia em diversas fases, às vezes com necessidade de radioterapia e até mesmo o transplante de medula. A chance de cura destas crianças é de aproximadamente 85%.

A leucemia linfocítica aguda em crianças e adolescentes é uma doença complexa, de tratamento abrangente, exigindo atenção não somente para as necessidades físicas, como também para as necessidades psicológicas e sociais, incluindo a atenção e participação da família (Costa; Lima, 2002). Diante dessa situação, que gera mudança repentina e drástica na rotina de vida, e que se inicia com o diagnóstico, depois o tratamento, chegando ao desfecho imprevisível (cura ou morte), passa a existir conflito emocional que envolve não somente a pessoa doente, mas toda a família, pois a doença não é vista apenas como conjunto de sintomas, mas tem representação simbólica, moral, social e psicológica, levando consigo carga de sofrimentos e expectativas das mais variadas (MONTEIRO et al, 2008, p. 485).

A Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal crônica que se apresenta principalmente por dor abdominal, diarreia, anemia, febre, perda de peso e atraso do crescimento. Tem origem desconhecida, multifatorial, com acometimento assimétrico e transmural (de toda a parede) de qualquer porção do tubo digestivo, da boca ao ânus. Apresenta-se em três formas: inflamatória, fistulosa e fibroestenótica. Estima-se em 20% o número de casos de DC que se apresentam na infância e adolescência. A mediana da idade no diagnóstico é de 12 anos. Estima-se que, pelo menos, 40% dos doentes de Crohn diagnosticados antes dos 18 anos sofram de atraso de crescimento em algum período da sua doença. O atraso da maturação puberal também é por si só uma queixa que merece investigação de DC, pois pode ser um sinal que precede cronologicamente as queixas gastrointestinais (TAVARES et al, 2013).

O tratamento é medicamentoso, nas fases em que a doença está em atividade. O tratamento cirúrgico às vezes é indicado para corrigir complicações como fístulas e estenoses.

A dermatomiosite (DM) e a polimiosite (PM) fazem parte das miopatias inflamatórias idiopáticas (MII), um grupo heterogêneo de miopatias autoimunes crônicas sistêmicas, associadas a alta morbidade e incapacidade funcional. Cada uma apresenta características

epidemiológicas, histológicas, imuno-histoquímicas, patológicas, clínicas e evolutivas distintas. São doenças raras, a idade de início apresenta dois picos, um dos 10 a 15 anos e outro dos 45 aos 60 anos. A terapia medicamentosa da DM e da PM é baseada, de modo geral, no uso de corticosteroides como droga de primeira escolha, e, como forma de evitar essas medicações, usa-se diversos imunossupressores.

Entretanto, uma parcela considerável dos pacientes não responde satisfatoriamente a esses tratamentos tradicionais. Nesses casos, os imunobiológicos são utilizados tendo como base a fisiopatogênese da DM e PM. As miopatias inflamatórias se caracterizam por fraqueza muscular proximal e elevação sérica de enzimas originadas da musculatura esquelética, sendo que a principal manifestação é a fraqueza proximal e simétrica de cinturas escapular e pélvica e de musculatura cervical. Dependendo do grau da perda de força, o paciente pode manifestar desde fadiga e intolerância ao exercício até marcha cambaleante e dificuldade para subir escadas. A evolução tende a ser gradual e progressiva. Poucos pacientes podem apresentar mialgia associada. Disfagia, distúrbios cardíacos, acometimento respiratório, vasculite e calcificações subcutâneas (calcinoses) são manifestações extra musculares possíveis (SHINJO et al, 2013).

A asma é uma das doenças crônicas mais comuns em todo o mundo, é uma síndrome complexa, com diferentes fenótipos clínicos em adultos e em crianças. A grande variedade de apresentações clínicas e de evolução é um obstáculo para uma classificação única, passo importante para definições diagnósticas e terapêuticas. É uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, cuja causa ainda não está completamente compreendida. Como resultado da inflamação, as vias aéreas são hiper-responsivas e contraem-se facilmente em resposta a uma ampla gama de estímulos. Essa alteração pode causar tosse, sibilos, dispneia e opressão torácica.

Há numerosas evidências de que os corticosteroides inalatórios são efetivos no controle dos sintomas asmáticos e na redução da intensidade da inflamação das vias aéreas, e de que esses efeitos perduram durante o tempo de corticoterapia. Além de controlar os sintomas da asma e de melhorar a função respiratória, previnem as exacerbações e reduzem a mortalidade da asma (CAMPOS, 2007).

Esses comentários sobre as doenças das crianças, que participaram da CH, são para oferecer ao leitor noções sobre os sintomas, o caminho para o diagnóstico que em muitas vezes dependem de exames seriados, dolorosos e estressantes e, muitas vezes, inconclusivos. É neste contexto que encontramos essas crianças e seus familiares.

7.2- As narrativas das acompanhantes

As entrevistas foram realizadas com as acompanhantes das crianças que participaram e frequentaram a classe hospitalar no ano de 2019 até março de 2020. Em 2019, 116 crianças participaram da CH do HC-UFU e 25 em 2020 (1702/2020 a 17/03/2020), sendo que parte é atendida no leito. Realizamos as entrevistas com dez acompanhantes das crianças que frequentaram a classe hospitalar por 4 semanas ou mais. Todos os acompanhantes das crianças selecionadas aceitaram participar do estudo e todas as entrevistadas eram mães destas crianças.

7.2.1. Os impactos da internação na vida das acompanhantes e da família

Todas as mães relataram que a internação mudou muito a rotina da família. Sete mães não tinham com quem revezar no acompanhamento do(a) filho(a) e ficava o tempo todo no hospital. As demais tinham o marido, outro filho, avós e madrinha para ajudar no acompanhamento. Em dois casos as crianças são filhos únicos. Duas famílias se mudaram para Uberlândia para a realização do tratamento do(a) filho(a). E quatro crianças são de outras cidades de Minas Gerais.

Os demais filhos ficavam aos cuidados de familiares, vizinhos ou sozinhos em casa. De acordo com Santos et al. (2013, p. 476-477),

[...] a hospitalização de uma criança exige reorganização do sistema familiar e, para atender às demandas impostas pelo processo de adoecimento, a família, além de assumir novas atividades, também precisa adaptar-se às mudanças na rotina profissional, pessoal e social. Esse período interfere significativamente na vida de todos os familiares e, de maneira especial, na da mãe, que é a pessoa que, na maioria dos casos, acompanha a criança durante toda a sua internação (SANTOS et al. 2013, p. 476-477).

De modo geral, a hospitalização de uma criança afeta todo o ambiente familiar e em especial das mães que na maioria das vezes é quem acompanha a criança neste processo. Muitas mães são obrigadas a deixarem suas casas, os outros filhos, seus parceiros conjugais, seu trabalho e sua vida social neste período de adoecimento. A rotina hospitalar para o acompanhante é desgastante, principalmente aqueles que acompanham crianças que têm uma dependência maior de cuidados de básicos.

Os hospitais têm uma infraestrutura precária para o acompanhante, não há local confortável para o descanso, para sua higiene pessoal ou mesmo para guardar seus pertences com segurança.

Próximo ao HC-UFU temos casas de apoio para os acompanhantes subsidiadas em parte pelas prefeituras das cidades vizinhas que usam os serviços deste hospital e pela filantropia de empresas e pessoas. Essas casas de apoio têm locais para descanso, higiene e fornecem alimentação e roupas para os acompanhantes.

Devido às condições clínicas dos pacientes ou à dependência emocional, os acompanhantes não conseguem se ausentar do leito, mesmo por poucas horas, e com isso as preocupações com a doença, com os demais filhos, casa, trabalho, juntam-se às noites mal dormidas, refeições rápidas e muitas vezes de pé no quarto²², aumentando com isso o quadro de estresse destes acompanhantes e o sentimento de isolamento familiar e social.

Por outro lado, a criança doente desenvolve, além de todos os sintomas pertinentes a sua patologia, reações aos medicamentos, procedimentos propedêuticos e terapêuticos, alterações comportamentais, de humor e até mesmo físicas.

Como elucidou Batalha (2017),

Os estudos que têm avaliado as consequências da hospitalização no desenvolvimento da criança realçam aspetos negativos como a ansiedade, dor, comportamentos regressivos, problemas alimentares, de sono e até agressividade. Atualmente o panorama mudou com a criação de serviços pediátricos especializados em que as equipes de saúde revelam uma preocupação crescente com a manutenção das rotinas da criança, o envolvimento dos pais nos cuidados, a ligação com os cuidados domiciliares e uma prática de cuidados preventivos em relação à dor, medo e ansiedade. Estes pressupostos que orientam os cuidados podem mudar radicalmente a experiência da hospitalização (BATALHA, 2017, p.3).

Essas considerações nos mostram a importância da humanização em uma enfermaria pediátrica, como meio de proporcionar um atendimento mais abrangente para estes sujeitos, minimizando as causas de sofrimento do corpo e da mente, tanto do paciente quanto dos acompanhantes, a maioria constituída de mulheres. Nesse processo, é fundamental reconhecer o acolhimento como prática de cuidado associado à melhoria das condições de saúde.

7.2.2- Definição e benefícios da CH para a vida de seus filhos

Das dez mães que participaram da pesquisa, apenas uma já tinha ouvido falar sobre a CH, porque a filha de um amigo foi hospitalizada no HC-UFU em 2015 e elogiou muito a referida CH para ela, inclusive mostrou fotos do local retiradas por ele.

²² Cada quarto do HC-UFU tem dois leitos e um banheiro que são para a higiene das crianças. Os acompanhantes dormem em uma cadeira reclinável com apoio para os pés. As refeições são levadas no quarto pela equipe de nutrição.

Todas as mães elogiaram a CH. A seguir, citaremos fragmentos das entrevistas com essas mães, relativos à categoria definição e benefícios da CH para a vida de seus filhos, destacando as subcategorias evidenciadas na leitura e análise dos conteúdos das referidas entrevistas.

- **APRENDIZAGEM ESCOLAR**

Acho bom. Fizeram revisão das matérias com ele já que ensinam somente até o 5º ano. Ficava recordando as matérias com as professoras já que a C.H tem apenas até o 5º ano (mãe do Pedrinho).

Quando ele não consegue ir eles levam a atividade para ele (Mãe do Mário).

Achei super ótimo porque ela aprendeu matemática; ela aprende, não fica perdendo as matérias da escola, não fica tão para trás (Mãe da Alice)

Gostei muito, ajudou ela a desenvolver porque ela estava sem frequentar a escola, ela ia todo dia. Ela aprendeu muito lá (Mãe da Mafalda).

Inclusive ela passou de ano com as melhores notas. Ela frequentou a CH quase um ano por causa da hemodiálise. Ela frequentava a escola em Ituiutaba 2 vezes por semana e a CH três vezes por semana. Ótimo, porque eu levava o material da escola e a pedagoga dava aula para ela a manhã toda, segunda, quarta e sexta-feira. Lá ela aprendeu a gostar de português (Mãe da Mônica).

A minha filha estudou os primeiros seis meses de 2019 no Pará e o segundo semestre todo na classe hospitalar, conseguindo assim terminar o primeiro ano. Ela aprendeu a ler na classe hospitalar (Mãe da Emília).

No início eu achei diferente, não sabia que no hospital teria tanto interesse neste “caso” e sempre dentro do que ela está estudando na escola. No início a minha filha tinha vergonha por causa das outras crianças, mas com o tempo foi adaptando. Achei bom o interesse dos professores, quando ela não podia ir até a classe eles traziam as tarefas aqui, corrigiam. / Melhorou o desenvolvimento escolar (mãe da Aurora).

Melhorou a leitura. Ajudou a saber os limites dele, ter o tempo de brincar no hospital, mas também a responsabilidade com o estudo (Mãe do Júlio).

A leitura e análise das narrativas das mães evidenciam as contribuições da CH e dinâmicas adotadas pelos profissionais de modo a favorecer o acesso à educação onde o aluno está e à aprendizagem, assumindo características da educação inclusiva e revelando processos formativos e educativos.

O atendimento escolar hospitalar, de todas as políticas de inclusão que conhecemos, nos dá a sensação de ser a que tem um caminho mais estruturado. O funcionamento de uma CH, com a estrutura física, pedagoga, professoras e assistente social para atender estas crianças, mesmo com todas as dificuldades que existem devido ao local, as agruras pelas quais seus alunos estão passando juntamente com suas famílias, às resistências por parte de alguns profissionais de saúde que colocam, sempre na frente de tudo, os tratamentos medicamentosos

e os cuidados de higiene, curativos e procedimentos dos mais variados tipos, pode contribuir para materializar educação inclusiva.

As crianças, filhas das acompanhantes entrevistadas, não apresentam atraso escolar. Algumas tiveram reforço escolar já que a CH do HC-UFU oferece até o 5º ano e tivemos 3 crianças que estão em séries mais adiantadas; outras, o ensino oferecido foi determinante para a conclusão do ano escolar. Uma criança aprendeu a ler na CH.

Em sua prática pedagógico-educacional diária, visará à continuidade do ensino de conteúdos da escola de origem da criança e/ou o trabalho educativo com conteúdos programáticos próprios à cada faixa etária das crianças hospitalizadas, levando-as a sanarem dificuldades de aprendizagem e/ou à oportunidade da aquisição de novos conteúdos intelectivos, além de proporcionar intervenção pedagógico-educacional não propriamente relacionada à experiência escolar, mas que vise às necessidades intelectuais e sócio-interativas do desenvolvimento e da educação da criança hospitalizada. (CECCIM, 1999, p. 43).

Reveladora a fala da mãe da Emília: “No início eu achei diferente, não sabia que no hospital teria tanto interesse neste ‘caso’ e sempre dentro do que ela está estudando na escola”. Ela descreve admirada o interesse de um hospital por educação.

A concepção de paciente vem se modificando. Não são mais vistos como pessoas que esperam pela sua recuperação com apatia, mas sim como sujeitos com potencialidades expressivas nos seus processos de cura, como usuários de serviços com direitos. Da mesma forma, o período de hospitalização também, já não é visto como de isolamento social, mas como um momento que, além da recuperação da saúde, proporciona a oportunidade de construção de relações afetivas, sociais e cognitivas (ZOMBINI, 2011, p.30).

Com base nos resultados da análise das descrições sobre aprendizagem e desenvolvimento destas crianças, podemos afirmar que a CH está cumprindo o seu papel de fomentar a produção de conhecimento e o desenvolvimento humano, materializando direitos educacionais e humanos.

- **ENTRETENIMENTO**

Acho bom, porque entretinha ele, ajuda a passar o tempo. No dia que não tinha ele ficava muito preso no quarto, ficava inquieto. Queria ficar o tempo todo na C.H. / Entretinha, fazia ele gastar energia /Ele gosta muito do assistente social do projeto, ficava jogando vídeo game com ele (Mãe do Pedrinho).

Ela gosta dos brinquedos que eles trazem e das brincadeiras com eles. / Trouxe entretenimento (Mãe da Dora).

Muito do que nos contam as acompanhantes sobre a CH tem a ver também com as atividades, compreendidas por elas como de entretenimento, que são oferecidas na CH. O atendimento pedagógico também se dá através de brinquedos, desenhos, histórias, o que ajuda a criança a se desprender do verdadeiro motivo da internação. O lúdico é uma ferramenta educacional que

através de atividades recreativas, estimula habilidades cognitivas, de percepção motora e artística. O brinquedo e as brincadeiras estão vinculados às culturas infantis.

O brincar é algo que faz parte da história de todo ser humano e, quando este ser humano é uma criança/adolescente que se encontra hospitalizado, o brincar torna-se uma atividade terapêutica e pedagógica capaz de facilitar o processo de aproximação e interação com outros indivíduos contribuindo para a criação de um ambiente harmonioso e humanizado (MAGALHÃES, 2013, p.70).

- **AJUDA A SUPORTAR O PERÍODO DE INTERNAÇÃO**

Ele voltava mais tranquilo, bem mais tranquilo, para suportar um mês de internação. Trouxe benefícios sim, ajudou ele a aguentar melhor a internação (Mãe do Pedrinho).

Acho bom porque distrai ele. Notei melhoras sim, ele distrai mais a mente. Ele fica mais calmo. Ele gosta de frequentar a CH. (Mãe do Mário).

Ajudou na adaptação ao hospital (Mãe do Júlio).

A classe hospitalar o deixava muito feliz, quando ele fazia a quimioterapia ficava triste e eles conseguiam deixá-lo mais feliz. (Mãe do Pablo).

Quando usamos o termo Classe Hospitalar, parece-me que há, frequentemente, um entendimento por parte dessas mães que ligando à referida classe apenas ao acompanhamento e acesso aos processos de escolarização restritos destas crianças. E, com o fluir da entrevista, conseguimos escutar narrativas que vão ao encontro da literatura sobre o tema.

Muitas vezes a criança precisa ser submetida a longos e enfadonhos períodos de internação para tratamentos quimioterápicos ou outras medicações de uso intra-hospitalar e é na CH, que ela tem um espaço para se desconectar da hospitalização a que está sendo imposta; é lá que ela encontra meios para lutar contra a doença e todos os sofrimentos advindos com o seu tratamento. Dessa forma, as experiências vinculadas à Classe Hospitalar contêm processos educativos e formativos que podem auxiliar a constituição de condições mais favoráveis para a melhoria da saúde.

- **ACEITAÇÃO DO TRATAMENTO**

É porque ela faz atividades escolares aqui, tem a brinquedoteca então não mudou muita coisa na vida dela, então a aceitação através disso foi muito bom para a saúde dela, ela aceita mais, porque ela pensa que eu vou fazer agora a hemodiálise, mas agora mesmo vou para a escolinha, vou para a brinquedoteca, ela sabe que vai divertir depois daquele longo período de 3 horas e meia de hemodiálise (Mãe da Alice).

Ela ficava bem. Ela ia para a hemodiálise e contava para os médicos, para o coleguinha do leito ao lado que tinha estudado, que tinha aprendido coisas diferentes (Mãe da Mônica).

Antes de descobrir a classe hospitalar o meu filho estava muito deprimido. Quando ele começou a frequentar a classe hospitalar, ele se tornou outra criança, e foi até mais

fácil para o tratamento dele, porque ele sentia muita falta da irmã. Só ficava triste nos finais de semana que não tem a classe hospitalar (Mãe do Júlio).

Azevedo (2006) destaca a importância do brincar e argumenta:

O brincar lhe oferece suporte enfrentamento dessas diferentes manifestações comportamentais, sem risco, sem julgamento, sem perdas irreversíveis. Na brinquedoteca, é possível viver a realidade de forma “fantástica” e, assim, preparar-se melhor para ela (AZEVEDO, 2006, p. 157).

A doença é uma agressão ao corpo e a vida da criança. Muitas vezes por não aceitar, simplesmente por não entender sua nova condição ou pelas dores provocadas pela doença e tratamento, a criança se retrai ou fica agressiva. O fato dela desenvolver atividades do seu cotidiano, como estudar ou brincar, ajuda a expressar melhor seus sentimentos.

- **SENTIMENTOS**

Eu noto melhora nela porque ela fica mais alegre, ela não fica triste porque quando ela chegou no hospital ela deve ter imaginado que iria ficar em um quarto sem atividade nenhuma, com mais ninguém sem ser os médicos, enfermeiras e visitas que vem e vão embora rapidinho. Agora não, ela fica mais alegre porque ela vem e faz atividade, ela estuda, ela fica feliz, não fica cabisbaixa, triste. O benefício é que melhora a auto estima, a criança não fica cabisbaixa, só pensativa querendo sair daqui, não tem nada para eu fazer, melhorou sim; foi um recurso muito bom, uma coisa muito boa (Mãe da Alice).

Ela voltava mais animada. Ela se sentia muito bem quando estava lá. Ajudou muito no psicológico dela (Mãe da Mafalda).

Com a visita no leito ela fica na expectativa de poder descer e conhecer melhor a classe hospitalar (Mãe da Dora).

Ela sentia bem. Ela adora. Ela fica feliz e relaxada. (Mãe da Mônica).

Eu noto melhora nela porque ela fica mais alegre, ela não fica triste porque quando ela chegou no hospital ela deve ter imaginado que iria ficar em um quarto sem atividade nenhuma, com mais ninguém sem ser os médicos, enfermeiras e visitas que vem e vão embora rapidinho. Agora não, ela fica mais alegre porque ela vem e faz atividade, ela estuda, ela fica feliz, não fica cabisbaixa, triste. (Mãe da Aurora).
Ele voltava triste porque queria ficar lá mais tempo. Ele gosta muito. Para ele era uma alegria imensa (Mãe do Pablo).

A CH é, frequentemente, um local onde a criança se sente mais livre. Neste local ela pode escolher o que vai fazer do seu tempo e isso a deixa mais confortável e segura. E com isso vão se desestruturando as aflições que tem passado, se deixa envolver por sentimentos mais prazerosos, reestabelecendo contatos sociais e recuperando parte de sua alegria de viver.

- **ROTINA**

Achei legal porque ela não fica somente dentro do quarto sem fazer nada, ela que gosta de ir à escola todo dia, fica com a rotina da vida dela. O que eu achei mais legal foi não mudar a rotina da vida dela. Ela está internada, mas parece que ela não está, parece que está em casa. Hora nenhuma ela reclama: mamãe eu quero ir à escola, porque ela já tem escola aqui (Mãe da Alice)

Porque para uma criança no hospital já é difícil, fora do convívio, fora do habitat dela natural que é escola, casa, colegas de sala (Mãe da Alice).

Com as brincadeiras que tem aqui, parece que ela nem faz tratamento, uma menina normal, quando chegam para fazer hemodiálise nela, olham e acham ela tão natural, nem parece que está fazendo hemodiálise (Mãe da Alice).

Achava bom, todo dia tinha o compromisso de ir à C.H (Mãe da Mafalda).

O período em que a criança está em atividade na CH a remete à sua “vida normal”, com elementos da rotina de antes da internação ou mesmo antes do seu adoecimento, pela possibilidade de frequentar uma escola, o contato com outras crianças, com as professoras e com o que fazia parte do cotidiano de antes da internação. Dá a ela uma sensação de continuação da vida e do seu processo de aprendizagem e, ainda, mantém, a possibilidade de não renunciar ao tempo da infância.

As práticas educativas desenvolvidas na CH têm como princípio a promoção à saúde num contexto mais amplo. Ela complementa o arsenal terapêutico que a medicina possui. Deve iniciar-se através da compreensão dos sofrimentos produzidos pela doença e pela internação. A educação, pensada para o paciente, fortalece o acolhimento das suas particularidades, através de atividades que aperfeiçoem o seu crescimento pessoal e acadêmico, e as condições mais favoráveis para o tratamento da doença.

- **ACOLHIMENTO DAS CRIANÇAS E DOS PAIS**

As professoras também têm paciência com ela, gostei por isso (Mãe da Alice).

Trouxe muitos benefícios para minha filha e para vários pais e para várias crianças da pediatria dentro da UFU (Mãe da Alice).

Ela gostava muito. Ele ama a pedagoga, o assistente social e a professora da CH. Quando ela não conseguia comparecer pedia para eu avisar que ela não podia ir (Mãe da Mafalda).

Gosto muito porque eles são muito gentis (Mãe da Dora).

Lá eles dão muito apoio para as mães também. Se eu tinha que me ausentar do hospital eles ficavam com a minha filha para mim (Mãe da Mônica).

Foi matriculada na Escola Municipal Amanda Carneiro Teixeira²³, com a ajuda da pedagoga do Hospital (Mãe da Emília).

²³ A CH do HC-UFU é um anexo da Escola Municipal Amanda Carneiro Teixeira.

Para mim e para ele é uma alegria imensa. Lá nós temos muito apoio e carinho. Temos o assistente social como o pai de todos os meninos de lá. (Mãe do Pablo).

É importante destacarmos que contextualizar e refletir sobre o estado clínico do estudante hospitalizado faz parte da ação pedagógica do professor. É preciso, além de educar, saber ouvir as inquietações dos educandos e de sua família. Essa escuta, ajuda a compreender o contexto em que esta família está inserida, quais as mudanças provocadas pela doença e suas consequências na vida dos seus componentes

O que conseguimos notar com a leitura e análise das respostas das entrevistas é que as crianças têm na CH um local onde elas podem se distanciar da doença e dos tratamentos debilitantes e ter um pouco de “normalidade na vida”. Se a criança está muito cansada, é oferecido entretenimento como brincadeiras, o convívio com outras crianças e com os profissionais da CH. As mães também se sentem acolhidas, tem um período em que podem se relacionar com outras mães, ou mesmo descansar da responsabilidade de acompanhar, em tempo integral, uma criança doente. Demonstram gratidão por sentirem que seus filhos têm um espaço que os fazem bem, que eles retornam felizes, que mudam o foco da doença para o aprendizado e para o lúdico.

Figura 14 - Sala da CH do HC-UFU -



Fonte: Arquivo pessoal.

Em relação à Pedagogia Hospitalar, Wolf considera que ela,

também busca oferecer assessoria e atendimento emocional e humanístico tanto para o paciente (criança / jovem) como para o familiar (pai / mãe) que muitas vezes apresentam problemas de ordem psíquico-afetiva que podem prejudicar na adaptação no espaço hospitalar, mas de forma bem diferente do psicólogo. (WOLF, 2007, p. 2).

A aprendizagem escolar das crianças também foi um aspecto muito importante destacado pelas mães. Duas crianças cumpriram parte de sua carga horária na CH, sendo que uma delas tinha aula três vezes por semana (devido à hemodiálise²⁴) e a outra foram seis meses de aula. Uma criança aprendeu a ler na CH. As demais relatam reforço escolar e a importância de as crianças não perderem o vínculo com o mundo escolar.

A função do professor de classe hospitalar não é a de apenas "ocupar criativamente" o tempo da criança para que ela possa "expressar e elaborar" os sentimentos trazidos pelo adoecimento e pela hospitalização, aprendendo novas condutas emocionais, como também não é a de apenas abrir espaços lúdicos com ênfase no lazer pedagógico para que a criança "esqueça por alguns momentos" que está doente ou em um hospital. O professor deve estar no hospital para operar com os processos afetivos de construção da aprendizagem cognitiva e permitir aquisições escolares às crianças. O contato com o professor e com uma "escola no hospital" funciona, de modo importante, como uma oportunidade de ligação com os padrões da vida cotidiana do comum das crianças, como ligação com a vida em casa e na escola. A educação no hospital integraliza o atendimento pediátrico pelo reconhecimento e pelo respeito às necessidades intelectuais e sócio interativas que tornam peculiar o desenvolvimento da criança (CECCIM, 1999, p. 43).

Dados do IBGE mostram que em 2018, havia 11,3 milhões de pessoas com 15 anos ou mais que não sabiam ler e escrever, o equivalente a uma taxa de analfabetismo de 6,8%. Isso nos mostra a extensão deste problema. Aprender a ler é um dos pilares para a evolução plena da criança, ela abre novas possibilidades de conhecimento e de entendimento do mundo que a cerca. O adulto analfabeto possui menos oportunidades profissionais e sociais além de ter dificuldade de buscar seus direitos e exercer sua cidadania de uma forma plena.

Todavia, é fundamental sublinhar que o acesso à educação de criança, jovens, adultos e idosos é um direito sustentado no tempo presente destes sujeitos e na obtenção de recursos associados à cidadania ativa. Por conseguinte, a título de ilustração, a criança internada nos hospitais deve ter o direito de escolarização garantido e vinculado ao fomento do desenvolvimento e aprendizagem, decorrente das demandas e necessidades dos tempos das infâncias.

²⁴ O tratamento por hemodiálise acontece três vezes por semana: às segundas, quarta e sextas-feiras ou às terças, quintas-feiras e sábados.

7.3- O que narram os profissionais de saúde

Os questionários foram respondidos por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistentes sociais. Tínhamos a intenção de entrevistar também duas psicólogas, mas fui informada que a única psicóloga que atendeu o setor de pediatria no período de 2019 e início de 2020, foi desligada do HC-UFU e mesmo com vários contatos não consegui realizar a entrevista. A seguir apresentamos dados e análises dos questionários, destacando categorias, oriundas das questões orientadoras e dos objetivos da pesquisa, e, ainda, as subcategorias evidenciadas na leitura e análise dos conteúdos dos referidos questionários.

7.3.1- Sobre o papel da equipe de saúde no programa CH

As narrativas registradas por profissionais de saúde que trabalham na enfermagem pediátrica do HC-UFU, no ano de 2020, foram analisadas e o resultado mostra que a maioria dos profissionais reconhecem sua importância para a eficácia da Classe Hospitalar, como será demonstrado no decorrer desta subseção.

A assistente social, ao narrar sobre o papel da equipe de saúde no Programa, afirma:

Numa perspectiva de interdisciplinaridade e integralidade da saúde seria o exercício da escuta a vida concreta e cotidiana do paciente; pensar de forma abrangente buscando a promoção da saúde a partir da produção de vida e de sentidos, indo além do tratamento terapêutico (ASSISTENTE SOCIAL).

A leitura e a análise dessa narrativa evidenciam o reconhecimento da interdisciplinaridade e da integralidade do tratamento infantil na promoção da saúde, a insuficiência do tratamento terapêutico e indícios de concepção ampliada de ações em saúde.

Se a equipe de profissional da saúde consegue minimizar a dor, diminuir os efeitos indesejados do tratamento ou devolver a esperança de que estão no caminho da cura, a criança conseguirá ter desempenho escolar melhor. Vejamos:

Tratar a doença física, mental, emocional e se possível espiritual para que a criança tenha melhor desempenho nas atividades escolares, respeitando a patologia e seu tratamento (MÉDICA).

Além do papel da equipe da saúde de promover medidas para que a CH aconteça, há também uma preocupação com o cuidado das crianças, no que diz respeito ao contato direto com pacientes que muitas vezes apresentam uma imunidade prejudicada pela doença, por isso há orientação para a equipe pedagógica sobre higienização no convívio direto com as crianças internadas.

Abrir as portas do hospital para que a classe hospitalar funcione. Fazer com que as coisas aconteçam de forma organizada; fazer com que a classe hospitalar funcione bem. Inclusive estamos tentando ampliar para o ensino médio. Temos também que orientar os professores e pedagogos sobre os cuidados principalmente de higiene no contato com pacientes (MÉDICO).

De acordo com membros da equipe de saúde, o apoio dos profissionais de saúde e a consciência do seu caráter interdisciplinar, sem dúvida alguma é de grande ajuda para o bom funcionamento da classe hospitalar.

As ações dos profissionais de saúde e dos profissionais da educação na Classe hospitalar se complementam. Durante as internações pode haver dificuldades para o estabelecimento de relações interpessoais. E estas podem comprometer conduta ante as crianças hospitalizadas. É muito importante que as ações de saúde não se restrinjam ao diagnóstico e ao tratamento dos agravos a saúde mas atuem de forma interdisciplinar (MÉDICA, Grifo nosso).

Como o HC-UFU é um hospital grande, com várias enfermarias, prontos-socorros, UTIs, alas de propedêuticas, centros-cirúrgicos e muitos outros setores específicos que mesmo quem trabalha diariamente há alguns anos, desconhece. A CH é desconhecida por muitas pessoas que lá trabalham. Quem tem mais contato são as pessoas que convivem diariamente nos setores que atendem crianças. Vemos que mesmo nestes setores encontramos pessoas que não têm conhecimento sobre a CH. A narrativa de uma médica mostra o impacto da falta de conhecimento sobre a CH no papel exercido pela equipe da saúde.

Um papel restrito a meu ver. Por falta de conhecimento sobre o projeto, e pelo fato de a profissional da área de pedagogia, fazer busca ativa na enfermaria, o papel que cabe a nós pediatras fica em segundo plano, pois a meu ver não parece ser necessário (MÉDICA).

Outras narrativas destacam o papel da equipe de saúde na CH:

Estimular as crianças para participação nas classes hospitalares, favorecendo seu desenvolvimento escolar e promovendo uma melhor interação social (ENFERMEIRA).

Orientar a continuidade do trabalho escolar, oferecendo ajuda, compreensão das dificuldades de cada um (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Papel facilitador e incentivador. Proporcionar bem-estar (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Cabe-nos incentivar, auxiliar e colaborar quando solicitado (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Podemos auxiliar, colaborar, incentivar, motivar, sempre que necessário e solicitado, para participação das crianças nas atividades propostas pela classe hospitalar (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Uma melhor interação entre as partes facilitaria o cumprimento das tarefas como horários e ajuda aos pacientes (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Estimuladora, facilitadora, cooperadora com o desenvolvimento da atividade.
Apoio, divulgação e incentivo a participação (ASSISTENTE SOCIAL).

Favorecer a participação e apoio (ASSISTENTE SOCIAL).

Pelo que podemos observar, durante a análise dessas respostas, a equipe de saúde, que acompanha as crianças participantes da CH, tem uma visão bastante coerente quanto ao seu papel neste projeto. Desde o tratamento da saúde da criança em todos seus aspectos para que ela esteja bem para desenvolver um aprendizado eficaz e melhorar as condições para o tratamento da doença, quanto à orientação da equipe pedagógica com cuidados de higiene e ao papel facilitador, incentivador, motivacional e colaborativo da equipe de saúde.

Uma técnica de enfermagem reclamou da pouca interação entre a equipe da CH e equipe de saúde. Realmente, a pedagoga faz os trabalhos individuais com as crianças no leito pela manhã e à tarde as crianças identificadas, por ela, vão para a sala da CH que fica em outro pavilhão do hospital. Esta interação com os profissionais de saúde, principalmente os que trabalham apenas na parte da tarde, é muito pequena.

7.3.2- Qual a opinião da equipe de saúde sobre a Classe Hospitalar

Sobre a opinião dos profissionais de saúde acerca da Classe Hospitalar, tivemos as seguintes respostas:

- **APRENDIZAGEM ESCOLAR**

Manter a criança em contato com suas atividades escolares (médica).

Sabe-se que mesmo em ambiente hospitalar a criança continua em pleno processo de desenvolvimento, necessitando de uma educação comprometida com sua formação acadêmica e inclusão social (ENFERMEIRA).

A criança não pode, pelo fato de estar internado, interromper a vida escolar dela (MÉDICO).

Minimiza o rompimento do vínculo com a escola e garante a continuidade do saber e do conhecimento (MÉDICA)

É muito importante que estas crianças continuem acompanhado seus estudos no período de internação, sobretudo, quando esta se prolonga por semanas e algumas vezes, por meses, a depender do diagnóstico da criança e sua necessidade de tratamento (MÉDICA).

O projeto é de suma importância, uma vez que tem como objetivo, um atendimento pedagógico educacional que favorece as crianças hospitalizadas a dar continuidade a construção do seu conhecimento, de modo a promover o seu ingresso ou retorno a escola (ENFERMEIRA).

É de grande importância para promover o desenvolvimento da criança na parte pedagógica e de interação social (ENFERMEIRA).

Importante para que as crianças se mantenham atualizadas e produtivas com as tarefas escolares. Que não encontrem dificuldade na escola com a alta hospitalar (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Muito importante visto que, a criança passa muito tempo internada perdendo aula (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Vejo que o projeto é importante, muitas das crianças perdem o ano letivo e aumenta a ansiedade delas e dos pais (TÉCNICA DE ENFERMAGEM)

Reduz os efeitos negativos da hospitalização no desenvolvimento escolar da criança (ENFERMEIRA).

Propicia a continuidade do aprendizado das crianças, principalmente as com longa permanência no hospital (oncológicas, renais crônicas, distúrbios metabólicos e outras) (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Muito importante e fundamental no desenvolvimento da criança que mesmo internados não podem ser interrompidos (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

A manutenção do vínculo com a vida escolar (ASSISTENTE SOCIAL).

Ceccin e Fonseca afirmam:

O apoio pedagógico escolar ao paciente em tratamento no hospital, busca assegurar os vínculos escolares e devolver a criança para a comunidade escolar com a certeza de que ela poderá se reintegrar ao currículo, retomar relacionamentos sociais, com o mínimo de prejuízos cognitivos e socioafetivos (CECCIN; FONSECA, 1999, apud ZIMMERMANN et al, 2017, p.64).

E, analisando as respostas, vemos em grande parte delas preocupação com a continuidade do aprendizado escolar durante o processo de hospitalização e com o retorno à escola. A hospitalização não pode ser mais uma causa de atraso, evasão ou fracasso escolar.

- **GARANTIAS DE DIREITO SOCIAL: ECA**

Durante a análise das narrativas, identificamos duas citações sobre as garantias conquistadas com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O projeto é necessário e entra na garantia de direitos do ECA. É um projeto essencial para as crianças na garantia dos direitos- ECA (ASSISTENTE SOCIAL).

Cabe rememorarmos que no referido estatuto consta o Capítulo IV – Do Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer, assegurando o dever do Estado e o direito das pessoas à educação escolar:

Art. 53. A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho [...].

Art. 54. É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente:

I - Ensino fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria;

Assim, a Classe Hospitalar é vinculada ao cumprimento de direitos estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente -ECA.

- **MELHORIAS NA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE**

Trazendo um pouco de normalidade de vida. Já que a experiência de internação hospitalar é totalmente diferente da vida em casa (MÉDICA).

A educação dentro do contexto hospitalar é reconhecida como um dos remédios que ajudam na recuperação da criança doente (ENFERMEIRA)

Ele é fundamental. A criança não pode ficar focada apenas na sua doença, ela tem que pensar na vida dela como um todo. Esse projeto é maravilhoso. Ele diferencia nosso hospital, ele melhora a vida das crianças lá dentro e dá para elas a sensação que a vida não está terminando, que a internação é temporária e sua vida vai continuar. Tenho total respeito e admiração pelo projeto, é uma coisa fantástica (MÉDICO).

O ambiente hospitalar traz diferentes angústias para as crianças: desconforto da doença, ambiente estranho, pessoas desconhecidas, manuseio muitas vezes excessivo e doloroso quando submetidas a procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Isso pode causar alteração do sono, apetite, insegurança e depressão. As atividades educativas durante a internação reduzem a ansiedade, o medo e fazem as crianças se sentirem menos doentes. O acompanhamento pedagógico realizado no hospital pode tornar possível a discussão de questões relacionadas a doença, suas limitações e a identificação de sintomas de melhora ou piora (MÉDICA).

Acho um projeto exemplar (MÉDICA).

Promove a socialização entre grupos de crianças e acompanhantes, com troca de experiências, expectativas de futuro. Momento de interligar educação e saúde, contribuindo para melhorar a vida de todos (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

É um processo bem vindo, desde que tenham profissionais competentes, carinhosos, atenciosos, espaço amplo que vise atingir os objetivos cognitivos da criança (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Ajuda a mudar um pouco o foco sobre o tratamento (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Acho indispensável, funciona como uma terapia ocupacional (TÉCNICA DE ENFERMAGEM).

Nos casos de doenças crônicas, contribui para dar um sentido de normalidade. Considerando que uma enfermidade e consequente hospitalização passam pelo corpo e emoções, pela cultura e relações produzindo afetos e conhecimentos sobre si e os outros, vejo a classe hospitalar como somatória ao processo de adoecimento/tratamento/cura do paciente (ASSISTENTE SOCIAL).

Como já relatamos, a hospitalização traz consigo, além do diagnóstico principal, enfermidades decorrentes da internação. De acordo com os profissionais de saúde, a CH ajuda a desviar o foco da doença, diminuir o sentimento de finitude, reduzir a ansiedade e o medo,

oferecer entretenimento, dar uma sensação de normalidade, de que a internação é passageira e de que a vida não está terminando.

A presença de uma classe escolar em um hospital ajuda a aproximar as realidades. O fato de uma criança não interromper suas atividades escolares, manter o contato com outras crianças, brincar, leva um pouco da sua vida de casa para o hospital e é nisso que se baseia esta sensação de normalidade.

Um médico participante da pesquisa afirmou que a CH diferencia o HC – UFU dos demais hospitais pela significância que o projeto tem na vida das crianças. Para o profissional de saúde, oferecer ao paciente um tratamento de excelência, é gratificante. Fazer parte da equipe de um hospital que se diferencia dos demais por um projeto que se preocupa com a integralidade do paciente, é inovador.

Outra observação acerca da fala de uma médica refere-se à afirmativa de que o espaço da CH pode favorecer a discussão de questões relacionadas a doença, suas limitações e a identificação de sintomas de melhora ou piora. Nessa perspectiva, é possível refletirmos sobre a possibilidade de diálogos entre experiências ocorridas na classe hospitalar e nos espaços de internação do paciente e as contribuições desse diálogo na melhoria da qualidade de vida e saúde.

Há várias décadas, os estudos na área de saúde mostram que o tratamento apenas da doença que aflige o paciente, não será capaz de curá-lo. Por muito tempo a saúde era determinada apenas como a ausência de doenças; a OMS em 1946 definiu saúde como: “não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social”.

Em novembro de 1986, tivemos a Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde em Ottawa, sendo publicada a Carta de Ottawa que seria uma resposta as expectativas criadas por um novo modelo de saúde pública, principalmente em países industrializados. Ela apresenta o seguinte sobre a promoção da saúde:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

A definição de saúde presente na Lei Orgânica de Saúde nº8.080 de 19 de setembro de 1990, procura ir além da apresentada pela OMS e ir ao encontro com a que foi publicada na Carta de Ottawa:

Art. 3º: A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Esta lei também regulamenta o SUS, apresentando seus objetivos, atribuições, princípios, diretrizes, organização, direção e gestão. No que se diz respeito à definição de saúde, esta lei foi completada pela nº 12. 864 de 24 de setembro de 2013, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde.

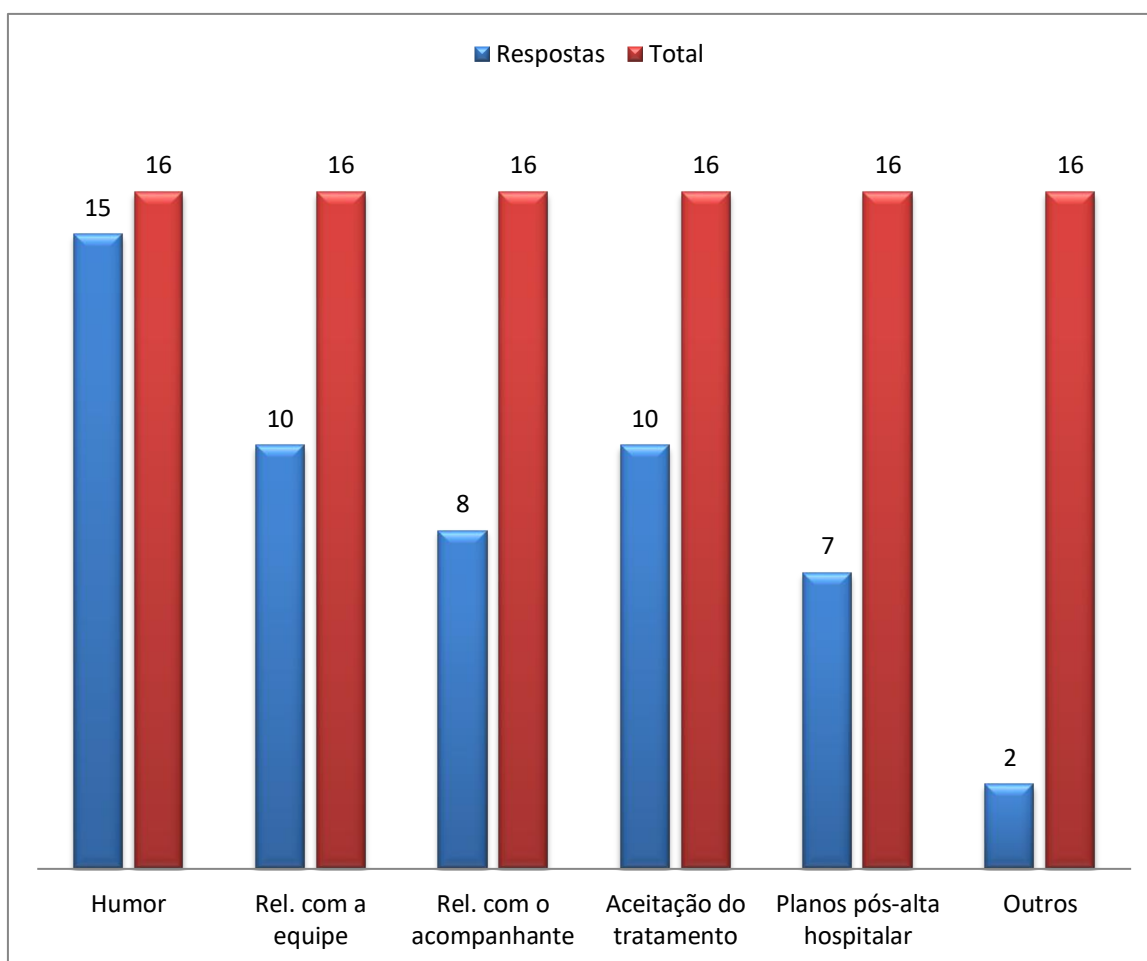
Art. 3º: Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2013).

A concepção de promoção de saúde presente no discurso dos entrevistados, parte da noção de que esta promoção não se restringe ao tratamento medicamentoso, cirúrgico ou de cuidados clínicos. Ela requer uma maior aproximação dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, que levem a pessoa ao bem estar físico, mental e social.

7.3.3-Benefícios da Classe Hospitalar para as crianças

No questionário incluímos uma questão fechada, apresentando cinco características observadas pelos profissionais de saúde que estariam relacionados com a melhoria nas condições de saúde destas crianças (humor, relacionamento com a equipe, relacionamento com os acompanhantes, aceitação do tratamento e planos pós alta hospitalar) e uma sexta opção que deixamos em aberto para colocarem outras características. Foi orientado que poderiam marcar todas as características que achassem pertinentes.

Para avaliarmos os benefícios da CH, fizemos um gráfico para melhor visualização dos resultados:

GRÁFICO 16: Benefícios da CH para as Crianças

Fonte: Elaborado pela autora

A melhoria do humor das crianças foi a característica mais presente, seguida de relacionamento com a equipe e aceitação do tratamento, relacionamento com o acompanhante e planos pós-alta hospitalar. As duas outras características citadas foram:

- Socialização, mantém o processo de aprendizagem (assistente social).
- Melhora do prognóstico da criança. Ela ficando melhor, isso repercute no tratamento da doença e ela recebe alta mais rápido (médico).

A boa qualidade de vida tem relação com o estado emocional do ser humano. Humor de acordo com o dicionário Aurélio (FERREIRA, 1999), é definido como: “Disposição de espírito”. Sabemos que a doença, o estresse, ou qualquer mudança que nos traga uma sensação de perda são demonstradas com mudanças de humor.

O riso tem efeito prazeroso e relaxante. A “terapia do riso” é usada há décadas na promoção da saúde. Recuperar a alegria, mesmo que por poucos momentos em um paciente enfermo, tem um profundo significado de cuidar.

Os Doutores da Alegria²⁵ fazem parte de uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, mantida por patrocinadores e sócios mantenedores, que realiza cerca de 50 mil visitas por ano a crianças hospitalizadas no Estado de São Paulo, Rio de Janeiro e Recife. Tal iniciativa possui como objetivo principal proporcionar alegria às crianças hospitalizadas, bem como suas famílias e profissionais de saúde (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008, p.232).

A pesquisa desenvolvida por Magalhães (2013) e mencionada na revisão bibliográfica, ao analisar a relação entre as atividades desenvolvidas na CH e o processo de recuperação (saúde) das crianças e adolescentes hospitalizados, conclui que a aquisição do conhecimento se mostra um “poderoso remédio”, capaz de minimizar a dor e o sofrimento, através da aquisição de mecanismos de enfrentamento da doença e suas consequências. A interação das crianças/adolescentes na CH, os distanciam a tal ponto da patologia que enfrentam que são capazes novamente de sorrir, brincar, criar e superar os seus limites, diminuindo o tempo de internação e a reinserção social.

A CH mostra-se como um espaço de conforto e ludicidade, onde a criança se sente segura e à vontade, conforme resultados da pesquisa desenvolvida por Rocha (2012), ao avaliar as contribuições da CH para crianças em tratamento de câncer. Há diminuição do estresse, auxilia na compreensão da doença e na compreensão das mudanças provocadas na sua vida. Provoca o reconhecimento do hospital como um lugar de vida, de continuidade de vida e aumenta sua autoestima. Zombini, (2011), ao analisar as contribuições da CH para a promoção e educação em saúde, conclui que a CH contribui para o empoderamento necessário para o enfrentamento da doença e da hospitalização.

Dessa forma, esses resultados mostram evidências da melhoria que a CH traz nas vidas das crianças que frequentam. Ao mostrar como estas atividades são capazes de ajudar no enfrentamento de doenças, através de momentos de alegria, diminuindo o estresse, diminuindo o tempo de internação, aumentando a autoestima e dando ao hospital uma simbolização de um

²⁵ Em 1986, Michael Christensen, um palhaço americano, diretor do Big Apple Circus de Nova York, iniciou o treinamento de um grupo de artistas, que passariam então a visitar crianças hospitalizadas. Ao realizar uma apresentação com o seu circo, em um determinado hospital de Nova York, Michael Christensen solicitou uma visita às crianças que estavam internadas e impossibilitadas de participar da apresentação. Assim, agindo de forma alegre, improvisada e despretensiosa, surge o grupo denominado *Clown Care Unit*. Em 1988, Wellington Nogueira, brasileiro, fundador e diretor artístico dos Doutores da Alegria, começa a integrar o grupo americano. Em setembro de 1991, iniciou-se a implementação de um projeto similar no Brasil, no Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (atual Hospital da Criança), em São Paulo, enquanto outros projetos que galgavam os mesmos objetivos começaram a ser implementados na França e Alemanha (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008, p.231).

local de vida; de continuidade de vida. Como observamos os resultados encontramos na nossa pesquisa também corroboram resultados das referidas pesquisas.

7.3.4- Quais os benefícios da Classe Hospitalar para os acompanhantes: narrativas da equipe de saúde

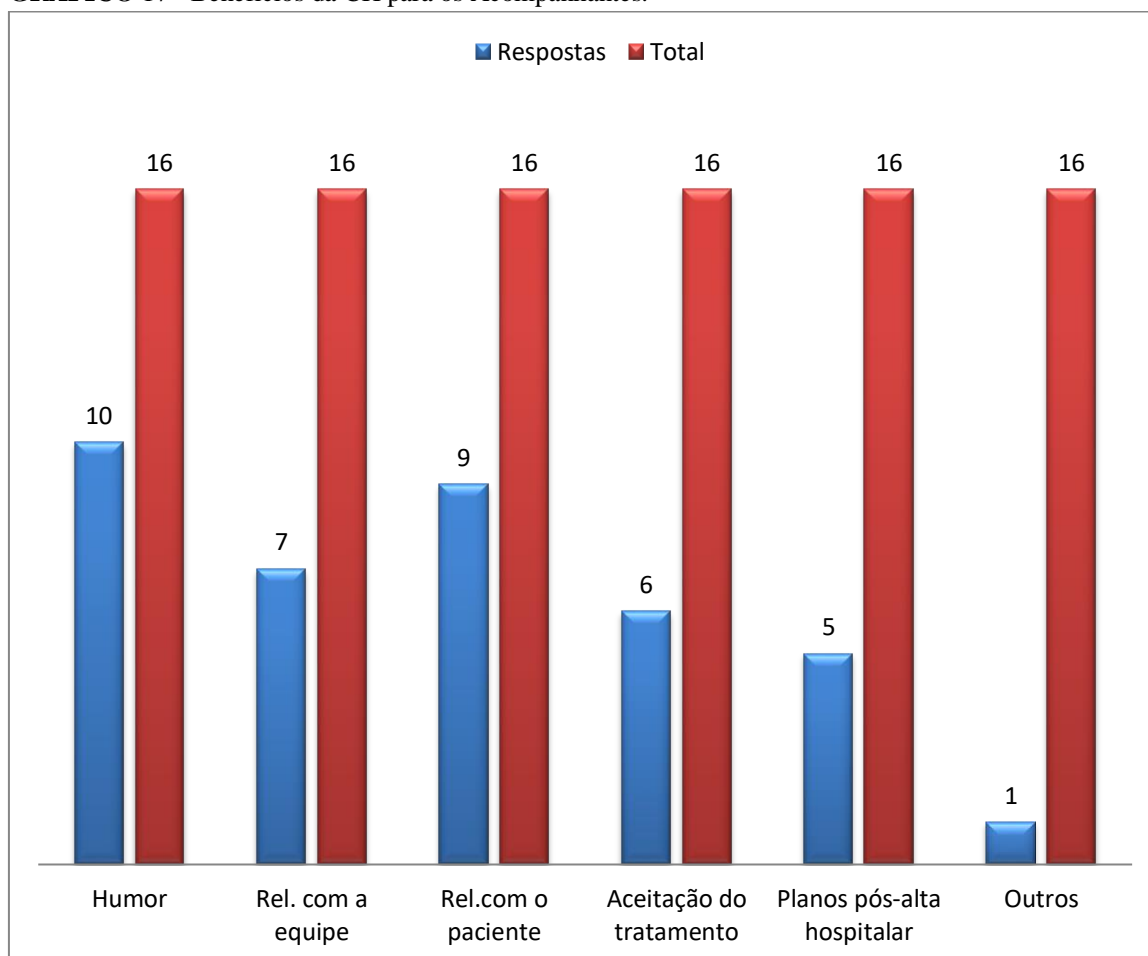
No questionário incluímos uma questão fechada, apresentando cinco características observadas pelos profissionais de saúde que estariam relacionados com a melhoria nas condições de saúde dos acompanhantes (humor, relacionamento com a equipe, relacionamento com o paciente, aceitação do tratamento e planos pós alta hospitalar) e uma sexta opção que deixamos em aberto para colocarem outras características. Foi orientado que poderiam marcar todas as características que achassem pertinentes. A melhoria do humor continua sendo a característica mais citada, seguido pelo relacionamento com o paciente.

Citado como outros benefícios:

Com o auxílio do professor da classe hospitalar pode-se aplicar estratégias para sanar problemas e elaborar recomendações que os pais podem seguir na volta da criança hospitalizada para casa e para a escola de origem no final da internação. Permite manter presente o contato com as atividades escolares e minimiza a perda das atividades não realizadas presencialmente na escola (médica).

O gráfico a seguir apresenta os resultados das análises das narrativas da equipe de saúde sobre os benefícios da CH para os/as acompanhantes²⁶.

²⁶ No questionário, foi informado que poderiam selecionar mais de um benefício.

GRÁFICO 17 - Benefícios da CH para os Acompanhantes.

Fonte: Elaborado pela autora

Sabemos, com base na literatura (CAPPARELLI, 1998), que a hospitalização traz prejuízos ao desenvolvimento físico e mental das crianças. É uma mudança profunda no cotidiano de suas famílias, principalmente das suas mães que sofrem com a enfermidade de seu filho e, frequentemente, com o distanciamento dos demais que ficam aos cuidados de outras pessoas e, majoritariamente, são responsáveis por acompanhar os filhos internados. A continuidade da responsabilidade exclusiva da mulher por cuidar de filhos enfermos, frequentemente, como já mencionado neste relatório, mostra a continuidade de determinadas representações de mulher e de homem. Além disso, a existência de ordenamento legal sobre o cuidado, mas ausência de políticas públicas com a finalidade cumprir a responsabilidade do Estado por garantir condições materiais e humanas para o desenvolvimento dos atos de cuidado. Além disso, o Estado, ao proporcionar melhorias nas condições de saúde dessas crianças e de

seus familiares, junto com o atendimento pedagógico, sinaliza para o total cumprimento do que se propõe a CH.

7.4- O que nos narra a pedagoga

Na CH do HC-UFU temos duas professoras cedidas pelo município e uma pedagoga contratada pela FAEPU, que é a fundação do HC-UFU, sem vínculo com a secretaria Municipal de Educação. Ela é o elo entre a equipe de saúde e a equipe pedagógica, por isso a importância do seu relato. A seguir apresentarei suas considerações sobre a CH, organizadas por meio de categorias e subcategorias.

- **O papel da Pedagoga na CH e a formação acadêmica**

Todos os dias faço a visita nos leitos, vejo quais os pacientes que estão em idade escolar, converso com os pais e as crianças sobre a importância de frequentarem as aulas. Os pais recebem um formulário com orientações a respeito do trabalho e o direito que as crianças têm de ter o atendimento.

Busco as crianças no leito.

Auxílio as professoras a organizarem os materiais.

Auxílio na organização de eventos em datas comemorativas.

Faço a intermediação com a escola de origem da criança.

Levo atividades nos leitos quando os pacientes não podem descer (PEDAGOGA DA UFU).

Em relação ao papel facilitador da equipe de saúde, a pedagoga relata:

Buscamos sempre trabalhar em equipe. Ajudam no diálogo com os pais, mostrando a importância de incentivar as crianças a frequentarem as aulas. (PEDAGOGA DA UFU)

E esclarece que a equipe de saúde disponibiliza informações sobre o estado de saúde da criança e o planejamento da internação da criança.

Sobre a formação acadêmica como pedagoga:

Sem dúvida a formação é muito importante, mas não é essencial, aprendemos muito no dia a dia com troca de experiências (PEDAGOGA DA UFU).

- **Facilitadores, mudanças e sugestões**

Em relação aos facilitadores na CH:

O que facilita é o amor que temos pela profissão e a vontade de fazer a diferença no momento tão delicado que as crianças estão vivendo. Nós realizamos o trabalho baseado na confiança e na relação de afeto que criamos com as crianças e os familiares.

As mudanças e sugestões apresentadas pela Pedagoga são:

Apesar do nosso espaço ser alegre e acolhedor, a distância dificulta muito o acesso das crianças a classe hospitalar²⁷.

Aumentar o atendimento para o 6º ao 9ºanos.

Todos os profissionais envolvidos, tentam ao máximo oferecer um atendimento de qualidade aos pacientes internados, tanto na classe hospitalar, quanto na brinquedoteca, mas infelizmente, a falta de recursos muitas vezes impossibilita que possamos oferecer tudo que os pacientes necessitam. Poderíamos ter mais jogos e brinquedos educativos e aulas de informática.

- **Benefícios escolares**

A pedagoga destaca os benefícios da CH para a escolarização.

As crianças hospitalizadas têm a oportunidade de trabalhar seus conhecimentos escolares quase que individualmente, com isso o trabalho do professor pode ser bem diversificado através de atividades pedagógicas aliadas ao lúdico, procurando distrair as crianças do foco da internação.

Para algumas crianças, talvez o trabalho do pedagogo no hospital seja a oportunidade ímpar de receber atendimento pedagógico com regularidade e intensidade, já que devido a doença, a criança não apresente frequência escolar adequada ou por causa quantidade de alunos por turma em sua escola habitual, o atendimento não seja eficaz para um aluno com lacunas no aprendizado devido à doença, seus efeitos colaterais e internações recorrentes.

- **Melhorias na qualidade de vida**

De acordo com as narrativas da Pedagoga, a CH

Pode contribuir para o desenvolvimento intelectual social e psicológico. Ajuda a reduzir o grau de ansiedade que surge devido a hospitalização, ajuda a superar o quadro que se encontra. Ele retorna mais confiante no seu retorno à sociedade.

A análise da fala da pedagoga permite reconhecer que a vontade em acrescentar conhecimento numa fase em que todas as energias tanto da criança, familiares e equipe de saúde estão voltadas para o tratamento de uma grave doença, que pode ter um desfecho até mesmo letal, não impede o projeto de continuar; principalmente, pelo motivo que conseguem identificar melhorias tanto no aspecto do desenvolvimento escolar destas crianças quanto nas melhorias das condições de saúde.

²⁷ A enfermaria de pediatria teve que mudar de lugar, para um local no Hospital do Câncer, mas ainda dentro do complexo hospitalar, mas ficou mais distante da CH que era ao lado do local antigo.

7.5. Entrecruzando os resultados das análises das narrativas das acompanhantes e equipe de saúde sobre CH melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida das crianças que participaram da classe hospitalar

Durante a análise entrecruzadas dos dados produzidos por meio das entrevistas realizadas e dos questionários aplicados, conseguimos identificar olhares diferentes em relação a CH apresentados pelas mães e pelos profissionais de saúde. Mas, a importância da CH na escolarização das crianças foi citada, de forma recorrente, pelos dois grupos participantes da pesquisa. Foram evidenciados nas narrativas desses dois grupos processos formativos e educativos derivados da vivência da Classe Hospitalar. A título de ilustração, a obtenção de recursos para suportar e aceitar o tratamento e, para além da aceitação do tratamento, a aceitação da doença. Aceitar a doença é condição para o tratamento. Aprendizagem de conteúdo escolar em tempos de internação hospitalar. Nessa direção, foram revelados processos educativos e formativos derivados da vivência na CH e tecidos argumentos sobre o fato de que a hospitalização não pode ser mais uma causa de atraso, evasão ou fracasso escolar. Outra ilustração permitida pela análise entrecruzada dos dados refere-se ao fato de que as narrativas sobre cuidar integralmente do sujeito no tempo presente e compreender que a ação em saúde necessita de abordagem interdisciplinar revelam processos formativos e educativos, envolvendo a equipe de saúde, as acompanhantes e as vivências da classe hospitalar.

A visão dos profissionais de saúde sobre a CH é a de quem observa a ausência e a presença da criança no leito, e a das mães é a de quem participa. As mães geralmente acompanham as crianças na CH, excetuando na sala de ensino, e acabam permanecendo com elas por longos períodos neste espaço.

Os profissionais de saúde têm ciência de que as crianças participam da CH pela sua ausência no leito ou pela informação prestada pela pedagoga, pais ou assistente social no quarto. Sabem que estas crianças estão tendo um acompanhamento pedagógico e reconhecem a importância do estudo na vida das pessoas. Por isso, para a equipe de profissionais da saúde, a CH tem importância crucial na continuidade do aprendizado escolar.

Para eles, a CH tem como objetivo manter a criança em contato com as suas atividades escolares, impede a interrupção na sua formação acadêmica, proporcionar inclusão social, garante a continuidade do saber e do conhecimento, promove seu ingresso ou o seu retorno à escola e impede a perda do ano letivo, diminuindo a ansiedade das crianças e dos pais no que diz respeito a escolarização destas crianças.

Quando escutamos as mães os sentimentos sobre CH vieram através de relatos do cotidiano hospitalar, das mudanças nos comportamentos dos filhos, através de acontecimentos que só quem está próximo o bastante e, por longo período, pode acompanhar.

A alegria, a melhoria da autoestima, a vontade de participar e a tristeza por voltar ao leito, sentimentos relatados pelas mães que nos mostram a significância que este espaço pedagógico representa para uma criança internada. A melhor aceitação do tratamento e a ajuda para suportar melhor o período de internação, também é um aprendizado.

Identificamos, também, relatos muito eloquentes de profissionais de saúde justificando a importância da CH. Com relação aos benefícios da CH, foram observadas melhorias de humor nas crianças, relacionamentos, aceitação do tratamento e planos pós alta, e, em menor escala, também, melhorias para os acompanhantes.

CONSIDERAÇÕES POSSÍVEIS

Desenvolver uma pesquisa com a finalidade de verificar e analisar como a Classe Hospitalar contribui para/na a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das crianças internadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, escutando dois grupos, as acompanhantes das crianças internadas na HCU e os membros da equipe de saúde, embora com interesse comum, qual seja o de restabelecer as condições de saúde dessas crianças, permitiu vir à tona as marcas dos sentimentos e dos diferentes papéis desenvolvidos por profissionais da saúde e mães. Reconhecer e analisar as narrativas atentas a esse contexto complexo, mostrando afastamentos e proximidades nos ajudaram a compreender o objeto de estudo. Além disso, alguns dos resultados dos estudos desenvolvidos por Zombini (2011); Rocha (2012) e Magalhães (2013), também, foram encontrados nesta pesquisa.

A interdisciplinaridade das ações da CH se fez ouvir nas narrativas da maioria dos participantes da pesquisa. A necessidade da integração de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, professoras e pedagoga para o bom funcionamento da CH nos foi apresentada pela equipe de saúde, assistentes sociais e pedagoga.

Nesse processo investigativo, destacam-se as ações e o reconhecimento da importância da CH pela equipe: o trabalho da pedagoga em identificar todos os dias, através de uma corrida aos leitos pediátricos, as crianças que internaram, conversar com seus acompanhantes, apresentar o programa, levar as crianças à CH ou levar atividades nos leitos. A equipe de saúde que, ao tentar diminuir o sofrimento, também, esclarece, estimula e favorece o encontro pedagógico, evidenciado conceito ampliado de ações de saúde. A nosso ver, as professoras que trabalham todas as tardes na CH com essas crianças, sem a ajuda de todos estes elementos, teriam a ação educativa inviabilizada ou mesmo dificultada.

Quando nos sentimos doentes, há uma mudança nos nossos pensamentos e atitudes. O mal-estar, a imobilidade mesmo que transitória, a sensação de perda de controle, consomem nossa existência. Imaginem isso para uma criança. Que além do sofrimento físico ainda passa pelo estresse de deixar sua casa, seus brinquedos, seus irmãos, pais e se internar. No hospital tudo é frio e grande. O cheiro é tão diferente, forte, desagradável. Os leitos são impessoais. Os sons são incompreensíveis como a fala das pessoas que trabalham ali.

Não há como curar uma criança num universo assim. Esse hospital tem que ser humanizado. As CHs e as brinquedotecas são parte da solução deste problema. A criança deve ter momentos que a distanciem do que provoca sofrimento. Ter um espaço que proporcione apoio pedagógico e ludicidade. Um local que, não apenas a remeta a tempos passados e felizes

da escola, brinquedos, cheiro e sons de outras crianças, de professoras, livros, cores, desenhos, mas que seja no presente um ambiente educativo marcado por relações de fomento ao ensino e à aprendizagem, à amorosidade e à inclusão das culturas infantis.

Com base no que ouvimos, sentimos, analisamos, compreendemos e interpretamos nestes meses de pesquisa, é legítima a conclusão do impacto da CH na melhoria das condições de saúde e a qualidade de vidas das crianças que a frequentam. Essas melhorias, segundo os resultados da análise dos dados produzidos, se deram através:

- Da aprendizagem escolar e da redução da impossibilidade de não frequentar escolar;
- Da promoção de entretenimento;
- Da ajuda para suportar melhor o período de internação;
- Da melhor aceitação do tratamento;
- Dos bons sentimentos vividos;
- Do resgate parcial de sua rotina;
- Da sensação de acolhimento da criança e da família;
- Da melhoria do humor, do relacionamento com a equipe de saúde e do relacionamento com os acompanhantes;
- Da manutenção dos seus direitos sociais;
- Da evolução mais positiva da doença de que são acometidas;
- Da socialização.
- Da materialização de proposição de ações em saúde, a partir de uma abordagem interdisciplinar e inter área, sustentada em uma concepção ampliada de saúde.
- Da possibilidade de as acompanhantes poderem compartilhar a educação e o cuidado com os profissionais que atuam na CH, o que pode reduzir um pouco o stress e criar condições para que essas acompanhantes exerçam o cuidado. O que não significa o fim da demanda por outras políticas públicas que criem a condição para o desenvolvimento dos atos de cuidar de pessoas internadas por longos períodos nos hospitais.

Por essas conclusões, reafirmamos a importância da CH para os pacientes, as acompanhantes e os profissionais de saúde que vêm a CH como parte do tratamento, já que consegue melhorar as condições de internação da criança, as condições de saúde e de qualidade de vida. Esse processo educativo e formativo derivado das vivências na Classe Hospitalar e, também, vinculado ao tratamento da doença, pode ser associado à defesa da vivência das infâncias.

Mas, infelizmente, as políticas públicas de educação ainda chegam pouco aos hospitais. Parece-nos que o fato de uma criança perder dias ou meses de escola, devido a internações ou

a tratamentos que as impeçam deste convívio, não apresentaria um impacto no processo de produção de conhecimento. Ou muito pior, que essas crianças não conseguiriam, por alguma deficiência, sequelas ou mesmo a alta mortalidade que a doença que a aflige provoca, dar continuidade aos seus estudos ou poder entrar no mundo do trabalho.

Temos que ter ações que pensem no presente, sabemos que a CH é uma conquista, um direito garantido por lei, baseada nos direitos das crianças. Além do mais, a CH não serve somente para a continuidade da escolarização como vimos nesta pesquisa e nas demais apresentadas, ela melhora a vida das crianças doentes e de sua família. Além disso, cria condições mais favoráveis para o desenvolvimento das ações da equipe de saúde.

Por fim, uma questão que nos incomodou desde o início da pesquisa, e que com as entrevistas e questionários conseguimos confirmar, foi o fato da Classe Hospitalar ser pouco conhecida e divulgada no Hospital da UFU e na comunidade em geral. Por exemplo, médicos que trabalham na enfermaria de pediatria tinham pouco ou nenhum conhecimento sobre a CH. Além disso, ausência de conhecimento sobre a base legal que sustenta a obrigatoriedade de dispor de classes hospitalares nos hospitais.

Assim, com base nos resultados da pesquisa, a nossa intenção é a de que elaborar e implementar um Projeto de Extensão Universitária, visando desenvolver formação em Classe Hospitalar com estudantes dos cursos de medicina, enfermagem e pedagogia. Fomentar ações no HC-UFU e na Secretaria Municipal de Educação de Uberlândia que visem a ampliação do conhecimento sobre a Classe Hospitalar tanto para a população em geral quanto para pacientes, acompanhantes e profissionais que atuam neste hospital.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Neusa da Silva. **A Pedagogia Hospitalar enquanto Prática Inclusiva**. Porto Velho, 2011.

ANA, Alex Sandro Coitinho Sant. **O ser da presença da docência com o dispositivo tablet pc e as teias educacionais de aprendizagens inclusivas na [psico]pedagogia social hospitalar**. 2014. 304 f. Dissertação (Doutorado em EDUCAÇÃO) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014.

ARROYO, Miguel González. **Outros sujeitos, outras pedagogias**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

AZEVEDO, A. C. P. Brincar na brinquedoteca: crianças em situações de risco. In: BOMTEMPO, E.; ANTUNHA, E. G.; OLIVEIRA, V. B. (Org.). **Brincando na escola, no hospital, na rua...** Rio de Janeiro: WAK, 2006. p. 143-159.

BARBOSA, Samara Frantheisca Almeida; COSTA, Fernanda Marques da; VIEIRA, Maria Aparecida. CAUSAS DE HOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS: uma revisão integrativa da realidade brasileira. **Espaço para a Saúde – Revista de Saúde Pública** do Paraná. V. 18, N. 2, p. 129-137, dezembro. Londrina, 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Título original: *L'Analyse de Conremt* - Presses Universitaires de France, 1977. [Tradução de Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro]. Edições 70. Lisboa.

BARROS, Alessandra Santana Soares e, Gueudeville, Rosane Santos e Vieira, Sônia Chagas. Perfil da publicação científica brasileira sobre a temática da classe hospitalar. **Rev. bras. educ. espec.**, ago. 2011, vol.17, no.2, p.335-354. ISSN 1413-6538.

BATALHA, Luís Manoel Cunha. **Doença crônica e hospitalização**: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar (Manual de estudo – versão 1). Coimbra: ESEnfC; 2017.

BATISTA, Crassio Augusto. **O uso do computador em rede telemática no processo de ensino e aprendizagem em classe-hospitalar**: o PRO-UCA e o eduqito promovendo a aprendizagem do aluno enfermo. 2013. 146 f. Dissertação (Mestrado em EDUCAÇÃO) - UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, Brasília, 2013.

BELANGERO, Vera Maria Santoro. **Doença renal crônica na infância**. Definição, epidemiologia e alerta para o diagnóstico. São Paulo, 2003. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Doenca_Renal_Cronica_SBP>. Acesso em: 07 out. 2020.

BOGDAN, Robert C.; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Portugal: Porto Editora, 1994

BONETI, Lindomar Wessler. **Políticas públicas por dentro**. Ijuí: Editora Unijuí, 2006.

BRAGIO, Jaqueline. **O sentido de ser educadora das/nas brinquedotecas do Hospital Infantil de Vitória/ES: um estudo a partir dos conceitos de experiência, narrativa & cuidado.** 2014. 142 f. Dissertação (Mestrado em EDUCAÇÃO) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014.

BRASIL, **Censo Escolar** – INEP. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/microdados_educacao_basica_2019>. Acesso em 16 agosto 2019.

_____. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: Estratégias e Orientações.** Ministério da Educação e Cultura. Secretaria da Educação Especial. Brasília, 2002.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais.** Brasília: UNESCO, 1994.

_____. **Decreto nº 7.084 de 27 de janeiro de 2010.** Dispõe sobre os programas de material didático e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7084.htm>. Acesso em 03 de ago. 2020.

_____. **Decreto nº 7612/2011 de 17 de novembro de 2011.** Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm>. Acesso em 03 de ago. 2020.

_____. **Direitos da Criança e do Adolescente hospitalizados.** Resolução 41/95. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. CONANDA. 1995.

_____. **Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Especial. Conselho Nacional de Educação.** Brasília, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2020.

_____. **Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Pedagogia, licenciatura.** Resolução CNE/CP Nº 1, de 15 de maio de 2006. Brasília: Conselho Nacional de Educação. 2006.

_____. Estatuto da Criança e Adolescente. Lei N 8.069/1990. **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.** CONANDA. Ministério da Justiça/ Secretaria de Estado de Direitos Humanos/ Departamento da Criança e Adolescente, Brasília, 2a edição.

_____. **IBGE. PIB** – Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>>. Acesso em: 20 de out. 2020.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). **Relatório do 3º ciclo de monitoramento das metas do Plano Nacional de Educação – 2020**. Brasília: Sumário Executivo, 2020

_____. **Lei Couto Ferraz**. Decreto nº 133, de 17 de fevereiro de 1854.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**: Lei n. 9.394, de 20 dezembro 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2020.

_____. **Lei de Diretrizes e Base de 1971** - Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971. Disponível em: <<https://prespublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128525/lei-de-diretrizes-e-base-de-1971-lei-5692-71>>. Acesso em 03 ago. 2020.

_____. **Lei nº 12.864 de 24 de setembro de 2013**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112864.htm>. Acesso em 14 de maio 2020.

_____. **Lei nº 12.764/2012 de 27 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm>. Acesso em 03 de ago. 2020.

_____. **Lei do Plano Nacional de Educação (PNE)** - Lei nº 13.005 de 25 de junho de 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113005.htm>. Acesso em: 03 de ago. 2020.

_____. Ministério da Educação. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica**. MEC; SEESP, 2001. Disponível em: <<https://iparadigma.org.br/wp-content/uploads/Ed-incluisva-69.pdf>>. Acesso em: 01 dez.2019.

_____. **Resolução CNE/CEB nº 2, de 11 de setembro de 2001**- Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/resolucao2.pdf>>. Acesso em 20 out. 2020.

_____. **Política Nacional de Educação Especial**. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria da Educação Especial. Brasília: 1994.

_____. **Política Nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva**. 2008. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf>>. Acesso em 24 set. 2019.

BRUM, Mara Lucia Teixeira. **A pedagogia social em Pestalozzi**: teoria e prática pedagógicas. 106 f.: Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

CAMPOS, Hisbello S. Asma: suas origens, seus mecanismos inflamatórios e o papel do corticosteroide. **Rev. Bras. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 47-60, dez. 2007.

CARRIJO, Mona Lisa Rezende. “**O Hospital daqui e o Hospital de lá**”: Fronteiras simbólicas do lugar, segundo significações de crianças hospitalizadas. 2013, 122f. Dissertação

de Mestrado da Universidade Federal do Mato Grosso, Instituto de Educação, Programa de pós-graduação em Educação, Cuiabá, 2013.

CARVALHO, Adnan de. **A criança, o brincar e a aprendizagem**. 2009 136 f. Mestrado em Educação. Instituição de Ensino: Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2009.

CECCIM, Ricardo B; CARVALHO, Paulo. **Criança hospitalizada: Atenção Integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Editora da Universidade, UFRGS, 1997.

CECCIM, Ricardo Burg. CLASSE HOSPITALAR: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. **Revista Pedagógica Pátio**, n.10, p. 41-44, ago./out., 1999. Disponível em:

<file:///C:/Users/Usuaria/OneDrive/CECCIM_%201999%20_%20REVISTA%20PATIO.pdf >. Acesso em: 20 ago. 2020.

CECCIM, Ricardo Burg; FONSECA, E. S. da. Classe hospitalar: buscando padrões referenciais de atendimento pedagógico-educacional à criança e ao adolescente hospitalizados. **Revista Integração**, Brasília, v.9, n.21, p.31-40, 1999.

CHIES, Paula Viviane. Identidade de gênero e identidade profissional no campo de trabalho. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 18(2): 352, maio-agosto/2010.

COSTA, JC; LIMA, R.A.G. CRIANÇAS/ADOLESCENTES EM QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL: implicações para enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2002;10(3):321-33.

DINIZ, Denise Pará; ROMANO, Bellkiss Wilma; CANZIANI, Maria Eugênia Fernandes. Dinâmica de personalidade de crianças e adolescentes portadores de insuficiência renal crônica submetidos a hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. V. 28, n. 1, p. 31-38, mar. 2006. Disponível em:

<https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v28n1a06.pdf>. Acesso em: 07 set. 2020.

DORZIAT, Ana. Educação Especial e inclusão escola. Prática e ou teoria. In: DECHICHI, Claudia; SILVA, Lazara Cristina & colaboradores. **Inclusão escolar e Educação Especial: teoria e prática na diversidade**. Uberlândia: EDUFU, 2008. p 21-36.

DUARTE, Sérgio Guerra. **Dicionário Brasileiro de Educação**. Rio de Janeiro: Antares/Nobel, 1986.

ESTEVES, Cláudia Regina. **Pedagogia Hospitalar: um breve histórico**. Disponível em: <www.smec.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espacovirtual/espacoeducacaoosade/classeshospitalares/webartigos/pedagogia%20hospitalar....pdf>. Acesso em: 11 jan.2020.

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

FERREIRA, Pérsia Karine Rodrigues Kabata. **O apoio psicopedagógico ao paciente em tratamento prolongado: uma investigação sobre o processo de aprendizagem no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**. 01/05/2011 122 f. Mestrado em

EDUCAÇÃO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA.

FONSECA, Eneida Simões da. **Atendimento pedagógico – educacional para crianças e jovens hospitalizados**: Realidade Nacional. Brasília: MEC/INEP, 1999.

_____. Classe Hospitalar: ação sistemática na atenção às necessidades pedagógico-educacionais de crianças e adolescentes hospitalizados. **Temas sobre Desenvolvimento**, v.8, n.44, p.32-37,1999.

FONTES, Rejane de S. A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. **Rev. Bras. Educ.**, ago. 2005, no.29, p.119-138. ISSN 1413-2478

FRANCO. Maria Laura Publisi Barbosa. **Análise de Conteúdo**. Brasília: liber Livro Editora, 2008.

GIANNONI, Rosana Meire. **A escola hospitalar do Hospital A. C. Camargo**: uma experiência de humanização narrada por sua fundadora. 2013. 127 f. Dissertação (Mestrado em EDUCAÇÃO - PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO) - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, São Paulo, 2013.

GONZAGUINHA. Nunca pare de sonhar (Semente do Amanhã). **Grávido**. Rio de Janeiro: EMI-Odeon, 1984. LP, Lado B. Faixa 9 (3:49).

HOFFBRAND, A.; MOSS, P.; PETIT, J. **Fundamentos em Hematologia**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

HOLANDA, Eliane Rolim de; COLLET, Neusa. Escolarização da criança hospitalizada sob a ótica da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 34-42.

JAEGER, Werner Wilhelm, 1888 - 1961. **Paidéia**: A Formação do Homem Grego / Werner Wilhelm Jaeger; [tradução: Artur M. Parreira; adaptação para a edição brasileira: Monica Stahelin; revisão do texto grego: Gilson Cesar Cardoso de Souza]. 3ª. Ed.- São Paulo: Martins Fontes, 1994.

LIMA, Hedlamar Fernandes Silva. **Naruto, um aluno com craniofaringioma na Educação Especial hospitalar**: um estudo fenomenológico e existencial inspirado em Paulo Freire. 2018. 144 f. Dissertação (Mestrado em EDUCAÇÃO) - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, Vitória, 2018.

LUCON, Cristina Bressaglia. **Representações sociais de adolescentes em tratamento de câncer sobre a prática pedagógica do professor de Classe Hospitalar**. 2010. 277 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, Salvador, 2010.

MAGALHAES, Lucineia Braga de Oliveira. **Importância da classe hospitalar na recuperação da criança/adolescente hospitalizado**' 2013 125 f. Mestrado em ENFERMAGEM E SAÚDE Instituição de Ensino: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié Biblioteca Depositária: Jorge Amado

MARCÍLIO, Maria Luíza. **História social da criança abandonada**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

MATOS Elizete Lúcia Moreira, MUGIATTI Margarida Maria Teixeira de Freitas. Tecendo algumas considerações sobre a Pedagogia Hospitalar. In: MATOS, E. L. M.; TORRES, P. L. (Orgs.) **Teoria e prática na Pedagogia Hospitalar: novos cenários, novos desafios**. Curitiba: Champagnat, 2010.

MAZZOTTA, M. J. S. **Educação Especial no Brasil: história e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 1996.

MENDES, Enicéia Gonçalves. Breve histórico da Educação Especial no Brasil. **Revista Educación y Pedagogía**, vol. 22, núm. 57, mayo-agosto, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuaria/Downloads/9842-Texto%20del%20art_culo-28490-2-10-20110810.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ; Vozes, 2013 – Edição digital.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; VELOSO, Lorena Uchoa Portela; SOUSA, Patricya Castelo Branco de; MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos. A vivência familiar diante do adoecimento e tratamento de crianças e adolescentes com leucemia linfóide aguda. **Cogitare Enferm.** 2008 Out/Dez; 13(4):484-9. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/13104/8863>. Acesso em: 07 out. 2020.

MONTEIRO, Helena Maria Diu Raposo. **Mulher, trabalho e identidade: relatos de mulheres em cargos de poder e prestígio sobre suas trajetórias profissionais**. 2015. 126 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2015.

MORAES, Myrian soares de. **Brincando e sendo feliz: a pedagogia hospitalar como proposta humanizadora no tratamento de crianças hospitalizadas**. 2013. 175 f. Dissertação (Mestrado em EDUCAÇÃO) - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, São Cristóvão, 2013.

NASCIMENTO, Antônia Camila de Oliveira. DIVISÃO SEXUAL DOS BRINQUEDOS INFANTIS: uma reprodução da ideologia patriarcal. **Rev. O Social em questão**, ano XVII, n. 32, p. 257-276, 2014. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.pucrio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=279&sid=34>. Acesso em 30 set. 2020.

NOGUEIRA, Paulo Cesar Koch; FELTRAN, Luciana de Santis; CAMARGO, Maria Fernanda; LEÃO, Eliseth Ribeiro; BENNINGHOVEN, Jennifer RCS.; GONÇALVES, Natália Z.; PEREIRA, Luiz A.; SESSO, Ricardo C. Prevalência estimada da doença renal crônica terminal em crianças no estado de São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.57, nº4. São Paulo Julho/agosto, 2011.

NOVAIS, Gercina Santana, SILVA, Gizelda Costa; NUNES, Silma do Carmo Nunes (Org.). **Ações e resultados da educação – Política Pública em Movimento** (janeiro de 2013 a julho de 2016).

NUNES, Cristiane Nobre. **Narrativas, saberes e práticas**: A trajetória de formação do professor de Classe Hospitalar. 2014. 114 f. Dissertação (Mestrado em EDUCAÇÃO) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

OLIVEIRA, Roberta Ramos, OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. Os Doutores da Alegria na Unidade de Internação Pediátrica: Experiências da Equipe de Enfermagem. Esc. Anna Nery **Rev. Enferm.** 2008 jun; 12 (2): 230 – 6. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a05.pdf>>. Acesso em: 01 de nov. 2020.

PAULA, Ercília Maria Angeli Teixeira de. A PEDAGOGIA DE PROJETOS NAS ESCOLAS DOS HOSPITAIS: Estratégia coletiva de construção de conhecimentos. In. SCHILKE, Ana Lúcia, NUNES, Lauane Barancelli, AROSA, Armando C. (Orgs). **Atendimento Escolar Hospitalar: saberes e fazeres**. Niterói Ed Intertexto, 2011.p.57-65.

PRATES, Camila Camargo. **BRI(N)COLEUR**: uma experiência de pesquisa e formação em pedagogia hospitalar. 2013. 138 f. Dissertação (Mestrado em EDUCAÇÃO) – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, Porto Alegre, 2013.

RABELO, Franci Sousa. **Educação não escolar e saberes docentes na formação do pedagogo**: análise de uma experiência no espaço hospitalar. 2014. 184 f. Dissertação (Mestrado em EDUCAÇÃO) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

RAMOS, Maria Alice de Moura. **A História da Classe Hospitalar Jesus**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp040654.PDF>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

ROCHA, Simone Maria da. **Narrativas Infantis**: o que nos contam as crianças de suas experiências no hospital e na classe hospitalar' 2012. 163 f. Mestrado em EDUCAÇÃO Instituição de Ensino: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA CENTRAL ZILA MAMEDE

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Emílio ou da educação**. Tradução: Sérgio Milliet. São Paulo: Difusão Europeia do livro, 1973.

SANTOS, Leidiene Ferreira; OLIVEIRA, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante; BARBOSA, Maria Alves, SIQUEIRA, Karina Machado; PEIXOTO, Myrian Karla Ayres Veronez. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 473-478, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 out. 2020.

SARAIVA, Danúbia da Cunha Antunes; SANTOS, Sabrina da Silva; MONTEIRO, Gina Torres Rego. Tendência de mortalidade por leucemias em crianças e adolescentes nas capitais dos estados brasileiros: 1980-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 3, e 2017310, set. 2018.

SAVIANI, Dermeval. Formação de Professores: aspectos históricos e teóricos do problema no contexto brasileiro. **Rev. Bras. Educ.** Vol.14 nº 40 Rio de Janeiro jan./abril. 2009.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil** 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf)>. Acesso em: 10 de out. 2020.

SCHEIBE, L.; DURLI, Z. Curso de Pedagogia no Brasil: olhando o passado, compreendendo o presente. **Educação em Foco**, ano 14, n. 17, julho 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/Dell/Downloads/104-356-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dell/Downloads/104-356-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SEGRE, Marco, FERRAZ. Flávio Carvalho. O Conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, 31 (5): 538-42, 1997.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Metodologia do Trabalho Científico- 23°. **Ed. Rev. E atual.** - São Paulo. Editora Cortez, 2007.

SHINJO, Samuel Katsuyuki; SOUZA, Fernando Henrique Carlos de; MORAES, Julio Cesar Bertacini de. Dermatomiosite e Polimiosite: da imunopatologia à imunoterapia (imunobiológicos). **Revista Brasileira de Reumatologia**, 2013;53(1):101–110. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbr/v53n1/v53n1a10.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2020.

SIEVERT, Genaldo Luis. **Formação Online para Professores que Atuam com Escolares em Tratamento de Saúde**. 2013. 159 f. Dissertação (Mestrado em EDUCAÇÃO) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2013.

SILVA, Hemausa Emanuele da. **Pedagogia Hospitalar: um estudo sobre relações afetivas**. 2018. 158 f. Dissertação (Mestrado em EDUCAÇÃO) - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, Mossoró, 2018.

SNYDERS, G. **La Joie A L'Ecole**. Paris: PUF, 1986.

SOARES, Priscila Costa. **Educação de Jovens e Adultos em Ambiente Hospitalar: representações sobre si, a educação e projetos de vida**. Belém/PA 2019. 2019. 220 f. Dissertação (Mestrado em EDUCAÇÃO) - Universidade do Estado do Pará, Belém, 2019.

SPERANDIO, Patrícia. A Educação onde o aluno está. **Revista Educação**. Edição 220, 3 de agosto de 2015. Disponível em: <<https://revistaeducacao.com.br/2015/08/03/a-educacao-onde-o-aluno-esta/>>. Acesso em: 08 out. 2020.

TAVARES, Marta; LIMA, Rosa; SORO, Isabel; TRINDADE, Eunice; DIAS, Jorege Amil. ATIVIDADE DA DOENÇA DE CROHN E CRESCIMENTO. **Jornal Português de Gastrenterologia**, Lisboa, v. 20, n. 1, p. 3-9, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087281782013000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 07 out. 2020.

TORRES, Patrícia Lupion. Laboratório *on-line* de aprendizagem: uma experiência de aprendizagem colaborativa por meio do ambiente virtual de aprendizagem. **Eurek@Kids. Cad. CEDES**, dez 2007, vol.27, n.º.73, p.335-352. ISSN 0101-3262.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRUGILHO, Silvia Moreira. **Classe hospitalar e a vivência do otimismo trágico: um sentido da escolaridade na vida da criança hospitalizada**'2003. 227 f. Mestrado em EDUCAÇÃO Instituição de Ensino: Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória Biblioteca Depositária: Biblioteca do INEP

UBERLÂNDIA. **Museu Uberlândia de hoje & sempre**. Tag: Coronel José Teófilo Carneiro. Disponível em: <www.museuvirtualdeuberlandia.com.br>. Acesso em: 22 abr. 2019.

_____. **Museu Uberlândia de hoje & sempre**. Tag: Messias Pedreiro. Disponível em: <www.museuvirtualdeuberlandia.com.br>. Acesso em: 09 mai.2019.

UNESCO, Jomtien/Tailândia, 1990. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-mundial-sobre-educacao-para-todos-conferencia-de-jomtien-1990>>. Acesso em: 08 out. 2020.

VASCONCELOS, Sandra Maia Farias. **CLASSE HOSPITALAR NO MUNDO: um desafio à infância em sofrimento**. 2008. Disponível em: < http://www.sbpcnet.org.br/livro/57ra/programas/CONF_SIMP/textos/sandramaia-hospitalar.htm>. Acesso em: 04 de fev. 2020.

WALTER, Fernanda Omelczuk. **O que se aprende quando se aprende cinema no hospital?** 2016. 281 f. Dissertação (Doutorado em EDUCAÇÃO) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

WOLF, Rosangela Abreu do Prado. **Formação de professores que atuam com escolares em tratamento de saúde: o portfólio digital como estratégia de coaprendizagem e interação**. 2017. 320 f. Dissertação (Doutorado em EDUCAÇÃO) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2017.

_____. **Pedagogia Hospitalar: a prática do pedagogo em instituição não escolar**. **Revista Conexão**, v. 3, p. 1-68, 2007. Disponível em: <<http://www.uepg.br/revistaconexao/revista/educacao03/artigo11.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2020.

ZIMMERMANN, Anita; BONIFÁCIO, Arlete Ribeiro; NASCIMENTO, Rosemeire do; ZIMMERMANN, Sheila. **Pedagogia Hospitalar favorecendo a continuidade escolar da criança hospitalizada**. **Rev. Bras. Psicol. Educ.**, Araraquara, v.19, n.1, p. 62-66, jan./jun. 2017. ISSN: 1413-2060.

ZOMBINI, Edson Vanderlei. **Classe hospitalar: uma estratégia para a promoção da saúde da criança**'. 2011 168 f. Mestrado em SAÚDE PÚBLICA Instituição de Ensino: Universidade de São Paulo, São Paulo Biblioteca Depositária: SIBI/USP FSP.

APÊNDICE 1**ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE PAIS E/OU RESPONSÁVEIS DAS CRIANÇAS:**

Data:

Nome da criança: _____

Idade da criança:

Nome do acompanhante da crianças _____

Escolarização _____

1. O que significa para o Sr(a) a hospitalização do seu/sua filho(a)?
2. O Sr(a) já tinha ouvido falar que em alguns hospitais havia atividades escolares para a criança hospitalizada?
3. O que o Sr(a) acha do seu filho(a) estar freqüentando a classe hospitalar?
4. O que o Sr(a) acha que muda com o fato de seu filho(a) estar fazendo atividades na classe hospitalar iguais as dos colegas da escola dele?
5. O Sr(a) nota alguma mudança no seu filho quando ele retorna da classe hospitalar?
6. A internação de seu filho (a) está mudando o dia a dia da família? SIM () Como? NÃO ()
7. A escola de seu filho(a) fez contato com a família para ter notícias dele/dela?
8. O que o Sr(a) acha de seu filho(a) faltar na escola devido a hospitalização?
9. O que seu filho(a) está achando de participar das atividades da classe hospitalar?
10. O seu filho(a) já havia participado desta atividade em outros hospitais? SIM () NÃO ()
11. E o Sr (a) já teve essa experiência com outros filhos? SIM () NÃO () Eo que achou?
12. O Sr (a) acha que a classe hospitalar trouxe algum benefício para o seu filho?

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO PARA A PEDAGOGA DA CLASSE HOSPITALAR

Data:

Nome do educador: _____

1. Qual o seu papel na classe hospitalar?
2. A equipe de saúde tem sido facilitadora das atividades da classe hospitalar?
SIM () Como?
NÃO () Porque?
3. A equipe de saúde tem possibilitado ao educador obter informações quanto:
 - a. Ao estado de saúde da criança? SIM () NÃO ()
 - b. Ao planejamento da internação da criança? SIM () NÃO ()
 - c. A outras informações importantes? SIM () Quais?
NÃO ()
4. Você considera que sua formação atendeu a todas as necessidades decorrentes do trabalho em uma classe hospitalar?
SIM () Como?
NÃO () Porque?
5. Quais as dificuldades você encontrou para orientar professores da classe hospitalar?
6. Quais os facilitadores que você encontrou ao vir atuar nas classes hospitalares?
7. O que você acha que deveria mudar nas classes hospitalares?
8. Do que você mais gosta na sua atividade?
9. Do que você menos gosta na sua atividade?
10. Que sugestões você daria visando tornar as classes hospitalares ambientes cada vez mais saudáveis?
11. Quais os benefícios, no sentido acadêmico, você consegue observar, nas crianças que participam do projeto?
12. Quais os benefícios, no sentido de qualidade de vida e condições de saúde você consegue observar nas crianças que participam do projeto?
13. Quais orientações você oferece para as professoras?

APÊNDICE 3

Questionário para os profissionais de saúde que acompanham as crianças que participam da Classe Hospitalar: Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais.

Data:

Nome : _____

Profissão: _____

Área atuação: _____

1. Na sua opinião, qual seria o papel da Equipe de Saúde nas classes hospitalares?
2. Qual a sua opinião sobre o projeto Classe Hospitalar?
3. Você consegue observar benefício(s) ou mudança(s) no comportamento das crianças que participam do projeto? Se sim, quais? (Pode marcar mais de uma resposta).
 - () Humor.
 - () Relacionamento com a equipe.
 - () Relacionamento com o (s) acompanhantes.
 - () Aceitação do tratamento.
 - () Planos pós alta hospitalar?
 - () Outros. Quais?
4. Você consegue observar benefício(s) ou alguma mudança(s) no comportamento dos pais e/ou dos acompanhantes das crianças que participam do projeto? Se sim, quais? (Pode marcar mais de uma resposta).
 - () Humor.
 - () Relacionamento com a equipe.
 - () Relacionamento com o paciente.
 - () Aceitação do tratamento.
 - () Planos pós alta hospitalar.
 - () Outros. Quais?

APÊNDICE 4**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

UBERLÂNDIA, _____ de _____ de 20_____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do participante da pesquisa: _____

Título do projeto: CLASSES HOSPITALARES E MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DAS CRIANÇAS COM DOENÇAS CRÔNICAS INTERNADAS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

Instituição onde será realizado: Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Avenida Pará, 1720 – Campus Umuarama – CEP: 38.405-320 – Uberlândia – MG. Tel.: (034) 3218-2111.

Responsável: Luciana Passos; CRM - MG: 29.657; (034) 99119-9934; passosluciana@hotmail.com.

CEP-UNIUBE: Av. Nenê Sabino, 1801 - 38055-500 - Uberaba/MG, tel: (034) 3319-8816; e-mail: cep@uniube.br.

Você está sendo convidado para participar do projeto “Classes Hospitalares e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das crianças com doenças crônicas internadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia”, Sob a responsabilidade da pesquisadora Luciana Passos, pós-graduanda em Educação na Universidade de Uberaba (UNIUBE), e da pesquisadora Prof.^a Dr.^a. Gercina Santana Novais, docente do Programa de Mestrado Profissional em Educação: Formação Docente para a Educação Básica, orientadora da pesquisa.

Este projeto tem como objetivo de contribuir para a reflexão sobre Classe Hospitalar e seus significados para/na melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das crianças internadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Este projeto se justifica porque muitos trabalhos consideram que as crianças que participam do Projeto Classe Hospitalar apresentam uma melhora na sua qualidade de vida durante a internação e no retorno ao convívio escolar.

Se aceitar participar desse projeto, solicitamos a sua colaboração, participando de uma entrevista de cinco minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome e de todos os demais participantes, serão mantidos em sigilo absoluto. Pela sua participação no estudo, você não receberá nenhum pagamento e não terá nenhum custo.

Você poderá ter os seguintes benefícios por participar dessa pesquisa: Propor melhorias e divulgar o Projeto Classe Hospitalar.

Você pode parar de participar a qualquer momento, ou pedir que uma determinada atividade não seja realizada, ou que a pesquisa seja interrompida a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para você ou para a criança que participa da Classe Hospitalar. Sinta-se à vontade para solicitar, a qualquer momento, os esclarecimentos que você julgar necessários. Caso decida-se por não participar, nenhuma penalidade será imposta a você.

Você receberá uma cópia desse termo, assinada pelo responsável pela pesquisa, onde consta a identificação e os telefones da equipe de pesquisadores, caso você queira entrar em contato com eles.

Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos: Campus Aeroporto – Av. Nenê Sabino, 1801, Bloco R – B. Universitário – 38055-500 – Uberaba, MG – Fone: (34) 3319-8816.

Assinatura do participante da pesquisa

Luciana Passos

ANEXO 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA
GESTÃO ACADÊMICA

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "CLASSES HOSPITALARES E MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM DOENÇAS CRÔNICAS INTERNADAS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA" será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Declaro, ainda, que o projeto de pesquisa apresentado não tem financiamento oriundo de recursos do SUS.

Autorizo as pesquisadoras **LUCIANA PASSOS // GERSINA SANTANA NOVAIS** a realizar a pesquisa utilizando a infraestrutura deste hospital.


Uberlândia-MG, 23/09/2019



Prof. Dr. **NILTON PEREIRA JÚNIOR**

GESTÃO ACADÊMICA

Hospital de Clínicas de Uberlândia
Prof. Dr. Nilton Pereira Júnior
Gestor Acadêmico

ANEXO 2

 **MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP**
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1 Projeto de Pesquisa: CLASSES HOSPITALARES E MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM DOENÇAS CRÔNICAS INTERNADAS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.			
2 Número de Participantes da Pesquisa: 29			
3 Área Temática:			
4 Área do Conhecimento: Educação			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome LUCIANA PASSOS			
6. CPF 951.572.046-04		7. Endereço (Rua, n.º): ANA MORAIS, 38 CAZEÇA UBERLÂNDIA MINAS GERAIS 38400040	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: 34991199934	10. Outro Telefone:
		11. E-mail: passosluciana@hotmail.com	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data <u>25, 09, 2019</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: SOCIEDADE EDUCACIONAL UBERABENSE		13. CNPJ: 25.452.301/0002-68	14. Unidade/Orgão:
15. Telefone: (34) 3319-8859		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Prof. Dr. André Luís Teixeira Fernandes</u>		CPF: <u>150.024.958-00</u>	
Cargo/Função: <u>Pro-Reitor de Pesquisa, Pós-graduação e Extensão Universidade de Uberaba</u>		 Assinatura	
Data <u>30, 09, 19</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			