



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**LUCIANA RODRIGUES BRASIL PALHETA GOMES**

**CONTRIBUIÇÕES DA FAMÍLIA NA ESCOLARIZAÇÃO DE ALUNOS INTERNADOS  
PARA TRATAMENTO DE SAÚDE NO COMPLEXO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS – HUPES (UFBA)**

Salvador-Ba

2022

**LUCIANA RODRIGUES BRASIL PALHETA GOMES**

**CONTRIBUIÇÕES DA FAMÍLIA NA ESCOLARIZAÇÃO DE ALUNOS  
INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE NO COMPLEXO  
HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS –  
HUPES (UFBA)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Miguel Angel Garcia Bordas

Salvador-Ba

2022

SIBI/UFBA/Faculdade de Educação – Biblioteca Anísio Teixeira

Gomes, Luciana Rodrigues Brasil Palheta.

Contribuições da família na escolarização de alunos internados para tratamento de saúde no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos - HUPES (UFBA) / Luciana Rodrigues Brasil Palheta Gomes. - 2022. 163 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Miguel Angel Garcia Bordas.

Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação, Salvador, 2022.

1. Escolas hospitalares . 2. Crianças doentes - Educação. 3. Família - Contribuições em escolarização. 4. Escolarização. I. Bordas, Miguel Angel Garcia. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação. III. Título.

371.91 - 23. ed.

# LUCIANA RODRIGUES BRASIL PALHETA GOMES

## CONTRIBUIÇÕES DA FAMÍLIA NA ESCOLARIZAÇÃO DE ALUNOS INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE NO COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS – HUPES (UFBA)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Educação.

Salvador, 11 de março de 2022.

### **Banca examinadora**

Miguel Angel Garcia Bordas - Orientador \_\_\_\_\_  
Pós-Doutor em Sociosemiótica pela Universitat Autònoma de Barcelona - UAB,  
Barcelona, Espanha.  
Universidade Federal da Bahia

Alessandra Santana Soares e Barros \_\_\_\_\_  
Pós-Doutora em Educação pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Rio de Janeiro,  
Brasil.  
Universidade Federal da Bahia

Maria Celeste Ramos da Silva \_\_\_\_\_  
Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.  
Diretora e Professora da Faceda

Priscila Angelina da Costa Santos \_\_\_\_\_  
Doutora em Educação pela Universidade Federal de Pernambuco, Recife,  
Brasil.  
Universidade Católica do Pernambuco.

Regiane da Silva Barbosa \_\_\_\_\_  
Doutora em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos,  
São Carlos, Brasil.  
Universidade Federal da Bahia

*Aos meus pais,*

*Joselita Rodrigues Brasil (em memória), minha querida mãe que sempre acreditou e torceu por mim. Sei que de lá de cima ela está feliz por essa conquista.*

*Raymundo Ferreira Brasil, meu querido pai que sempre me deu o apoio necessário favorecendo o meu crescimento espiritual, pessoal e profissional.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Deus Todo Poderoso por permitir eu chegar até aqui.

A minha filha Thayana e ao meu filho Raul que souberam entender as minhas ausências nos momentos de estudos e ao meu marido Mário que sempre me apoiou e incentivou.

Aos meus irmãos Mauricio e Jorge que sempre tiveram orgulho de mim!

Ao meu orientador Prof. Dr. Miguel Angel Bordas que com muita sabedoria e paciência me conduziu de forma que eu pudesse realizar esse trabalho.

A Profa. Dra. e amiga Maria Celeste Ramos, que esteve sempre à disposição para me ajudar nessa caminhada. Sua colaboração foi primordial!

A querida colega Dra. Rosana Mota (minha "anja") que desde a elaboração do projeto me deu um suporte indispensável.

A Profa. Dra. Alessandra Barros que desde o início acreditou em minha proposta de mestrado e possibilitou a realização de mais esse sonho.

A Profa. Dra. Lúcia Noblat, gerente de Ensino e Pesquisa do HUPES que me apoiou nos momentos da pesquisa.

As Profas. Dras. Regiane Barbosa e Priscila Angelina, que gentilmente aceitaram participar da banca desse trabalho contribuindo com suas sugestões.

A Profa. Dra. Luiza Cabus, que permitiu a realização da minha pesquisa na unidade de Pediatria do HUPES.

**A todos, que de alguma forma participaram desse momento,  
minha eterna gratidão!**

Lute.  
Lute até cansar.  
Não desista de seus sonhos  
A vida é dura e vai continuar sendo muito dura.  
Se tivermos paciência e fé sairemos vencedores.  
Quem pode estragar seu dia é só você e mais ninguém.  
A batalha diária é árdua.  
Mas sempre vale a pena tentar.  
Por mais que te faça cansar.  
Não podemos amolecer. Vamos que vamos.  
Lute até o último minuto porque o só jogo encerra com o apito final.

Sergio Furquim (2022)

## RESUMO

Esse estudo teve como objetivo compreender de que forma a família contribui no processo de aprendizagem dos alunos internados em Hospital Universitário da UFBA. A família, é vista como a primeira instituição responsável pela socialização dos indivíduos e tem como complexidade relacionar a natureza da espécie humana com a cultura e a organização de grupos sociais (familiares) principalmente com os processos que envolvem a escolarização do sujeito. Ela é essencial para que a criança ganhe confiança, se sinta valorizada, assistida e como instituição, não pode ignorar a sua responsabilidade na construção dos valores, dos deveres, dos bens comuns, dos pequenos ensinamentos do dia a dia. Quando uma criança está internada, essa relação é alterada, é gerado um grau de incertezas na família e na própria criança, remetendo-as quase sempre a um lugar marcado por sofrimento, atrasos emocionais e cognitivos, levando ao educando um sentimento de isolamento por estar longe dos familiares, dos amigos e da escola. Assim, o atendimento prestado em uma classe hospitalar contribui para o enfrentamento do estresse da/na hospitalização e conseqüentemente pela continuidade na escolarização. Nos respaldamos teoricamente para tratar sobre as questões da escolarização em situação de hospitalização, Holanda e Collet (2011), Barros (2007), Ceccim (1997, 1999), sobre a família, Parolin (2010), Portella e Franceschine (2012). Metodologicamente aplicamos um questionário contendo 25 questões a 23 mães acompanhantes, que foram gravadas e transcritas. Como forma para subsidiar a organização dos dados, utilizamos a análise do discurso subjacente proposto por Nicolaci-da-Costa (2007), através do Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS), que se propõe alcançar o significado (muitas vezes inconscientes) que subjaz o que é dito. Consideramos a aprendizagem ancora-se primeiramente no que é ensinado pela família e ao longo da vida do sujeito passa por outros tipos de saberes sejam eles de cunho formais ou não. De qualquer forma, a maioria das famílias têm a pretensão de acompanhá-los no sentido de ajudá-los no que for necessário para o seu desenvolvimento como cidadão. Também que, os comportamentos e pensamentos dos responsáveis em relação a escolarização dos seus filhos variou, desde a preocupação com o futuro e disso depende dos “estudos”, ou seja, da escola, pois, mesmo a doença crônica que o acompanhará por toda vida, e acreditando que a criança não seria capaz de ter um futuro promissor, sem a escola não seria possível prosseguir.

Palavras-chave: Família e hospitalização. Classe hospitalar. Escolarização.



## ABSTRACT

This study had as its **objective** to comprehend in what way families contribute to the learning process of hospitalized students in the University Hospital of UFBA. The family is seen as the first institution responsible for the socialization of individuals and has as its difficult task of relating the nature of the human species with culture and the organization of social groups (family members), especially with processes that involve the subject's schooling. It is critical for the child to gain confidence, to feel valued, and to be watched, and the institution cannot ignore responsibility in the construction of values, duties, common goods, and small day-to-day teachings. When a child is hospitalized, this relationship is altered, and a certain degree of uncertainty in the family and in the child is sent to a place marked by suffering, emotional and cognitive delays, which brings to the learner a feeling of isolation from being away from their family, friends, and school. This way, the treatment provided in a class during hospitalization contributes to the coping of stress from/of being an inpatient and consequently from the continuation of education. We support the theories of treating the issues of schooling during the situation of hospitalization, Holanda and Collet (2011), Barros (2007), Ceccim (1997, 1999), about family, Parolin (2010), Portella and Franceschine (2012). We methodologically applied a questionnaire containing 25 questions to 23 accompanying mothers whose answers were recorded and transcribed. As a way of subsidizing the organization of the data, we utilized the analysis of underlying speech proposed by Nicolaci-da-Costa (2007), through *Underlying Discourse Unveiling Method (UDUM)*, which proposes to reach the meaning (frequently unconscious) that underlies what is said. We consider that learning anchors itself primarily on what is taught by the family and, during its life, the subject goes through different types of knowledge, be it of formal nature or not. Anyway, the majority of families have the pretense of accompanying them with the intent of helping them with whatever is necessary for their growth as citizens. Also, the behavior and thoughts of those responsible for the subject in regards to the schooling of their children varied about the worry of the future, and that depended on "studies", that is, school, because even with a chronic illness that will accompany them for their whole life, and believing that the child will not be capable of having a promising future, they will not be able to proceed without school.

Keywords: Family and hospitalization. Hospital class. Schooling.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Tripé da aprendizagem.....	45
<b>Figura 2</b> – Saúde e doença.....	50
<b>Quadro 1</b> – Transtornos.....	52
<b>Quadro 2</b> – Demonstrativo das classes hospitalares no Brasil.....	67
<b>Figura 3</b> – Funções do cérebro.....	101
<b>Figura 4</b> – Partes do cérebro.....	104
<b>Figura 5</b> – Entrelaçamento da aprendizagem.....	120
<b>Gráfico 1</b> – O que fazer na classe hospitalar.....	130
<b>Gráfico 2</b> – Nível de aprovação dos alunos da classe hospitalar.....	143

## LISTA DE SIGLAS

AMN – Ambulatório Magalhães Neto  
BNCC – Base Nacional Curricular Comum  
CH - Classe Hospitalar  
CNE – Conselho Nacional de Educação  
CNEFEI – Centro Nacional de Estudos e de Formação para Infância Inadaptada  
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CONANDA – Conselho Nacional da Criança e do Adolescente  
CONSED – Conselho Nacional de Secretários da Educação  
CPPHO – Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira  
DAEPE -Diretoria Adjunta de Ensino Pesquisa e Extensão  
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais  
DSM – Manual de Estatística e Diagnostico de Transtornos Mentais  
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
GEPE – Gerencia de Ensino e Pesquisa e Extensão  
FAPESB – Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia  
HU – Hospital Universitário  
HUPES – Hospital Universitário Professor Edgard Santos  
LDBEN – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional  
MEC – Ministério da Educação  
MS – Ministério da Saúde  
OI – Osteogênese Imperfeita  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PNE – Plano Nacional da Educação  
PNEE – Política Nacional da Educação Especial  
PNH – Plano Nacional de Humanização  
PPP – Projeto Político Pedagógico  
PROEXT – Programa de Extensão  
SEMESP – Secretaria de Modalidades Especializadas da Educação  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TEA – Transtorno de Estresse Agudo

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo

TOD – Transtorno Opositor Desafiador

UASCA – Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

UNDIME – União Nacional dos Dirigentes Municipais da Educação

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
1.1 MARCOS REFERENCIAIS DO ESTUDO	21
1.2 PERCURSO METODOLÓGICO	23
<b>1.2.1 Descrevendo o local do estudo: a classe hospitalar do HUPES</b>	<b>26</b>
<b>1.2.2 Participantes do construto</b>	<b>28</b>
<b>1.2.3 Produções de informações</b>	<b>28</b>
<b>1.2.4 Aspectos éticos</b>	<b>29</b>
<b>2 FAMÍLIA, EDUCAÇÃO E SOCIEDADE</b>	<b>33</b>
2.1 O PAPEL SOCIAL DA FAMÍLIA NA EDUCAÇÃO DAS CRIANÇAS	33
2.2 A FAMÍLIA NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	36
2.3 A RELAÇÃO FAMÍLIA E ESCOLA: UMA APROXIMAÇÃO NECESSÁRIA	41
<b>2.3.1 Panorama atual na relação entre a Escola e a Família: contexto da pandemia</b>	<b>46</b>
2.4 DOENÇA E SAÚDE: UMA DÍADE QUE NÃO EXPLICA OS PROCESSOS DE TRANSTORNOS DA/NA APRENDIZAGEM	48
<b>2.4.1 Compreendendo a saúde mental</b>	<b>50</b>
2.5 O ADOECIMENTO NA INFÂNCIA: REPERCUSSÕES FAMILIARES	58
<b>3 CLASSE HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÃO À POLÍTICA EDUCACIONAL</b>	<b>63</b>
3.1 O CONTEXTO DA CLASSE HOSPITALAR SITUADO NO ESPAÇO DA SAÚDE	63
3.2 AS CLASSES HOSPITALARES NO BRASIL: UM BREVE HISTÓRICO	64
3.3 A CLASSE HOSPITALAR E A LEGISLAÇÃO QUE A AMPARA	68
3.4 A CLASSE HOSPITALAR DO HUPES E O COTIDIANO DAS CRIANÇAS INTERNADAS	70
<b>3.4.1 Valores, missão e visão da classe hospitalar do HUPES: o que diz o PPP</b>	<b>73</b>
<b>3.4.2 Abrangência da proposta pedagógica</b>	<b>75</b>
<b>3.4.3 Prioridade de atendimento - ensino fundamental I e II</b>	<b>76</b>
<b>3.4.4 Objetivos do ensino fundamental da classe hospitalar baseados na Base Nacional Comum Curricular (BNCC)</b>	<b>77</b>
<b>3.4.5 Pressupostos teórico-filosóficos da classe hospitalar do HUPES</b>	<b>79</b>
<b>3.4.6 Objetivos da classe hospitalar do HUPES</b>	<b>82</b>
<b>3.4.7 Marco operacional e a proposta metodológica</b>	<b>83</b>
<b>3.4.8 Os processos de avaliação discente e institucional</b>	<b>93</b>
3.5 OS BENEFÍCIOS DA CLASSE HOSPITALAR PARA A EDUCAÇÃO DAS CRIANÇAS INTERNADAS	95

3.6	CONTRIBUTOS DA PSICOPEDAGOGIA À CLASSE HOSPITALAR NO PROCESSO DA APRENDIZAGEM	96
3.7	APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO	99
<b>3.7.1</b>	<b>Processos neuropsicológicos que auxiliam a aprendizagem</b>	<b>102</b>
3.7.1.1	Funções executivas	106
3.7.1.2	Funções conativas	107
3.7.1.3	Funções cognitivas	107
<b>4</b>	<b>EDUCAÇÃO E SAÚDE: O ENTRELAÇAMENTO DAS POLÍTICAS DE CUIDADO JUNTO AOS ALUNOS-PACIENTES INTERNADOS EM ENFERMARIA PEDIÁTRICA.</b>	<b>109</b>
4.1	A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O SUS COMO DISPOSITIVO DE HUMANIZAÇÃO	109
4.2	A HUMANIZAÇÃO NO LÓCUS DA PESQUISA – DIRETRIZ DA EBSE RH	114
4.3	A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA O TRATAMENTO DE SAÚDE	116
4.4	O CUIDADO NA ESCOLARIZAÇÃO DAS CRIANÇAS EM CONDIÇÃO DE INTERNAMENTO E A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA E DA ESCOLA COMUM	118
<b>5</b>	<b>DADOS ATUAIS DAS CLASSES HOSPITALARES NO BRASIL</b>	<b>124</b>
<b>6</b>	<b>ANÁLISE DE DADOS DA PESQUISA</b>	<b>128</b>
6.1	CATEGORIA 1 – A IMPORTÂNCIA DA CLASSE HOSPITALAR E OS SENTIDOS DA ESCOLARIZAÇÃO	128
6.2	CATEGORIA 2: O SUPORTE FAMILIAR E A COMPREENSÃO SOBRE ADOECIMENTO – AS REDES DE APOIO	132
6.3	CATEGORIA 3 - A COMPREENSÃO DA FAMÍLIA SOBRE O ACOMPANHAMENTO E DESEMPENHO ESCOLAR DO ESTUDANTE	136
6.4	CATEGORIA 4 - PREOCUPAÇÕES FUTURAS DA FAMÍLIA COM OS ALUNOS ADOECIDOS.	140
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>144</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>146</b>
	<b>ANEXO A – QUESTIONARIO DE PESQUISA</b>	<b>156</b>
	<b>ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>160</b>
	<b>ANEXO C – REGISTRO DO ALUNO/PACIENTE</b>	<b>162</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Constituição Brasileira, o conceito de família abrange diversas formas de organização e está fundamentada na relação afetiva entre seus membros. Entretanto, não se trata de um conceito rígido ou imutável. Ao longo da história, o conceito de família já assumiu diversos significados. A família tradicional, ou seja, a família nuclear, composta por pai, provedor da casa; mãe, cuidadora da família, e seus filhos foi sendo substituída por novos tipos ou configurações de famílias.

Atualmente, após debates envolvendo diversos setores da sociedade, o direito brasileiro assumiu que a constituição familiar se fundamenta no afeto. Esse entendimento substitui o anterior, que se baseava no matrimônio e na procriação. Esta, baseava-se na convivência, na relação afetiva entre seus membros e no cuidado com os indivíduos mais jovens.

O entendimento jurídico sobre a família comporta vários tipos de agregados familiar e visa dar conta de toda a complexidade dos fatores que unem as pessoas. A família também é compreendida como a primeira instituição responsável pela socialização dos indivíduos e assume sua complexidade por relacionar a natureza, a partir do nascimento de novos indivíduos da espécie humana, com a cultura e a organização de grupos sociais (familiares). Essa complexidade envolve todas as questões acerca de um indivíduo, inclusive com a escolarização do sujeito.

O dever da família com o processo da escolaridade e a importância da sua presença no contexto escolar é publicamente reconhecida na legislação nacional e nas diretrizes do Ministério da Educação (MEC), tais como: Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) Lei 8069/90 aprovada no decorrer dos anos 90, nos Arts. 4º e 55º; A Política Nacional de Educação Especial (PNEE), que toma como umas de suas diretrizes gerais: adotar mecanismos que oportunizem a participação efetiva da família no desenvolvimento global do aluno. (BRASIL, 1990, 2020) A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) Lei 9394/96, Arts. 1º, 2º, 6º e 12; O Plano Nacional de Educação (PNE) aprovado pela Lei nº 10172/2001, que define como uma de suas diretrizes para implantação de conselhos escolares e outras formas de participação da comunidade escolar (composta também pela família) e local na melhoria do funcionamento das instituições de educação e no enriquecimento das oportunidades

educativas e dos recursos pedagógicos. É obrigação não só da família, mas também da sociedade e do Estado, o dever de assegurar à criança, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Dessa forma, a família deve acolher a criança, oferecendo-lhe um ambiente estável e amoroso. (BRASIL, 1996, 2001)

Nessas relações familiares se estabelecem a aprendizagem do sujeito que sofre interferência por muitos fatores. A relação família, escola e aprendizagem são indissociáveis quando se vislumbra um aprendizado eficaz, manifestando-se de várias formas e em diversos ambientes.

Quando uma criança está internada, essa relação é alterada, é gerado um grau de incertezas na família e na própria criança, remetendo-as quase sempre a um lugar marcado por sofrimento, angústia, dor e que pode ter como consequências, sintomas como a solidão, ansiedade, depressão, carências e atrasos emocionais e cognitivos, levando ao educando um sentimento de isolamento por estar longe dos familiares, dos amigos e da escola.

De acordo com Ceccim (1999), com tantas preocupações relacionadas aos problemas de saúde física da criança, os pais geralmente ficam desorientados e não dão a devida importância a continuidade dos estudos durante o tratamento. Assim como, as crianças neste período de internação ficam desestimuladas, sem ânimo para continuar a desenvolver suas habilidades e competências.

Uma forma de humanizar o atendimento é valorizar a família do educando, pois a ela compete uma importante contribuição no tratamento, como afirma Matos e Mugiatti (2012, p. 63), “se tratando de família transparece a necessidade de lhe conferir a devida importância e incentivo, pois da sua participação depende, em parte considerável, o êxito do tratamento no seu todo”. Nesse sentido, segundo Portella e Franceschini (2014), a aprendizagem nunca pode ser vista como uma função isolada. Ela é parte do contexto familiar, social, afetivo do qual o sujeito faz parte.

O sujeito criança nunca chega só ao hospital, ela traz consigo a sua história e a história da sua família, que também é a base de sustentação da sua vivência uma vez que essa atua como um apoio. Dessa forma, a aprendizagem da criança é influenciada



pelo apoio familiar considerando que ela está inserida em um ambiente de proteção do perigo, de ajuda, de defesa, de abrigo, de amparo.

Deste modo, o atendimento prestado em uma classe hospitalar é também fator que contribui para o enfrentamento do estresse da/na hospitalização. Esta possível contribuição é, em parte, alcançada, graças ao significado e ao valor simbólico da escola na composição das experiências infantis e juvenis que, então resgatadas apesar da condição de hospitalização reequilibram o desenvolvimento psíquico daquelas crianças e adolescentes. (BARROS, 2007)

Assim, será possível acompanhar o desenvolvimento cognitivo da criança em seu processo de aprendizagem que estão impedidos temporariamente de frequentar a escola regular por questões de saúde, que é o objetivo do trabalho pedagógico no hospital. (CECCIM, 1997)

A criança é um cidadão que tem o direito ao atendimento de suas necessidades e interesses mesmo quando está doente. Esta inclusão social será o resultado do processo educativo e reeducativo. E ao mesmo tempo, esse espaço pode significar um local de alegria, conforto, esperança, alívio e aprendizagens, enquanto se busca a normalidade à maneira de viver da criança.

Mas, não basta nascer e crescer, essa criança necessita do apoio da família e de um lugar na relação parental. Nesse sentido, o sujeito vai constituindo sua maturidade e iniciando o processo de individuação, ou seja, despertando suas características individuais que o tornará um ser único. Pode-se então dizer que, a família é uma célula reprodutora de outras, pois o indivíduo ao atingir a maturidade e individuação formará outra célula, no caso, outra família. O papel da família vai além de prover os meios necessários à sobrevivência. A criança deve ter suas necessidades básicas satisfeitas, receber afeto, usufruir do aprendizado.

De acordo com Chalita (2001), a política de participação dos pais na escola gera concordância imediata e até mesmo entusiasmada: parece correta porque se baseia na obrigação natural dos pais, aliás, mães; parece boa porque sua meta é beneficiar as crianças; e parece desejável porque pretende aumentar tanto a participação democrática quanto o aproveitamento escolar.

A família é essencial para que a criança ganhe confiança, para que se sinta valorizada, para que se sinta assistida e como instituição, não pode ignorar a sua

responsabilidade na construção dos valores, dos deveres, dos bens comuns, dos pequenos ensinamentos do dia a dia. De certo, a escola e a família precisam assumir seus papéis, estando em uma mesma sintonia, para que ocorram aprendizagens sólidas e um desenvolvimento infantil nas dimensões físicas, psíquicas, sociais.

Segundo Kaloustian (1988), a família é o lugar indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos filhos e demais membros, independentemente do arranjo ou da forma como vêm se estruturando. É a família que propicia os aportes afetivos e, sobretudo, materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes.

Gokhale (1980), acrescenta que a família não é somente o berço da cultura e a base da sociedade futura, mas é também o centro da vida social. A educação, bem-sucedida da criança na família é que vai servir de apoio à sua criatividade e ao seu comportamento produtivo quando for adulto devendo a mesma, acolher a criança, oferecendo-lhe um ambiente estável e amoroso.

Isso posto, o presente trabalho se justifica no sentido de obtermos mais informações a respeito do tema, o que contribuirá para nossas reflexões sobre a melhoria das relações entre família, alunos e escola e nesse sentido, servir como subsídios para a prática cotidiana, visto que o desenvolvimento de crianças não acontece de maneira isolada nos diversos espaços que frequentam.

O espaço de aprendizagem não pode ser pensado de forma restrita à escola ou a sala de aula, assim como não cabe compreender a participação familiar como exclusiva ao ambiente de casa. Supõe-se que a interação entre os dois é fundamental, já que a família e sua participação são muito importantes no desenvolvimento das crianças, principalmente no período de hospitalização, onde a criança se encontra com maior fragilidade tanto física como emocional.

A alteração que acontece na rotina das famílias quando suas crianças precisam de hospitalização necessita ser entendida, porque é importante para direcionar o atendimento que será oferecido, para isso, é importante conhecer a realidade e o contexto que os cerca. A valorização das famílias é uma das formas de humanizar o tratamento médico e os atendimentos pedagógicos em ambiente hospitalar.

Por outro lado, segundo Rodrigues (2012), a desinformação dos pais, a baixa escolarização e a falta de segurança emocional para a criança se sentir capaz de enfrentar sua doença acarretam um aumento de suas dificuldades. Caberia a família contribuir para a recuperação por meio de atenções específicas de forma afetuosa e coerente em situações de apoio mútuo.

Há famílias que precisam se reorganizar já que muitas vezes, elas vêm de outras cidades ou estados, para realizar o tratamento necessário para a recuperação das crianças. Dessa forma, impossibilita o convívio permanente dos membros familiares. Nestes casos, geralmente ocorre o afastamento de, pelo menos, duas pessoas do convívio familiar, geralmente, a mãe/responsável e o paciente.

Além da alteração na rotina familiar, há também outras alterações sociais que acontecem com a hospitalização de crianças e, como a frequência escolar desses pacientes. É, pois, através dos atendimentos pedagógicos que os alunos-pacientes são incentivados a prosseguir os estudos, propiciando a continuidade do desenvolvimento cognitivo, psicológico, afetivo e social, devendo ter a formação como cidadão proporcionada também durante a hospitalização.

Assim, como acontece no ambiente formal de educação (ou deveria acontecer) a família tem um papel fundamental no acompanhamento da vida escolar do aluno, bem como os profissionais que atuam em ambiente hospitalar devem existir como uma ponte entre os educandos hospitalizados, o conhecimento e a família, levando em consideração as limitações e condições clínicas de cada aluno-paciente, pois o processo de ensino-aprendizagem não ocorre em de forma regular, mas em um espaço hospitalar para que quando puderem retornar à escola de origem, não estejam em desvantagem em relação à sua turma.

O atendimento dirige-se às crianças, mas deve se estender às famílias, sobretudo àquelas que não consideram pertinente falar sobre doenças com seus filhos, ou até mesmo ocupá-las com o estudo quando estão internadas. A intenção é trazer a humanização para o cuidado, não só do paciente, mas também para os pais ou responsáveis.

Matos e Mugiatti (2012), expõe que tratando-se de familiares, as relações se referem ao incentivo, a participação, ao dispêndio dos melhores cuidados à criança hospitalizada. São deveras importantes o vínculo e a ajuda obtidos junto aos

familiares. Cumpre, portanto, estimulá-las a valorização do tratamento e da escola, com o fim de obter uma visão mais dinâmica do futuro da criança. Deve-se ainda motivar esses familiares para o envolvimento crítico e consciente, na relação entre eles e a escola e entre esta e o hospital.

A família se depara com uma nova realidade, que veem seus sonhos e projetos interrompidos, mesmo que provisoriamente, devido ao surgimento de uma doença que impossibilita a criança de frequentar a escola, correndo o risco de afetar o seu desenvolvimento psicológico, escolar e social. O importante é manter a família envolvida e como ponto de apoio ao processo de aprendizado do aluno internado lançando mão de algumas estratégias como por exemplo, promover maior interação entre os pais e/ou responsáveis, por meio da troca de informações entre os educadores e as famílias; criar ambientes escolares que proporcionem a interação e a troca de vivências entre as crianças; favorecer a convivência e incentivar vínculos de amizade entre as crianças para que umas ajudem as outras.

Sabendo-se que o período de hospitalização é doloroso para pacientes e suas famílias, assim, amenizar o sofrimento causado durante o tratamento médico é possível ao se tomar medidas que façam com que os profissionais que lidam com os pacientes os enxerguem integralmente, ou seja, de forma física, psicológica, cognitiva, afetiva e social.

Ao especificar o direito que crianças hospitalizadas possuem ao ter acesso a programas educacionais para a saúde, o acompanhamento curricular escolar e a alguma forma de recreação, inscrita na Resolução n. 41 de 1995 do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente (CONANDA), que se expressa legalmente o direito de humanização a esses pacientes quando da consideração mais próxima de seu cotidiano que é a escola e espaço do brincar. A inserção do ambiente escolar no período de internação é importante para a recuperação da saúde da criança, já que reduz a ansiedade e o medo advindos do processo do adoecimento. (BRASIL, 1995)

A humanização é importante no processo de ensino no contexto pedagógico-hospitalar, uma vez que, o professor deve saber reconhecer até que ponto o aluno pode contribuir com a atividade escolar. Esta visão vai além do relatório médico, pois envolve todo o emocional do paciente e um olhar atento a todo contexto, em que o pedagogo que está junto ao aluno-paciente. Para isso, é essencial saber ouvir e ser ouvido, uma vez que escutar também é muito importante, para poder assim, ter a

melhor conduta com o aluno. Entende-se que a humanização engloba toda a equipe multidisciplinar que o integra - o brincar, o atendimento no leito e as famílias dos educandos hospitalizados. Há também a necessidade de observar as exigências de um ambiente em que os sentimentos, medos e anseios estão tão expostos.

Em seu livro *Pedagogia da Autonomia*, Paulo Freire diz que sempre se preocupou em desenvolver sua prática educativa em um “clima alegre” (1996, p. 43). Parece contraditório falar em um ‘clima alegre’ quando a aprendizagem acontece em um ambiente hospitalar, mas o professor pode propiciar ao aluno um ambiente agradável ao permitir que, mesmo fragilizado, possa participar como sujeito no processo de ensino-aprendizagem. Isso é possível quando existe uma relação horizontal, dialógica entre professor e aluno (aluno e professor), quando não há transferência de conteúdo, mas sim, a compreensão do objeto estudado obtida por meio dos materiais oferecidos pelo professor ao aluno. (FREIRE, 1996)

Outra lição importante que se aprende com esse autor, e que, assim como na escola comum deve-se aplicar à Pedagogia Hospitalar, é saber escutar, ou seja, é falar com o aluno, sem o autoritarismo, mas aberto às dúvidas e indagações e, até mesmo, discordâncias e diferenças que surgem durante o aprendizado.

Dessa forma, a família é a instituição colaborativa mais importante para a aquisição de conhecimentos das crianças nos anos iniciais de escolarização, considerando que a aprendizagem se inicia no seio familiar. Entretanto, é muito comum alcançarmos ainda nesses novos tempos, um leque variado de queixas sobre o não acompanhamento adequado das famílias aos escolares, principalmente sobre as mães como cuidadoras nesse percurso escolar das crianças. Outras, somam-se ao sentimento de culpa das famílias por não conseguir alcançar tempo para esse feito em razão de acúmulo de trabalho, acompanhamento das crianças com deficiências e aquelas em situação de adoecimento crônico e os eventos de hospitalização constantes daquelas crianças que não podem frequentar regularmente a escola. Sendo assim, e levando em conta uma situação de internação hospitalar, e que compromete a qualidade desse acompanhamento, indagamos: de que forma a família contribui para o processo de aprendizagem escolar das crianças internadas para tratamento de saúde?

Vislumbramos então como **objetivo geral** deste estudo: Compreender de que forma a família contribui no processo de aprendizagem dos alunos internados em Hospital Universitário da UFBA.

Como **objetivos específicos**:

- ✓ Analisar:
  - como a Pedagogia Hospitalar, em parceria com a família pode auxiliar na aprendizagem do aluno internado;
  - de que forma se dá aprendizagem do paciente internado e os vínculos estabelecidos com a participação da família nesse empreendimento;
  - a percepção dos próprios familiares sobre o desenvolvimento escolar dos alunos e o seu papel nesse processo;
- ✓ Conhecer de que forma se estabelecem os processos de interação entre os profissionais da educação (professor) e os familiares das crianças internadas.

## 1.1 MARCOS REFERENCIAIS DO ESTUDO

Conforme Matos e Mugiatti (2012), já na Antiguidade por meio dos papiros egípcios pode-se notar a preocupação com a saúde. Com o passar do tempo, esta preocupação tomou proporções ainda maiores, é na idade medieval que as pessoas começaram a associar fatores sociais, educacionais e ambientais com a saúde. Tais preocupações nos acompanham até a contemporaneidade e se aproximam dos dispositivos legais, onde se insere a Classe Hospitalar (CH).

A Classe Hospitalar, conforme descrita pelo MEC, é uma modalidade de atendimento prestada a crianças e adolescentes internados em hospitais. Ela parte do reconhecimento de que crianças, uma vez afastados da rotina de escola, e privados da convivência em comunidade, vivem sob o risco de fracasso escolar e exclusão. Nos termos da Política da Educação Especial do MEC, crianças, adolescentes e jovens hospitalizados são pessoas com necessidades educativas especiais. Nos termos da Política de Humanização do Ministério da Saúde (MS) são alvos de atenção preferenciais. (BARROS, 2007)

De acordo com o documento supracitado (MEC), 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 um outro tipo de acolhimento das famílias nos hospitais, inserindo a sua participação como 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.

Por esta consideração, a Constituição Federal Brasileira (1988), diz que a educação é um direito de todos e dever do Estado e da família. Se a lei máxima que define os direitos e deveres dos cidadãos brasileiros garante o acesso à educação, cabe aos pedagogos e demais profissionais da educação, assim como os da saúde, levá-la às diferentes situações onde se encontra o educando.

Como já mencionado, a legislação reconheceu por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente Hospitalizado, o “Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar”<sup>1</sup>. (BRASIL, 1995) A proposta na LDBEN de 1996, é a de que toda criança disponha de todas as oportunidades possíveis para que os processos de desenvolvimento e aprendizagem não sejam suspensos, mesmo estando afastadas da escola por motivo de doença. (BRASIL, 1996)

Apesar de considerado pouco tempo de desenvolvimento no Brasil, a Pedagogia Hospitalar ganhou um maior destaque por meio da Resolução nº 1 de 15 de maio de 2006 do Conselho Nacional de Educação (CNE), que instituiu Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Graduação em Pedagogia. Antes, o profissional pedagogo poderia exercer seu trabalho apenas dentro de ambientes de educação formal, mas a partir desta, permite que esse profissional possa 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. (BRASIL, 2006)

A vida familiar, traz uma troca de experiência em que são repensados os valores culturais e os hábitos. A vivência de um período de internação em um hospital precisa garantir às famílias e às crianças uma sensação de segurança, de manutenção e fortalecimento de elos afetivos, tanto quanto os efetivos na condução educativa. Essa

---

<sup>1</sup> Resolução nº 41 de 1995, no item 9 do CONANDA.

garantia pode ser encontrada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que entre outros artigos aborda no Art. 4º que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Já no Art. 12, explicita que os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. No mesmo caminho, o Art. 19, afirma que é direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral. (BRASIL, 1990)

Tal consideração também está embasada no Art. 25, correspondendo ao que se entende por família natural a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes, e acrescenta no parágrafo único que, família extensa ou ampliada é aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade.

Uma vez que o familiar, por causa da doença da criança também se encontra “internado” os hospitais veem se adaptando a essa nova realidade, buscando melhor e mais adequadamente acomodar o acompanhante e/ou responsáveis. Entendemos expressamente que tal dimensionamento de cuidado contribui para a redução do seu estresse e do seu cansaço, e reflete uma facilitação da comunicação entre a família da criança doente e a equipe de saúde, além de ser objeto de atenção da proposta de assistência humanizada dos hospitais. (FONSECA, 2008)

## 1.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Segundo Turato (2008), abordagem qualitativa aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os seres



humanos fazem de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos sentem e pensam.

Para Bardin (1977), a pesquisa qualitativa é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, as relações e as estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto nas suas transformações como construções humanas significativas.

A pesquisa qualitativa é fortemente baseada na interpretação de textos, situações e as falas de todos os atores sociais envolvidos. (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDESZNAJDER, 2004) Embora os aspectos quantitativos sejam relevantes, em determinados contextos o foco são os aspectos não mensuráveis. Nesse sentido, as abordagens qualitativas fornecem condições para que se possa compreender, decodificar, explicar e, ainda, enfatizar a multiplicidade do campo de pesquisa, realizando essa ampla compreensão por meio do contato direto com a situação investigada. (LÜDKE; ANDRÉ, 1986)

Para os autores Bogdan e Biklen (1994, p. 47), a pesquisa qualitativa possui características próprias, a exemplo: Na pesquisa qualitativa, a fonte de dados é diretamente “[...] o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal”.

Desse modo, enunciamos a maneira pela qual delineamos o trajeto metodológico que envolve esse estudo, destacando, portanto, que a metodologia tem papel importante no desenvolvimento do trabalho, pois orienta um caminho possível ao pesquisador no processo da investigação científica, guiando-o de forma sistematizada.

Foi aplicado um questionário com perguntas abertas contendo no total de 23 questões, gravadas e transcrita, organizadas por cinco abordagens que serviram para esclarecer a temática estudada, quais sejam: dados da criança, dados da escola, dados dos pais ou responsáveis, perguntas fundantes e perguntas complementares. Essa entrevista com uso do questionário foi aplicada com um guia de perguntas dirigida por um roteiro previamente elaborado pela pesquisadora.

De acordo com Minayo (2013), a modalidade da entrevista nesta formatação facilita a abordagem e assegura, sobretudo que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa. Assim, tomamos para apreensão destas informações

com a aplicação de uma entrevista com perguntas abertas dirigidas às mães ou responsáveis.

Entendemos que a construção da entrevista seja uma das etapas mais importantes da pesquisa pois esta requer tempo e exige cuidados que se destacam entre o planejamento tendo em vista o objetivo a ser alcançado; o direcionamento aos participantes que tenha familiaridade com o tema; a oportunidade da entrevista que necessita da disponibilidade do entrevistado em fornecer a entrevista; as condições favoráveis que possam garantir ao entrevistado o segredo de suas confidências e de sua identidade e, por fim, a preparação específica que consiste em organizar o roteiro ou formulário com as questões mais importantes e caso necessite de mais acréscimo ou complementação o pesquisador tem a liberdade para fazer. Em nosso caso, os participantes se encontram também internados, por isso a escolha e a marcação do tempo da entrevista, precisou ser articulada de modo a não atrapalhar o tempo de atenção à criança hospitalizada.

Assim, buscamos estruturar como objeto da técnica de análise a partir do discurso emitido pelos participantes por meio das entrevistas que foram organizadas por quatro seções de categorias.

Desse modo, como forma para subsidiar a organização das análises de todo material coletado, foi utilizada a análise do discurso subjacente proposto por Nicolaci-da-Costa (2007), através do Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS), ao considerar que o discurso pode revelar os valores a partir dos quais o sujeito se constrói e se reconstrói em conformidade com os valores sociais do grupo ao qual pertence.

Com o objetivo de alcançar o significado (muitas vezes inconscientes) que subjaz o que é dito, o MEDS, segundo Nicolaci-da-Costa (2007) pressupõe-se que o que:

[...] é importante para alguém a respeito de um determinado tema ou assunto inevitavelmente aparece no seu discurso espontâneo sobre o mesmo. Assim, o sujeito da pesquisa traz à tona conflitos, conceitos, sentimentos, percepções, ideias que 'muitas vezes não são verbalizados explicitamente'. (NICOLACI-DA-COSTA, 2007, p. 67)

Ainda essa autora, confirma as diferentes fases do MEDS delimitando-as com características singulares em cinco fases: seleção da amostra; construção do roteiro

para as entrevistas; a entrevista propriamente dita; a transcrição dos depoimentos e análise das informações coletadas.

Com base na construção desta autora, para a primeira fase, seleção da amostra, foi considerado neste trabalho o princípio da homogeneidade, isto é, características chave que compõem os responsáveis a partir de critérios pré-estabelecidos baseados nos objetivos já descritos na seção anterior.

### **1.2.1 Descrevendo o local do estudo: a classe hospitalar do HUPES**

De acordo com Barros e colaboradores (2014) a Classe Hospitalar do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), funcionou por dez anos – de 1999 a 2009 - através da cessão de professores oriundos da Prefeitura Municipal de Salvador, intermediados e coordenados por uma consultoria privada denominada Instituto Criança Viva. Mas, no início do ano de 2009, atendendo a reordenamentos da gestão do HUPES, alguns serviços até então prestados por meios de convênios foram incorporados por unidades da própria Universidade Federal da Bahia (UFBA). Assim, nesse novo contexto administrativo, a Classe Hospitalar passou à responsabilidade da Faculdade de Educação (FACED). A parceria com a Prefeitura foi desfeita e, com recursos de editais da Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia (FAPESB), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do MEC, via Pró-Reitoria de Extensão (PROEXT), um espaço na Enfermaria da Pediatria no 1º andar do prédio principal do HUPES foi, ao longo dos últimos quatro anos, mobiliado e equipado para hospedar a nova Classe Hospitalar. Em outubro de 2009, a Classe Hospitalar do HUPES foi reconhecida como um serviço contínuo que regimentalmente pertence a Diretoria Adjunta de Ensino Pesquisa e Extensão (DAEPE). Hoje denominada Gerência de Ensino Pesquisa e Extensão (GEPE).

Desde então, o ganho adicional para a nova classe hospitalar foi passar a contar com o trabalho de profissionais que estavam constantemente refletindo sua prática através da pesquisa. O ganho para a FACED estava no fato daquela classe hospitalar servir, também, como campo de estágio para os cursos de Pedagogia e de Licenciaturas da UFBA. O grupo de pesquisa, cadastrado no CNPq “Educação de Pessoas Doentes e/ou Hospitalizadas”, contribuiu com o suporte teórico e

metodológico às atividades desenvolvidas na Classe Hospitalar, à época. O HUPES possui cerca de 30 (trinta) leitos pediátricos, distribuídos da seguinte forma: 24 (vinte e quatro) em enfermarias e 8 (oito) em UTI que ficam no Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira e na enfermaria da Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (UASCA). Ainda no âmbito pediátrico, este hospital responde como referência nacional, pela atenção especializada a várias doenças crônicas, características pelas demoradas ou repetidas internações: a anemia falciforme, a asma, o diabetes. Também atende algumas doenças genéticas raras como a Mucopolissacaridose e a Osteogênese Imperfeita. Atende ainda, às demandas típicas do contexto de pobreza, de falta de saneamento básico e de violência em que vive grande parte da infância e juventude soteropolitanas: a desnutrição, as infecções das vias aéreas, a diarreia, a desidratação. De maneira a considerar a vocação de ensino e formação de um hospital universitário, bem como recomendações do MEC e do MS para maior comprometimento dos hospitais-escola com outros cursos superiores, é que a Classe Hospitalar do HUPES se constituiu como campo de estágio para os cursos de Graduação e Pós-graduação em Educação. Neste sentido, foram incorporadas ao serviço de escolarização da Classe Hospitalar, professoras – mestrandas e doutorandas em Educação pela UFBA, assim como graduandas em Pedagogia e outras Licenciaturas, na condição de bolsistas de pesquisa e/ou extensão.

Neste espaço estas/es estudantes e pesquisadoras/es vinham exercitando a necessária imersão ao campo empírico de suas investigações, além de atuarem como professoras-tutoras das atividades desenvolvidas na classe junto aos alunos-pacientes e na orientação pedagógica imediata de estagiárias graduandas.

Nossa pesquisa ocorreu nesse Hospital Universitário (HU) localizado na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. A instituição tem como missão prestar assistência à saúde da população; formar recursos humanos voltados para as práticas de ensino, pesquisa e assistência; e produzir conhecimentos em benefício da coletividade, dentro de padrões éticos de excelência e de qualidade. Para isso, conta com 42 mil m<sup>2</sup> de área construída, 214 (duzentos e catorze) leitos e 130 (cento e trinta) consultórios.

O HU é um centro de ensino, pesquisa e extensão no âmbito das ciências da saúde, voltadas à prevenção de doenças e promoção da saúde das pessoas, as quais participam das comunidades integradas à rede regional de saúde. O serviço de

pediatria da instituição compreende uma unidade de internação pediátrica, uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica, uma unidade de pequenos lactantes e uma unidade metabólica.

Visando atender de forma integral as crianças internadas no HU, a instituição está em fase de reimplantação da classe hospitalar, o qual foi fundado no início do ano de 2009, desativado em junho de 2018, e reativada em janeiro de 2021.

### **1.2.2 Participantes do construto**

Os participantes do estudo foram vinte pais ou responsáveis das crianças internadas na instituição para tratamento médico e que frequentem e que estão cursando o ensino fundamental. Serão incluídos nesse estudo familiares acompanhantes de crianças que estejam frequentando a escola entre as séries iniciais e finais do Ensino Fundamental I, ou seja, do 1º ao 5º ano de escolarização, com permanência da internação em um período maior que três dias por já se constituir perda na interação escola-família e excluídas aquelas da Educação Infantil, do Ensino médio e do Fundamental II.

### **1.2.3 Produções de informações**

A produção de informações (coleta de dados) se deu por meio de entrevista semiestruturada e esta será guiada pelo instrumento formulário. (ANEXO A)

A entrevista consiste em um método, na qual é possível obter autorrelatos dos participantes, verificando assim questões relacionadas ao objeto de estudo (POLIT; BECK, 2011). As entrevistas foram realizadas em um espaço reservado para preservar o participante e sua identificação, do mesmo modo que lhe foi assegurado sigilo na coleta de suas informações. Essa entrevista deu-se em um tempo mínimo de meia hora e máximo de quarenta minutos. O Termo de Consentimento (TC) foi lido para esclarecimentos de dúvidas e anuência do participante. Quanto aos riscos, reconhecemos que poderia haver no sentido de constranger quando as indagações lhes forem estranhas ou tocar algum sentimento. Assim, asseguramos que o

participante pudesse se sentir à vontade para se retirar da pesquisa a qualquer momento, ou não responder as questões que lhe desagradar. Os benefícios que se centram na perspectiva desse estudo, é que se espera que possa contribuir com as respostas positivas no processo de escolarização dos estudantes internados e do mesmo modo com iniciativas pedagógicas que incentivem as classes hospitalares na construção dessa relação escola regular e classe hospitalar tendo a família como mediadora dos processos de aprendizagem da criança internada, do mesmo modo contribuir com políticas públicas de atenção às Classes Hospitalares.

#### **1.2.4 Aspectos éticos**

A pesquisa respeitou os escritos contidos na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), que trata sobre as questões éticas referentes a pesquisas que envolvem seres humanos. Nesse sentido, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Professor Edgard Santos.

Além da Resolução supracitada, está, também, em conformidade com a Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016), que considera a ética: como uma construção humana, portanto histórica, social e cultural; Como pesquisa implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes; Como o agir ético do pesquisador demanda ação consciente e livre do participante; Exige respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes, devendo ser concebida, avaliada e realizada de modo a prever e evitar possíveis danos aos participantes; Possui especificidades nas suas concepções e práticas de pesquisa, na medida em que nelas prevalece uma aceção pluralista de ciência da qual decorre a adoção de múltiplas perspectivas teórico-metodológicas, bem como lidam com atribuições de significado, práticas e representações, sem intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico; Como a relação pesquisador-participante se constrói continuamente no processo da pesquisa, podendo ser redefinida a qualquer momento no diálogo entre subjetividades, implicando reflexividade e construção de relações não hierárquicas; Como os documentos que constituem os pilares do reconhecimento e da afirmação da dignidade, da liberdade e da autonomia do ser humano; Como a produção científica deve implicar benefícios atuais ou potenciais

para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade digna de vida a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente equilibrado; e como a importância de se construir um marco normativo claro, preciso e plenamente compreensível por todos os envolvidos nas atividades de pesquisa.

Dessa forma e conforme essas especificações, os participantes foram informados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sobre as atividades desse estudo e como podem contribuir. (ANEXO B)

Passamos a apresentar a forma pela qual elegemos para organização desse trabalho dissertativo. O Capítulo I, refere a **Introdução**, aqui desenhada. Já a escrita do capítulo II, **Família, Educação e Sociedade**, discorre sobre a participação da família na educação das crianças e como ela está situada na legislação brasileira. Nesse capítulo também é possível verificar a relação da família e escola, sua relação de aproximação bem como ter a visão de um panorama atual dessa relação no contexto de pandemia. Os conceitos de doença e saúde física e mental e as repercussões familiares também são tópicos abordados nesse capítulo.

O capítulo III, **Classe Hospitalar: Contribuição à Política Educacional**, envolve uma reflexão acerca das classes hospitalares no Brasil, seu histórico, benefícios, contexto atual e legislação. Demonstra os benefícios que a psicopedagogia pode trazer no processo de aprendizagem dentro de uma classe hospitalar. E finalizada trazendo conceitos de aprendizagem e desenvolvimento relacionadas a situação executiva, conativa e cognitiva da criança.

Já o capítulo IV, **Educação e Saúde: O Entrelaçamento das Políticas de cuidado junto aos alunos-pacientes internados em enfermaria pediátrica**, traz contribuições sobre a política de educação do SUS como dispositivo de humanização e discorre sobre a questão da humanização do locus da pesquisa. Aborda também a importância da equipe multiprofissional para o tratamento e cuidado das crianças internadas, assim como a participação da família e da escola comum no contexto de internamento desses sujeitos.

No capítulo V, **Dados Atuais das Classes Hospitalares no Brasil**, situa o leitor referente aos dados atuais da classe hospitalares baseados na pesquisa realizada tendo como atores principais o Ministério da Educação, Secretaria de Educação

continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (SECADI) que desenvolveram esse trabalho sob a responsabilidade da Profa. Dra. Jucelia Linhares Granemann de Medeiros e Profa. Dra. Edicleia Mascarenhas Fernandes.

O capítulo VI, **Análises de dados**, aborda os campos trilhados nesta pesquisa, apresentando ao leitor a metodologia que foi empregada, a caracterização dos sujeitos e local de estudo, os procedimentos para a coleta de dados, dificuldades encontradas e a análise de dados a qual foi submetida.

Por último, as **Considerações Finais**, onde foram pontuadas as ações mais significativas da pesquisa e o reconhecimento de que ela não se constitui como um “produto acabado” e que como toda pesquisa possui suas fragilidades. Apresenta dados significativos que servirão de base para outros pesquisadores aprofundarem a temática.

Neste tópico foi levado em consideração também os sentimentos pelos quais passei durante o mestrado.

No entanto não me deixei abater, pois sabia que tinha que prosseguir com meus estudos, minha pesquisa e meu trabalho. Dessa forma, deixo abaixo o texto que sempre lia nos momentos de incertezas para ganhar forças e seguir com foco no meu objetivo. Assim segue:

[...] objetivo, é se impor a fazer o que for preciso para alcançar o mérito desejado, é não deixar de ser quem somos para agregar um valor ao nosso eu que não nos representa, é não permitir que o que dizem tenha influência para nos confundir no que diz respeito ao que tomamos como princípios, como valores, como regência daquilo que nos proporciona uma qualidade de vida confortável, é não deixar que a frieza humana empodere-se do nosso calor alegre, da nossa chama de amor... É continuar mesmo na dor, mesmo no medo, mesmo na incerteza, mesmo na frustração, mas ainda assim ter em nossa essência a certeza que de que as adversidades são transitórias e que lá na frente tudo pode ser diferente...

Não desistir é se permitir ser feliz, conhecer novos horizontes, se dá a oportunidade de viajar, conhecer novos lugares, mesmo que esses recintos sejam fictícios, mesmo que sejam frutos da nossa imaginação, mesmo que não venhamos sair do lugar fisicamente, deixemo-nos aflorar pelo que nos completa, pelo que nos preenche, pelo que nos envolve de maneira que haja um despertar para o conceito de que acreditar no futuro vale a pena, lutar vale a pena, seguir vale a pena... E dessa forma, a gente vai debruçando o nosso coração no amor, a nossa esperança no amanhã, a nossa alegria no presente, a nossa fé na positividade dos acontecimentos, principalmente em Deus. No final, passaremos a enxergar que todo o processo de barreiras e empecilhos foram necessários para o nosso



crescimento, amadurecimento, mas como resultado final, a vitória tão almejada foi nos presenteada como êxito.

Por mais que se pareça obscuro, negro, sem saída, inviável, tarde demais, incerto, inseguro... Jamais, por hipótese alguma, devemos nos amedrontar e deixar de lado o nosso propósito e parar por não acreditar em nosso potencial, em nossa capacidade de se superar, de se reerguer, de se levantar e dizer que é mais que vencedor, mesmo não tendo fundamentos para validar tal afirmação, mas só pelo fato de ter convicção de que há uma probabilidade maior de que os sonhos sejam concretizados, ainda assim manter essa confiança, essa valentia de permanecer firme e forte, de se sustentar de pé mesmo fraco, cansado e sem forças, mas não se deixando levar pelas ventanias ferozes que sopram em nós nesse destino que nos é traçado na vida. Essa é a regra: não desistir, persistir, insistir.

Rogério Macena (2021)

## 2 FAMÍLIA, EDUCAÇÃO E SOCIEDADE

### 2.1 O PAPEL SOCIAL DA FAMÍLIA NA EDUCAÇÃO DAS CRIANÇAS

A família é a principal instituição social em que o indivíduo inicia suas relações afetivas, cria vínculos e internaliza valores. Essa relação familiar, apresenta-se de forma interligada como se cada membro fosse a extensão um do outro. Nesse sentido, a família é um grupo que dispõe de dinâmicas e características próprias, tendo como principal função a inserção dos seus membros na sociedade.

Foi instituído o Dia Nacional da Família por meio do Decreto nº 52.748 de 24 de outubro 1963, levando-se em consideração que a família, desde os estágios iniciais da civilização, vem constituindo a célula-base dos aglomerados humanos; e considerando também que, posteriormente, já nas sociedades perfeitamente organizadas e independentes de ideologia, sistema político, organização social ou credo religioso, continua sendo a família, o elo fundamental delas. (BRASIL, 1963)

Já o dia o Dia Internacional da Família é uma data comemorativa celebrada anualmente no dia 15 de maio e relembra a importância da família, ao mesmo tempo que serve como momento para formulação de políticas que possam beneficiar famílias em todo o planeta. Esse dia foi instituído pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, durante reunião feita em 20 de setembro de 1993. A data foi celebrada pela primeira vez em 1994 para sensibilizar a população sobre os diferentes tipos de família que existem, sendo todas completamente legítimas.

De acordo com Parolin (2010), cabe à família a tarefa de estruturar o sujeito em sua identificação, individuação e autonomia. Isso vai acontecendo à medida que a criança vive o seu dia a dia inserido em um grupo de pessoas que lhe dá carinho, apresenta-lhe o funcionamento do mundo, oferecendo-lhe suporte material para suas necessidades, conta-lhes histórias, fala sobre as coisas e os fatos, conversa sobre o que sente e pensa, ensina-lhes a arte da convivência.

Nesse sentido é importante a família ter em mente que a sua participação na vida da criança/adolescente interfere no seu crescimento/amadurecimento e suas

ações apreendidas refletirão no futuro desse sujeito que por sua vez terá interferência direta na sociedade em geral.

A percepção da criança é construída a partir de considerações da própria família realizadas no dia a dia em que demonstram diferenças entre os membros familiares. Essa ação vai construindo aos poucos a individuação e nesse sentido, a criança edifica sua própria história de vida como um ser singular.

A esse respeito, Parolin (2010, p. 36), afirma que:

[...] ao mesmo tempo em que uma criança sabe que ela faz parte de uma determinada família por compartilhar o mesmo sobrenome, os mesmos costumes e a mesma ideologia, ela se individualiza por perceber-se diferente da mãe, do pai, dos avós, ou dos irmãos, em determinadas questões que a caracterizam, a tornar-se singular e diferenciam o seu papel na família.

Então a família é uma base de construção que proporciona uma relação natural entre a criança e o ambiente social e escolar com o dever da construção de uma consciência analítica, crítica e reflexiva para crianças e adolescentes, buscando se fazer presente em todos os momentos da evolução, com contributos e atenção não apenas na escola, mas, nas demais esferas de vivências desse sujeito.

Szymanski (2009) defende que: o ambiente familiar seja propício para inúmeras atividades que envolvem a criança numa ação intencional, numa situação de trocas intersubjetivas que vão se tornando mais complexas ou envolvendo mais intencionalidades, numa perspectiva temporal.

As crianças sentem-se importantes, acolhidas e seguras quando os responsáveis se interessam pelo seu desenvolvimento e percebem isso por meio do acompanhamento que a família lhes proporciona, seja na escola, na saúde, no lazer, na socialização. Nesse sentido é indispensável a participação ativa da família na educação formal e informal desse sujeito.

Contudo, as mudanças pelas quais a sociedade vem passando nas últimas décadas, relacionadas a novos entendimentos familiares, torna a tarefa familiar mais complicada, em razão das informações que mudam constantemente devido a aceleração tecnológica, que, por um lado é capaz auxiliar em termos do desenvolvimento geral, mas por outro dificulta em razão do acesso escasso para as camadas populares socialmente desassistidas.

A escola nesse contexto também tem encontrado dificuldades em assimilar as mudanças sociais e familiares no seu processo para ser pensada como um elo entre a família e a sociedade. Ela, a escola, deve funcionar como extensão da família em razão dos seus objetivos sociais.

Apesar de apresentar valores próprios, a relação entre escola e família enfrenta diversos desafios relacionados ao papel e responsabilidade que cada instituição possui na formação integral da criança. Assim, percebemos o estreitamento da relação escola e família como imprescindível porque é por meio dela que a sociedade consegue influência para desenvolver e formar cidadãos sociáveis, pois isto resultará em princípios facilitadores da aprendizagem e formação social da criança.

É necessário encontrar caminhos que ajudem e fortaleçam a relação entre escola e a família, e esse caminhar perpassa, sem dúvida, pela compreensão dos profissionais que lidam com a infância, pois deve ter um objetivo comum, que é formar cidadãos que possam viver de forma harmônica em sociedade pois construíram valores éticos e morais advindos dessas instituições.

O descumprimento das funções básicas dessas instituições acarretará em prejuízos significativos ao desenvolvimento da pessoa como sujeito crítico que deve viver, participar e se relacionar com a sociedade.

No Art. 2º da LDBEN (1996), aponta que a educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Assim a família é a principal fonte de auxílio para o desenvolvimento de inúmeras funções e papéis diferentes que se vivenciam durante a vida, desde a escola passando por hábitos, costumes, atitudes éticas e morais para a sua participação na sociedade. Posto dessa forma, ampliaremos nossa discussão sobre aspectos da legislação brasileira, no que tange à essa organização, no item que se segue.

## 2.2 A FAMÍLIA NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Ao longo do tempo, o que se coloca sobre a estrutura familiar vem sofrendo várias transformações. A mais evidente é a forma pela qual hoje as famílias estão estruturadas. A família tradicional, constituída de pai, mãe e filhos, deu espaço para novos outros tipos. Esses novos contextos familiares geram, muitas vezes, uma sensação de insegurança e até mesmo de abandono, pois a ideia de um pai e de uma mãe cuidadores dá lugar a diferentes pais e mães zeladores de filhos, ora formados em famílias anteriores.

Cada família é singular, possui modelos específicos que marcam suas crenças, valores, desejos que são caracterizadas pela relação intrafamiliar, a qual é transformada histórica e culturalmente.

De acordo com o Código Civil de 1916, para se ter uma família, antes, era necessário casar-se. Sem o casamento, não havia uma família. Um casamento padrão entre um homem e uma mulher que reproduziram os seus filhos. O atual Código Civil Brasileiro (2002), passou da condição de singular, tendo o casamento como fio condutor para a formação de uma família para ser plural, como as diversas formas de famílias hoje existentes. De patriarcal passou a ser igualitária, pois homem e mulher passaram a ser iguais na forma da lei.

No que concerne à educação, no Art. nº 231 (IV) cita como um dever dos cônjuges o sustento, a guarda e a educação dos filhos. Por outro lado, no Código Civil atual, no Art. nº 1.634 (I), obriga aos pais dar-lhes criação e educação. Ambos não deixam claro a extensão dessa “educação”. (BRASIL, 2002)

Mas, é no Art. nº 214, da Constituição Federal de 1988, que as ações do Poder Público devem conduzir à universalização do atendimento escolar. No que se entende a família deve acolher a criança, oferecendo-lhe um ambiente estável e amoroso, entretanto, a escola também lhe proporciona essa atenção. (BRASIL, 1988)

No mesmo documento, no Art. nº 226, a família é compreendida como a base da sociedade e recebe uma proteção especial do Estado. O conceito de família abrange diversas formas de organização fundamentadas na relação afetiva entre seus membros, porém, não se trata de um conceito rígido ou imutável. O entendimento

jurídico sobre a família comporta vários tipos de agregados familiares e visa dar conta de toda a complexidade dos fatores que unem as pessoas. (BRASIL, 1988)

No estatuto da Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei 8069/90), reafirma o dever da família com o processo da escolaridade e a importância da sua presença no contexto escolar é publicamente reconhecido, tais como descrito no Art. 4º.

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público, assegurar com absoluta prioridade a satisfação dos direitos referentes a vida, a saúde, a alimentação, a educação, ao esporte, ao lazer, a profissionalização, a cultura, a dignidade, ao respeito, a liberdade e a convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990, p. 1)

Nessa mesma direção sobre a proteção, o Art. nº 53 reafirma que “a criança tem direito à educação e é direito dos pais ter ciência do processo pedagógico, bem como participar da definição das propostas educacionais”. (BRASIL, 1990, p. 17)

Acreditamos que para o atendimento pedagógico das Classes Hospitalares seja de grande importância a comunicação sobre os aspectos de acompanhamento escolar tanto pelo serviço social, espaço inicial para entrada do paciente e familiares, assim como pelo professor que atua diretamente com a família ou responsável/acompanhante. Essa comunicação auxiliará sobremaneira, principalmente esclarecendo a importância do vínculo com a escola comum.

Dessa forma, sabemos que é dever do estado, assegurar à criança e aos adolescentes de acordo com o Art. nº 54, a oferta de:

- I - ensino fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria;
- II - progressiva extensão da obrigatoriedade e gratuidade ao ensino médio;
- III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino;
- IV – atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a cinco anos de idade;
- V - acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, segundo a capacidade de cada um;
- VI - oferta de ensino noturno regular, adequado às condições do adolescente trabalhador;
- VII - atendimento no ensino fundamental, através de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde. (BRASIL, 1990, p. 18).

Observando as questões sobre a família e educação atual, a LDBEN 9394/96, indica nos Arts. 1º ao 3º, 6º e 12º, que o “[...] ensino será ministrado com base nos seguintes princípios: [...] Vinculação entre educação escolar, o trabalho e as práticas sociais”. (BRASIL, 1996, p. 1)

Essa mesma legislação (Art. 3º, XI), assegura que o Poder Público criará formas alternativas de acesso aos diferentes níveis de ensino (Art. 5º § 5º), podendo organizar-se de diferentes formas para garantir o processo de aprendizagem (Art. 23). E no Art. 12, VI, profere que os estabelecimentos de ensino, respeitando as normas comuns e as do seu sistema de ensino, terão a incumbência de articular-se com as famílias e a comunidade, criando processos de integração da sociedade com a escola. Mais uma vez, compreendemos aqui, um destaque especial para o dimensionamento da relação família com a escola regular, uma vez que o estudante em situação de vulnerabilidade quanto aos processos de exclusão e evasão que eles possam vir a sofrer precisam estar bem apoiados pela escola nos dois contextos.

Por esta razão, conforme o inciso VII deve-se: “informar os pais e responsáveis sobre a frequência e o rendimento dos alunos, bem como sobre a execução de sua proposta pedagógica”. (BRASIL, 1996, p. 5) Isso posto, podemos entender que a escola, como instrumento de mobilização e interação social tem a obrigação de interagir com as famílias e de promover espaço para que a participação da comunidade seja efetiva.

O Ministério da Educação (MEC), por meio da Secretaria de Modalidades Especializadas da Educação (SEMESP), apresentou o documento que trata da implementação da Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida (PNEE), instituída por meio do Decreto nº 10.502, de 30 de setembro de 2020. Na concepção desse dispositivo, todas as escolas das redes de ensino, públicas ou privadas, devem ser inclusivas, ou seja, devem estar abertas a todos, em nosso entendimento significa incluir não apenas aquelas com deficiência, mas todos que, na condição de pessoas com necessidades especiais se façam considerar por um olhar mais cuidadoso da escola. (BRASIL, 2020).

O parágrafo 1º, dessa política, apresenta as disposições gerais e os termos-chave, como segue:

[...] fica instituída, por meio da qual a União, em colaboração com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, devem implementar programas e ações com vistas à garantia dos direitos à educação e ao atendimento educacional especializado aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação. (BRASIL, 2020, p. 1)

Essa política, adota como umas de suas diretrizes gerais mecanismos que oportunizem a participação efetiva da família no desenvolvimento global do aluno. Pronuncia ainda, que o processo de inclusão não pode mais ficar restrito a discussões teóricas: é uma condição para a garantia efetiva dos direitos fundamentais à educação e ao exercício pleno de cidadania de todo brasileiro.

No seu Art. nº 17 afirma e reforça que essa política deverá ser utilizada, também, como referência para a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), de que trata o Art. 26 da LDBEN. Assim, articula que os currículos da educação infantil, do ensino fundamental e do ensino médio devem ter base comum, a ser complementada, em cada sistema de ensino e em cada estabelecimento escolar, por uma parte diversificada, exigida pelas características regionais e locais da sociedade, da cultura, da economia e dos educandos. (BRASIL, 2020)

O Plano Nacional de Educação (PNE - aprovado pela lei nº 10172/2001), define como uma de suas diretrizes a implantação de conselhos escolares e outras formas de participação da comunidade escolar (composta também pela família) e local na melhoria do funcionamento das instituições de educação e no enriquecimento das oportunidades educativas e dos recursos pedagógicos. (BRASIL, 2001)

Outro aspecto desse mesmo documento explicita que a educação se dá na família, na comunidade e nas instituições. As instituições de educação infantil vêm se tornando cada vez mais necessárias, como complementares à ação da família, o que já foi afirmado pelo mais importante documento internacional de educação deste século, a Declaração Mundial sobre Educação para Todos: Satisfação das Necessidades Básicas de Aprendizagem, Jomtien, Tailândia (DECLARAÇÃO de SALAMANCA, 1990).



Referente a Declaração supracitada, menciona-se à satisfação das Necessidades Básicas de Aprendizagem. O objetivo último da Declaração Mundial sobre Educação para Todos é:

[...] satisfazer as necessidades básicas da aprendizagem de todas as crianças, jovens e adultos. O esforço de longo prazo para a consecução deste objetivo pode ser sustentado de forma mais eficaz, uma vez estabelecidos objetivos intermediários e medidos os progressos realizados. Autoridades competentes, aos níveis nacional e estadual, podem tomar a seu cargo o estabelecimento desses objetivos intermediários, levando em consideração tanto os objetivos da Declaração quanto às metas e prioridades gerais do desenvolvimento nacional. (p. 8)

Nesse sentido é obrigação não só da família, mas também da sociedade e do Estado, o dever de assegurar à criança, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Sendo assim as diversas formas familiares podem atender ao pleito supracitado. A família nuclear é compreendida de forma restrita, composta por pelos pais e seus filhos vista por muito tempo como a família padrão. Por sua vez, a família extensa ou alargada é compreendida como sendo composta também por avós, tios, primos e outras relações de parentesco. A família matrimonial, comporta a ideia tradicional de família, constituída a partir da oficialização do matrimônio. Na lei vigente, a família matrimonial compreende os casamentos civis e religiosos, podendo ser hétero ou homoafetivo. Família informal é o termo utilizado para os agregados familiares formados a partir da união estável entre seus elementos. Esse tipo de família recebe todo o tipo de amparo legal mesmo sem a oficialização do matrimônio. As famílias monoparentais são formadas pela criança ou o jovem e apenas um de seus progenitores (pai ou mãe). A família reconstituída é formada quando pelo menos um dos cônjuges possui um filho de um relacionamento anterior. Família anaparental, não possuem a figura dos pais, onde os irmãos tornam-se responsáveis uns pelos outros. A lei vigente abrange também a formação de um agregado a partir de laços afetivos, como no caso de amigos, onde não há uma relação de parentalidade. As famílias

unipessoais cumprem uma função jurídica importante por se tratar de pessoas que vivem sozinhas (pessoas solteiras, viúvas ou separadas).

Atualmente, tramita no Congresso Nacional a proposta de emenda constitucional nº 10/2019, o qual dá nova redação ao Art. 6º da Constituição Federal, que pretende colocar o direito a busca da felicidade como um dos direitos sociais, dessa forma torna-se compreensível que o direito da família também deve de ajustar a esse direito social.

O desafio que está posto nesta sociedade é o de aproximar a realidade das garantias previstas em lei, visto que a distância entre lei e realidade é a grande dificuldade de efetivação dos direitos humanos em nosso país.

### 2.3 A RELAÇÃO FAMÍLIA E ESCOLA: UMA APROXIMAÇÃO NECESSÁRIA

A família e a escola são as duas primeiras instituições que o indivíduo se insere. Essas, devem caminhar juntas por longo período. Nesse sentido, é imprescindível que haja uma cumplicidade nessa relação em prol do desenvolvimento do sujeito. No decorrer do tempo as famílias perpassam por inúmeras transições socioeconômicas, políticas e culturais. Semelhantes às mudanças familiares, o âmbito escolar também se encontra vigorosamente com essas renovações e dessa forma influencia muito no processo de educação.

Quando pensamos nas crianças de hoje, é difícil imaginar a sua trajetória até aqui, fica mais fácil entender que sempre foi do mesmo jeito. Porém não é bem dessa maneira. Ao longo da História, aconteceram diversas observações apontadas sobre as representações nas abordagens colocadas por muitos autores que discutem essa relação acerca de como o mundo enxergava as crianças.

Segundo Ariès (1981), considerava-se a infância como um período caracterizado pela inexperiência, dependência e incapacidade de corresponder às demandas sociais mais complexas. O mesmo autor afirma que, até o século XVII, a socialização da criança e a transmissão de valores e de conhecimentos não eram assegurados pelas famílias. A criança era afastada cedo de seus pais e passava a conviver com outros adultos, é fácil imaginar que a infância não tinha um espaço definido.

Historicamente, a criança não era vista como criança, porém como um adulto em miniatura e, por essa razão, a infância não era categorizada como uma faixa etária que fosse vista como especial.

O mesmo autor afirma que até o século XVII, a socialização da criança e a transmissão de valores e de conhecimentos não eram assegurados pelas famílias. A criança era afastada cedo de seus pais e passava a conviver com outros adultos, ajudando-os em suas tarefas. A partir daí, não se distinguia mais destes. Nesse contato, a criança passava dessa fase direto para a vida adulta.

A duração da infância não era bem definida e o termo "infância" era empregado indiscriminadamente, sendo utilizado, inclusive, para se referir a jovens com dezoito anos ou mais de idade. Dessa forma, a infância tinha uma longa duração, e a criança acabava por assumir funções de responsabilidade, queimando etapas do seu desenvolvimento. Até a sua vestimenta era a cópia fiel da de um adulto. Essa situação começa a mudar, caracterizando um marco importante no despertar do sentimento de infância.

A família passou a ter um papel mais afetivo na formação da criança, enfatizando também a educação como fator importante nas relações estabelecidas. A partir do momento que a infância era reduzida, a criança se via atrelada ao universo adulto, no qual aprendiam as tarefas cotidianas por pessoas mais velhas na condição de aprendizes. Nesse período não havia escolas, as crianças recebiam o conhecimento de forma direta e informal, por meio dos familiares. Dessa forma, a família se torna a primeira instituição responsável pela formação do indivíduo. (ARIÈS, 1981)

A educação fornecida pelos familiares era uma educação informal, fundamentada na prática das tarefas cotidianas, e não em um sistema de ensino. Ariès (1981, p. 156) acrescenta que “a criança aprendia pela prática, [...] toda educação se fazia através da aprendizagem, e dava-se a essa noção um sentido muito mais amplo do que o que ela adquiriu mais tarde”. Assim, o conhecimento adquirido no seio da sociedade se tornava uma aprendizagem fundamental para o indivíduo se situar dentro das relações estabelecidas no contexto em que vivia.

Hoje, a criança é vista como um sujeito de direitos, situado historicamente e que precisa ter as suas necessidades físicas, cognitivas, psicológicas, emocionais e sociais supridas, caracterizando um atendimento integral e integrado da criança.

Para a instituição família, a contribuição e acompanhamento nos primeiros anos escolares é de suma importância para o progresso da aprendizagem. E a escola deve apresentar-se como ambiente propício para o desenvolvimento intelectual, estimulando a construção do conhecimento.

Segundo Kaloustian (1988), a família é o lugar indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos filhos e demais membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como vêm se estruturando. É a família que propicia os aportes afetivos e, sobretudo, materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes.

O contexto familiar desempenha um dos contextos mais importantes nos primeiros anos de vida da criança. Os alunos que têm o apoio familiar mostram-se bem mais interessados quando percebem que são valorizados e recebem estímulos para seguirem firmes em seus objetivos, pois sentem-se mais motivados e essa atitude contribui para o desenvolvimento e crescimento escolar.

Dessa forma, a família tem o compromisso de garantir o desenvolvimento pleno da criança em sua inserção no ambiente escolar, buscando a integração com a escola. Nesse sentido, é possível compreender que, apesar de serem instituições distintas, a escola e a família possuem vínculo fundamental para o desenvolvimento do aluno/a.

Segundo Estanislau e Bressan (2014), o envolvimento da família com a educação dos seus filhos é um fator crucial não apenas para o sucesso acadêmico do jovem como também para o seu desenvolvimento emocional e social. Portanto, demonstrar interesse por questões escolares, criar um ambiente de estímulo ao estudo e expressar expectativas positivas ao desenvolvimento educacional dos filhos são atitudes que favorecem a formação desses indivíduos como um todo a escola e a família devem funcionar como uma equipe (que complementa, valoriza, dá suporte), a fim de, como equipe forte resistir aos enfrentamentos e a manter a estrutura necessária para o crescimento do jovem.

É importante haver um vínculo colaborativo entre a família e a escola, a troca de informações favorece positivamente o desenvolvimento do aluno. Entretanto alguns fatores podem-se tornar barreiras no elo entre a escola e a família, tais como a falta de interesse da família pela educação dos filhos, problemas familiares que deixam a educação para segundo plano, falta de conhecimento da importância da escola, pais

que não se sentem acolhidos pela escola, e achando que cabe o papel de ensinar, a escola.

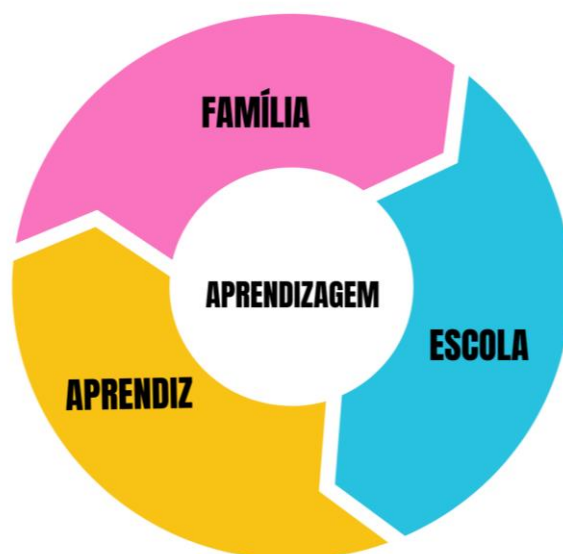
Para que se estabeleça um vínculo adequado entre a família e a escola é fundamental a confiança e a abertura de ambas as partes. Somente as reuniões realizadas ocasionalmente não suprem a necessidade das trocas de comunicação efetivas entre essas instituições. O vínculo se estabelece de forma mais acentuada quando esses contatos acontecem de forma mais sistemática.

De acordo com Estanislau e Bressan (2014), o envolvimento dos familiares com a escola é um processo complexo e fundamental para o desenvolvimento da criança como um todo, portanto merece bastante atenção e cuidado. Nesse envolvimento deve-se levar em consideração o papel que cada instituição desempenha nessa educação.

Para Szymanski (2009), a função da escola é servir a sociedade, por isso, ela tem o dever de prestar contas de seu trabalho, e criar mecanismos que facilite a compreensão de seus atos a quem ela serve. Por outro lado, a família é essencial para que a criança ganhe confiança, para que se sinta valorizada, para que se sinta assistida.

A família tem a responsabilidade de formar o caráter, de educar para os desafios da vida, de perpetuar valores éticos e morais. Por melhor que seja uma escola, por mais bem preparada que esteja seus professores, nunca vai suprir a carência deixada por uma família ausente (CHALITA, 2001).

**Figura 1** - Tripé da aprendizagem



Fonte: Produção da autora (2021).

O tripé família, escola e aprendiz são atores envolvidos diretamente no processo de aprendizagem que arrastam diversos fatores tais como os aspectos emocionais, orgânicos, cognitivos, culturais e sociais. Dessa forma, cada um tem uma parcela de contribuição na formação do sujeito.

Considerando o pensamento defendido por Freire (1996), o papel do educador e da escola precisa contemplar diversos saberes necessários à prática educativa, com o intuito de contribuir para a construção da escola e do educando e, conseqüentemente, do ensino e da aprendizagem.

Para esse autor, é importante valorizar os diferentes saberes, uma vez que eles remetem a uma reflexão contínua no exercício docente, evitando assim uma postura mecanicista por parte do professor, ou seja, “[...] que o ensino não resume em transferir conhecimentos, conteúdos nem formar, é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado”. (FREIRE, 1996, p. 13)

### **2.3.1 Panorama atual na relação entre a Escola e a Família: contexto da pandemia**

A pandemia alterou muito a rotina das famílias. A palavra de força do momento é o isolamento. Trabalho, estudo, e as atividades habituais da vida, passam por apropriações diante da necessidade de proteger a vida. A ação de ficar em casa e sair somente para as necessidades imprescindíveis já está internalizada na maioria das pessoas, visto que diminuiu o número de casos, mas ainda não acabou a pandemia.

Quando se trata de educação, diante dessa realidade imposta, é necessário que todos os atores envolvidos desenvolvam a capacidade para lidar com o inédito e inevitável mudança da nova forma de aprender e ensinar.

De acordo com Azevedo e Natividade (2020) do jornal Correio, a equação universal professor mais aluno foi dissolvida pelo novo coronavírus. Agora, separada por uma tela, essa dupla tenta se adaptar a uma nova realidade. As jornalistas citam dados da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), que mostram que 191 países fecharam escolas e universidades. Isso significa que 1,6 bilhão de crianças e jovens, ou seja, 90,2% de todos os estudantes do planeta estão - ou já estiveram - sem aulas. Esse momento é desafiador para todos e, no Brasil, não é diferente, apesar da retomada mesmo que lenta da rotina.

Nesse cenário, as escolas têm se preocupado em provocar a motivação nos alunos para aprendizagem, além disso é necessário se fazer ainda mais presente essa relação. Essa nova relação exige uma aproximação ainda maior entre as famílias e a escola. A expectativa da escola é contar com o apoio familiar para o acesso às aulas remotas, acompanharem o dever de casa, que não faltam em reuniões, despertar atenção e cooperação com a disciplina e acompanhar sistematicamente o desempenho escolar dos filhos.

Quando pensamos em educação de qualidade nos dias de hoje, devemos levar em consideração que as famílias estejam presentes na vida escolar dos alunos. O enlace entre família e escola favorece um objetivo único que é a aprendizagem da criança, dessa forma, ambas devem assumir seus papéis, estando em uma mesma

sintonia, para que ocorram aprendizagens sólidas e um desenvolvimento humano nas dimensões cognitivas, afetivas e sociais.

Conforme Szymanski (2009), o que ambas as instituições têm em comum é o fato de prepararem os membros jovens para sua inserção futura na sociedade e para o desempenho de função que possibilitem a continuidade da vida social. Ambas desempenham um papel importante na formação do indivíduo e do futuro cidadão.

O momento atual entrará para história com a evidente mudança da rotina escolar que veio acompanhada de outras mudanças que estão sendo estimuladas pela pandemia, declarada em meados do mês de maio do ano de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesse sentido, ainda há muito o que se desenvolver na educação, em especial na educação fundamental. As estratégias das metodologias precisam estar conectadas com as mudanças. É a partir delas que o professor transforma o ambiente virtual propício para a construção do conhecimento. As diversidades de metodologias disponíveis podem contribuir para um curso mais dinâmico e atrativo, deixando o aprendiz mais motivado e interessado na sua aprendizagem.

Para Rosini (2011), a aprendizagem deverá ser pautada em uma forma nova de pensar e fazer educação, partindo-se de uma consciência crítica coletiva para ações individuais que produzam respostas coletivas no processo de produção do saber, evidentemente, essa produção poderá ser originada em ações ou experimentos empíricos, porém haverá de se conservar o compromisso de responsabilidade e de ética em tudo que se pretende criar, desenvolver ou inovar.

Assim, o papel do professor tem extrema importância nesse processo para estimular a participação, as ideias e atitudes dos alunos perante a aprendizagem. O acompanhamento das atividades pelos professores também se faz necessário, já que o aluno necessita desse acompanhamento. As ferramentas desenvolvidas devem ser utilizadas de forma a diminuir a sensação de isolamento dos alunos. Elas devem servir como um motivador da aprendizagem e da troca do conhecimento.

Para Parolin (2010), educar implica, antes de tudo, apresentar o mundo habitado por outros que também tem desejos; apontar caminhos para que a própria criança possa desenvolver seu senso crítico, podendo avaliar a sua realidade com base em valores morais sólidos e não no senso comum.



## 2.4 DOENÇA E SAÚDE: UMA DÍADE QUE NÃO EXPLICA OS PROCESSOS DE TRANSTORNOS DA/NA APRENDÍZAGEM

Neste tópico traremos com mais proximidade algumas das situações que alunos em condições de adoecimento e cronicidade podem atravessar, enfrentando os processos de hospitalização e retomadas recorrentes das atividades escolares. Muitas delas estão situadas nas concepções que fazem sobre os aspectos de saúde e doença. É comum no processo de escolarização, a compreensão de que o aluno que passa por essa experiência, não esteja com o seu processo de saúde estabelecido, como se a presença da doença o impossibilitasse dar continuidade aos estudos. Desse modo, é preciso compreender os conceitos ligados à essa condição.

Segundo o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1947, a saúde é definida como: “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Para Evans e Stoddart (1990), a doença não é mais que um constructo que guarda relação com o sofrimento, com o mal, mas não lhe corresponde integralmente. Quadros clínicos semelhantes, ou seja, com os mesmos parâmetros biológicos, prognóstico e implicações para o tratamento, podem afetar pessoas diferentes de forma distinta, resultando em diferentes manifestações de sintomas e desconforto, com comprometimento diferenciado de suas habilidades de atuar em sociedade. O conhecimento clínico pretende balizar a aplicação apropriada do conhecimento e da tecnologia, o que implica que seja formulado nesses termos. No entanto, do ponto de vista do bem-estar individual e do desempenho social, a percepção individual sobre a saúde é que conta. (EVANS; STODDART, 1990)

Ao prestar a assistência ao indivíduo, à família ou à comunidade, há que se considerar quem é ou quem são os usuários, como se apresentam na situação de necessidade de saúde, seus direitos, deveres, valores e prerrogativas. O ser humano é complexo, e não há como abranger sua totalidade por uma única definição. Mesmo que se considere a pessoa um ser biopsicossocial e espiritual, não se consegue expressar toda a sua individualidade e singularidade.

Desse modo,

[...] em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4)

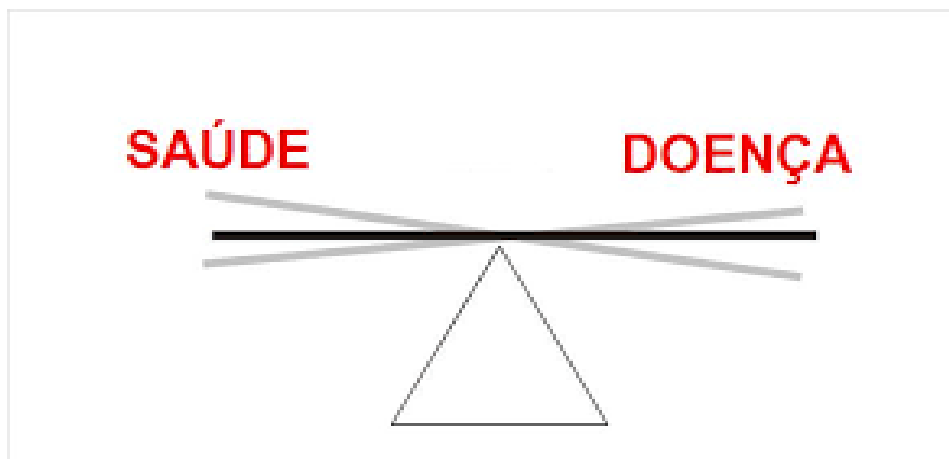
A relação saúde e doença é o ponto fundamental para os profissionais que atuam na área de saúde, bem como na área de educação mesmo quando as dificuldades dessa compreensão estabelecem. Essa relação por ser individual envolve também o como, o onde, para quem e, o quê. Nesse sentido, o atendimento passa a considerar o ambiente, a pessoa como ser único, e o objetivo principal de atenção.

As reações frente ao estado de doença geralmente são diferentes em cada indivíduo. Uns enfrentam a situação com mais motivação, esperança e buscam saber informações mais detalhadas com a equipe de saúde para melhor conhecer as adversidades que enfrentarão no caminho. No caso das crianças e adolescentes, a família faz esse papel, se preocupando inclusive em melhorar o bem-estar desses sujeitos.

O oposto também é verdadeiro. Há pessoas que se “entregam” ao estado de doença e perde toda esperança de recuperação, o ânimo desaparece quase que por completo. Esse comportamento não colabora em nada no reestabelecimento da saúde. Referente as crianças e adolescentes, é comum vermos os pais construir uma expectativa de terem seus filhos recuperados e saudáveis mesmo quando a situação inspira gravidade.

Para Estanilau e Bressen (2014), saúde e doença correspondem a paradigmas bastantes complexos e dinâmicos devido a sobreposições e estados passageiros, por exemplo. Parece mais razoável compreender que os conceitos de saúde e doença não são absolutos e que nenhuma pessoa é 100% saudável ou 100% doente.

É possível ilustrar essa condição conforme a figura que se segue.

**Figura 2 - Saúde e doença**

Fonte: Sousa, (2021).

### 2.4.1 Compreendendo a saúde mental

Muito além da ausência de doenças, é preciso considerar o bem-estar físico, mental e social para abordarmos esse assunto, pois este envolve um contexto mais amplo. É importante saber lidar com sentimentos tanto os bons quanto aqueles desagradáveis aceitando as adversidades que a vida impõe e ao mesmo tempo reconhecendo os seus limites estando bem consigo mesmo e com as outras pessoas. Isso é ter saúde mental.

Em geral acredita-se que crianças e adolescentes saudáveis são aqueles que apresentam desenvolvimento cognitivo, emocional e social satisfatórios para a idade, fatores esses que definem a capacidade de adaptação aos desafios da vida. No dia a dia, esses jovens são curiosos, aprendem, fazem vínculos, brincam, desenvolvem estratégias para resolver problemas e de maneira geral apresentam boa qualidade de vida. Eventualmente em situações cotidianas geram algum tipo de tensão mental. Essa tensão é sinal de que algum tipo de adaptação é necessário, de maneira que ela faz parte de mecanismo de proteção. (ESTANILAU; BRESSEN, 2014, p. 26).

Os pais ao desejarem proteger seus filhos e evitar esse tipo de exposição não percebem que dificultam o crescimento mental. Tal ação impede que os jovens ganhem novas experiências, tornando-se muitas vezes um adulto inseguro e com medo de enfrentar situações diversas. De acordo com Asbahr (2004), ao retratar os

transtornos que aparecem na infância, afirma que, em crianças, o desenvolvimento emocional influi sobre as causas e a maneira como se manifestam os medos e as preocupações, sejam normais ou patológicas. Assim, diferentemente dos adultos, crianças podem não reconhecer seus medos como exagerados ou irracionais, especialmente as menores.

Desse modo, destacaremos, neste trabalho, alguns transtornos, pois sua identificação auxilia no tratamento precoce, podendo evitar “repercussões negativas na vida da criança, tais como faltas constantes à escola e a conseqüente evasão escolar, a utilização demasiada de serviços de pediatria por queixas somáticas associadas à ansiedade” e, possivelmente, a ocorrência de problemas psiquiátricos na vida adulta. Tais aspectos também podem dar sinal no comportamento da criança quando passa pela experiência do adoecimento. A nossa intenção não é esgotar o tema, mas, de apresentar aqui alguns dos distúrbios mais comuns, evidenciados na escola.

- **Transtornos mentais em crianças e adolescentes**

Um transtorno normalmente está associado à saúde mental ou psicológica. É uma alteração na saúde embora pode não estar acompanhado a uma doença. Mesmo com algum tipo de transtorno mental um sujeito pode ter uma vida produtiva se bem direcionado. No entanto existem também transtornos que podem acarretar grandes prejuízos ao indivíduo e a família que muitas vezes paralisam suas vidas para cuidar dessas crianças e adolescentes.

De acordo Elia (2021), os distúrbios mentais mais comuns<sup>2</sup> entre as crianças e os adolescentes são divididos nas seguintes categorias:

---

<sup>2</sup> Após os transtornos de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e de conduta, os transtornos ansiosos encontram-se entre as doenças psiquiátricas mais comuns em crianças e adolescentes. Até 10% das crianças e adolescentes sofrem de algum transtorno ansioso (excluindo-se o transtorno obsessivo-compulsivo ou TOC, que afeta até 2% das crianças e adolescentes. Mais de 50% das crianças ansiosas experimentarão um episódio depressivo como parte de sua síndrome ansiosa. (ASBAHR. 2004)

**Quadro 1 - Transtornos**

Transtornos	Definição
Transtornos de ansiedade	Os distúrbios da ansiedade são estados de medo, preocupação ou pavor, desproporcionais com a situação, e que enfraquecem as habilidades funcionais normais da criança. A ansiedade pode resultar em problemas físicos. O diagnóstico é clínico. O tratamento é feito com terapia de comportamento e fármacos, geralmente antidepressivos.
Transtornos relacionados ao estresse	O Transtorno de Estresse Agudo e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático são reações a eventos traumáticos. As reações envolvem pensamentos ou sonhos intrusivos, esquiva de lembranças do evento e efeitos negativos sobre o humor, cognição, excitação e reatividade. TEA tipicamente começa imediatamente após o trauma e dura de 3 dias a 1 mês. TEPT pode ser uma continuação do TEA ou pode se manifestar 6 meses após o trauma e durar mais de um mês. O diagnóstico é por critérios clínicos. O tratamento consiste em terapia comportamental e, às vezes com antiadrenérgicos (aqueles que bloqueiam a ação da Adrenalina/Noradrenalina).
Transtornos do humor	Transtornos depressivos são caracterizados por tristeza e irritabilidade suficientemente graves ou persistentes para interferir na atividade normal ou provocar um distúrbio considerável. O diagnóstico é por história e exame. O tratamento é com antidepressivos, terapia de suporte e cognitivo-comportamental ou uma combinação dessas modalidades.
Transtorno obsessivo-compulsivo - TOC	São caracterizados por pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos e persistentes que são vivenciados como intrusivos e provocam ansiedade. Possuem também obsessão ou compulsão por algo trazendo para o sujeito ansiedade e angústia. O diagnóstico é produzido de acordo a história e o tratamento por meio de terapia comportamental
Transtornos comportamentais disruptivos (transtorno de déficit de atenção/hiperatividade - TDAH e transtorno desafiador opositivo - TOD), Discalculia e Dislexia.	São algumas alterações de comportamento considerados difíceis de diagnosticar e tratar. Especialistas afirmam que essa dificuldade se dá porque as crianças e os adolescentes apresentam variações de comportamento.

Fonte: Produção da autora (2021).

É muito comum o encaminhamento das escolas dos estudantes que apresentam algum problema, no percurso da sua aprendizagem, para atendimento em clínicas, os que são suspeitos de possuírem algum desses transtornos. A família tem um papel fundamental nesse processo, quando dos acompanhamentos necessários buscando viabilizar a adequada inserção da criança e adolescente no campo acadêmico.

Os transtornos supracitados podem fortemente influenciar na aprendizagem, prejudicando se não bem acompanhado, a vida acadêmica. Porém, para fins de maior compreensão nesse trabalho, daremos maior enfoque nos últimos citados anteriormente, pois também são chamados de transtornos da aprendizagem, o que muitas vezes são localizados nas crianças que passam longo período fora da escola, como as que se afastam por problemas de saúde.

Os transtornos acima são geralmente tratados e/ou amenizados por meio de terapias e intervenções específicas para cada caso. Os profissionais acionados mais comuns são os psicopedagogos, neuropediatras, psicólogos, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, entre outros.

- **O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – o TDAH**

O TDAH, tem causa neurobiológica, é oriundo de fatores genéticos, alterações no cérebro e fatores ambientais, aparecem na infância e pode perdurar por toda vida. Divide-se em três grupos: os que são predominantemente desatentos, os hiperativos/impulsivos e os combinados.

De forma geral, esses tipos têm como características principais a falta de atenção, a inquietação e a impulsividade. Mas outros aspectos caracterizam esse transtorno tais como: dificuldade na organização, dificuldade em terminar alguma atividade já iniciada, problema em esperar sua vez interrompendo os outros, dificuldades em prestar atenção a detalhes, entre outros.

Uma criança com TDAH tem dificuldades em realizar planejamentos pois há uma disfunção no lóbulo frontal que é responsável pelas regulações e controles dos comportamentos.

Por outro lado, a falta de concentração por si não representa um TDAH, é necessário que haja uma avaliação completa e bem elaborada para descartar um diagnóstico errôneo que pode causar prejuízos a criança com medicamentos desnecessários, pois muitos utilizam medicação como por exemplo a ritalina para melhorar o seu desempenho e sua concentração.

Somente a falta de atenção nos casos dos escolares pode significar uma rejeição a aprendizagem que envolvem outros fatores como a metodologia, a didática, o ambiente escolar, a convivência com os colegas e professores e não necessariamente um TDAH. Nesse sentido, é indispensável estar atento para estas questões. Na fase escolar, o acompanhamento por um profissional que pode ser um psicopedagogo, torna-se imprescindível para proporcionar-lhe uma melhor vida social e um desempenho acadêmico mais satisfatório.

- **A Dislexia**

A Dislexia é um distúrbio ou transtorno de aprendizagem na área da leitura e soletração. De forma equivocada, muitos consideram a dislexia como o resultado de má alfabetização, desatenção, desmotivação, condição socioeconômica ou baixa inteligência. Mas ela é herdada, e, portanto, uma pessoa com dislexia tem algum parentesco que também é dislexo. No entanto, as pessoas com dislexia possuem inteligência normal ou acima da média, visão e audição normais ou corrigidas e que não são portadoras de doenças psíquicas que possam explicar algum tipo de dificuldade escolar. Dessa forma, pode apresentar-se em pessoas com a escolaridade adequada.

A dislexia tem natureza neurológica e pode afetar pessoas do sexo masculino ou feminino, mas não igualmente. Segundo a Associação Brasileira de Dislexia, dados levantados entre os anos de 2003 e 2018, 60% não disléxicos e 40% disléxicos. Desses 40%, 33% são femininos e 67% são masculinos, sendo que 81% dos casos são hereditários e 66% apresentam comorbidades, ou seja, apresentam também outros distúrbios de aprendizagem. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DISLEXIA, 2021)

Nesse sentido é importante levar em consideração todos os fatores que podem causar prejuízos a leitura e a escrita, observando os sintomas que são associados a dislexia. No entanto, nem todos os pais e professores conhecem esses fatores e tentam de qualquer maneira ajudar a criança nesse processo, sem perceber que podem causar prejuízos ainda maiores no desenvolvimento. Torna-se imperativo uma

análise feita por uma profissional que possa dar um diagnóstico concreto e orientações de como lidar de forma efetiva com esse transtorno.

Os dislexos geralmente criam um vínculo negativo com aprendizagem pois não conseguem dar conta das características que trazem, como por exemplos trocas de letras, principalmente as que tem os sons parecidos, invertem as sílabas, omitem ou adicionam sons às palavras, apresentam dificuldade de se orientar no espaço e tempo, entre outros.

O tratamento desse transtorno deve ser realizado de forma individual e com frequência por um profissional que conheça a forma de como trabalhar com esse indivíduo pois este possui estratégias específicas para este fim.

A recém-nascida Lei 14.254 de 30 de novembro de 2021, promulgada pelo atual Presidente da República, dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com Dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem. Ainda afirma no Art. 2º que:

as escolas da educação básica das redes pública e privada, com o apoio da família e dos serviços de saúde existentes, devem garantir o cuidado e a proteção ao educando com dislexia, TDAH ou outro transtorno de aprendizagem, com vistas ao seu pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, com auxílio das redes de proteção social existentes no território, de natureza governamental ou não governamental. (BRASIL, 2021a, p. 1)

Sendo assim, corrobora-se a ideia de que a participação da família no contexto de desenvolvimento do sujeito é fundamental, pois compreende as necessidades principais e fundamentais para o seu crescimento.

- **A Discalculia**

É um transtorno de origem neurobiológica ligada ao sulco intra-parietal menor. É inato e gera inabilidade ou incapacidade relacionada à matemática. O sujeito deve aprender a lidar com esse transtorno pois não existe cura.

Apresentam frequentemente ansiedade relacionada à matemática e qualquer outra atividade que envolva números; problemas de espacialidade e proporcionalidade em relação ao número correspondente, dificuldade para entender



o valor posicional de algarismos; habilidade de aritmética mental fraca em relação à idade ou ao nível de escolaridade; dificuldade para aprender a ler as horas e o tempo que terminam dificultando o seu dia-a-dia.

O tratamento se dá com intervenções psicopedagógicas, adaptações curriculares e suporte pedagógico. A escola e a família devem agir conjuntamente para ajudar a criança ou adolescente na vida escolar. Deve, no entanto, facilitar a aprendizagem valendo-se de modificações no conteúdo utilizando-se de materiais concretos para ensiná-la. O apoio psicopedagógico ajudará a criança a entender sua dificuldade nessa caminhada.

Após as exposições acima, conclui-se que a família e a escola são atores fundamentais de ajuda nesse processo de superação ou amenização das dificuldades de aprendizagem.

A maioria dos profissionais utilizam o Manual de Estatística e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM) para avaliação, já que o diagnóstico é essencialmente clínico, ou seja, não é detectado em exames médicos (SAMPAIO, 2019).

É necessária uma atenção especial para cada indivíduo. Conhecer o diagnóstico e tratar o transtorno é fundamental para que o sujeito se firme na sociedade como cidadão de direito e possa contribuir participativamente dos processos de inclusão.

É importante também observar as condições cognitivas do sujeito. Segundo Visca (1991, p. 52), “ninguém pode aprender acima do nível de estrutura cognitiva que possui”, essa ação é denominada de Obstáculo Epistêmico para a aprendizagem.

- **Transtorno Opositor Desafiador – o TOD**

O TOD é um transtorno comportamental caracterizado como uma condição em que a criança adota uma postura de teimosia frequente, hostilidade e lado desafiador sempre com muita intensidade e em praticamente todos os momentos, ou seja, traz prejuízos à vida familiar, social e escolar da criança.

As discussões excessivas com adultos; questionamento de regras domésticas e sociais; birras frequentes; tentativas deliberadas de incomodar ou perturbar as pessoas; culpabilização à terceiros pelos seus erros; raiva e ressentimento

frequentes; falar mal e odioso quando chateado; pensamento expresso de vingança e atitudes de mal humor, são comportamentos apresentados como principais sintomas desse transtorno.

O tratamento do TOD pode ser feito por meio de medicação, com terapias comportamentais ou acompanhamentos das condutas no cotidiano ou ainda os três casos combinados. Mas é a família, com sua ação ativa e positiva no dia a dia, com parceria e o acompanhamento da escola e seguindo as orientações dos médicos e especialistas que irá obter os resultados desejados.

Nesse sentido, o sucesso do tratamento está atrelado, principalmente, à participação efetiva dos pais ao modificar fatores negativos presentes na estrutura familiar e ao seguirem as orientações dos especialistas médicos e não médicos, além de contribuir com as iniciativas da escola para reduzir os sintomas opositivos e a progressão das consequências a longo prazo do TOD.

Segundo Teixeira (2013, p. 22), estudos internacionais identificam esse diagnóstico em 2% a 16% das crianças em idade escolar. Geralmente, o transtorno tem seu início por volta dos 6 anos de idade, tendo mais ocorrência em meninos do que em meninas. Eles tendem a ser mais agressivos fisicamente e têm raiva explosiva. Já nas meninas frequentemente mentem, se recusam a cooperar e expressam sintomas de outras formas indiretas.

Quando não tratado, o transtorno opositor desafiador pode evoluir para o transtorno de conduta, o que ocorre em até 75% dos casos de crianças com o diagnóstico inicial. Diante desse fato, diversos autores consideram o transtorno desafiador opositivo um antecedente evolutivo do transtorno de conduta. (TEIXEIRA, 2013).

O transtorno de conduta apresenta comportamentos de características ainda mais agressivos e desafiadores em que violam os direitos básicos alheios, as regras e as normas sociais trazendo prejuízo a si e aos outros.

## 2.5 O ADOECIMENTO NA INFÂNCIA: REPERCUSSÕES FAMILIARES

Adoecer faz parte da vida, todavia, a situação de adoecimento traz consigo uma carga de inquietação, tanto para o sujeito doente quanto para os seus familiares. A condição de incerteza inevitavelmente cria um cenário assustador no momento que a vida ganha outra rotina, são medicamentos, exames, dietas, novas pessoas inseridas no contexto diário (profissionais de saúde e outros). A criança deixa de lado sua casa, seus familiares, seus amigos, sua escola. O acompanhante da criança por sua vez interna-se também para acompanhar o tratamento. Dessa forma, o cotidiano da família é afetado. E isso exige da família não só tempo, mas também energia porque as preocupações aumentam. Nesse sentido, a doença pode trazer repercussões negativas para a família que no período de internação vive uma desestruturação, ou seja, além do enfrentamento ao desconhecido, medo da morte e do estresse, há uma ruptura brusca da dinâmica familiar diária.

Segundo Lima (2011), a doença e a internação podem se constituir em experiências dolorosas e desagradáveis para a criança e sua família, além de ocasionar um rompimento nas atividades do dia a dia. O afastamento do ambiente familiar, social e afetivo, pode suscitar a estes indivíduos, reações tais como comportamento regressivo, raiva, depressão, insegurança, medo, agressividade.

Seja por um período curto ou longo, inevitavelmente a hospitalização acarreta uma quebra no padrão de ritmo de vida das famílias. Envolver-se em situações hospitalares não é uma tarefa fácil. Exige paciência e tranquilidade. Essa experiência não passa despercebida pelos envolvidos.

Sousa e Silva (2020), pontuam que pensar na aliança da área da educação e da saúde tendo como base os princípios que conduzem o enfrentamento das incertezas é buscar, por meio de uma via epistemológica, unir as duas áreas em busca da superação do pensamento reducionista.

Enfatizam ainda que ao considerarmos as incertezas quanto à efetividade do escolar em tratamento de saúde, que necessita ficar fora do processo escolar durante o seu tratamento, é necessário pensar em relação ao atendimento individual do escolar, enquanto ser que está inserido em uma realidade, e na sua singularidade, enquanto ser de relação com o outro.

Muitas famílias precisam fazer arranjos, para dar conta da rotina que já ficou para trás, pois muitas vezes os pais deixam outros filhos em casa sob os cuidados de irmãos mais velhos, de outros parentes ou até mesmo com os vizinhos.

Segundo Schneider e Medeiros (2011), em relação à organização da família no acompanhamento do filho durante a hospitalização, a maioria não teve tempo para se organizar, pois a doença surge de forma inesperada exigindo rapidez para a ida ao hospital. Somente quando o filho está no hospital é que a família pensa na forma de reorganizar suas rotinas, e as trocas entre mãe e pai no cuidado do filho no hospital é uma forma de organização para não precisarem abandonar o trabalho.

Além das questões práticas do dia a dia, a família se depara com cuidados que devem ser realizados e lidar com as questões emocionais que podem interferir nas relações dos integrantes da família, pois despertam dúvidas, medos, ansiedade, sentimento de culpa, impotência, sensação de perda, medo do diagnóstico e do tratamento, entre outros.

O hospital é uma instituição social complexa que tem suas próprias regras e tem como função principal prevenir, diagnosticar e tratar doenças. Do latim *hospitālis* ('casa de hóspedes'), um hospital é o estabelecimento destinado ao diagnóstico e ao tratamento de doentes, onde se pratica também a investigação e o ensino. O termo "hospital" foi usado no século XVI por influência do termo em francês "hôpital" do século XII, ambos derivados do latim. (HOSPITAL, 2019)

Segundo a Constituição Federal de 1988, Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

No Brasil, a Organização Mundial de Saúde (OMS), é representada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que trabalha com os países das Américas para melhorar a saúde e a qualidade de vida de suas populações. Fundada em 1902, é a organização internacional de saúde pública mais antiga do mundo. Atua como escritório regional da OMS para as Américas e é a agência especializada em saúde do sistema interamericano.

Esse organismo internacional oferece cooperação técnica em saúde a seus países membros; combate doenças transmissíveis e doenças crônicas não

transmissíveis, bem como suas causas; e fortalece os sistemas de saúde e de resposta ante emergências e desastres.

Tem como visão, a Repartição Sanitária Pan-Americana será o grande agente catalisador para assegurar que todos os habitantes das Américas gozem de ótima saúde e contribuam para o bem-estar de suas famílias e comunidades. Sua missão é orientar os esforços estratégicos de colaboração entre os Estados-Membros e outros parceiros, no sentido de promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade de vida e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas.

Assim como seus valores são, de Equidade - Lutar por igualdade e justiça mediante a eliminação das diferenças desnecessárias e evitáveis; Excelência - Chegar ao mais alto padrão de qualidade naquilo que faz; Solidariedade - Promover os interesses e responsabilidades comuns e os esforços coletivos para alcançar as metas comuns e respeito - Acolher a dignidade e a diversidade de indivíduos, grupos e países.

Sabe-se que o desenvolvimento infantil é vivenciado de uma forma subjetiva por cada criança, mas organizado por uma ordem de estágios sequenciais (fases do desenvolvimento), que levam em conta sempre o meio social e a genética. Nesse sentido, é importante a família dar o apoio necessário à criança, minimizando os efeitos negativos e maximizando a adaptação à situação de doença e do processo de internação. Essa intervenção familiar promove e mantém a interrelação criança, família e hospitalização.

A criança vivencia na hospitalização uma experimentação dolorosa e muitas vezes não entende o porquê de estar naquele ambiente hostil, sendo assim a família deve preocupar-se em favorecer uma atenção especial nesse momento passageiro, mas delicado. Deve-se considerar também o desenvolvimento infantil, pois é nessa fase que se estabelece e se edifica a personalidade do indivíduo, e qualquer alteração em seu processo pode provocar consequências negativas na vida adulta.

No hospital tudo é limitado, o contato social, as brincadeiras, o estudo, o uso de suas próprias roupas, a alimentação de costume e até mesmo a movimentação corporal, são alguns exemplos que tornam o hospital um ambiente desfavorável ao desenvolvimento da criança e do adolescente. A criança perde em parte a capacidade

de ser criança para vivenciar a vida de maneira mais dura. Essa situação se agrava quando a doença é crônica.

Segundo Sousa e Silva (2020), tanto pesquisas que abordam de modo geral implicações da doença crônica, quanto àquelas que dão foco às especificidades, como por exemplo, as que tratam de crianças e adolescentes com diabetes, com problema renal crônico ou mesmo com câncer apresentam algumas similitudes em relação às repercussões na vida cotidiana desses sujeitos, quais sejam: a preocupação destes com a autoimagem e o estranhamento em relação ao próprio corpo, a dificuldade de relacionamento e o isolamento social.

Revelam ainda que, é comum no enfrentamento da cronicidade e adoecimento (o que implica na adesão a um regime medicamentoso complexo e demorado), o registro de situações que excluem crianças e adolescentes das/nas escolas. A literatura aponta que o afastamento por tempo curto ou prolongado afeta não apenas a rotina de sua escolarização. Crianças e adolescentes com doenças crônicas atravessam um número considerável de condições que as afastam do convívio social.

Essas experiências trazem consigo impactos que podem resultar em sentimento de insegurança, falta de ajuda, aparecimento de comportamentos agressivos, pesadelos e mudança na conduta.

Além disso, as crianças e adolescentes com doenças crônicas estão presentes no hospital sistematicamente para tratamento da doença. Essa frequência pode desencadear prejuízo no desenvolvimento cognitivo, emocional, físico e social desses sujeitos.

De acordo com Schneider e Medeiros, (2011), os pais, com a hospitalização, sentem que é um impacto muito grande, e o sofrimento do filho também lhes causa sofrimento, porém é necessário enfrentar a situação para o bem-estar dos seus filhos, e conseqüentemente, de toda família.

Como na hospitalização acabam ocorrendo mudanças nas rotinas da família e também o núcleo familiar acaba revendo atitudes e mudanças ocorrem nos relacionamentos dos pais com seus filhos, dando mais atenção para os mesmos. Geralmente a família fica mais unida, demonstrando mais afeto aos filhos.

São as figuras dos familiares imbuídos nos seus modelos de valores, crenças e cultura, que atenuam esses prejuízos devolvendo-lhes um pouco da normalidade que este momento de vulnerabilidade impõe.

### 3 CLASSE HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÃO À POLÍTICA EDUCACIONAL

#### 3.1 O CONTEXTO DA CLASSE HOSPITALAR SITUADO NO ESPAÇO DA SAÚDE

A classe hospitalar compreende uma atividade de desenvolvimento e de colaboração com a aprendizagem de crianças e adolescentes<sup>3</sup> internados para tratamento médico. Esse espaço que geralmente funciona dentro da pediatria de um hospital<sup>4</sup>, interage com a equipe multiprofissional para um atendimento global e humanizado do aluno.

Foram criadas a partir da constatação da necessidade de assegurar a crianças e adolescentes a continuidade dos estudos garantida pela Lei n. 9394/96. Art. 58: “O atendimento educacional será feito em classe, escola ou serviços especializados, sempre que, em função as condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular”. (BRASIL, 1996, p. 24)

Segundo Acompora (2015), intenciona ser um espaço de socialização e valorização da autoestima que possibilite um enfrentamento menos traumático a esse momento tão peculiar que é a hospitalização, de modo que propicie um retorno à escola de origem, após a alta hospitalar com o mínimo de prejuízo cognitivo e emocional.

A respeito da educação no ambiente hospitalar Ferreira, Caldas e Pacheco, (2016, p. 33) afirmam que:

[...] especificamente a classe hospitalar, evidencia-se que suas ações pedagógicas deverão estar estruturadas, (re)significadas e adaptadas em sintonia com as escolas de origem dos seus alunos/pacientes, exigindo do professor autonomia, criatividade, ações/práticas reflexivas, comprometimento, aceitação para o novo e disponibilidade para o trabalho em equipe além de uma formação sólida e contínua.

A proposta pedagógica de uma classe hospitalar deverá ancorar-se em propostas educativas escolares e não em propostas de educação lúdica, apesar desta última ter uma relevante importância no desenvolvimento cognitivo e físico dos

---

<sup>3</sup> Embora saibamos que exista atendimento para jovens, adultos e até mesmo idosos, tratamos nesse trabalho sobre as crianças e adolescentes no processo de escolarização internados.

<sup>4</sup> A Classe Hospitalar também pode acontecer em outros espaços, como o domicílio, casas lar ou clínicas de apoio.



sujeitos. Contudo, esse não é o foco principal da classe hospitalar, embora possa lançar mão desses recursos para que a aprendizagem ocorra de forma mais agradável e interativa.

Segundo Ceccim (1999), esse embasamento em uma proposta educativa não torna a classe hospitalar em uma escola formal, mas implica que possua uma regularidade e uma responsabilidade com as aprendizagens formais da criança, um atendimento obrigatoriamente inclusivo que envolva os pais e a escola de origem.

Vale ressaltar também que o currículo a ser seguido não pode ser engessado, deve, portanto, ser significativo para cada aluno levando em consideração o que ele traz de conhecimento. Pensamos que a proposta pedagógica a ser implementada, deve sempre que possível começar e encerrar no mesmo dia, ou seja, ter início, meio e fim. Isso garante ao aluno um “fechamento” da atividade do dia e a “reabertura” de outras atividades no dia seguinte. Em caso de alta ou até mesmo de óbito, o ciclo terá sido finalizado.

Outro fator importante a ser considerado é o respeito à individualidade de cada aluno observando o seu estado físico, emocional e cognitivo. Essas atividades podem ter como alinhamento a Base Nacional Curricular Comum (BNCC) que é o documento norteador para a gestão atual no Brasil. Este é um guia com o objetivo de balizar a educação básica e estabelecer patamares de aprendizagem e conhecimentos essenciais que precisam ser garantidos a todos. (BRASIL, 2018)

Para muito além dos muros do formalismo, a metodologia própria para a atenção escolarizada na classe hospitalar caminha em direção a uma educação para o afeto e para a escuta ao lado da educação para o conhecimento. Isso sugere a compreensão dos muitos sentidos presentes no ato de revelar-se ao outro. Significa, ainda, arriscar-se, ter um olhar sensível ao outro, saber dialogar, e estar disponível para o novo, todo novo dia.

### 3.2 AS CLASSES HOSPITALARES NO BRASIL: UM BREVE HISTÓRICO

O aparecimento inicial da pedagogia hospitalar aconteceu em meados do século XX na França, mais especificamente após a segunda guerra mundial, nos quais inúmeras crianças e adolescentes em idade escolar foram mutiladas e feridas, o que motivou a permanência delas em hospitais por longos períodos. Diante dessa

situação, surge então, em 1935 em Paris uma classe hospitalar, criada pelo então Ministro de Educação Henri Siellier, no intuito de amenizar as consequências da guerra e que oportunizasse a essas crianças, enquanto alunos, de prosseguir em seus estudos. E assim, com incentivo de médicos, religiosos e voluntários, a classe hospitalar foi conquistando um espaço na sociedade, sendo difundida para vários países, como a Alemanha e os Estados Unidos que aderiram à criação de classe hospitalar com o objetivo de beneficiar crianças tuberculosas que na época eram isoladas do convívio social e impossibilitadas de frequentar a escola. (OLIVEIRA, 2013).

Segundo Oliveira (2013), tempos depois, em 1939, foi criado o Centro Nacional de Estudos e de Formação para a Infância Inadaptada (C.N.E.F.E.I.) de Suresnes, tendo como objetivo a formação de professores para o trabalho em institutos especiais e em hospitais. Nesse mesmo ano, foi estabelecido o cargo de professor hospitalar junto ao Ministério da Educação na França.

Esse centro de formação 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; a médicos de saúde escolar e a assistentes sociais.

No Brasil, como conta alguns autores, essa iniciativa de atendimento à criança em situação de hospitalização, iniciou-se em 14 de agosto de 1950, no Hospital Municipal Jesus localizado na cidade do Rio de Janeiro, porém alguns estudos mostram que esse atendimento remonta ainda no Brasil colônia na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Apesar do crescimento tímido, as classes hospitalares vêm aumentando a cada ano. Essa escolarização, faz do hospital um local para a criança hospitalizada desenvolver atividades que a ajudem a construir um percurso cognitivo, emocional e social para manter uma ligação com a vida familiar e a realidade no hospital.

Essa intervenção faz com que a criança mantenha sinais que a ajudem a recuperar seu caminho e garantir o reconhecimento da sua identidade.

Em termos de estratégias de crescimento cognitivo e intelectual, a classe hospitalar oferece à criança ferramentas de comunicação com sua realidade familiar, com outras pessoas de sua idade e com outros pacientes; oferece situações de jogos

educativos e entretenimentos; além de garantir a continuidade didática com a escola de origem ajudando a criança e a família a apreender os novos ritmos e os novos projetos, quando o projeto de antes tornou-se inviável.

Para Rodrigues (2012), a educação é viver e aprender por meio das ações de cultura que podem ser desenvolvidas em vários espaços, assim como em uma escola do hospital.

Os dados atuais de acordo com Gomes (2020) apontam que em todas as regiões do Brasil existem implantadas pelo menos uma classe hospitalar. O Nordeste atualmente registra-se o maior número de classe com 44% na sequência apresenta Sudeste com 25%, a região centro-oeste com 13%, a região Sul com 12% e por fim, a região Norte com 6%.

Em relação a quantidade de matrículas efetuadas nas diversas classes hospitalares, o maior número está na região Nordeste com 38%, seguido do sudeste e sul, ambos com 23%, o Centro-Oeste com 10% e finalizando com o Norte com apenas 6%.

No que se refere ao quantitativo de docentes atuantes em classe hospitalares, apresentaram-se os seguintes percentuais: o Nordeste ainda apresenta um número mais relevante com 39%, seguido da região Sudeste com 27%, da região Sul com 18%, a região centro-oeste com 9% e da região Norte com 6%. Provavelmente o Nordeste apresenta o maior quantitativo de escolas, matrículas docentes devido a ser a região do Brasil com o maior número de estados. Segue quadro demonstrativo desses números.

**Quadro 2 - Demonstrativo das classes hospitalares no Brasil**

<b>Unidade da Federação</b>	<b>Escolas</b>	<b>Matrículas</b>	<b>Docentes</b>
Rondônia	1	172	14
Acre	1	14	1
Amazonas	3	228	18
Roraima	-	-	-
Pará	3	59	17
Tocantins	1	22	3
Maranhão	12	225	30
Piauí	2	118	14
Ceará	5	397	27
Rio Grande do Norte	9	455	35
Paraíba	6	355	31
Pernambuco	10	693	54
Alagoas	7	235	46
Sergipe	-	-	-
Bahia	18	635	102
Minas Geras	20	662	117
Espírito Santo	1	45	5
Rio de Janeiro	15	1145	89
São Paulo	4	61	23
Paraná	1	170	22
Santa Catarina	7	135	26
Rio Grande do Sul	11	1584	108
Mato Grosso do Sul	1	14	1
Mato Grosso	10	339	49
Goiás	4	169	17
Distrito Federal	5	262	11

Fonte: Adaptado pela autora (2021).<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), 2018.

Assim de acordo com o levantamento mais recente, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), o censo de educação básica aponta que, possui 157 classes hospitalares distribuídas pelas cinco regiões do Brasil, conforme tabela apresentada no tópico acima.

### 3.3 A CLASSE HOSPITALAR E A LEGISLAÇÃO QUE A AMPARA

Em 1994, o Ministério da Educação e do Desporto reconheceu a Classe Hospitalar como um serviço por meio da Política da Educação Especial, que foi em seguida inserido entre os anos de 2001 e 2002 nos documentos do mesmo Ministério, nomeados de: Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica (BRASIL, 2001b) e Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: estratégias e orientações (BRASIL, 2002b). Entretanto, faz jus lembrar que a experiência dessa prática educativa tem seu início como registro em 1950, na cidade do Rio de Janeiro.

Em 1995 foi criado o serviço de Classes Hospitalares, por meio da Resolução nº 41 de outubro de 1995 (DOU, 17/10/95), através da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), juntamente com a publicação dos direitos das crianças e adolescentes hospitalizados. Sendo esse um marco importante não apenas para as classes já implementadas, mas, principalmente para implementação de novas iniciativas. (BRASIL, 1995)

No que diz respeito à saúde, a Constituição Federal (1988), o Estatuto da Criança e dos Adolescentes (1990), a Lei Orgânica da Saúde (1990) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (1996), são unânimes quando dizem que a saúde deve ser integral no que diz respeito a promoção, prevenção e recuperação. Nos termos da Política de Humanização do Ministério da Saúde são alvos de atenção preferenciais (BARROS, 2007).

O Ministério da Educação em 2002, por meio da Secretaria Especial de Educação publicou a revisão de um documento sobre a prática pedagógica para pessoas com necessidades especiais. O objetivo era proporcionar as melhores condições de desenvolver a prática pedagógica, na perspectiva da educação inclusiva, atendendo a diversidade dos alunos.

Com base na Constituição Federal de 1988, que afirma o direito a educação de todos os cidadãos, em consonância com a Lei 9394/96 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, onde se prevê no Art. 5º, §5º que o Poder Público criará formas alternativas de acesso aos diferentes níveis de ensino, e assim podendo organizar-se de diferentes formas para garantir o processo de aprendizagem. No Art. 2 da mesma Lei, a educação também é considerada como direito de todos da seguinte maneira:

A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. (BRASIL, 1996, p. 1)

Da mesma forma, é evidenciado no Art. 3º que:

O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios:  
I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;  
II - liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber;  
III - pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas". (BRASIL, 1996, p. 1)

Ainda na Constituição Federal de 1988, mais precisamente no Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo III – Da Educação, da Cultura e do Desporto, Seção I, Art. 205, diz que a educação “será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”. (BRASIL, 1988, p. 143)

Pode-se verificar que a base da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, está na Constituição Federal, no entanto, nos confirma de uma maneira mais detalhada como a educação para todos deve ser feita e com quais critérios.

Outras Leis foram decretadas como a Lei nº 6.202/75 que avança sobre exercícios domiciliares às estudantes gestantes, mas nada específico para as classes hospitalares e a Lei nº 1.044/69 que trata sobre tratamento excepcional para alunos portadores de afecções, em suas residências. (BRASIL, 1969, 1975). Antes disso a ideia era conforme a LDBEN e da CF: a educação se faz para todos. Já no Estatuto da Criança e do Adolescente, no seu Art. nº 9, pronuncia sobre a educação: “Direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programa de educação para a saúde.

Dentre as circunstâncias que exigem formas alternativas de acesso e organização do ensino, estão aquelas que caracterizam a produção intelectual no

campo da educação especial. No Art. nº 59 da LDBEN, os sistemas de ensino deverão assegurar currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos para atender às suas necessidades para os educandos com necessidades educacionais especiais. (BRASIL, 1996)

No que se refere à saúde, segundo a Constituição Federal (Art. 196), deve ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, tanto para a sua promoção, quanto para a sua proteção e recuperação. Assim deve ser integral a qualidade do cuidado em saúde que está referida diretamente a uma concepção ampliada, em que o atendimento às necessidades de moradia, trabalho e educação. (BRASIL, 1988)

Recentemente, a Lei nº 13.716, de 24 de setembro de 2018, alterou a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (LDBEN)<sup>6</sup>, no seu Art. 4º-A, para assegurar atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado, configurando-se aí um avanço nos dispositivos até então elaborados. (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, há uma colaboração para a importância do atendimento hospitalar ou domiciliar já que o desenvolvimento sociocognitivo das crianças é basilar para que elas consigam dar prosseguimento a vida escolar, mesmo hospitalizados, mas também, após a alta médica. Assim, podemos afirmar, não apenas pelas reais possibilidades já postas nas mais variadas iniciativas de atendimento, mas por condições ideais, que o atendimento das classes hospitalares cumpre, de alguma forma o que a legislação em linhas documentais, designa.

Segundo Matos e Mugiatti (2001) a finalidade educativa no hospital é própria de um saber de uma profissão específica, numa ação pedagógica que não se opõe nem se confunde com a ação e a finalidade que são conaturais a medicina e ao ato médico.

### 3.4 A CLASSE HOSPITALAR DO HUPES E O COTIDIANO DAS CRIANÇAS INTERNADAS

O Complexo HUPES é constituído pelo Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), pelo Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira (CPPHO) e

---

<sup>6</sup> Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

pelo Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto (AMN). O complexo é reconhecido como órgão suplementar da UFBA e é uma unidade hospitalar e ambulatorial, pública, geral e de grande porte, integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), referência em atendimentos de média e alta complexidade e tem como finalidade, o ensino, a assistência e a pesquisa.

A Classe Hospitalar do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), voltou a funcionar em janeiro do ano 2021. A mesma estava sem atividades pedagógicas desde junho de 2018 por falta de recursos humanos.

O Objetivo atual da Classe Hospitalar do Hupes é elaborar estratégias e orientações para possibilitar o acompanhamento pedagógico-educacional do processo de desenvolvimento das crianças e adolescentes internados. Também faz parte do objetivo à construção do conhecimento de crianças matriculadas ou não nos sistemas de ensino regular, no âmbito da educação básica e que se encontram impossibilitadas de frequentar a escola, temporária ou permanentemente, de acordo com os preceitos da Lei.

Em vista da situação pandêmica, os atendimentos iniciaram-se nos leitos, mas a intenção, é que em breve a classe hospitalar seja reativada para atendimento aos pacientes/alunos também em sala de aula.

A classe hospitalar do HUPES, ancora-se no seu Projeto Político Pedagógico (PPP) que foi escrito anteriormente por um conjunto de profissionais da educação: estudantes de Licenciatura em Pedagogia, Artes e Música, Mestrado e Doutorado da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (UFBA)<sup>7</sup> e que tinha como objetivo respaldar as ações administrativas e pedagógicas no âmbito deste espaço educativo.

O PPP define a identidade da escola e indica caminhos para ensinar com qualidade. Sua elaboração deve ser pautada em estratégias que deem voz a todos os atores da comunidade escolar: funcionários, pais, professores e alunos.

É ainda um instrumento que reflete a proposta educacional da instituição de ensino. Também conhecido apenas como projeto pedagógico, é um documento que

---

<sup>7</sup> Essa iniciativa era coordenada pela Prof<sup>a</sup> Dra. Alessandra Soares e Barros da FACED-UFBA, e levava o nome do Grupo de Pesquisa CERLEPE.



deve ser produzido por todas as escolas, segundo a LDBEN em seu Art. 14. O atual PPP foi alterado no intuito de realizar revisões pertinentes à sua atualização.

Nesse sentido, a (re)construção/revisão deste PPP teve o envolvimento de diversos profissionais como terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem, enfermeira, fisioterapeuta, psicóloga entre outros, atuantes no Complexo HUPES.

Ele materializa, dentre tantos desafios, aquele, o de se fazer compreender por profissionais da saúde que desconhecem as circunstâncias desse trabalho em ambiente hospitalar, bem como as prerrogativas instituintes para o ensino de crianças e adolescentes em nível de escolarização básica.

A experiência no ambiente hospitalar tem evidenciado a importância da participação da professora, alunos-pacientes, família, acompanhantes, assim como da equipe multiprofissional da unidade hospitalar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, entre outros) de caminharem juntos, procurando resolver os problemas que aparecem e criando alternativas para a inclusão do aluno.

Embora trabalhar coletivamente não seja uma tarefa fácil, é mais vantajoso para a escola, pois vislumbramos qualidade neste atendimento. Acreditamos que pela ação coletiva, a escola se fortalece, revelando sua potencialidade.

O trabalho pedagógico pauta-se pelo comprometimento para a realização de ações educacionais voltadas para o pleno desenvolvimento do ser humano e das suas condições para compreendermos o que realmente uma escola de qualidade necessita para atender às suas finalidades.

Nesse contexto, a Classe Hospitalar do Complexo HUPES, carece de maior atenção para atender as necessidades específicas das crianças, adolescentes e jovens hospitalizados, planejando seu trabalho a médio e a longo prazo, com a finalidade de construir sua identidade própria. Entende-se que este documento se encontra aberto a qualquer sugestão e encaminhamentos. Sabe-se que nenhum documento desta monta pode ser dado como pronto e acabado sob pena de cristalizar-se e deixar de acompanhar os movimentos daqueles que o constroem.

Este hospital também foi palco, de maneira a considerar a vocação de ensino e formação de um hospital universitário, bem como as recomendações recentes do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da saúde (MS) – de maior

comprometimento dos hospitais-escolas com outros cursos superiores, é que a Classe Hospitalar do HUPES se constituirá como campo de estágio para os cursos de Graduação e Pós-graduação em Educação.

No âmbito pediátrico, este hospital responde como referência nacional, pela atenção especializada a várias doenças crônicas, características pelas demoradas ou repetidas internações: a anemia falciforme, a asma, o diabetes, a anorexia nervosa. Também atende algumas doenças genéticas raras como a Mucopolissacaridose e a Osteogênese Imperfeita. Atende ainda às demandas típicas do contexto de pobreza, de falta de saneamento básico e de violência em que vive grande parte da infância e juventude soteropolitanas: a desnutrição, as infecções das vias aéreas, a diarreia e a desidratação.

#### **3.4.1 Valores, missão e visão da classe hospitalar do HUPES: o que diz o PPP**

Para melhor entendermos a dinâmica da organização da proposta escolar do HUPES, ela se funda em alguns princípios que a priori, a nosso ver, se ancoram em uma proposta humanizadora e em seu sentido maior nos pressupostos de uma educação sociointeracionistas demonstrados em valores e na missão apresentada em seu documento orientador, o PPP.

Focalizando o documento em tela, a expressão dos valores está apresentada por três importantes atitudes, a saber: a) **a empatia** – que exige a capacidade de perceber os sentimentos de outras pessoas, colocando-se "no lugar dela". Esse, portanto é um valor importante para manter as boas relações humanas pois a partir dela é possível validar e eventualmente compreender os pensamentos e as atitudes dos outros. Implica em conseguir afastar-se de suas próprias ideias e convicções e olhar para um assunto com a percepção de outra pessoa. Caracteriza-se por ser uma atitude de generosidade com os outros, demonstrando a importância dada aos sentimentos alheios. Esse valor ajuda a compreender melhor as outras pessoas com quem se convive, é baseado na ideia de compreender o outro como se estivesse vivenciando uma situação através da perspectiva deste; b) **o respeito** – que deve estimular a autoestima, a autenticidade, o espírito de grupo, a ajuda mútua, o cumprimento de normas estabelecidas e, sobretudo, a sinceridade nas relações,

condição de convivência feliz e realização plena da cidadania, e, c) **a cooperação** – diz respeito a escuta do outro, respeitar, acolher, realizar troca de pontos de vista, ideias, informações, opiniões, atitudes e decisões em clima tal em que as regras e acordos sejam construídos e seguidos democraticamente por todos.

O marco que situa o documento, expressa a necessidade de melhor atender às crianças na situação de adoecimento, mas nos convoca a levar a sério a proposta de uma escola nesse ambiente e assim revela naquilo que delinea enquanto **missão** por acompanhar o processo pedagógico-educacional na construção do conhecimento de crianças e adolescentes (matriculados ou não em escolas regulares) em circunstâncias de hospitalização e que, por este motivo, encontram-se impossibilitadas de frequentar a escola por períodos temporários ou permanentes; promover o desenvolvimento de habilidades e competências esperadas para suas idades; favorecer lhes o ingresso ou o retorno às escolas de origem sem tantos prejuízos causados pelo adoecimento, do mesmo modo, favorecer as crianças e adolescentes advindos do processo de hospitalização o enfrentamento do estresse/ansiedade da hospitalização na medida em que se reconhece o caráter humanizador das atividades de ensino, sejam estas permeadas ou não pela ludicidade e pela recreação.

Configura-se, portanto, em um espaço para o desenvolvimento de Educação em Saúde mediante a articulação de parcerias dos setores da enfermagem, serviço social, psicologia e de outras áreas da saúde no intuito de atender aos alunos-pacientes, pais e acompanhantes. Compreendemos que tais articulações, conforme se apresentam na proposta, trazem a ideia de oferecer aos estudantes, mas, às famílias também, a oportunidade indispensável para acompanhá-los de perto, para que não corram o risco de caminhar sozinhos e sofrer atrasos ou reprovações (ainda que lhes seja inevitável), será possível evitar tratamentos separados ou que possam redundar em estigmatização.

Há que se reconhecer, todavia, que existem muitas iniciativas para manter o processo de escolarização de crianças e adolescentes internados em todo território nacional, entretanto fazemos aqui um destaque importante à Classe Hospitalar do HUPES, por sua iminente clareza quando especifica na sua proposta pedagógica de escola, a **visão de futuro** para aqueles que lá se integram, indicando o que pretendem enquanto metas estabelecidas. Assim, se propõem por: a) Ser uma referência na

atenção pedagógica ao processo de escolarização de crianças e adolescentes hospitalizados, no acompanhamento do ensino e pesquisa e que daí derivem, b) Ampliar a clientela de ensino a crianças dos 4 anos e 5 anos, alvo de atenção da Educação Infantil, c) Ampliar a clientela de seus serviços a pacientes adultos, d) Iniciar os atendimentos em sala de aula.

### **3.4.2 Abrangência da proposta pedagógica**

Na enfermaria pediátrica do HUPES, a cada semana são ministradas aulas para um grupo de cinco a dez crianças. Estas crianças possuem idades entre seis e dezesseis anos. Em um total pode-se dizer que são seis crianças que, em média, compõem o grupo e, três delas estarão recém-chegada. A cada quatro semanas, uma composição completamente nova, do ponto de vista dos elementos constitutivos de um conjunto, será formada. Embora nossa prioridade de atendimento seja o Ensino Fundamental I e II (até o 9º ano), esse atendimento poderá se estender dos cinco aos dezessete anos.

A Classe Hospitalar do HUPES visa atender a crianças e adolescentes, comumente denominados alunos-pacientes que se encontram internados em duas unidades. A unidade da Enfermaria Clínica e a outra na Unidade Metabólica Fima Lifhtz - Setor especializado no atendimento infantil a um grupo específico de doenças, dentre as quais se destacam a desnutrição, a anorexia nervosa, o diabetes e a obesidade mórbida. No contexto de diagnóstico, tratamento e pesquisa que compõe o tripé da assistência em um Hospital Universitário, algumas doenças são eleitas para um investimento clínico - investigativo clínico maior, que se consubstancia, por vezes, na estruturação de centros de referência nacionais (ou mesmo internacionais).

É importante também destacar que também são atendidos pela Classe Hospitalar alunos-pacientes em tratamento de Mucopolissacaridose<sup>8</sup> e da Osteogênese Imperfeita<sup>9</sup>.

### 3.4.3 Prioridade de atendimento - ensino fundamental I e II

A etapa do Ensino Fundamental compõe, juntamente com a Educação Infantil e o Ensino Médio, o que a LDBEN nomeia como educação básica e que tem por finalidade: “desenvolver o educando, assegurar-lhes a formação indispensável para o exercício da cidadania e fornece-lhe meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores” (BRASIL, 1996). De acordo com este documento o ensino fundamental no Brasil tem por objetivo a formação básica do cidadão mediante:

- I – O desenvolvimento da capacidade de aprender, tendo como meios básicos o pleno domínio da leitura, da escrita e do cálculo;
- II – A compreensão do ambiente natural e social, do sistema político, da tecnologia, das artes e dos valores em que se fundamenta a sociedade;
- III – O desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, tendo em vista a aquisição de conhecimentos e habilidades e a formação de atitudes e valores;
- IV – O fortalecimento dos vínculos de família, dos laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca em que se assenta a vida social. (BRASIL, 1996, p. 12)

Dessa forma, os estados e municípios incumbem-se de definir formas de colaboração na oferta de ensino fundamental, o que pode trazer grandes benefícios, pois ações conjuntas bem planejadas, renovadas em seu espírito e reforçado em seus meios, podem permitir uma recuperação do nosso sistema educativo.

---

<sup>8</sup> Os mucopolissacarídeos (MPS) são um grupo de doenças causadas pela deficiência de uma das onze enzimas envolvidas na degradação de glicosaminoglicanos (GAGs) (CAILLAND; POENARU, 2000; NEUFELD; MEUNZER, 2001) que, então, acumulam-se parcialmente degradados nos lisossomos (pequena estrutura que contém enzimas). São doenças progressivas, que apresentam uma ampla heterogeneidade clínica, inclusive para uma mesma deficiência enzimática (NEUFELD; MUENZER, 2001).

<sup>9</sup> A osteogênese imperfeita (OI) trata-se de uma patologia, ou de um grupo de formas patológicas de natureza constitutiva, caracterizada pela fragilidade óssea. Ela é classificada entre as patologias de origem genética e, portanto, hereditárias, do tecido conectivo. As várias formas de OI apresentam grandes diferenças em relação a gravidade. Ela pode ocorrer na forma gravíssima, que causa a morte do bebê já dentro do útero materno, até formas leves, que se manifesta tardiamente, com uma pequena diminuição da resistência óssea. A maior parte dos portadores de OI, contudo, está situada entre estes os dois extremos: são em geral crianças de constituição física pequena, com cabeças volumosas, inteligência normal ou superior à normal, capazes de adaptar-se bem às suas limitações.

O maior destaque está concentrado no papel que a escola desempenha no processo educacional e lhe confere uma grande autonomia de organização além de incentivá-la a desenvolver projetos que possibilitem a aceleração de estudos para alunos com atraso escolar, nesse aspecto em particular, a Classe Hospitalar, reuniria todos os componentes para administrar os processos de acompanhamento do estudante nas condições de hospitalização, respaldada nesse dispositivo buscando reduzir consideravelmente o número daqueles que não conseguem avançar na escola comum, enquanto prioridade expressa nesse dispositivo.

De acordo com a LDB – Lei 9394/96 uma escola pode legitimamente organizar-se em séries anuais, períodos semestrais, ciclos, alternância regular de períodos de estudos, grupos não seriados com base na idade, competência e em outros critérios, sempre que for interesse do processo de aprendizagem. Desse modo há, então, pleno respaldo para que a Classe Hospitalar institua formas específicas de organização didático-pedagógica e arranjos estruturais de ensino para atenção às especificidades dos escolares. (BRASIL, 1996)

#### **3.4.4 Objetivos do ensino fundamental da classe hospitalar baseados na Base Nacional Comum Curricular (BNCC)**

A Base Nacional Comum Curricular (BNCC) é um documento de caráter normativo que define o conjunto orgânico e progressivo de aprendizagens essenciais que todos os alunos devem desenvolver ao longo das etapas e modalidades da Educação Básica, de modo a que tenham assegurados seus direitos de aprendizagem e desenvolvimento, em conformidade com o que preceitua o Plano Nacional de Educação (PNE). Este documento normativo aplica-se exclusivamente à educação escolar, tal como a define o § 1º do Art. 1º da LDBEN que está orientado pelos princípios éticos e políticos que visam à formação humana integral e à construção de uma sociedade justa, democrática e inclusiva, como fundamentado nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica (DCN). (BRASIL, 1996, 2013, 2018)

A BNCC determina os conhecimentos e as habilidades essenciais que todos os alunos e alunas têm o direito de aprender. Na prática, isso significa que, independentemente da região, raça ou classe socioeconômica, todos estudantes do

Brasil devem aprender as mesmas habilidades e competências ao longo da sua vida escolar. Ela é obrigatória e passa a vigorar nos currículos de todas as redes públicas e particulares, do território nacional.

A BNCC começou a ser discutida em 2015 e foi debatida ao longo de diversos governos e gestões, a sociedade participou com mais de 12 milhões de contribuições na 1ª versão, sendo que metade delas veio de 45 mil escolas. recebendo milhares de contribuições em consultas e audiências públicas. Em 2016, a 2ª versão viajou por todos os estados. Através de seminários estaduais, organizados pelo Conselho Nacional de Secretários da Educação (CONSED) e União Nacional dos Dirigentes Municipais da Educação (UNDIME), cerca de 9 mil pessoas, entre educadores e alunos, debateram o documento em detalhes. Em abril de 2017, a 3ª versão foi entregue ao Conselho Nacional de Educação (CNE) que ouviu a opinião do Brasil em uma nova rodada de seminários regionais. Por fim, em dezembro de 2017, a BNCC foi homologada pelo MEC e passou a valer em todo o Brasil. (FUNDAÇÃO LEMANN, 2017)

Ela potencializa políticas educacionais importantes que, juntas, ajudam a reduzir desigualdades e garantem os direitos de aprendizagem.

Para pais e familiares, fica mais fácil entender o que é esperado que o aluno aprenda e acompanhar os passos desse aprendizado. Já na vida dos professores e gestores, a BNCC ajuda no planejamento e em maior clareza das potências e desafios de cada aluno.

Referência nacional para a formulação dos currículos dos sistemas e das redes escolares dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e das propostas pedagógicas das instituições escolares, a BNCC integra a política nacional da Educação Básica e vai contribuir para o alinhamento de outras políticas e ações, em âmbito federal, estadual e municipal, referentes à formação de professores, à avaliação, à elaboração de conteúdos educacionais e aos critérios para a oferta de infraestrutura adequada para o pleno desenvolvimento da educação. Nesse sentido, espera-se que a BNCC ajude a superar a fragmentação das políticas educacionais, enseje o fortalecimento do regime de colaboração entre as três esferas de governo e seja balizadora da qualidade da educação.

Assim, para além da garantia de acesso e permanência na escola, é necessário que sistemas, redes e escolas garantam um patamar comum de aprendizagens a todos os estudantes, tarefa para a qual a BNCC é instrumento fundamental. Ao longo da Educação Básica, as aprendizagens essenciais definidas nesta diretriz, devem concorrer para assegurar aos estudantes o desenvolvimento de dez competências gerais, que consubstanciam, no âmbito pedagógico, os direitos de aprendizagem e desenvolvimento. Essa competência é definida como a mobilização de conhecimentos (conceitos e procedimentos), habilidades (práticas, cognitivas e socioemocionais), atitudes e valores para resolver demandas complexas da vida cotidiana, do pleno exercício da cidadania e do mundo do trabalho. Ao definir essas competências, se reconhece que a “educação deve afirmar valores e estimular ações que contribuam para a transformação da sociedade, tornando-a mais humana, socialmente justa e, também, voltada para a preservação da natureza”. (BRASIL, 2018, p. 8)

É imprescindível destacar que as competências gerais descritas no documento aqui assinalado, inter-relacionam-se e desdobram-se no tratamento didático proposto para as três etapas da Educação Básica (Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio), articulando-se na construção de conhecimentos, no desenvolvimento de habilidades e na formação de atitudes e valores, nos termos da LDBEN.

### **3.4.5 Pressupostos teórico-filosóficos da classe hospitalar do HUPES**

A perspectiva filosófica que norteia o desenvolvimento do trabalho na Classe Hospitalar do HUPES encontra-se nos princípios da Educação Inclusiva, pautados nos princípios da igualdade de oportunidades e respeito às necessidades individuais, e nesse sentido a condição de saúde dos alunos e as decorrências provocadas por ela precisa ser compreendida como uma necessidade educacional especial que requer ações específicas com vistas a garantia do direito a educação.

Desta forma, o atendimento educacional na Classe hospitalar para crianças e dos adolescentes, em estado de adoecimento e/ou hospitalização, permite que a aprendizagem encontre um espaço sistemático do saber. À luz da perspectiva de Vygotsky, entendemos o aluno-paciente como sujeito histórico; o ensino-



aprendizagem como um processo e a mediação do professor com foco na Zona de Desenvolvimento Proximal dos sujeitos.

A Classe Hospitalar é, então, entendida como a extensão da escola regular e vice-versa, ao levarmos em consideração que um, ou outro espaço pode ser aquele em que o aluno passa a maior parte do tempo durante o ano. Portanto, acreditamos que o atendimento pedagógico através das Classes Hospitalares pode se constituir como um dos elementos fundamentais para consolidação do projeto da Inclusão Social.

Assim como Vygotsky, podemos considerar também as linhas de investigação de Wallon por trazerem contribuições bastante ricas para a aprendizagem escolar. Seus estudos são voltados para a evolução psicológica da criança ao nos fornecer elementos para a compreensão da dinâmica do processo de conhecimento. Dentro da sua teoria é particularmente importante, por suas repercussões pedagógicas, o papel que atribui emoção enquanto constitui o vínculo do orgânico e do social para gerar o psiquismo. A emoção, paulatinamente vai adquirindo o caráter de comunicação, de intercâmbio entre professor e aluno, sendo esta, um dos componentes no processo de mediação para a construção do conhecimento e imprescindível no trabalho desenvolvido com as crianças da classe hospitalar.

A perspectiva Freiriana, também instrui o trabalho educativo na classe hospitalar, pois traz consigo a possibilidade da esperança como motivador para a mudança da realidade. Para Paulo Freire (1996), a educação deve estar sempre ligada a realidade e ao contexto social em que vive o aluno, nesse sentido a construção do conhecimento deve caminhar para o que se conhece e o que se faz necessário e pertinente conhecer contrapondo-se ao que ela chama de “educação bancária”. Ensinar exige respeito à autonomia do ser do educando, bom senso, humildade, tolerância, convicção de que a mudança é possível, curiosidade e luta em defesa dos direitos dos educandos, dentre outras características.

Pensar a prática pedagógica do professor em outros espaços significa que não há fronteiras para a sua atuação e, se convencionalmente, na nossa sociedade essa prática somente ocorria na escola formal, agora ela se amplia e os hospitais, conhecidos como lugares de tristeza, doença, sofrimento e morte, passam a ser também espaços dos cadernos, dos lápis, das tintas, do colorido, da alegria e das produções de crianças e adolescentes, ou seja, espaços de vida.

Entretanto, esses espaços são diferenciados e as condições de aprendizagem fogem a rotina escolar, ou seja, os alunos são crianças e adolescentes hospitalizados ou em tratamento de saúde. Desse modo, a condição de aprendizagem, nesta situação que se difere da rotina de uma escola formal, exige uma visão mais ampla do profissional, de forma a demandar práticas pedagógicas que suprem a prática conservadora de ensino para uma prática pedagógica emergente. Esses dois modelos de prática pedagógica abordadas acima foram apresentados por Marilda Behrens no livro: O paradigma emergente e a prática pedagógica, onde a autora realiza a distinção entre as práticas conservadora e emergente. (BEHRENS, 2003)

A prática pedagógica conservadora valoriza o conteúdo humanístico e da cultura geral, de forma a se preocupar com a reprodução de conhecimento. É uma prática austera, cerimoniosa, que tem como função preparar intelectual e moral os alunos. Pautada no método indutivo, enfatiza aulas expositivas, demonstrações e sistematização da matéria, de forma sequencial, lógica, ordenada e desvinculada das outras disciplinas e da realidade do estudante. Procura valorizar principalmente a variedade e quantidade de noções, conceitos, informações, a repetição dos conteúdos e a memorização deles e, tanto a exposição quanto a análise, são feitas somente pelo professor, ou seja, o ensino é centrado na pessoa do professor.

Já o modelo de prática pedagógica emergente, discutida por Behrens (2003), estabelece uma aliança entre vários paradigmas, a exemplo do paradigma holístico, da abordagem progressista, do ensino como pesquisa e da instrumentação da tecnologia inovadora, que têm em comum a produção de conhecimentos. O ensino pautado nesta prática tem como alicerce o diálogo, a construção gradativa do conhecimento, e considera tanto a pessoa do professor como do aluno e principalmente, a realidade desse aluno.

Esta prática pedagógica emergente é crítica, reflexiva e transformadora, capaz de estabelecer o equilíbrio e a interconexão entre a teoria e a prática. O professor que a realiza é capaz de propor projetos criativos e transformadores que propiciem uma aprendizagem que seja mais significativa, além de propiciar relações pessoais e interpessoais do ser humano, por acreditar na capacidade dos alunos e na legitimidade de seus sentimentos e emoções.

O professor se preocupa com as necessidades e interesses dos alunos, e com a formação da pessoa humana, pois, à medida que a ênfase é colocada na

aprendizagem, o papel predominante do professor deixa de ser o de ensinar, e passa a ser o de ajudar o aluno a aprender. Assim, em uma relação dialética, como assinala Paulo Freire, no livro *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários a prática educativa* “[...] quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”. (FREIRE, 1996, p. 23)

A partir dos dois modelos expostos percebe-se que a prática pedagógica não é uma ação isolada, é assim uma ação coletiva, um trabalho conjunto que envolve uma parceria entre professores e alunos em uma nova perspectiva de ensinar e aprender, seja na sala de aula de uma escola formal, de um hospital ou de uma casa de apoio. Isso pressupõe um compromisso da conquista do conhecimento com posicionamento de escuta, parceria e solidariedade.

Porém, a prática pedagógica em hospitais está além da parceria entre professores e alunos, por envolver também outras pessoas que atuam nesse espaço como: os profissionais da área da saúde, os acompanhantes dos alunos, o voluntariado, os residentes, os pesquisadores e professores, entre outros, que se proponham ao desempenho cada vez mais qualificado da tarefa de ensinar e aprender nos hospitais, comprometidos com uma prática emergente e fundamentada em uma perspectiva multi/inter/transdisciplinar.

#### **3.4.6 Objetivos da classe hospitalar do HUPES**

Convém esclarecermos que as Classes Hospitalares organizadas no território nacional, não seguem a um ordenamento único para construção de suas propostas pedagógicas. Assim o fazem de acordo com suas concepções ou predileções metodológicas. No caso da Classe do HUPES, encontramos objetivos que dizem das suas características por ser escola que subsidia, também os processos formativos de alunos em suas formações iniciais, mas também daqueles que estão no processo de formação contínua, esses também dialogam com a formação dos educadores. Parece-nos oportuno evidenciar os sentidos dessa classe ao ofertar um serviço, que em linhas **gerais**, objetivam, a) ofertar ensino ao paciente pediátrico hospitalizado para favorecer-lhe o desenvolvimento cognitivo, afetivo, neuropsicomotor e o acesso e/ou continuidade do seu processo de escolarização. E, de modo mais específico, a)

Reduzir a evasão de crianças, adolescentes e jovens hospitalizados, de suas escolas de origem; b) Promover a vivência de valores éticos e socioculturais que contribuam para a formação e autor realização dos alunos-pacientes; c) Oportunizar integração da família nessa parceria educacional, com vistas a estimular sua participação no processo de formação dos filhos; d) Contribuir para o desenvolvimento cognitivo, social e afetivo de crianças e adolescentes. e) Possibilitar ao aluno acompanhar as atividades e avaliações da sua escola formal diminuindo os prejuízos a repetência.

Tais objetivos, nos ajudam a compreender a importância, aqui destacada sobre a importância da participação da família nos processos de escolarização dos filhos, pois, do ponto de vista pedagógico, é importante lutar contra os processos de exclusão, e mais daqueles que contribuem para o fenômeno do fracasso escolar tomando como justificativa, a condição de adoecimento.

Desse modo é que a escola considera qualitativamente estabelecer algumas **metas** que auxiliam nos processos formativos e nas tomadas de decisão:

- Promover espaços de formação de 100% dos professores e estagiários ingressos, por meio de troca de experiências e discussões com professores que tenham mais vivência, experiência e contato com a Classe Hospitalar do HUPES;
- Integrar o funcionamento da Classe com a equipe multidisciplinar do HUPES, de modo a contribuir para realização de ações coletivas em favor da assistência hospitalar;
- Realizar anualmente um registro estatístico dos atendimentos prestados, com vistas a produção de conhecimentos e a justificativa continuada da importância do serviço de Classe Hospitalar;
- Estruturar um sistema, em interface computacional que será um prontuário pedagógico;
- Promover em parceria com a FAGED e com o HUPES, um evento de formação para a comunidade externa;
- Também se deseja contratar, idealmente, mais dois pedagogos concursados, ou por meio de convênio com a secretaria de educação estadual da Bahia ou secretaria de educação municipal de Salvador, para além daquela que hoje compõem o quadro funcional;

### **3.4.7 Marco operacional e a proposta metodológica**

O atendimento pedagógico educacional da Classe Hospitalar do HUPES, reiniciado em 2021 ocorre diariamente e exclusivamente nos leitos. Essa condição se deve a pandemia ora instalada. A sala de aula encontra-se fechada para atendimento

devendo ser reinaugurada assim que a situação pandêmica permitir. Esta deverá funcionar na Unidade de Metabólica situado no 3º andar do CPPHO.

O atendimento educacional ocorre no turno matutino, das segundas às sextas-feiras no período das 08h às 12h, para as crianças que se encontram na enfermaria. No turno vespertino, acontecem os planejamentos e organização de materiais didáticos, muitas vezes adaptados à condição de resposta do aluno-paciente e eventualmente o atendimento de algum aluno paciente que ficou impossibilitado de participar do atendimento no período matutino devido à realização de exames ou até mesmo uma indisposição momentânea.

Independente do horário de funcionamento, vários acontecimentos mesclam-se com a rotina de atividades da classe hospitalar, como por exemplo, a necessidade de um aluno-paciente ser examinado pelo médico, a chegada de uma visita para um dos alunos, atendimento com outro profissional, entre outros. Porém, essas situações não são consideradas interferências negativas e tendem a ser parte da dinâmica do dia a dia de uma classe hospitalar.

O professor, à medida que vivencia o que ocorre no espaço da classe hospitalar, transforma essas interferências em situações que dinamizam ou reestruturam a atividade, redimensionando um assunto que esteja sendo tratado, ou abrindo um novo assunto para o interesse dos alunos-pacientes e para o desempenho deles frente às atividades em desenvolvimento neste espaço.

Em caso de ampliação de atendimento para outros públicos, estes horários e quantitativo de professores deverão ser revistos.

Como rotina diária do trabalho pedagógico, a pedagoga acessa o sistema de internação hospitalar (AGHU) que consiste em verificar os seguintes dados: o quantitativo de crianças internadas, diagnóstico médico, número do leito, idade e dados pessoais. Diante dos dados ofertados pelo sistema a pedagoga se encaminha aos leitos para realizar junto com os pais ou responsáveis o preenchimento da ficha de registro do aluno-paciente. (ANEXO C)

As sistematizações dos registros da ficha explicitam para as professoras o tipo de composição mais frequente dos grupos de alunos/pacientes que farão parte do atendimento pedagógico educacional, pois enfatiza aspectos referente a vida escolar.

Este registro de regularidade passou a antecipar melhor os formatos possíveis das “turmas” de pacientes-alunos com as quais se trabalha diariamente.

Tal predição se faz indispensável para o trabalho com turmas altamente heterogêneas, típicas da modalidade classe hospitalar, já que estas turmas possuem uma diversidade intrínseca que se faz ainda mais complexas do que as reconhecidas classes multisseriadas das escolas rurais ou do que as salas da rede regular de ensino.

No atendimento educacional típico da classe hospitalar, são necessárias adaptações para execução dos currículos de Ensino. Estas adaptações envolvem diferenciados âmbitos espaciais, físico-ambientais, temporais, didáticos, ergonômicos, atitudinais, linguístico, dentre outros. A proposta educacional deve responder às necessidades dos alunos, ao possibilitar um currículo comum que ofereça aprendizagens de acordo com as suas necessidades. Desse modo são realizadas atividades diversificadas com diferentes níveis de complexidade para atender as variadas faixas etárias que compõem o perfil do alunado.

Assim é possível, por exemplo, abordar o tópico de ensino em diferentes níveis de complexidade dependendo de cada aluno paciente. Essas atividades são organizadas diariamente tendo como base o “tema”/projeto para cada bimestre. É levado em consideração os aspectos pedagógicos, burocráticos, as especificidades de cada aluno, as dificuldades encontradas, além de se constituir num processo formativo para os mesmos.

Em um cenário bem diferente das turmas inseridas na escola regular, as da classe hospitalar contam na maioria das vezes com a presença dos acompanhantes (pai, mãe tio ou outros) que participem das discussões e ajudam na realização das atividades dos educandos. A presença desses acompanhantes torna-se importante devido á insegurança de algumas crianças no primeiro dia de contato com esse tipo de atendimento. Do mesmo modo, no atendimento realizado nos leitos, alguns acompanhantes podem auxiliar na realização das atividades propostas pelo professor, sejam essas atividades lúdicas ou didáticas. Essa ação demonstra a participação positiva do familiar na vida educacional do aluno paciente.

A participação das crianças nas atividades da Classe Hospitalar não é obrigatória, pois deve partir do desejo e da motivação de cada uma.

A proposta metodológica deve considerar especialmente os conhecimentos trazidos pelos educandos, de forma a nortear o processo de ensino e aprendizagem construídos na classe hospitalar, interagindo com as temáticas planejadas e favorecendo a troca de experiências, a ampliação, a ressignificação dos princípios e valores humanos e sociais.

O trabalho pedagógico geralmente parte de uma proposta interdisciplinar no sentido de proporcionar a aprendizagem de conceitos, atitudes e procedimentos importantes para a atuação dos alunos nos seus respectivos contextos sociais bem como, para o exercício de sua cidadania, dentro e fora do ambiente hospitalar.

Os temas abordados foram escolhidos para serem colocados em prática bimestralmente. Dessa forma, o tratamento interdisciplinar estará dado tanto pela possibilidade de explorar conceitos do âmbito da geografia física (relevo, clima, lavouras), da geografia política (população, fronteiras) quanto da matemática da história (povoados de origem, tradições culturais) ou da língua portuguesa, entre outras.

As variadas estratégias metodológicas utilizadas nas aulas buscam estimular a participação das crianças nas atividades para auxiliar no processo de aprendizagem, atendendo as especificidades de cada um – seu nível de desenvolvimento e/ou necessidades educacionais especiais.

É importante ressaltar que alguns conhecimentos se tornam fundamentais para o profissional trabalhar com a escola hospitalar, como por exemplo: ter conhecimento sobre a estrutura organizacional do hospital, saber sobre as patologias mais comuns, ter habilidade para trabalhar em equipe multiprofissional, ser flexível mediante as dificuldades dos alunos, ressaltando sempre as suas potencialidades, se adaptar as imprevisibilidades, reconhecer a importância de diferenciadas práticas educativas e saber escutar as crianças diante dos seus medos e de suas dificuldades.

Vale lembrar que um hospital não é um local comum de trabalho de um professor ou pedagogo, o que demanda tanto do profissional de educação como da instituição um período de adaptação e reconhecimento para que possíveis trocas sejam estabelecidas, pois esses novos espaços de atuação se diferem do costumeiro ambiente escolar, por começar pelo espaço onde a classe hospitalar funciona e do tipo de atividades propostas para dar continuidade à escolarização das crianças e

adolescentes que habitam esses espaços. Uma classe hospitalar é um local aberto e de estrutura dinâmica, onde entram e saem crianças e adolescentes com relativa frequência, assim, a constituição dessa classe é sempre variável ao longo de um período. (BARROS, 2007)

Isso acontece porque temos pacientes alunos que sofrem internações eventuais e aqueles que sofrem internações recorrentes e/ou extensas, por isso, ao longo de um dia em uma classe hospitalar, tem-se uma alta rotatividade, pois crianças e adolescentes iniciam suas atividades e logo são solicitadas para realizar algum tipo de exame ou tomar medicamentos, algumas vezes, esses sujeitos retornam à classe no mesmo dia e finalizam suas atividades, outros retornam somente no dia posterior, outros recebem alta e outros ainda chegam à classe hospitalar com as atividades em andamento ou quase bem ao término das atividades, pois estavam realizando exames ou acabaram de ser hospitalizados. Além dessa alta rotatividade, os alunos pacientes possuem idades, níveis socioeconômicos e de escolarização diferentes, o que faz de uma classe hospitalar uma sala multisseriada, como aquelas encontradas em salas de aula de escolas rurais, de assentamentos rurais, entre outras.

A classe hospitalar deve sempre receber crianças e adolescentes, independente de possíveis limitações, pois estas não devem ser encaradas como impedimento a participação das atividades, assim se uma criança ou adolescente precisa sair antes, estratégias de fechamento da atividade devem ser implementadas, a fim de que o paciente-aluno possa ter a ideia de que concluiu o que estava fazendo e que, havendo possibilidade, poderá retornar à sala mais tarde ou no dia seguinte.

Nesse sentido, quando o aluno-paciente chega depois de já iniciada a atividade, estratégias de inclusão devem ser utilizadas para que as crianças ou o adolescente não se sintam perdidos dentro do que está acontecendo na aula, mais sim, venha a perceber que é uma pessoa importante para o grupo e que sua chegada e participação são fundamentais, e “[...] isto, por parte do professor, deve ser uma afirmativa, e não apenas uma desculpa polida e paliativa”. (FONSECA, 2003, p. 42)

Isso não significa que, se por alguma razão o professor não consiga fazer o fechamento ou abertura adequada para cada criança ou adolescente, seu trabalho seja inviabilizado, pois não está se falando de um superprofissional e sim de um profissional que se preocupa com a melhora da sua prática pedagógica para



realmente atender as necessidades e interesses dos alunos, estejam estes na classe hospitalar ou em uma escola formal.

O professor deve estar atento também à necessidade de conhecer as dependências e funcionários da instituição, devido ao caso de alguma criança ou adolescente sentir-se mal durante a aula. Precisa saber como proceder de imediato e a quem e onde recorrer, de maneira a evitar que o paciente-aluno seja prejudicado por desinformação.

Outro ponto importante para o professor de classe hospitalar é conhecer um pouco sobre as diferentes patologias, de maneira a respeitar os limites clínicos de cada paciente-aluno e para que se tenha a sensibilidade de perceber que uma criança ou adolescente não está se sentindo bem, e assim não exigir atividades que estejam acima de seus limites físicos.

Assim, o professor de classe hospitalar tem que se envolver com questões da área da saúde e, antes de iniciar sua atuação com qualquer criança ou adolescente, torna-se necessário pesquisar e conhecer a doença que os acometem e conversar com a equipe multidisciplinar para saber o que eles podem ou não fazer.

Diante da realidade exposta, para um efetivo atendimento pedagógico na classe hospitalar é essencial o professor conhecer a rotina e os funcionários do hospital, conhecer a patologia do aluno-paciente e estar ciente de que cada dia de trabalho na classe hospitalar se constrói com atividades que possuem começo, meio e fim quando desenvolvidas.

Para ilustrar o que foi colocado, destaca-se a fala da professora de classe hospitalar Geane Yada, do Hospital Darcy Vargas, em São Paulo, entrevistada pela repórter Bianca Bibiano da revista Nova Escola, onde conta que:

[...] é um ritmo estranho. Eu posso planejar tudo hoje e, amanhã, o estudante receber alta. Daí eu tenho que fazer coisas novas para outra criança que acabou de chegar. A carga horária também muda, pois, o professor pode iniciar uma conversa e, em instantes ter de parar devido a uma indisposição. O indicado é que o aluno consiga ter a mesma carga horária da escola, mas com o sobe e desce do tratamento, isso nem sempre é possível. (BIBIANO, 2009, p. 82)

Essa realidade encontrada, no contexto hospitalar demonstra bem o perfil de um professor ou pedagogo que vislumbra uma prática pedagógica emergente, com uma visão sistêmica desses novos espaços e da realidade do paciente-aluno, sendo que sua prática não será apenas a de resgatar a escolaridade, mas de transformar essas duas realidades de maneira a fazer fluir sistemas que as aproximem e as integrem.

Uma preocupação com relação às exigências escolares formais destinadas a alunos pacientes deprimidos e afligidos por distúrbios emocionais e prescreve outro tipo de atividade escolarizante, ou seja, uma prática pedagógica que considere também os aspectos lúdicos, como uma atitude de respeito ao quadro de fragilidade efetiva desses alunos, como descritos na fala abaixo:

As atividades que nós trabalhamos não são extensas, são atividades mais rápidas porque às vezes dependendo do estado clínico do aluno, você não pode tomar muito tempo, porque ele cansa, está se recuperando da doença. Então tem que ser atividades que ele consiga fazer ali mesmo, que comece a atividade e finalize no mesmo dia. [...]. Eventualmente, quando tem um aluno que fica mais tempo internado, podemos deixar uma atividade que ele possa resolver sozinho, uma atividade fácil que ele consiga entender. (PROF. H., 07/10/2012- Curitiba) (ZAIAS, 2011)

A prática pedagógica no ambiente hospitalar, que valoriza o aspecto lúdico, considera que jogos e brincadeiras são recursos para a promoção da aprendizagem, a construção do conhecimento e a abertura de um campo onde aspectos se encontrem com os elementos da realidade externa, possibilitando ao sujeito hospitalizado ou em tratamento de saúde: liquidar seus conflitos, compensar necessidades não satisfeitas e para a liberação e extensão de eu. (PIAGET, 1975)

Primeiramente o mais importante é o aluno-paciente conhecer o novo espaço que está inserido, e, por meio de atividades lúdicas, o professor pode trabalhar o reconhecimento deste novo espaço, da doença e de si próprio, no sentido de tranquilizá-lo acerca desse novo ambiente.

Dentre essas atividades lúdicas, pode-se citar produções artísticas como fantoches, desenhos, contações de histórias que são atividades onde crianças e adolescentes podem expressar seus sentimentos a respeito do novo universo que agora os sujeitos respeitarão a si mesmo e aos outros.

As datas comemorativas podem ser festejadas no hospital, e o aluno-paciente pode ajudar na elaboração de produções para enfeitar a classe hospitalar, pode confeccionar os convites para serem entregues às pessoas que vão ser convidadas para participar. Todas essas propostas geram certa expectativa, ao mesmo tempo em que promovem a produção de conhecimento.

Os meios de comunicação, como TV, vídeo, fotografias, computadores, entre outros, oferecem às crianças e adolescentes hospitalizados ou em tratamento de saúde, como instrumentos de inclusão social e de superação de desafios em ambientes adversos como os hospitais.

Percebe-se que muitos pacientes-alunos não possuem contato com essas tecnologias e, convencionalmente conhecido como espaço de doença e dor, os hospitais passam a ser espaço do lúdico e de novos conhecimentos. Porém, torna-se necessário a “[...] democratização da tecnologia para que, em redes, possam ser criados novos elos e possibilidades de ‘voos’ para que todas as crianças e adolescentes possam usar este instrumento como práticas de liberdade”. (PAULA, 2007, p. 333)

Sendo as intervenções em classe hospitalar pautadas pelo emprego de elemento lúdico e pontuadas pela possibilidade de aprender e ao menos tempo de contribuir para o enfrentamento do estresse da hospitalização ou do tratamento de saúde, são valiosas as práticas de outros profissionais, que juntamente com os professores de classe hospitalar, buscam a alegria, o humor e o riso para a saúde psíquica e bem-estar do paciente-aluno.

Esses profissionais são os voluntários: contadores de histórias, os Doutores da Alegria, e uma infinidade de artistas plásticos, músicos, atores teatrais que, preocupados com a qualidade de vida e humanização de crianças, adolescentes, adultos e idosos em espaços adversos, elaboram e realizam trabalhos de toda ordem. (LUCON, 2010, p. 133)

Para ilustrar o efeito dessas práticas, Masetti (1998), no livro *Soluções de palhaço: transformações na realidade hospitalar*, uma pesquisa realizada onde se verificou que o grupo de pesquisa apresentava de três a quatro vezes mais alterações que o grupo de controle. Dentre essas alterações, destaca-se a modificação do conteúdo das histórias contadas após a atuação dos palhaços, onde era muito nítido

perceber um enriquecimento de conteúdos, com enredo positivo ou final feliz, e também uma expressividade maior de conflitos. Outras alterações ainda foram percebidas, como o aumento de tamanho dos desenhos, uso variado de cores, e formas mais aprimoradas. Todas essas alterações indicam que, de alguma forma, houve uma expansão dos movimentos da criança e de sua forma de se posicionar diante da hospitalização.” (MASETTI, 1998, p. 72)

Portanto, a prática pedagógica do professor de classe hospitalar é trazer tudo para a educação, aproveitar qualquer motivo, qualquer movimento do paciente aluno, desde a hora das rotinas (do hospital), como o café da manhã, o almoço, a visita, os meios de comunicação que o ambiente dispõe, a participação dos voluntários, até a hora de fazer um exame, um tratamento ou ir ao banheiro. Tudo isso pode ser pedagógico, e é isso que marca o trabalho do professor de classe hospitalar.

A primeira tarefa do professor é conhecer o aluno com os quais irá trabalhar. Nesse sentido, a nossa capacidade de escuta, de observação e de registro é fundamental, pois nas conversas com eles, nas suas brincadeiras, nas relações que vão estabelecendo com os objetivos e os seres que os rodeiam, nos vão dando indicativos das suas necessidades, interesses e formas de aprender. Mas nada impede que o professor escolha metodologias de acordo com a adequação delas à idade ou às possibilidades do aluno enfermo, à natureza do trabalho, ao tipo de temática ou aos conteúdos que pretende desenvolver ou ainda, aos tempos e espaços disponíveis à sua realização no hospital. (ZAIAS, 2011, p. 103)

Dentre as experiências de acompanhamento do currículo escolar na classe hospitalar pode-se destacar que há hospitais que conseguem fazer uma ponte com a escola de origem do aluno-paciente. Porém, essa ação nem sempre é possível, o que demanda do professor a procura de novas maneiras de se fazer o acompanhamento curricular.

Outra maneira de se fazer este acompanhamento a qual a classe hospitalar do HUPES se apoia, denomina-se Pedagogia de Projetos que, segundo Bezerra (2002) é um sistema que trabalha com questões e situações-problema da vida real. São situações que os sujeitos de aprendizagem vivenciam cotidianamente e que são traduzidos para o contexto escolar com o objetivo de reorganizar os conteúdos a serem trabalhados a partir de metas estabelecidas pelos próprios alunos e professores. (BEZERRA, 2002)

Pode-se dizer que a Pedagogia de Projetos auxilia o trabalho com sala multisseriadas, tanto na escola formal como na classe hospitalar, que exige do professor reger em um mesmo espaço o trabalho com alunos de diferentes níveis de escolarização, socioeconômicos e necessidades educativas especiais.

Acredita-se que essa configuração ajuda o professor a criar estratégias para atender à diversidade, presente tanto na escola formal como na classe hospitalar. Desse modo, para atender a diversidade dos alunos, e contornar a dificuldade de estabelecer uma ponte entre o hospital e a escola de origem do aluno-paciente, faz-se a opção pelo trabalho com base na Pedagogia de Projetos.

Essa proposta, além de oportunizar o trabalho com as diversas áreas do conhecimento e de priorizar assuntos que fazem parte da realidade dos alunos, favorece rica interação entre as crianças e adolescentes através da promoção da ajuda mútua.

Portanto, por meio da Pedagogia de Projetos, o acompanhamento curricular é feito em conjunto entre professor e seus educandos, permitindo uma conexão entre a escola (seja em uma escola regular ou uma classe hospitalar) e a realidade do aluno, de maneira a construir estratégias para que juntos possam refletir sobre suas necessidades e possibilidades.

No que concerne à dinâmica da aprendizagem para as crianças internadas Silva (2009, p. 83) afirma que:

[...] ensinar e aprender são construtos que comportam o conceito de que todos têm capacidade para ensinar e aprender (ensinantes e aprendentes), o que é muito verificado entre as crianças e os adolescentes que estão internadas, não somente os alunos mais capazes, em função do potencial de tutores, mas aquele que também puder se valer da ajuda de outras pessoas (inclusive os acompanhantes). Este processo se constitui em instrumento extremamente útil em relação à diversidade, baseado no poder de colaboração entre os alunos e a comunidade escolar ativa.

Silva (2009, p. 83), acrescenta ainda que isso:

[...] inclui compreender que as crianças e os adolescentes que vivenciam ou passaram por uma situação de hospitalização, muito embora já reconhecidos no âmbito das políticas de Saúde e Educação, necessitam ser alcançados e reconhecidos como alunos potenciais da educação escolar que se quer inclusiva. A ausência do reconhecimento de suas reais possibilidades e capacidades limitam e embaçam o olhar daqueles que supostamente na ordem social de sua

acolhida, após afastamento de sua convivialidade cotidiana em razão de adoecimento, a escola e seus professores, lhes negam a atenção e o cuidado.

### **3.4.8 Os processos de avaliação discente e institucional**

Esse item envolve o processo de avaliação no âmbito de aprendizagem dos alunos-pacientes e no que concerne ao sistema de acompanhamento e avaliação dos objetivos, metas e missão do projeto político – pedagógico ao qual se propõe este documento.

A avaliação institucional consiste em assegurar a continuidade das atividades da classe hospitalar do HUPES, verificando o que não está correto, os acertos e os resultados positivos e, a partir dessas informações, tomar posição que proporcionem mudanças, estabeleçam alternativas, elaborem melhorias e ampliações das atividades e da implementação de mudanças necessárias a retomada da missão.

A avaliação será realizada anualmente com a participação da pedagoga, alunos-pacientes, chefia da Gestão de Ensino do HUPES e se configura como um momento oportuno de refletir, avaliar, criticar e propor mudanças visando sempre a melhoria e a qualidade do trabalho desenvolvido na classe hospitalar do HUPES.

A avaliação do ensino-aprendizagem da classe hospitalar do HUPES focaliza suas ações a fim de reorientar o processo pedagógico de uma forma intencional e planejada. Nesse aspecto ainda que a dinâmica estrutural desse espaço seja pautada por uma rotatividade de crianças/adolescentes que muitas vezes participam durante um curto período das atividades propostas, as ações pedagógicas desenvolvidas não são esvaziadas do processo avaliativo.

Estudiosos contemporâneos como Hoffmann, Luckesi e Vasconcelos apontam a preocupação em superar as práticas avaliativas classificatórias que excluem, selecionam e segregam os sujeitos dentro de uma lógica quantitativa.

Diante dessa concepção restrita há que problematizar o fazer docente diante de novas maneiras de se pensar a prática avaliativa que possibilite aos professores o exercício de uma ação pedagógica que responda de modo efetivo às necessidades e exigências educacionais.

A concepção de avaliação aqui defendida é pautada num processo contínuo, diagnóstico, dialético e deve ser tratada como parte integrante das relações de ensino-aprendizagem numa perspectiva formativa.

Desse modo dois processos que devem orientar a prática avaliativa do fazer pedagógico, são eles: diagnosticar e decidir. Diagnosticar, permite a constatação do estágio do desenvolvimento neuropsicomotor, moral e afetivo em que crianças e adolescentes se encontram. Decidir, consiste na tomada de posicionamento e orientação para mediar as situações de aprendizagem recorrendo a novos recursos e alternativas de ação que desafiem o aluno a avançar no que concerne o seu processo de construção do conhecimento.

A avaliação no contexto da classe hospitalar tem um caráter singular, pois ela não se traduz restritamente por instrumentos avaliativos, tais como prova, teste, seminários com fins de aferição de notas para a promoção ou retenção do aluno. A sua função consiste em ser um terreno facilitador para aprendizagens e práticas flexíveis que dimensionem e auxiliem a criança e ao adolescente hospitalizado a prosseguir continuamente na construção da sua aprendizagem.

Dentre outras finalidades, a avaliação é contínua. Traduzida nos termos que comporão os relatórios destinados às escolas de origem, a avaliação visa instrumentalizar professores dos sistemas regulares de ensino na tarefa de inserção e/ou reinserção escolar das crianças e adolescentes outrora hospitalizados.

A avaliação não se midiatiza alheia aos processos pedagógicos e expressa a concepção de aprendizagem e intencionalidade.

Outra fase do processo e avaliação é a devolutiva a escola comum e/ou a família, pode ser feita por meio de relatório descrevendo as atividades que o aluno paciente realizou durante o período de internação.

O relatório poderá ser enviado diretamente para a escola regular ou entregue ao responsável que terá a missão de entregar na escola para que o aluno possa dar continuidade aos seus estudos sem grandes prejuízos. Também pode ser encaminhado para a escola regular é melhor aceito quando há um convênio estabelecido entre a classe hospitalar e a secretaria de educação, podendo ser com o estado ou o município.

### 3.5 OS BENEFÍCIOS DA CLASSE HOSPITALAR PARA A EDUCAÇÃO DAS CRIANÇAS INTERNADAS

A Classe Hospitalar, conforme descrita pelo Ministério da Educação (ME), é uma modalidade de atendimento prestada a crianças e adolescentes internados em hospitais. Ela parte do reconhecimento de que as crianças, uma vez afastadas da rotina escolar, e impossibilitadas da convivência em comunidade, vivem sob o risco de fracasso escolar e exclusão.

Ela ainda garante 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.

São muitos os benefícios que o atendimento educacional hospitalar proporciona. Destacamos alguns abaixo:

- Possibilita continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem dos alunos;
- Colabora na socialização da criança e do jovem por meio de um processo de inclusão no grupo constituído no hospital;
- Desenvolve os aspectos cognitivos, socioafetivos e psicomotor atuando as dificuldades que possam vir a ocorrer;
- Acelera a recuperação da saúde reduzindo os efeitos traumáticos da hospitalização causado pela chegada da doença;
- Transforma o período da internação hospitalar em tempo de construção de conhecimento por meio de estimulação individual e grupal;
- Contribui também para o enfrentamento da hospitalização, atenuando o sofrimento e a dor que por motivo de internação hospitalar, impossibilitadas/os de participar de seu meio sociocultural e escolar;
- Possibilita ainda ao aluno acompanhar as atividades e avaliações da sua escola formal diminuindo os prejuízos e evitando a evasão e repetência;
- Devolve um pouco da normalidade da vida ao aluno.

No sentido de alcançar os objetivos e benefícios, a prática pedagógica deve a todo momento ser revista e reelaborada visando atender as necessidades de cada aluno-paciente.



### 3.6 CONTRIBUTOS DA PSICOPEDAGOGIA À CLASSE HOSPITALAR NO PROCESSO DA APRENDIZAGEM

A psicopedagogia tem como principal objeto, o processo de aprendizagem do sujeito, levando em consideração os aspectos físicos, emocionais, cognitivos e ambientais.

Psicopedagogia, de acordo com o código de ética da Associação Brasileira de Psicopedagogia (ABPp), é um campo de atuação em educação e saúde que se ocupa do processo de aprendizagem considerando o sujeito, a família, a escola, a sociedade e o contexto sócio-histórico, utilizando procedimentos próprios, fundamentados em diferentes referenciais teóricos. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOPEDAGOGIA, 2021)

Indica como objetivos da sua atividade: a promoção da aprendizagem, contribuindo para os processos de inclusão escolar e social; a compreensão e proposições de ações frente às dificuldades de aprendizagem; a realização de pesquisas científicas no campo da Psicopedagogia; e a mediação de conflitos relacionados aos processos de aprendizagem.

Sendo assim, é um campo que trabalha com a interdisciplinaridade quando recorre a outras diversas áreas do conhecimento como linguística, a medicina, a matemática, a pedagogia, psicologia, entre outras. Cria ações para nossa própria trajetória enquanto aprendentes e ensinantes, enquanto seres viventes na complexa gama de relações que estabelecemos com o nosso tempo e espaço humano. Aprendemos o tempo todo e dessa forma buscamos os sentidos e significados das coisas, das ações que realizamos, do que desejamos, num processo incessante assimilação e acomodação, de construção e reconstrução dessa aprendizagem.

De acordo com Visca (1987), seu âmbito de abrangência vai do indivíduo, ao grupo, a instituição e a comunidade, assim seu campo de atuação está onde se faz necessário aprender a aprender, na clínica, ou na instituição.

Em uma atuação mais específica, podemos afirmar que a psicopedagogia hospitalar tem como principal alvo contribuir junto aos profissionais na recuperação dos alunos internados.

Na perspectiva psicopedagógica, o aluno internado, apesar da condição momentânea (ou não) pode aprender resignificando seu viver para reconhecer-se na busca de novas possibilidades de autorrealização. Possibilita ainda a estimulação da conscientização do sujeito para adesão ao tratamento e busca pessoal de forças, para a superação de alguns agravos de sua saúde ou mudanças de programação de vida frente ao adoecimento. Ao ter consciência do que está ocorrendo, o sujeito pode melhor reestruturar-se. No caso das crianças, os pais ou responsáveis, poderão redirecionar da melhor forma de conduzir a nova rotina infantil. Assim, a ansiedade e as preocupações diminuem trazendo uma certa tranquilidade. As informações devem ser simples e verdadeiras de modo que haja um entendimento claro e preciso tanto para a família quanto para a criança.

Além disso, a doença, quando não compreendida pela criança e até pelo adulto, é razão de duplo sofrimento, pela doença em si e pelo afastamento de seu meio de convívio e desenvolvimento educacionais, sociais e profissionais. A Psicopedagogia permite, ainda, e com grande sucesso, que este paciente se habilite como agente ativo do seu próprio processo de tratamento, recuperação e promoção da saúde. (PSICOPEDAGOGIA, 2007)<sup>10</sup>

Nesse sentido, segundo Bastos (2015, p. 32), “é fundamental possibilitar ao sujeito falar livremente, falar sobre suas produções e dificuldades, falar de si e de sua subjetividade, para que gradativamente ele possa mudar seu lugar simbólico, sua posição diante do saber e de si próprio”.

Acompaña (2015, p.11), afirma que no contexto hospitalar o psicopedagogo não trabalha com a dificuldade de aprendizagem, mas sim cria situações de aprendizagem que permitam que o paciente se sinta “vivo”, capaz, interligado ao mundo externo, apesar de estar hospitalizado. A psicopedagogia hospitalar possibilita o resgate do paciente para a aceitação, aumento da autoestima e da segurança, na busca de assegurar uma boa recuperação, e tranquilizar as inquietações que surgem com as incertezas sobre a doença e o tratamento.

---

<sup>10</sup>Reflexões compiladas da palestra do evento Psicopedagógico Sedes Sapientiae, realizado em agosto de 2007, e das entrevistas com os profissionais participantes. Palestrante: Maria Irene Maluf. Mediadores: Vera Rossetti Ferretti e Elísa Quadros Fagali. Composição do texto: Ana Szpiczhowski, Fernanda Cury.

Deve ainda sensibilizar e conscientizar os setores da saúde e educação, acerca da condição de aprendizagem, respeitando a singularidade de cada aluno. Para isso é necessário conhecer todo o processo hospitalar e ter uma escuta psicopedagógica voltada para a humanização praticando o exercício do olhar e de enxergar o outro além do que os olhos poder ver, devendo estar, portanto, atento aos conflitos que possam atravessar a estada do aluno paciente, enquanto se mentem internado.

Nesse contexto humanizador, é importante que as atividades propostas atenuem a situação de sofrimento do paciente e também dos familiares que muitas vezes desenvolvem um controle excessivo diante do paciente por medo e receio de uma perda maior, como a da morte, por exemplo.

No geral, todos os esforços devem ser direcionados para uma ação coletiva e integral, que envolva a família e a escola, garantindo-lhes os direitos estabelecidos em Lei.

A psicopedagogia no contexto hospitalar propõe uma atuação de interlocução com crianças hospitalizadas e em tratamento, contribuindo com os outros profissionais na promoção da saúde, embasada na técnica, na prática e na compreensão do sujeito em todas as suas dimensões, investigando o processo de aprendizagem e a relação estabelecida pela criança consigo mesma. (ACAMPORA, 2015)

Nesse sentido, o psicopedagogo também traz consigo uma ação pedagógica que se estende quando da sua atuação no campo da saúde.

A Psicopedagogia ajuda o paciente a obter vínculos com os conhecimentos básicos e desenvolver as competências psicossociais. A escola é a oportunidade para aquisição de novos conhecimentos e de inserção no meio social, aspecto importante e necessário para seu crescimento como sujeito que vive em sociedade. Na internação tudo se torna mais difícil fica comprometido parte desse processo pois a vida interrompe bruscamente para assumir uma outra rotina inesperadamente. Por vezes, por longos períodos ou por períodos intermitentes, alterando sua autoimagem e autoestima e as suas possibilidades de voltar a se inserir no mundo escolar.

Uma das preocupações do psicopedagogo no âmbito hospitalar se dá quando da alta do paciente já que surge a necessidade de outra postura de vivência, uns tem alta, mas continuam com o tratamento em domicílio, outros precisam retornar ao hospital periodicamente para usufruir de tecnologias que só podem ser ministradas no

âmbito médico hospitalar e outros retornam até mesmo para revisões periódicas antes de uma alta definitiva. Nesse contexto, faz-se imperativo que o trabalho psicopedagógico tenha continuidade ao acompanhamento disponibilizando suas contribuições na caminhada pelo cuidado humano sem perder de vista os pilares educacionais.

É sob essa perspectiva que a psicopedagogia se empenha em conhecer, refletir, planejar e intervir no processo de aprendizagem dos alunos nessas condições, dadas suas características singulares, que demandam de intervenções eficazes direcionadas a uma perspectiva diferenciada, quer seja na escola regular, quer seja em diferentes contextos de aprendizagem. (DANTAS; CASTANHO, 2019)

A psicopedagogia se preocupa especialmente com o estudo da teoria e da práxis do desenvolvimento da aprendizagem de pessoas, sejam crianças, adultos ou pacientes idosos, em qualquer situação de internação. Ao mesmo tempo intervém tanto no grupo familiar quanto no dos profissionais da saúde lidando assim com o hospital como um todo interdisciplinar. (VALLE; BOMBONATTO; MALUF, 2008)

De qualquer forma, o sujeito está sempre em estado de aprendizagem, esteja ele em qualquer período da sua vida e essa busca da aprendizagem cogita a possibilidade de autorrealização. Diante do exposto, entende-se que este profissional atua também como um agente de mudança que contribui para o autoconhecimento, a autonomia, a vontade de aderir ao tratamento e a aprender sobre si para que a cura seja o mais breve possível.

### 3.7 APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO

Atualmente sabemos, por meio dos resultados das pesquisas científicas, que embora o cérebro seja incapaz de se regenerar ele possui uma capacidade de se reorganizar, ou seja, de se adaptar, de modificar o processamento das informações e que essa capacidade de modificação e rearranjo das redes de neurônios formam novas sinapses. Assim múltiplas possibilidades de respostas ao ambiente tornam-se possíveis, pois o cérebro é altamente maleável e com os estímulos, adequados e intensos, pode-se modificar a estrutura cerebral desenvolvendo novas habilidades.

Sendo assim, não há como se falar do campo psicopedagógico sem abordar o processo de aprendizagem. Sob esse ponto de vista, já é sabido que este processo

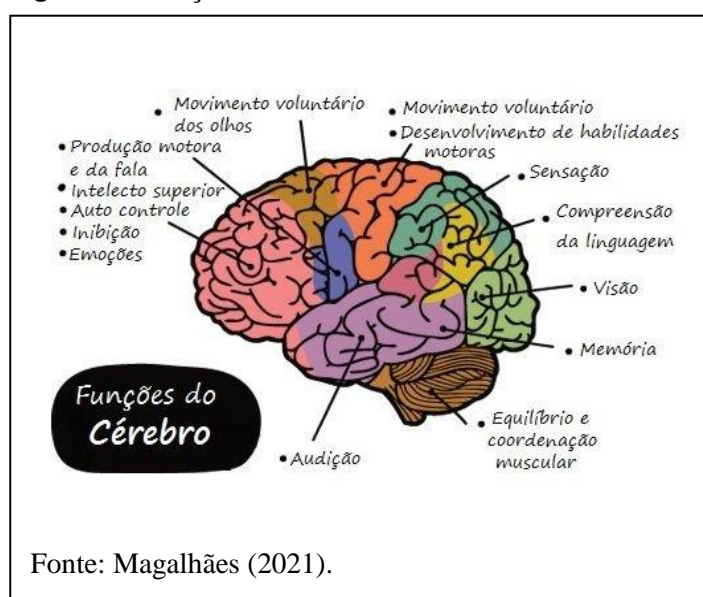
perpassa inevitavelmente pelo cérebro, mais precisamente no sistema nervoso central, como também está ligada a processos emocionais, ambientais, e metodologias utilizadas pelos professores.

Os conceitos estão constantemente sendo revistos e ganhando novos significados; com a Psicopedagogia não podia ser diferente, visto que o pensar reflexivo sobre esta área do conhecimento se constitui uma das importantes tarefas a serem desempenhadas por quem lhe tem como campo de ação, profissionalizante dedicação e estudo.

Segundo Reivas (2018), a aprendizagem é uma modificação biológica na comunicação entre os neurônios formando uma rede de interligações que podem ser evocadas e retomadas com relativa facilidade e rapidez todas as áreas cerebrais estão envolvidas no processo de aprendizagem, inclusive a emoção.

Como pode ser visto na Figura 3, são inúmeras as funções cerebrais. Se tais funções estão funcionando como o esperado, então a aprendizagem ocorre de maneira mais simples. Caso haja algum tipo de dano, a aprendizagem pode ocorrer com dificuldade ou até mesmo não ocorrer.

**Figura 3 - Funções do cérebro**



Sendo assim, é importante diferenciar os conceitos básicos entre dificuldades de aprendizagem e transtornos de aprendizagem. De forma bastante simples é possível dizer que a dificuldade deve ser vista como passageira sendo estas mais fáceis de serem tratadas. Já os transtornos são de origem neurobiológica e comumente é uma condição que acompanhará o sujeito diariamente, embora em alguns casos, seja possível amenizar a situação com terapias somado a um atendimento por equipe multiprofissional.

Para Sampaio (2019, 90):

Transtorno de aprendizagem ou dificuldade de aprendizagem específica (learning disabilities) se define como 'um transtorno em um ou mais dos processos psicológicos básicos implicados na compreensão ou no uso da linguagem falada ou escrita, que pode se manifestar em uma habilidade imperfeita para escutar, falar, ler, escrever, soletrar, ou fazer cálculos matemáticos' [...] Encontramos entre os transtornos de aprendizagem as dislalias, disfasias, dislexias, disgrafias, discalculias, transtorno não verbal do aprendizado. Os problemas de aprendizagem podem se apresentar em razão de uma metodologia inadequada, método de alfabetização inadequado, privação cultural e econômica, má-formação docente, falta de planejamento das atividades, desconhecimento da realidade cognitiva dos alunos. Dessa forma, não existe uma adaptação curricular a realidade socioeconômica do aluno.

É sob essa perspectiva que a psicopedagogia se empenha em conhecer, refletir, planejar e intervir no processo de ensino aprendizagem dos alunos nessas condições, dadas suas impossibilidades momentâneas ou não.

As dificuldades de aprendizagem podem derivar de causas emocionais, do nível de pensamento, de diferenças funcionais ou de alterações no desenvolvimento das funções. (VISCA, 2008)

Segundo Rotta, Ohlweiler e Riesgo (2016), a partir de uma abordagem neurobiológica do aprendizado, podemos admitir a existência de uma interface entre duas áreas de atuação: a educação e saúde. E refletir isso se deve à atuação conjunta de diversas regiões do cérebro.

Piaget (1996), corrobora afirmando que o processo de aprendizagem é um processo vivo, dinâmico que se origina da ação e é decorrente da interação do sujeito com o meio e o objeto. Assim a aprendizagem é um processo contínuo que reflete o seu grau de desenvolvimento intelectual.

É um processo amplo por estar permeado de outros processos que envolvem os aspectos cognitivos, emocionais, orgânicos, psicossociais e culturais, estes são adquiridos ou modificados a partir de novas vivências que geram novos conhecimentos, habilidades e atitudes.

O trabalho Psicopedagógico traz peculiaridades como fonte geradora do conhecimento informativo e intelectual, prezando pelo bem-estar físico do sujeito na busca da aceitação e da resiliência da condição momentânea sem perder o aspecto da busca pela motivação para a cura.

Nessa perspectiva, esse profissional trabalha de forma singular em um ambiente plural buscando agir de forma que atenda integralmente o paciente agindo em parceria entre as áreas de saúde e educação com o objetivo de facilitar sua reinserção nos ambientes escolar, social, familiar, de maneira mais natural possível após a alta médica.

### **3.7.1 Processos neuropsicológicos que auxiliam a aprendizagem**

Como a psicopedagogia trabalha diretamente com a aprendizagem, é necessário abordar de que forma esse processo complexo acontece.

De acordo com Estanislau e Bressan (2014), o desenvolvimento humano é um processo extraordinariamente complexo que tem início assim que o embrião é concebido. A partir desse momento, uma sucessão incontável de eventos transforma uma única estrutura celular em um ser humano completo, capaz de pensar, sentir, interagir, com o mundo a sua volta. Tudo isso está relacionado a um conjunto de processos que tem sido estudado pelos mais variados campos da ciência como por exemplo a pedagogia e neuropsicologia a fim de compreender como apreendemos tantos estímulos e como nossa mente pode ainda mais ser explorada. Dessa forma, esse ser complexo, está pronto para as diversas aprendizagens que a vida lhe impõe.

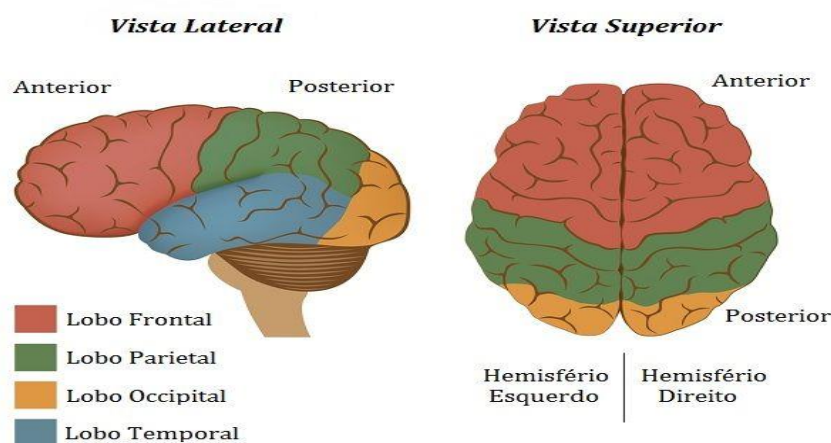
Em atividade, o cérebro passa por inúmeras transformações complexas, essas transformações são marcadas por todo processo de desenvolvimento que dão vazão a possibilidades de aprendizagens. Esse processo é influenciado pela herança

genética que cada um carrega. E depende também da plasticidade cerebral<sup>11</sup> já que o cérebro continua sendo plástico ao longo da vida.

O cérebro é dividido em dois hemisférios, o lado esquerdo e o direito. Assim, as duas metades cerebrais são responsáveis por desempenhar funções diferentes. Além disso, os lados cerebrais controlam as partes opostas do corpo. Ou seja, o lado esquerdo controla os estímulos do lado direito e vice-versa. Os dois hemisférios juntos possuem quatro partes: lobo frontal, temporal, parietal e occipital. Cada lobo recebe o nome de acordo com a localização em relação aos ossos do crânio.

No lobo frontal, localizado na parte da frente do cérebro (testa), acontece o planejamento de ações e movimento, bem como o pensamento abstrato. Nele estão incluídos o córtex motor e o córtex pré-frontal. Conforme Figura 4 abaixo.

**Figura 4 - Partes do cérebro**



Fonte: Magalhães (2021).

<sup>11</sup> Plasticidade Cerebral é a capacidade que o cérebro tem de modificar sua estrutura ante a uma experiência de vida (boas ou más) e assim possibilitar a aprendizagem.



O córtex motor controla e coordena a motricidade voluntária, sendo que o córtex motor do hemisfério direito controla o lado esquerdo do corpo do indivíduo, enquanto que o do hemisfério esquerdo controla o lado direito. Um trauma nesta área pode causar fraqueza muscular ou paralisia.

A aprendizagem motora e os movimentos de precisão são executados pelo córtex pré-motor, que fica mais ativa do que o restante do cérebro quando se imagina um movimento sem executá-lo. Lesões nesta área não chegam a comprometer a ponto de o indivíduo sofrer uma paralisia ou problemas para planejar ou agir, no entanto a velocidade de movimentos automáticos, como a fala e os gestos, é perturbada.

De acordo com Pinto (2012, p. 28), “os pensamentos são processados nos lobos frontais, região mais anterior do cérebro localizado bem atrasada testa, nitidamente são mais desenvolvidas nos humanos que nos outros animais”

A atividade no lobo frontal de um indivíduo aumenta somente quando este se depara com uma tarefa difícil em que ele terá que descobrir uma sequência de ações que minimize o número de manipulações necessárias para resolvê-la. A decisão de quais sequências de movimento ativar e em que ordem, além de avaliar o resultado, é feito pelo córtex-frontal, localizado na parte da frente do lobo frontal. Suas funções incluem o pensamento abstrato e criativo, a fluência do pensamento e da linguagem, respostas afetivas e capacidade para ligações emocionais, julgamento social, vontade e determinação para ação e atenção seletiva. Lesões nesta região fazem com que o indivíduo fique preso obstinadamente a estratégias que não funcionam ou que não consigam desenvolver uma sequência de ações correta.

Localizados na parte inferior do cérebro e cobertos pelo córtex cerebral, os lobos occipitais processam os estímulos visuais, daí também serem conhecidos por córtex visual. Possuem várias subáreas que processam os dados visuais recebidos do exterior depois destes terem passado pelo tálamo, uma vez que há zonas especializadas a visão da cor, do movimento, da profundidade, da distância e assim por diante. Depois de passarem por esta área, chamada área visual primária, estas informações são direcionadas para a área de visão secundária, onde são comparadas com dados anteriores, permitindo assim o indivíduo identificar, por exemplo, um gato, uma moto ou uma maçã. O significado do que vemos, porém, é dado por outras áreas do cérebro, que se comunicam com a área visual, considerando as experiências

passadas e nossas expectativas. Isso faz com que o mesmo objeto não seja percebido da mesma forma por diferentes indivíduos. Quando esta área sofre uma lesão provoca a impossibilidade de reconhecer objetos, palavras e até mesmo rostos de pessoas conhecidas ou de familiares. Esta deficiência é conhecida como agnosia e prejudica a aprendizagem.

Na zona localizada acima das orelhas e com a função principal de processar os estímulos auditivos encontram-se os lobos temporais. Como acontece nos lobos occipitais, as informações são processadas por associação. Quando a área auditiva primária é estimulada, os sons são produzidos e enviados à área auditiva secundária, que interage com outras zonas do cérebro, atribuindo um significado e assim permitindo ao indivíduo reconhecer ao que está ouvindo.

Na região superior do cérebro temos os lobos parietais, constituídos por duas subdivisões, a anterior e a posterior. A primeira, também chamada de córtex somatossensorial, tem a função de possibilitar a percepção de sensações como o tato, a dor e o calor. Por ser a área responsável em receber os estímulos obtidos com o ambiente exterior, representa todas as áreas do corpo humano. É a zona mais sensível, logo ocupa mais espaço do que a zona posterior, uma vez que tem mais dados a serem interpretados, captados pelos lábios, língua e garganta. A zona posterior é uma área secundária e analisa, interpreta e integra as informações recebidas pela anterior, que é a zona primária, permitindo ao indivíduo se localizar no espaço, reconhecer objetos através do tato etc.

Em resumo, segundo Pinto (2012, p. 38), o hemisfério direito:

[...] é semelhante, ao esquerdo, mas geralmente a linguagem fica a cargo desse último, segundo conhecimento científico, podemos identificar e relacionar o lobo frontal com o controle do movimento do corpo, da fala, do comportamento e da emoção. Já o lobo parietal está relacionado com a área das sensações e da linguagem. O lobo temporal se relaciona com a audição e com o processamento de informações e o lobo occipital tem a ver com a visão.

Afirma ainda que em última análise, o cérebro recebe informações (visão, olfato, tato, paladar e audição) por meio dos cinco principais canais sensoriais de entrada, ou seja, os sentidos. Qualquer tipo de ineficácia em uma dessas áreas, influencia diretamente na aprendizagem. Devemos considerar ainda que o ambiente em que o

sujeito está inserido também é um ponto de influência na aprendizagem já que recebe diversos estímulos que vem do ambiente desde o seu nascimento.

### 3.7.1.1 Funções executivas

É conjunto de habilidades mentais que regulam o nosso pensamento, ações e comportamento a partir de experiências passadas com objetivos de realizar ações no presente ou atingir metas futuras, evitando as distrações ou as interferências para conseguir os objetivos planejados. Estes estímulos distrativos podem proceder de estímulos internos ou externos. (MORTON, 2013)

Para buscar o equilíbrio é necessário manter a concentração durante o tempo de realização da tarefa, com momentos de distrações e novamente retornar a atividades com a concentração.

A família juntamente com a escola pode ajudar muito no aprimoramento das habilidades executivas das crianças. É importante trabalhar de forma personalizada e com estratégias que melhor irão atender as necessidades. Ensinar as habilidades executivas a uma criança, oferecendo sempre palavras de encorajamento e fazer observações claras e específicas, são elementos essenciais no processo.

A função executiva perdura por toda vida, mas é na infância que a criança e o adolescente precisam de mais ajuda dos pais e da escola para direcionar melhor o processo de desenvolvimento intelectual.

Nesse sentido, pode-se ajudar com jogos diversos educativos, mostrar como problemas grandes e difíceis podem ter soluções pequenas e fáceis e aprender a se posicionar positivamente diante de tarefas difíceis, aprender um outro idioma ou a tocar um instrumento musical também podem ajudar no desenvolvimento das funções executivas.

Para Dantas e Castanho (2019), essas funções são requisitadas quando não podemos responder aos estímulos ambientais de forma automática e precisamos ter uma elaboração mais profundas das respostas do ambiente. Divide-se em funções de inibição, de ação da memória operacional e flexibilidade cognitiva.

As funções executivas, portanto, é a capacidade de nos comportarmos de forma autônoma, intencional e planejada.

### 3.7.1.2 Funções conativas

As funções conativas não podem ser separadas das funções de processamento nem das funções executivas da informação, pois ela sustenta a motivação, o desejo, o esforço, a curiosidade para aprendizagem. Mas em caso de fracasso escolar, essa função pode gerar estados emocionais opostos como a desmotivação, o desprazer, o desencanto, a frustração, a fuga, a rejeição e a indisciplina.

Em traços simples, as funções conativas são as punções ou impulsão energética das funções cognitivas, e porque estão adstritas à performance e ao desempenho, elas cooperam com as funções executivas na otimização comportamental e na aprendizibilidade permanente. (FONSECA, 2014)

Para finalizar Fonseca (2014, 241) afirma que:

O treino de funções cognitivas, conativas e executivas é, quanto a nós, uma das chaves do sucesso escolar e do sucesso na vida, quanto mais precocemente for implementado, mais facilidade tende a emergir nas aprendizagens subsequentes.

O aperfeiçoamento e o enriquecimento da *tríade* de funções mentais da aprendizagem resultam de uma *alquimia neuropsicopedagógica* complexa porque elas influenciam-se mutuamente em termos de comportamento, de performance e produtividade.

### 3.7.1.3 Funções cognitivas

O termo cognição é, conseqüentemente, sinônimo de "*acto ou processo de conhecimento*", ou "*algo que é conhecido através dele*", o que envolve a coativação integrada e coerente de vários instrumentos ou ferramentas mentais, tais como: atenção; percepção; processamento (simultâneo e sucessivo); memória (curto termo, longo termo e de trabalho); raciocínio, visualização, planificação, resolução de problemas, execução e expressão de informação. Naturalmente que tais processos

mentais decorrem por um lado da transmissão cultural intergeracional, e por outro, da interação social entre seres humanos que a materializam. (FONSECA 2014)

O desenvolvimento humano é marcado por extraordinárias transformações cerebrais, tais transformações possibilitam a aprendizagem de inúmeros habilidades que se desenvolvem pelo aperfeiçoamento dos sistemas sensoriais, motores e das funções cognitivas. (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014)

As funções cognitivas estão focadas na percepção, atenção, memória, linguagem que se desenvolvem no lobo frontal do cérebro. A memória e aprendizagem trabalham juntos e em equilíbrio. Dessa forma, não seria a aprendizagem sem a memória, então a ação de consolidação de um conhecimento é a memória.

Existem dois tipos de memórias, a saber: memória de curto prazo: duração limitada e quantidade limitada, e memória de longo prazo: duração ilimitada e quantidade ilimitada. O Hipocampo é a principal área do cérebro que exerce um papel fundamental na memória e na aprendizagem sendo capaz de converter memórias de curto para longo prazo. Lesões nessa área impossibilitam a consolidação de novas lembranças.

De maneira geral, o conceito de fazer memória também tem sido ampliado para a “habilidade de adquirir, armazenar e evocar informações.” (WILSON, 2011, p. 21)

## **4 EDUCAÇÃO E SAÚDE: O ENTRELAÇAMENTO DAS POLÍTICAS DE CUIDADO JUNTO AOS ALUNOS-PACIENTES INTERNADOS EM ENFERMARIA PEDIÁTRICA.**

### **4.1 A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O SUS COMO DISPOSITIVO DE HUMANIZAÇÃO**

A Política Nacional de Humanização existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, o Plano Nacional de Humanização (PNH), conta com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF e equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde. Com a análise dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde e tomando por referência experiências bem-sucedidas de humanização, o PNH tem sido experimentada em todo o país.

Tem como alvos, o fortalecimento de iniciativas de humanização existentes; o desenvolvimento de tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção; o aprimoramento e a oferta e a divulgação de estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão; a implementação dos processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.

Para alcançar os alvos supracitados, o HumanizaSUS trabalha com três macro objetivos, a saber: 1. Ampliação das ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários; 2. O incentivo a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil e, 3. A divulgação da Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção

de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições. (BRASIL, 2021b)

Suas atribuições perpassam pela valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de Atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania, destacando-se as necessidades específicas de gênero, étnico – racial, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (população negra, do campo, extrativista, povos indígenas, quilombolas, população em situação de rua, etc.); pelo fortalecimento do trabalho em equipe, fomentando a transversalidade e a grupalidade; do apoio a construção de redes de saúde cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde; da viabilização da autonomia e protagonismo do ser humano e coletivos implicados na rede do SUS; do estabelecimento da corresponsabilidade desses seres humanos nos processos de gestão e atenção; do fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS; da democratização das relações de trabalho e valorizar os trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente em saúde; e da valorização da ambiência, com organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores.

O fazer humanizado deve considerar a individualidade como primordial na relação entre o paciente e a equipe multiprofissional.

Sendo assim, humanizar significa valorizar todos os atores que fazem parte da produção da saúde e vem lastreada por valores tais como a “autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.” (BRASIL, 2004, p. 4)

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, o PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes

produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

A prática da Humanização requer uma atuação profissional voltada para a multiplicidade humana, assumindo uma postura ética que reflita disposição de acolhimento e solidariedade ao outro e, do desenvolvimento das potencialidades e reconhecimento dos limites do aluno/paciente. (ASSIS, 2009)

O Sus apresenta o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização o trabalhador e ainda a defesa dos direitos dos usuários com suas principais diretrizes.

Amiúde, podemos entender que o acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. Sendo assim, acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde e deve acontecer na forma de uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

A cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão - que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo. Dessa forma, a organização e experimentação de rodas é uma importante orientação da cogestão. Rodas para colocar as diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção. O PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e



aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde.

A ambiência deve criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. Isso deve acontecer na discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde.

A clínica ampliada e compartilhada refere-se a uma é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. Utiliza-se de recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

No que se refere a valorização do trabalhador, é importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. O Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são possibilidades que tornam possível o diálogo, intervenção e análise do que gera sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no serviço de saúde. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão.

E como última diretriz, mas não menos importante apresenta a defesa dos direitos dos usuários. Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

Porém, segundo Viegas (2020, p. 51), às vezes os médicos e as enfermeiras conversam entre si perto do leito sobre o que está acontecendo, planejam condutas – eles deviam fazer isso longe do paciente, a criança entende muita coisa e o medo aumenta. O mesmo autor afirma ainda que a hospitalização geralmente é traumática em qualquer classe social.

A criança deixa sua casa, sua família, seus amigos, seus animais de estimação, os brinquedos, a escola, o seu ambiente natural e passa a viver em um ambiente estranho – por melhor que seja, as pessoas são diferentes, a maioria é desconhecida, algumas transmitem simpatia e carinho, outras não.

A humanização tem por obrigação atenuar esses efeitos para que o paciente se sinta mais tranquilo e acolhido na sua estada no hospital. Essa ação depende diretamente do comportamento dos profissionais envolvidos no tratamento desse sujeito.

Deve funcionar então como uma grande engrenagem mecânica, onde tudo deve funcionar perfeitamente, cada um com sua função específica e com sua importância própria visando o mesmo resultado final: a cura do paciente.

Os princípios do SUS perpassam pela Transversalidade, dessa forma a Política Nacional de Humanização (PNH) deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. O PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

Pela Indissociabilidade entre atenção e gestão - As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua

rede sociofamiliar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros. E pelo Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

Busca ainda como Política Nacional de Humanização: a redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; Garantia dos direitos dos usuários Valorização do trabalho na saúde; Gestão participativa nos serviços.

#### 4.2 A HUMANIZAÇÃO NO LÓCUS DA PESQUISA – DIRETRIZ DA EBSEH

Em se tratando da humanização do local da pesquisa, a presente Diretriz tem como objetivo definir rol mínimo de atividades em humanização da atenção hospitalar a serem executadas, monitoradas e avaliadas na rede da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, sem ferir a autonomia dos hospitais, que podem e devem implementar todas as demais ações propostas pela Política Nacional de Humanização (PNH) para a assistência hospitalar. A escolha de rol mínimo de atividades para compor este documento parte do pressuposto que o trabalho em rede na EBSEH para a humanização está sendo iniciado a partir da publicação desta Diretriz, sendo esperados avanços práticos deste trabalho de tal forma que possibilite a publicação de novas Diretrizes que venham contemplar ações de maior complexidade para serem operacionalizadas por todos os hospitais que compõem essa rede. (BRASIL, 2017)

Desta forma, esperamos que essa Diretriz, que passou por consulta pública interna à rede e foi validada pelos hospitais em oficina, seja o documento orientador

e motivador de mudanças para a introdução ou o aprimoramento de práticas assistenciais humanizadas, bem como, possam proporcionar a formação de profissionais de saúde que sejam capazes de aliar o uso das evidências científicas de melhor qualidade ao atendimento personalizado e humanizado.

Sabe-se, no entanto, que a qualidade dos serviços do Hospital tem uma relação bastante estreita com seu processo de humanização. Entretanto, por ser este um processo educativo, focado em uma mudança cultural da instituição, “humanizar” traduz-se em um processo amplo, complexo e demorado, que esbarra muitas vezes na resistência das pessoas, posto que também envolve mudança de comportamento, onde o novo é o desconhecido.

Com o objetivo de agregar e potencializar ações de humanização, que implementadas de forma integrada contribuam para mudar o padrão de assistência ao usuário a curto, médio e longo prazo, estabelecendo prioridades, e considerando as necessidades específicas do Hospital, em criar uma Comissão de Humanização, para implementar ações diretamente ligadas a Política Nacional de Humanização, cujos trabalhos estão baseados nas seguintes diretrizes de humanizar o atendimento ao paciente contribuindo para sua recuperação, de forma a minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização, em níveis compatíveis com a sua dignidade humana e seus direitos sociais e humanizar as condições de trabalho do profissional de saúde.

Os padrões mínimos estabelecem prioridades no foco das ações de humanização do Hospital, levando em consideração as necessidades mais prementes; Cria e vitaliza as redes internas de comunicação (informativos, caixa de sugestões, Ouvidoria, pesquisas e outros); estimular a participação efetiva das chefias e formadores de opinião no processo de humanização; pactua com as unidades priorizadas, a implementação das ações de humanização; desenvolve ações de educação permanente, com foco nos aspectos subjetivos da relação profissional/usuário, fomentando mudanças culturais.

Sendo assim, sugere-se que os padrões mínimos para a humanização nos hospitais da rede tenham uma Comissão de Humanização, disponibilize a visita aberta e acompanhante; disponibilize o serviço de ouvidoria; tenha pesquisas de satisfação; Desospitalização; Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco; carta de direitos dos usuários do SUS; Ambiência; Valorização dos trabalhadores; Brinquedoteca.

### 4.3 A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA O TRATAMENTO DE SAÚDE

Embora cada função profissional tenha sua especificidade e o seu limite de atuação, o processo de trabalho multiprofissional impõe um conceito de equipe onde todos devem trabalhar para um único objetivo, formando uma grande rede de contribuição com foco individual em cada paciente.

Segundo Peduzzi (1998), nessa rede, ocorre o encadeamento de distintos processos de trabalho que se diferenciam pela sua peculiar conexão dos elementos constituintes (objeto, instrumentos, atividades) e se integram por meio das relações entre as necessidades que precisam internalizar para se realizar. Tal como ocorre no campo da saúde, em que distintas áreas profissionais, cada qual realizando um processo de trabalho próprio, encontram nas necessidades de saúde seu ponto de confluência.

Assim, o resultado final do processo de trabalho depende diretamente da interação das ações dos envolvidos. Essa integração é um desafio, mas une o relacionamento, os saberes e a responsabilidade de cada um para o desenvolvimento do seu trabalho.

Se observarmos de forma prática o trabalho em equipe multiprofissional aparenta ser fácil pois cada um cumpriria o seu papel e finalizaria o trabalho, mas não é assim. O trabalho multiprofissional exige engajamento de dois ou mais profissionais que tenham objetivos comuns. Sua caracterização pauta-se na continuidade do serviço onde cada profissional deixa o campo aberto para que o outro continue sua prática.

Dessa forma podemos acreditar que é relevante o trabalho multiprofissional porque contribui para o desenvolvimento de uma atuação integral. É essencial para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

Para Almeida e Mishima (2001) o movimento para construir o trabalho multiprofissional, conceitualmente e na prática concreta dos serviços, pode levar para além de um trabalho técnico hierarquizado, um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes,

possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e, maior integração dos trabalhadores.

Para cumprir com as demandas complexas de diversas situações, é necessário o engajamento de um ou mais grupos profissionais cuidando de um mesmo problema conjuntamente que seja conduzido a um objetivo final que terá melhores resultados se forem executados individualmente.

Ao longo da história, as práticas assistenciais, as formas de desenvolvimento de trabalho, a divisão do trabalho e o processo de formação profissional e de produção de conhecimentos modificaram-se, sendo influenciados pelo modo de produção hegemônico, pela cultura e pela forma de organização da produção nos setores mais dinâmicos da economia. (PIRES, 2000)

Esse novo trabalhador, no qual convergem, em graus variados, a concepção e a execução do trabalho, em um novo ambiente tecnológico e organizacional, necessita de uma qualificação que inclua múltiplos aspectos: habilidades cognitivas, de abstração e análise simbólica, comunicacionais; de inter-relação com clientes e demais trabalhadores; iniciativa e criatividade; capacidade de trabalhar cooperativamente em grupo e para a formação mútua no próprio local de trabalho; competência para avaliar o produto de seu trabalho e tomar medidas para melhorar sua qualidade; e domínio. (BERNARDES, 1994)

O trabalho realizado de forma individual em nada ajuda, traz uma estagnação e descontinuidade do serviço podendo gerar retrabalho, aumento de custos, desencontros de informações, aumento de tempo na solução do problema

Outro aspecto importante e essencial, é o cuidado com a manutenção e atualização profissional na busca constante por novos conhecimentos, novas habilidade e atitudes para sua atuação profissional. Embora essas ações sejam individuais e inerentes a cada função, o resultado final pode ser verificado na atuação conjunta dessas profissionais que amplia também os seus conhecimentos para futuras tomadas de decisões e alcance das metas desejadas. Quanto maior for o conhecimento, mais segurança o profissional pode propiciar ao seu paciente durante o atendimento. Isso constitui uma necessidade não só para o paciente, mas para o próprio profissional e para a instituição que ele atua.

Destacamos como características fundamentais para o trabalho multiprofissional além da busca pela atualização profissional conforme supracitado, a comunicação, pois é necessário a busca pelo consenso profissional para a articulação das ações dos diversos profissionais envolvidos para integrarem os setores e serviços entre si.

Outro aspecto importante é a empatia pois favorece as relações saudáveis no trabalho permitindo entender e compartilhar da melhor maneira possível o seu ponto de vista com o do colega, mesmo que não haja uma concordância inicial.

Nesse sentido a equipe multiprofissional composta por profissionais de diferentes áreas como: enfermeiros, pedagogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, médicos, entre outros, é conduzida ao alcance de resultados comuns, sendo, no caso da Saúde, o atendimento e resolução das necessidades apresentadas pelo paciente nos diferentes níveis de intervenção.

Isso é possível graças aos olhares diferenciados que estes profissionais possuem para um mesmo atendimento resultando um ganho efetivo na qualidade e na eficácia que se caracteriza pelos diferentes processos de trabalho, pelos saberes específicos e pela complexidade de cada um.

Em contraponto, existem algumas problemáticas que podem dificultar o trabalho em equipes tais como: o baixo grau de interação entre os profissionais; falta de confiança; medo de conflitos; não assumir responsabilidades, falta de comprometimento com suas ações, falta de foco no coletivo. Nesses casos é importante o realinhamento das condutas visando não comprometer o resultado final da equipe. Dessa forma é importante o respeito mútuo ao trabalho, a disposição para o diálogo e para a resolução de conflitos.

#### 4.4 O CUIDADO NA ESCOLARIZAÇÃO DAS CRIANÇAS EM CONDIÇÃO DE INTERNAMENTO E A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA E DA ESCOLA COMUM

Joia (2019), afirma que a família é uma ponte de inclusão, promoção e prevenção de saúde, com o intuito principal de incluir as famílias quando chegam a escola estão carregadas de esperança, medos, ilusão, experiências traumáticas, assim como

necessitando de acolhimento e apoio. Mas as famílias também carregam experiências sobre os alunos que nenhuma tarefa pedagógica, mesmo que muito embasada, vai suprir no cotidiano.

O que acontece na classe hospitalar é semelhante. Os responsáveis veem uma possibilidade de continuidade aos estudos no tempo em que o aluno paciente está fora da escola regular. Torna-se importante a medida em que os alunos internados possam acompanhar sem prejuízo suas atividades formais da escola tendo como ponte a classe hospitalar.

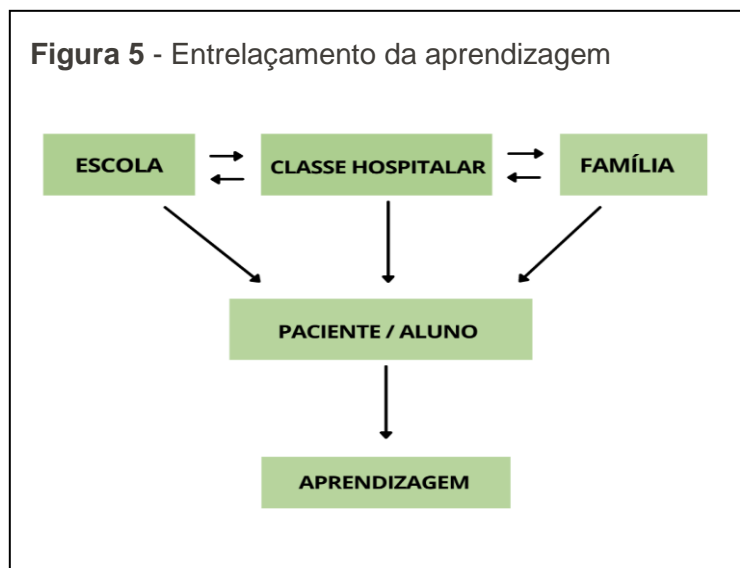
Esse processo abranda os prejuízos causados pela ausência escolar pois o aluno paciente pode acompanhar suas aulas, fazer as atividades e avaliações propostas pela escola comum. E dessa forma, no seu retorno à escola regular, terá maiores possibilidades de acompanhar os conteúdos sem perda de informações.

O professor da classe hospitalar é o sujeito basilar desse processo pois possibilita todo contato com a escola comum, com os outros professores e coordenadores. Recebe as atividades e aplica as avaliações necessárias para auxiliar no desenvolvimento do aluno.

A demonstração de interesse pela vida escolar dos filhos é parte fundamental em seu processo de aprendizagem. Acompanhar o crescimento educacional dos filhos aumenta suas habilidades sociais e diminui não só a chance de problemas comportamentais, mas contribui, principalmente para empoderá-los.

Diante do exposto, para que esse processo aconteça é imprescindível a participação do professor da classe hospitalar, da escola comum e da família. Juntos, criam um elo capaz de fortalecer o aluno paciente criando uma motivação que o leva a aprendizagem.





Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Em uma breve consulta realizada entre os meses de abril e maio do ano de 2020, com responsáveis de crianças e adolescentes internados na pediatria de um hospital, ficou claro que os responsáveis no momento da internação se preocupam mais com a saúde do que com a aprendizagem. Alguns expressaram o desejo de proteger o filho de qualquer esforço físico ou mental.

Nesse momento os pais ou responsáveis são levados a dar prioridade ao estado de saúde do filho por acharem ser mais urgente a solução do problema. Embora esse comportamento ocorra também em casos eletivos.

A pandemia parece ser a justificativa ideal para esses responsáveis no que se refere à ausência do aluno na escola. De fato, a pandemia contribuiu muito para a evasão escolar e para a dificuldade da aprendizagem, uns pela dificuldade de adaptação às aulas virtuais, outros pelo motivo de não ter acesso à internet para as aulas online propostas pelas escolas. De um modo ou de outro a pandemia trouxe barreiras prejudiciais à aprendizagem.

Para ilustrar, seguem cinco relatos. Três de doenças crônicas e dois casos eletivos. As falas representam a importância dada à questão da educação dos filhos frente à condição de saúde que enfrentam.

O primeiro relato é da mãe de uma paciente aluna de 14 anos com Polimiosite<sup>12</sup>. A família mora na cidade de Vitória da Conquista na Bahia e frequentemente vem ao hospital para fazer o tratamento médico. A paciente afirmou que está estudando no sétimo ano do ensino fundamental, e que evita faltar às aulas mesmo sendo de maneira virtual. Demonstrou na sua fala gostar da escola e disse que solicita emprestado o celular ao pai para acessar as aulas. “O meu não é muito bom” (informação verbal). (A.R.)<sup>13</sup>

Mas a mãe parece não incentivar muito a filha na continuidade dos estudos, conforme segue: “Ela vai viver assim o tempo todo, pra que fazer tanto esforço para estudar? Ela vive mais no hospital do que em casa. Mas se você quiser pode fazer o dever com ela” (informação verbal). (A.C.R.)<sup>13</sup>

Após sua fala calou-se e ficou somente observando. Nesse momento percebi o olhar triste de A.R. direcionado para a mãe e depois para mim. Conversei com ela sobre a atividade que faríamos e ela prontamente aceitou fazer. Quando saí do leito ela estava mais animada e falante.

Outra mãe deu o seguinte relato sobre o filho de 9 anos que tem Fibrose Cística. Embora tenha dúvida, afirma que o filho está matriculado no terceiro ano em uma escola do município de Salvador, localizado no bairro de Pernambués.

Às vezes ele não consegue respirar direito, não quero forçar ele estudar porque ele fica nervoso e impaciente e depois ele começa a tossir. Ele também não gosta muito de estudar. Está matriculado no município, mas falta muita aula e com a pandemia piorou. Só vive doente, sempre tenho que levar ele no posto de saúde (informação verbal). (D.J.)<sup>13</sup>

O terceiro relato de uma mãe com o filho que tem obesidade infantil. Essa criança é um menino de 11 anos. Moram no interior da Bahia na cidade de São Desidério. Segundo a mãe o filho está matriculado no quarto ano do ensino fundamental. Porém

---

<sup>12</sup> A polimiosite é uma doença rara, crônica e degenerativa caracterizada pela inflamação progressiva dos músculos, causando dor, fraqueza e dificuldade de realizar movimentos. Geralmente a inflamação acontece nos músculos que estão relacionados ao tronco, ou seja, pode haver comprometimento do pescoço, quadril, costas, coxas e ombros, por exemplo. (BEZERRA, 2020)

<sup>13</sup> Entrevistas concedidas por responsáveis pelos pacientes hospitalizados e pacientes/alunos da Classe Hospitalar para a pesquisadora Luciana Rodrigues Brasil Palheta Gomes, em Salvador, em 2021. Foram colocadas apenas as iniciais dos participantes para preservar o sigilo absoluto acordado no TCLE. (ANEXO B)

durante o atendimento pedagógico foi verificado uma dificuldade muito grande na leitura. Segue relato:

Quando anda até a escola cansa muito, por isso às vezes eu não levo ele e fica sem aprender... ai fica todo confuso sem saber as coisas. Ele anda pouco, mas o médico já o mandou andar mais e não consegue correr e brincar com os meninos da rua. Desse jeito acho que ele não vai conseguir terminar de estudar (informação verbal). (A.T.C.)<sup>13</sup>

O quarto relato trata-se da fala de uma tia (que faz o papel de mãe) de uma criança de 10 anos que operou o coração devido a uma arritmia cardíaca. Ficou internado por 4 dias. A cirurgia foi bem-sucedida. A família mora em Salvador, no bairro de Itinga e estuda na mesma localidade.

Ele tem um problema no coração, mas a Dra. disse que ele vai ficar bom... Ele está estudando em casa por causa da doença e também porque não estava tendo aula na escola por causa da pandemia. Até que ele gosta de estudar. Mas depois que tudo acabar se ele quiser eu vou levar ele para a escola (informação verbal). (P.A.S.)<sup>13</sup>

O quinto e último relato foi de uma mãe de 7 filhos. O mais velho de 21 anos e o mais novo de 5. A criança internada era uma menina de 7 anos com problemas de alergia alimentar. Segundo a mãe, a criança não está estudando, não sabe ler e não sabe escrever. Aprendeu a contar os números até o 10, porém não sabe escrevê-los. A família mora em Conceição do Jacuípe, na Bahia.

Ela não sabe ler direito, mas vai para escola com irmãos, não tem ido por esses tempos. Eu sou sozinha e tenho muita coisa para cuidar. O pai não ajuda em nada. E ela ainda tem esse problema que de vez em quando “ataca” aí tenho que deixar os outros sozinhos para levar ela para o médico. Pedi a vizinha que olhassem eles de vez em quando enquanto estou aqui com ela (informação verbal). (C.O.S.)<sup>13</sup>

Diante do exposto dos relatos acima, parece existir uma conformação das mães para a ausência dos alunos na escola, a importância de estudar parece diminuída diante da situação de saúde que se encontram os alunos pacientes.

Segundo Holanda e Collet (2011), as preocupações com as questões orgânicas e com as hospitalizações assumem tanta importância que os pais, muitas vezes, não encontram alternativas capazes de reinserir a criança nas aulas, resultando no abandono escolar.

Essas preocupações advêm do dia-a-dia familiar bem como de questões à saúde física, levando os responsáveis a não dar a devida importância a continuidade dos estudos. Porém, alguns familiares revelou uma certa preocupação no afastamento escolar dos filhos e angustiados com a situação de pandemia.

Quando a criança estuda no hospital, além do conteúdo aprendido evita-se também a evasão e repetência, porém alguns alunos que tem um tipo de doença crônica e os pais acham que a criança ou adolescente vão viver daquele jeito o resto da vida e, portanto, não precisa ter muitos estudos.

Essa dualidade de interpretação da situação por parte das famílias pode fragilizar processos reivindicatórios da garantia desse direito na sociedade.... Nessa perspectiva, aponta-se a necessidade de inserção de classes hospitalares em todas as unidades de internação que prestam assistência pediátrica, a fim de contribuir para um melhor enfrentamento da hospitalização e de auxiliar no processo de cura e de recuperação. O fato de se encontrar em estado de adoecimento não tira do educando sua capacidade intelectual, nem o seu senso crítico. (HOLANDA E COLLET 2011, p. 41).

## 5 DADOS ATUAIS DAS CLASSES HOSPITALARES NO BRASIL

Recentemente o Ministério da Educação, Secretaria de Educação continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (SECADI), desenvolveram sob a responsabilidade da Profa. Dra. Jucelia Linhares Granemann de Medeiros e Profa. Dra. Edicleia Mascarenhas Fernandes, que atuaram como consultoras para elaboração do documento técnico contendo estudo sobre as normatizações, legislações existentes e as práticas em gestão educacional desenvolvidas pelos Sistemas Públicos de Educação Básica na área do atendimento educacional em ambiente hospitalar e domiciliar. (FERNANDES, 2017; MEDEIROS, 2018)

Apresenta como objetivo geral a produção de documento técnico, contendo estudos e propostas, com vistas a elaboração de Diretrizes Operacionais acerca dos atendimentos educacionais hospitalares e domiciliares, tendo em vista as normatizações, legislações existentes e as práticas em gestão educacional desenvolvidas pelos Sistemas Públicos de Educação Básica na área.

Os objetivos específicos foram: realizar estudos e análise sobre os referenciais político-pedagógicos, programas e projetos governamentais na área de atendimento educacional em ambiente hospitalar e domiciliar, considerando as normatizações, legislações existentes e as práticas em gestão educacional desenvolvidas pelos Sistemas Públicos de Educação Básica. - Identificar procedimentos necessários de diretrizes para elaboração de documento orientador sobre o atendimento educacional hospitalar e domiciliar. - Elaborar as diretrizes operacionais do atendimento educacional em ambiente hospitalar e domiciliar, considerando o resultado da sistematização dos estudos realizados sobre as normatizações, legislações existentes e as práticas em gestão educacional desenvolvidas pelos Sistemas Públicos de Educação Básica. (MEDEIROS, 2018b)

A metodologia empregada neste estudo, está dividida em duas partes, a saber:

- A primeira parte diz respeito às trajetórias e políticas implementadas sobre os atendimentos pedagógicos educacionais em ambientes hospitalares e domiciliares no Brasil.

- A segunda parte refere-se a uma iniciação a análises políticas implementadas sobre os atendimentos pedagógicos educacionais nos ambientes hospitalares no país.

O mesmo produto do documento apresenta um estudo sobre programas e projetos de atendimento educacional em ambiente hospitalar e domiciliar desenvolvidos pelas secretarias de educação dos estados e municípios, a responsabilidade técnica pertence a Profa. Dra. Ediléia Macarenhas Fernandes. (FERNANDES, 2017a)

Levando em conta as considerações finais do estudo, foi abordado que diante dos materiais obtidos destaca-se que caberá ao poder público identificar todos os estabelecimentos hospitalares, domiciliares ou instituições similares que ofereçam atendimento educacional para crianças, jovens e adultos, visando a orientá-los quanto às determinações legais. Os atendimentos educacionais em ambiente hospitalar e domiciliar existentes ou que venham a ser criados deverão estar em conformidade com a legislação vigente.

Os sistemas de ensino deverão também criar oportunidades para a formação continuada dos professores que atuam nos atendimentos escolares hospitalares e domiciliares para funcionarem segundo os princípios e orientações próprios da educação básica. Também os sistemas de ensino deverão prever medidas legais para que os atendimentos educacionais em ambiente hospitalar e domiciliar venham a atender progressivamente as exigências da lei.

Além disso, os benefícios dos referidos atendimentos são, segundo várias pesquisas, muitos, envolvendo desde o apoio na questão educacional, a melhoria do estado emocional desse indivíduo até a diminuição do tempo de sua permanência no hospital, o que repercutirá significativamente na economia de gastos e investimentos financeiros por parte da instituição e/ou do poder público. Desse modo, tais atendimentos, que como já mencionamos foram criados pelo Ministério da Educação (MEC), sendo vinculados à área da Educação Especial, devido a sua especificidade e caracterização peculiar, perpassam hoje inúmeros debates.

Um deles, sabe-se, que se refere ao entendimento preciso do que são, como devem ser operacionalizados de fato, sua clientela, e/ou vinculação. Além disso, clama-se por recursos e por políticas que efetivamente amparem a estruturação de

espaços, auxiliem formar/capacitar profissionais atuantes, como também, divulgar dentro de um macro sistema, tais atendimentos. Nessa perspectiva, novos serviços poderão ser implantados, intensificando sua importância e finalidade.

Quanto aos já implantados, poderão passar por melhorias diversas, sejam elas, físicas, pedagógicas e sociais, que certamente, contribuirão ao atendimento pleno das necessidades educacionais e sociopolíticas da sociedade vigente. Nesse patamar, cabe-nos ainda, sugerir modificações e (re)organização das vivências democráticas, as quais podem colaborar significativamente nos processos de reflexão, sistematização e/ou na construção de uma política pública, mais justa e efetiva, destinada nesse sentido, a cobrar ou respaldar esses serviços.

Em análise do segundo produto, teve como objetivos gerais: Identificar experiências significativas desenvolvidas pelas Secretarias de Educação dos Estados e Municípios que desenvolvem atendimento educacional em ambiente hospitalar e domiciliar contribuir para a definição de diretrizes sobre o atendimento educacional em ambiente hospitalar e domiciliar e como objetivos específicos: Enviar questionário supracitado via online a Gestores de Educação e Educação Especial de 20 estados, 62 municípios e Distrito Federal, realizar 4 Encontros Estaduais de Atendimento Educacional Hospitalar e Domiciliar, também realizar visitas locais a atendimentos educacionais hospitalares e domiciliares, analisar dados quali-quantitativamente resultantes da aplicação do questionário, da realização dos encontros e visitas locais e propor diretrizes a partir dos indicadores levantados. (FERNANDES, 2017b)

A metodologia utilizada se processou por meio da coleta com questionário semiaberto enviado on-line para gestores das redes estaduais, municipais de Educação e Distrito Federal. Sob a forma de Levantamento possuía duas partes, uma destinada às respostas voltadas a oferta do atendimento educacional em ambiente hospitalar e a segunda parte ao atendimento educacional em ambiente domiciliar.

As redes de ensino responderam somente sobre o atendimento oferecido. O instrumento constou de questões objetivas com assertivas de marcação para que pudessem ser analisadas quantitativamente, por meio de trinta e sete gráficos permitindo comparação de dados. A parte qualitativa composta por questões abertas foram analisadas, levantando-se categorias mais emergentes em relação à organização dos serviços, gestão, controle de informações, estabelecimento de redes, formação de professores e relatos de experiências significativas. Anexos aos

questionários os gestores encaminharam fontes documentais que foram selecionadas para experiências significativas.

A segunda etapa de coleta de dados foi realizada em quatro encontros presenciais nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Pará e Bahia. Os critérios de seleção dos Estados foram o tempo de serviço e a diversidade de espaços atendidos na modalidade do atendimento educacional hospitalar e domiciliar. A etapa presencial foi dividida em dois momentos: um dia destinado à visita institucional de unidades de atendimento selecionadas pelos gestores e consultora e outro para um encontro com gestores, professores, universidades parceiras, conselhos e demais agentes envolvidos.

No Nordeste o mapeamento inicial aconteceu nos estados de Maranhão, Bahia, Rio Grande do Norte, Sergipe, Ceará e Pernambuco. No Estado da Bahia o questionário foi respondido pela Coordenação do Atendimento Educacional em Ambiente Hospitalar e Domiciliar da Secretaria de Estado de Educação da Bahia. Há um programa de atendimento domiciliar e os professores são lotados no Instituto Pestalozzi da Bahia. O programa é executado pelos docentes que atuam nas classes do atendimento pedagógico hospitalar. É acompanhado pela coordenação do programa, realizando visitas diárias nos hospitais, bem como, realizando a formação continuada. São dez professores disponíveis para este atendimento de diversas áreas de licenciaturas. As autoras abordam que durante a aplicação da pesquisa e após o Encontro Presencial na Bahia, a Secretaria de Educação implantou, no dia 13 de junho, o Atendimento Educacional no Hospital Geral Roberto Santos e em outros hospitais de Salvador e interior da Bahia, todos pertencentes à Rede Estadual de Educação.



## 6 ANÁLISE DE DADOS DA PESQUISA

Apresentaremos nesta sessão os dados da pesquisa, organizados por quatro categorias, quais foram evidenciadas a partir das narrativas e respostas apresentadas pelos participantes. Recuperando metodologicamente o método de análise, nos baseamos na teoria do Discurso Subjacente de Nicolacci da Costa ao afirmar que “o discurso nos constrói e reconstrói como sujeitos em conformidade com os valores sociais dos grupos aos quais pertencemos ao longo da vida” (2007. p. 66). Este tem o principal objetivo de evidenciar as formas de pensar ou expor suas concepções acerca de determinado assunto, muitas vezes verbalizados de modo explícito sem que se tenha com ciência deles. Assim, tomamos por base os cinco passos de sua organização, e, para as análises levantamos as categorias, aqui delineadas, que emergiram das falas dos entrevistados, essa ação caracteriza-se na abordagem *êmica*.

Segundo Lahire (1997), só podemos compreender os resultados e os comportamentos escolares da criança se reconstruirmos a rede de interdependência familiares através ela constituiu seus esquemas de percepções, de julgamento de avaliação e a maneira pela qual os esquemas podem reagir quando funcionam em formas escolares de relações sociais.

### 6.1 CATEGORIA 1 – A IMPORTÂNCIA DA CLASSE HOSPITALAR E OS SENTIDOS DA ESCOLARIZAÇÃO

Quando perguntamos sobre o conhecimento acerca da Classe Hospitalar, e o que dimensionavam sobre o direito ao ensino por meio desse dispositivo legal, muitos daqueles que já conheciam e sabiam, expressaram como sendo além de boa a ideia imprescindível ao acompanhamento dos estudantes, estando eles em um momento delicado das suas vidas, “as crianças não ficam sem estudar” (F.A.D.B.)<sup>13</sup>, é “uma forma das crianças aprenderem mesmo estando doentes” (A.L.P.P.)<sup>13</sup>, do mesmo modo concebem ser uma “ótima oportunidade de garantir a continuidade do procedimento escolar além da criança ter coisa diferente para fazer” (D.S.)<sup>13</sup> e

importante “suporte pedagógico no momento de internação hospitalar” (informação verbal). (L.A.S.)<sup>13</sup>

Para aqueles que desconheciam esse direito, compreendiam ser boa a iniciativa, pois, esta se configura como espaço de incentivo. Isso “ajuda a refrescar a memória [...] e influencia na aprendizagem” (informação verbal). (G.J.O.)<sup>13</sup>. Elas, as crianças, “vão estar evoluindo, crescendo, quanto mais praticar melhor” (N.J.S) - se referindo a ler e escrever.

Em se tratando sobre o que acreditam ser possível que os filhos possam aprender em uma classe hospitalar, todos foram unânimes em considerar que sobre qualquer assunto sobretudo para dar “continuidade dos conteúdos aprendidos na outra escola” (informação verbal) (F.A.D.B.)<sup>13</sup>, isso corresponderia a nosso ver, continuidade do currículo escolar a partir da perspectiva da flexibilidade dos conteúdos que podem ser trabalhados de maneira criativa e adaptada conforme a necessidade do estudante. Essa forma de trabalhar o currículo na Classe Hospitalar convoca o professor para pensar na complexidade envolvida na sua ação pedagógica que não pode ser desarticulada da participação da família e da escola comum.

Para muitos, as vezes as crianças acabam “conseguindo aprender melhor que na escola” (S.T.S), ou mesmo que a experiência se configure por pouco tempo, elas conseguem aprender “algo novo e útil e relembrar algumas atividades da escola” (informação verbal). (M.A.S.)<sup>13</sup>

No tocante a participação da família às ações desenvolvidas na escola, solicitamos que descrevessem o que consideravam ser importante que fosse desenvolvido na classe hospitalar para o aprendizado do(a) seu(a) filho(a) durante o período de internação, vez que tinham a oportunidade de estar mais próximo da criança e do professor, conferem como maior importância a competência nas atividades de leitura e escrita, seguida da habilidade de interpretar bem um texto. Mas também, conferem aos conteúdos de Matemática e Geografia um lugar especial como reforço ao que é ensinado na disciplina de Língua Portuguesa. “Era bom ter caderno. Ele tem dificuldade em Matemática e Geografia, seria bom mais atividades” (F.G.S.). “Leitura é fundamental” (informação verbal). (C.S.S.)<sup>13</sup>

Outras preocupações aparecem sob a condição daqueles que não apresentam as mesmas condições para acompanhar as aulas na sala de aula, como aqueles mais

acamados ou os que precisam de uma terapêutica medicamentosa mais complexa. Mas o indicativo da importância da sala de aula materializada com os equipamentos que façam crer que estão de fato na escola. “Seria muito bom um espaço para as crianças que não são acamadas” (A.S.). “Uma sala apropriada para o ensino” e “Atividades lúdicas e de raciocínio lógico” (informação verbal). (F.A.S.)<sup>13</sup>

Essa questão fica mais evidente quando perguntamos sobre o que seu(a) filho(a) mais gostaria de fazer na classe hospitalar nessa situação de hospitalização.

**Gráfico 1 – O que fazer na classe hospitalar**



Fonte: Produção da autora (2021).

Esses outros, configurados no Gráfico 1, se enquadram nas atividades de pintura e na alimentação. Assim as contribuições que esperam da classe hospitalar sobre o aprendizado dos filhos estão direcionadas para o crescimento e melhor convívio com as outras pessoas. Por esta razão verificamos a opção “fazer amigos”. É na escola que as ações de socialização se convertem nos laços de amizade e fortalecem a participação do estudante nas ações pedagógicas e no desempenho de modo geral.

Outrossim, os pais esperam que a escola possa contribuir na vida do seu filho. Sobre isso, indagamos o espera da classe hospitalar possa trazer para o aprendizado do seu filho. Muitos aguardam o sucesso, sendo o melhor possível. Então, dizem:

Espero que ele aprenda muito mais para ser uma pessoa importante na vida útil, se tivesse condições gostaria que ele formasse para salva vidas. (L.S.S.F.)<sup>13</sup>

Contribuir para quando voltar a escola vai lembrar da aula.  
(A.P.S.B.)<sup>13</sup>

Contribui muito, ela melhorou, muito estava com raiva e agressiva depois [...] **da professora**, ficou melhor. Ela está mais à vontade.  
(S.B.A., grifo nosso)<sup>13</sup>

Que ela tenha um convívio bom com a professora e com as outras crianças (informação verbal). (J.L.)<sup>13</sup>

Quando se trata da formação das crianças, pensa, igualmente sobre a escola no Hospital. Ao se perguntar sobre de que forma acham que a classe hospitalar pode colaborar na educação/formação dos filhos, logo pensam na ferramenta metodológica do atendimento como “*forma lúdica e dinâmica*”, na abordagem dos “*conteúdos trabalhados*” e acrescentam:

Só assim ele não esquece de estudar quando chegar em casa.  
(A.C.R.)<sup>13</sup>

Fazendo revisão das coisas da escola. (J.M.A.F.)<sup>13</sup>

Ensinando-o a ler e escrever. (J.L.)<sup>13</sup>

Ensinando coisas interessantes de todas as matérias. (D.R.D.)<sup>13</sup>

Com um atendimento diferenciado e especializado. (F.A.S.)<sup>13</sup>

Poderia ter espaço para brincar e uma tv na sala. (C.S.S.)<sup>13</sup>

Bom saber que tem esse serviço no hospital (informação verbal).  
(A.S.)<sup>13</sup>

Da mesma forma que consideram ser importante o reforço às disciplinas que compõem o currículo escolar. Ademais para aqueles estudantes que necessitam de tratamento prolongado, reconhece uma participante: “Para tratamento longo é importantíssimo, a criança continua aprendendo e tem o contato social”. (D.R.D.)<sup>13</sup>

## 6.2 CATEGORIA 2: O SUPORTE FAMILIAR E A COMPREENSÃO SOBRE ADOECIMENTO – AS REDES DE APOIO

Quando tratamos da rede de atenção à família quando uma criança adoece, desloca-se aí todo tipo de auxílio. Desde aquele que mais particularmente necessita de outros familiares, amigos ou até terceiros para resolução de problemas mais simples ou aqueles mais complexos como a responsabilidade por tomar conta de outros filhos, alimentá-los ou até mesmo assumido a casa. Apenas a doença toma conta das preocupações da família, que sem um suporte adequado não dá conta de outras situações, principalmente no acompanhamento escolar. A ruptura dos laços escolares e das atividades que naturalmente faziam parte da vida do estudante perde o sentido quando lhes falta apoio e continuidade. Isso se sobrepõe à qualidade na aprendizagem trazendo repercussões ao longo da caminhada estudantil, quando não acontece o total abandono da escola. Pensando assim, perguntamos como acreditavam que podiam contribuir na educação do seu filho enquanto estivesse internado. Em sua maioria pensam em auxiliar nas tarefas organizadas pelo professor, mas também: “ajudar a acompanhar na leitura e na escrita” (M.F.N.)<sup>13</sup> a “dar apoio e incentivar” (J.S.M.)<sup>13</sup> e a “não deixar sozinho” (M.S.S.)<sup>13</sup>.

Ensinando-o mais, colocando [...] para estudar, pegando no pé dele. (S.S.F.)<sup>13</sup>

Fazendo atividade com ele. (A.S.)<sup>13</sup>

Incentivando. Os pais têm que incentivar e ajudar. (R.G.S.)<sup>13</sup>

Ajudando a fazer o dever por que às vezes ela não quer (F.A.D.B.).<sup>13</sup>

Ajudando-a a estudar. Às vezes ela fica com preguiça. Só quer saber de celular” (informação verbal). (S.T.S.)<sup>13</sup>

Obviamente que toda família se preocupa com a qualidade de atenção dispensada aos filhos. Ainda que essa atenção seja considerada mínima ou insuficiente. Observando a estrutura familiar ao longo da história, sabe-se que as transformações sofridas em seu desenho, quem assume hoje a maioria dos lares são as mulheres.

Contemporaneamente compromete a responsabilidade dessa manutenção na tutela dos filhos, muitas vezes, nos ombros das mulheres, lhes sobrecarregando nas questões econômicas e emocionais, deixando-as em completo desamparo social. É possível encontrarmos nas falas dos participantes, sofrimento e preocupação, como essa mãe responde, ao compreender que não consegue auxiliar seu filho: A falta de instrução, é motivo de desconforto, muitas vezes de impotência. “Não sei responder. Seria bom se a senhora **(se referindo à pesquisadora-professora)** deixasse atividade para ela fazer, pois eu não tenho muito estudo” (informação verbal). (C.S.S., grifo nosso)<sup>13</sup>

Lahire (1997) afirma que como não conseguem ajudar os filhos do ponto de vista escolar tentam inculcar-lhes a capacidade de submeter-se a autoridade escolar comportando-se corretamente aceitando fazer-lhes o que lhe é pedido, ou seja, serem relativamente dóceis, escutando, prestando atenção, estudando e não brincando...os pais visam desse modo a uma certa respeitabilidade familiar da qual seus filhos devem ser representantes.

Como a participação do estudante nas atividades escolares na CH a autorização da família, assim como também pode vir sob recomendação médica, indagamos sobre a autorização do/a filho/a para participar das atividades na Classe Hospitalar, unanimemente todas concordam, enunciando sua opinião acerca do direito e da oportunidade gerada por uma política pública expressa na LDBEN 9394/96.

Autorizo sim e ainda agradeço a oportunidade de ter esse privilégio de ser acompanhado por professor porque no lugar onde a gente mora não temos essa privacidade. (C.S.S.)<sup>13</sup>

Sim, quando estiver disposto. Vou pedir deveres, desenhos, essas coisas. Vou pagar uma banca para ele” (informação verbal). (A.C.R.)  
13

Assim também, perguntamos da importância enquanto internado/a, ter sido atendido/a por um professor e qual opinião emitiam sobre esse atendimento. Consideramos bem curioso, pois uma parte das famílias já haviam passado por algumas internações e não conheciam o atendimento pedagógico na experiência de hospitalização dos filhos. Fato curioso, porque na cidade de Salvador-Ba temos quase 100% de cobertura incluindo atenção qualificada tanto na rede estadual quanto municipal, integrando uma rede de hospitais, clínicas e casas de apoio, segundo os

dados oficiais, totalizando vinte instituições.<sup>14</sup> (SALVADOR, 2021) Então afirmam: “Não **conheço**. Somente foi aqui em Salvador.” “Essa é a primeira vez **que ele participa**. Achei excelente (informação verbal).” (A.P.S.B., grifo nosso)<sup>13</sup>

Ao tratarmos sobre a parceria da Classe Hospitalar e a escola comum, creem ser de grande valia. Por esta razão, asseveram que “com essa parceria ele ficará mais estudioso do que já é, pois, ele é inteligentíssimo” e, ainda que “a junção pode ser uma forma de melhor ajudar o aluno (informação verbal).” (R.G.S.)<sup>13</sup>

Em se tratando do acompanhamento escolar, perguntamos quantas vezes no ano a família ia à escola para saber sobre a aprendizagem do filho, ou só participava quando houvesse uma convocação por parte da escola, ou mesmo se não participava em momento algum. Muitas revelaram comparecer à escola com certa periodicidade, algumas todos os dias em razão de acompanhar a criança até a escola, outras semanalmente porque acham importante para apoiar o trabalho dos professores, assim como fortalecer o aprendizado dos filhos. O mais comum, portanto, foi o reconhecimento de só comparecer à escola quando recebiam o chamado para resolver alguma situação que fugiam do seu controle, como o comportamento ou mesmo o baixo desempenho do filho. Quase unanimidade a periodicidade equivalendo aos tempos das unidades que compõem a distribuição dos conteúdos no calendário escolar, com a visita de apenas 4 (quatro) idas à escola. Ou ainda quando afirmam ser apenas “*nas reuniões ou em casos especiais.*” (G.J.O.)<sup>13</sup>

Só faço visita quando tem reunião, quatro vezes no ano, pois, não me preocupo muito com ele. É um ótimo aluno (**e**) não recebo nenhuma reclamação”. (grifo nosso) (R.G.S.)<sup>13</sup>

Agora não estou indo porque tem pandemia. Mas só ia quando me chamavam. (N.J.S.)<sup>13</sup>

Sim. Várias vezes no mês. Sou uma mãe presente. (A.S.)<sup>13</sup>

Devido à pandemia não estou indo na escola. Mas ia sempre. (D.R.D.)<sup>13</sup>

Também é justo considerar, que há certa cultura produzida na escola sobre a presença e participação da família nos assuntos que se referem ao rendimento da

---

<sup>14</sup>Lista de locais em Salvador-BA que oferecem atendimento pedagógico.

aprendizagem escolar. E, em muitos casos a presença constante da família na escola, soa como intrusão e compromete o bom desenvolvimento pedagógico, pois exigirá atenção diferenciada dos professores e coordenadores, o que pode ser visto como fator de interferência no processo cotidiano da escola.

Compreende-se até aqui que as participantes, não se referem em nenhum momento sobre a questão do adoecimento que requereria da escola, conseqüentemente do professor, uma maior atenção nos processos de ensino e aprendizagem, uma vez que o estudante se mantém maior tempo afastado em razão das internações recorrentes ou por outras questões que necessitam de maior apoio pedagógico, como por exemplo, o encaminhamento de atividades extraclasse.

A compreensão sobre o próprio processo de adoecimento fica comprometida, vez que a família faz distinção sobre o acompanhamento pedagógico e o apoio familiar. Quando afirma ser “*presente*”, é como se atestasse ser importante ir à escola regularmente, mas não se importa, ou não percebe, os dados qualificadores dessa mesma atenção presencial, como se a “*ausência*” também não importasse por algum motivo.

As razões pelas quais leva a família a participar das reuniões na escola tem uma grande variabilidade, principalmente porque consideram que “*é importante para saber o que está se passando por lá*” e a “*escola tem que andar com a família*”.<sup>13</sup>

Acho importante saber como anda o aprendizado e o que a escola tem de novidade. (A.S.)<sup>13</sup>

Para tratar sobre a aprendizagem e avaliações. (D.R.D.)<sup>13</sup>

Porque é importante saber se está evoluindo e falar com a professora. (A.C.R.)<sup>13</sup>

Para saber do comportamento e da aprendizagem (informação verbal). (L.A.S.)<sup>13</sup>

Algumas mães falaram como se estivessem desabafando “quando *tem*”. (E.S.S.F.)<sup>13</sup>. “*Não. Porque sempre acontece no horário que estou trabalhando em outra cidade*” (S.B.A.)<sup>13</sup> Isso também demonstra certa incompreensão por parte da escola, pela não escuta às necessidades dessas mães, ou até mesmo aproximação para o diálogo, permitido que possam estabelecer um outro contrato para participação da



família. Nesse período da pandemia, foi bastante comum o registro das dificuldades pelas quais escolas e familiares atravessaram para manter o acompanhamento pedagógico dos estudantes, principalmente nas escolas públicas. Uma das mães relata suas dificuldades e revela que seu interesse é por saber se “*está tendo pelo zap*” (M.F.N.)<sup>13</sup>, possivelmente pelas dificuldades de se dirigir presencialmente na escola. E, ainda o chamamento para se fazer notar mesmo estando ausente da escola, diz a mãe: “*Vou em todas as reuniões mesmo sem ela ir para a escola, porque estava doente (D.S.)*”<sup>13</sup>. Ou outras situações que podem acarretar outros danos, como o abandono ou a orfandade: “*Agora que vai somos nós, porque ele não tem mais mãe*” – revela a avó agora responsável pela criança (informação verbal). (A.C.R.)<sup>13</sup>

### 6.3 CATEGORIA 3 - A COMPREENSÃO DA FAMÍLIA SOBRE O ACOMPANHAMENTO E DESEMPENHO ESCOLAR DO ESTUDANTE

A família e a escola têm, na sociedade atual, tarefas complementares, apesar de distintas em seus objetivos, metodologia de abordagem e campo de abrangência. (PAROLIN, 2010)

Não é uma atitude nova, a da família querer que seus filhos obtenham os melhores resultados escolares, começando por exibir um boletim com notas que possam se orgulhar. Do mesmo modo, o contrário, caracteriza-se em um espaço de dor e decepção pelo fracasso. Muitas vezes, mergulhadas no processo de culpabilizar a escola, o estudante ou mesmo o professor, não consegue ver com mais proximidade outras razões que de certo modo, contribuem para alimentar um resultado não muito esperado.

Quando se fala sobre acompanhamento tanto das atividades, ou do percurso do ano letivo, das avaliações semestrais e dos resultados finais (aprovação/reprovação), a família fica apreensiva esperando lograr o melhor resultado. Quando isso não se confirma, alguns problemas começam a figurar no cenário familiar afetando a autoestima e autoimagem dos seus membros. Há aí uma série de sensações que atravessam as percepções sobre quem está envolvido diretamente sobre o que se projeta na vida da criança.

É em família que uma criança constrói seus primeiros vínculos com a aprendizagem e forma o seu estilo de aprender [...] A tarefa dos pais e dos familiares e a de favorecer uma consciência moral pautada em uma lógica socialmente aceita para que quando a criança tiver que decidir saiba como e por que está tomando determinados caminhos e decisões (PAROLIN, 2010)

A esse respeito, perguntamos se há havia acontecido alguma situação fora da rotina familiar envolvendo o comportamento de filho, na escola regular que alterasse a rotina da família, e que descrevessem o fato e o que foi feito para administrar a situação de desconforto. Em maior quantidade dos participantes disseram que nunca ocorreu situação que merecesse solução pois a filha “*sempre teve boa conduta na escola*” (D.S.), “*é calmo e não briga*” (A.S.) ou é “*muito querida*” e “*comportada*” (informação verbal). (C.S.S.)<sup>13</sup>

Outros revelaram a ocorrência de alguns conflitos como os de prática de racismo, intolerância, prática de bullying e falta de paciência por parte dos professores.

Racismo. Fiz a maior briga com os colegas e as mães, só que as mães são iguais aos filhos elas ficam do lado deles. (L.S.S.F.)<sup>13</sup>

Com colega que abusava. Chorava muito para ir para a escola. Fui na escola reclamar, mas não adiantou. (M.A.S.)<sup>13</sup>

Uma menina cismou com ela. Ela falou algo que a menina não entendeu. Eu fui na escola e junto com a diretora foi resolvido. Depois elas ficaram amigas. (C.S.S.)<sup>13</sup>

Fui tirar satisfação com as professoras (informação verbal). (A.C.R.)<sup>13</sup>

Compreendemos que há uma evolução na regulação das emoções morais da criança como vergonha e o orgulho que aparecem logo cedo, e, na sua gênese, se constitui a aprovação-desaprovação dos seus cuidadores, a referência social e a empatia. Desse modo não são apenas os pais que assumem único papel como agentes de socialização da criança. Na escola, assim como no hospital esses papéis se somam, ou se dividem, na função estabelecida pelos profissionais envolvidos no processo de atendimento desses estudantes, assim como aqueles responsáveis pelo acompanhamento da escolarização, como os professores, por exemplo.

Muitos familiares, pais ou responsáveis não conseguem prestar o melhor acompanhamento no sentido de fortalecer os vínculos do meio social da criança e a

escola cumpre maior parcela dessa função. O contato com iguais, especialmente com amigos servem a funções muito significativas no desenvolvimento, de acordo com Moreno (2004).

Quando perguntadas se acompanham o desempenho do filho na escola, muitas disseram não ter condições de acompanhar mais diretamente, pela condição da sua escolaridade, outras em função da não presencialidade em casa em função do trabalho, e, outras contratando serviços de professores de “banca”.

Ajudando nas tarefas em casa, mesmo cansada do trabalho pois sou faxineira e só tenho o quarto ano. Ensino mesmo sem saber muito. (A.L.P.P.)<sup>13</sup>

Observando e mandando fazer as tarefas. Se eu não souber vai para o google. (J.L.)<sup>13</sup>

Eu sempre converso com professores, pergunto como está e acompanho as atividades. (A.S.)<sup>13</sup>

Agora eu estou pegando os kits, mas sem a pandemia ia para a escola, mas não era sempre por causa da doença. (D.S.)<sup>13</sup>

Quem ensina ele bem pouquinho é a mãe fazendo a tarefa escola” (informação verbal). (S.B.A.)<sup>13</sup>

Para muitas famílias, o apoio dispensado para o cumprimento das tarefas escolares torna-se difícil pois o tempo quase sempre se divide entre as tarefas de casa, o trabalho e o gerenciamento de outros filhos, pois em sua composição são muito numerosas. Esse acompanhamento passa ser apenas na responsabilização de cumprimento pelos rituais de levar à escola e verificar o desempenho dos filhos. Assim, afirmam:

Pego a atividade na escola e ele faz em casa. (J.M.A.F.)<sup>13</sup>

Vendo as atividades. Fazemos as atividades em casa. (M.S.S.)<sup>13</sup>

[...] nas reuniões e nos eventos escolares. (A.P.S.B.)<sup>13</sup>

Vou em todas as reuniões, quando não posso peço alguém para ir no meu lugar. (J.L.)<sup>13</sup>

Acompanhando as atividades e incentivando a leitura. (F.A.D.B.)<sup>13</sup>

[...] sempre em contato com os coordenadores (informação verbal).  
(A.P.S.B.)<sup>13</sup>

Expressam sentimento de que os filhos obtenham sucesso, não apenas na trajetória escolar, mas, principalmente na vida com “*um futuro promissor*”:

De acordo com Lahire (1997), os pais sacrificam a vida pelos filhos para que cheguem aonde gostariam de ter chegado ou para que saiam da condição familiar em que vivem.

Eu enxergo nele um ótimo filho. Eu quero que Deus me ajude para conseguir formar ele para salvar vidas é o meu desejo desde o primeiro filho que tem 21 anos, mas não consigo pois tenho os três. Mas peço a Deus para formar pelo menos este. (F.A.S.)<sup>13</sup>

Que ele estude bastante, que vá para a faculdade e que tenha um trabalho. (C.S.S.)<sup>13</sup>

Que faça faculdade, estude e faça doutorado (informação verbal).  
(L.A.S.)<sup>13</sup>

Indagamos também sobre essa realização do futuro do que dependeria, dos estudos, ou seja, do que ele aprendeu na escola, ou de outras circunstâncias. Unanimemente, reconhecem a escola como dispositivo importante para alcance de melhores condições de vida, mas reconhecem outros dispositivos como o trabalho.

Depende sim. Mas depende primeiro de Deus nos ajudar arrumar um emprego bom para que possa ajudar ele, pois sou muito fraca, vivo de aluguel e sou mãe e pai ao mesmo tempo. (J.S.M)<sup>13</sup>

Do desempenho dela na escola (informação verbal). (N.J.S.)<sup>13</sup>

Lahire (1997), afirma que alguns pais podem até fazer da escolaridade a finalidade essencial e até exclusiva da vida dos filhos ou mesmo de sua própria: pais que aceitam viver no desconforto para permitir que seus filhos tenham tudo o que necessitam para trabalharem bem na escola, pais que sacrificam o tempo livre para ajudar os filhos na tarefas escolares tomando as lições, lendo os mesmos livros que os filhos para poderem discutir com eles e verificar se compreenderam bem, pais que aumentam o número das lições de casa, ou que pedem aos filhos para escrever-lhes algumas ou lerem textos de livros.

E por fim, para Freire (1996), a escola sozinha não conseguirá levar a diante a responsabilidade de educar e ensinar, já que a responsabilidade maior da escola está em ensinar e a da família está em educar. A especificidade da Escola não pode ser desviada para funções que não é sua e o ensino deve ser aplicado para o crescimento intelectual, social e econômico de cada aluno, individualmente.

Dessa forma, fica claro a importância da família no acompanhamento da vida escolar dos filhos que unida com a escola tem como objetivo maior torná-los indivíduos aptos a viver e conviver na sociedade.

#### 6.4 CATEGORIA 4 - PREOCUPAÇÕES FUTURAS DA FAMÍLIA COM OS ALUNOS ADOECIDOS.

Considerando que a hospitalização na infância é um acontecimento inesperado e que desencadeia preocupação tanto para a criança como para família, assim como interfere em seu processo de desenvolvimento psicossocial, tendo em vista as expectativas que são postas naquilo que se espera do que elas possam vir a ser, ou seja, do seu futuro, pouco daquilo que elas são no momento presente. Todavia, de acordo com Campos, Álvares e Abreu (2004), a família é vista como um organismo dinâmico, onde movimentos ocorrem, dependendo das variáveis que incidam sobre esse mesmo organismo. Essa dinâmica fica clara quando a família se depara ou enfrenta o evento de adoecimento de um dos seus membros, conseqüentemente, esse evento consegue desestruturá-la. O adoecimento passa a atuar como ameaça, não só para criança, mas para todo grupo que nela depositou uma gama de sentimentos. Ela, a ameaça, assume a mesma ou até maior proporção que a doença, pois a família se defronta com duas tarefas distintas: cuidar da criança doente e lidar com as emoções, muitas vezes inconscientes, que inevitavelmente alteram as relações dos seus membros. A criança ocupa o lugar central nas atenções, mas também o lugar onde as fantasias, os projetos, as frustrações e as expectativas são depositadas.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Não apenas as expectativas da família nuclear, mas também a da sua comunidade, do seu grupo social e da escola.

Sobre essa dimensão da expectativa familiar, do vir a ser, foi questionado sobre o que pensam e quais são as inquietações das famílias sobre o futuro dos filhos, a resposta em unanimidade, demonstra que todas pensam e desejam um bom futuro quando afirmam:

Que ele - **(referindo-se ao filho)** - estude bastante, vá para a faculdade e tenha um bom trabalho. (M.S.S., grifo nosso)<sup>13</sup>

O melhor para ela. (R.G.S.)<sup>13</sup>

Quero que Deus me ajude a formar ele em salva-vidas... tenho três filhos e peço a Deus para formar pelo menos esse (informação verbal). (J.A.F.)<sup>13</sup>

Nessa questão observamos que as mães que desejam que seus filhos cheguem à faculdade e até mesmo em um curso de doutorado, são aquelas que apresentavam nível de escolaridade no ensino superior, geralmente moravam na capital e tinham cursado faculdade ou concluído o ensino médio. No caso dos responsáveis pelas crianças com doenças crônicas, as respostas eram sempre duvidosas pela situação de adoecimento sem uma perspectiva de cura para seu filho(a).

Nesse sentido, segundo Almeida e Melgaço (2016), a constatação de uma patologia orgânica grave como marca inaugural da existência de uma criança produz prejuízos na construção e estabelecimento dos laços parentais imprescindíveis à subjetivação. A patologia coloca em risco a edificação do ideal dos pais em relação ao filho doente porque, o seu caráter de dependência, a infância da criança sofre o acréscimo da impotência: a doença, quando presente em um ser ainda por se fazer, conota a dificuldade de ser considerada como intercorrência passageira. Por um lado, a criança já aparece doente sem antes ter sido saudável.

Essa situação pode ocasionar comportamentos de superproteção parental, já que muitas vezes os pais regulam de forma exagerada as atividades e rotinas das crianças por pensarem que elas são incapazes de resolver sozinhas os problemas do dia a dia, por isso se mantêm sempre na condição de alerta. Essa postura pode ser de forma consciente ou não, podendo desviar o reconhecimento que a criança pode ter de si mesmo como ser de vontades e aspirações.

De fato, algumas crianças precisam de um apoio maior para a realização das suas atividades, mas esse apoio não deveria tirar a autonomia da criança, mesmo que

essa seja limitada. Ela precisa ser estimulada para usar seu máximo potencial e de alguma forma sentir-se útil perante os outros e perante ela mesma.

Em contraponto, ao mesmo tempo em que a relação estabelecida na família pode favorecer a posição passiva da criança diante de seu processo de desenvolvimento, a criança também pode escolher assumir tal postura que, de certa forma, pode ser mais cômoda, além trazer alguns benefícios secundários à sua doença como a atenção e a proteção dos pais e de todo o grupo familiar. (ALMEIDA; MELGAÇO, 2016).

A preocupação dos pais cresce ainda mais quando as doenças causam dependência para as atividades básicas como alimentar-se, tomar banho, andar, entre outras. Estas ações que para nós são corriqueiras, para os pais de crianças totalmente dependentes são tarefas árduas e de muita preocupação. Muitos apontam na identificação dos recursos próprios de enfrentamento da situação de adoecimento, uma variável importante, quando os cuidados são delegados às equipes de saúde e à instituição, e ainda uma reconfiguração das relações interpessoais estendidas a uma rede ampliada de cuidados (seja com familiares ou com profissionais de saúde), o resgate da esperança e de novas possibilidades de vida ao término do tratamento.

Para alguns participantes, no que tange a aprendizagem, esta perde o sentido e se torna desnecessária, já que a criança vai levar “o resto da vida” naquela condição. Alguns relatam medo da morte pois não saberiam se teriam outras pessoas para cuidar de seus filhos. Outros responsáveis, concordam que realização de um futuro melhor para filhos está diretamente ligado aos estudos e que o seu desempenho na escola é um fator importante para que isso aconteça.

Depende dos estudos dela. (D.R.D.)<sup>13</sup>

Do desempenho dele na escola. (S.S.F.)<sup>13</sup>

Os professores são importantes, mas os pais têm que acompanhar. (S.B.A.)<sup>13</sup>

Nunca teve muitos problemas na escola. (S.T.S.)<sup>13</sup>

Aprendeu a ler na alfabetização sem dificuldades (informação verbal). (G.J.O.)<sup>13</sup>

Para esses responsáveis a escola é uma instituição importante que contribui para desenvolvimento do filho e disso depende o seu futuro. Dessa forma, eles se mostram interessados nesse complexo processo, a criança se sente apoiada e acolhida mesmo estando longe de casa. Mas precisam enxergar a escola, mesmo a escola do hospital não só como um benefício, mas como um direito garantido em Lei.

Sobre o assunto da repetência, a maioria afirmou que os filhos nunca repetiram o ano, cinco alunos repetiram por conta das enfermidades, uma expressou que seu filho foi aprovado e reconheceu que ele deveria ter repetido por não ter condições de cursar o ano seguinte e uma foi reprovada por mudança de cidade devido ao trabalho da mãe, conforme o Gráfico 2.

**Gráfico 2** – Nível de aprovação dos alunos da classe hospitalar



Fonte: Produção da autora (2021).

E por fim, sobre outras observações exploradas na pesquisa foram pontuadas que o atendimento da classe hospitalar é ótimo “*Só não falo que aqui foi igual em casa porque na verdade é diferente. É melhor*”. (M.A.S.)<sup>13</sup> Disse uma mãe demonstrando seu entusiasmo. E uma outra expressou que: “*Sobre o trabalho daqui é o melhor que achei*” (A.L.P.P.)<sup>13</sup>. Também houve observações e reclamações dos filhos como “*acho ela chata, lerda e mal-educada*” (informação verbal). (N.J.S.)<sup>13</sup> Outra mãe se referiu à escola regular dizendo que as atividades são mais elevadas do que ela sabe, isso porque eles passam sem aprender. Essas mães aparentavam ter cansaço, estresse e impaciência por estar em um ambiente que não era da sua vontade. A maioria do interior do estado da Bahia o que inviabilizava a “troca” de acompanhantes.



A questão que fica clara, é que quando a família se envolve na vida escolar dos filhos, os resultados tendem a ser positivos.

Ademais, um elemento que não pode faltar é o acolhimento. Cuidar do educando e da sua família é um predicado inegociável em qualquer instituição educacional. Traz o afeto para as relações interpessoais. De certo o maior e o prazer de aprender e ensinar estabelecem a intimidade entre os saberes de ensinantes e aprendentes, que somados ajudam a formar os valores dos atores da escola. Educar não consiste apenas em passar conhecimento acadêmico porque a vida é demasiadamente afetiva para ser deixada fora dos currículos. (CUNHA, 2019)

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando o objetivo dessa pesquisa, “compreender de que forma a família contribui no processo de aprendizagem dos alunos internados em Hospital Universitário da UFBA”, pudemos verificar nos diversos contatos durante a pesquisa, os vários tipos de comportamentos e pensamentos dos responsáveis em relação a escolarização dos seus filhos que variou desde a preocupação com o futuro e disso depende dos “estudos” até achar que não há necessidade de aprendizagem pois o adoecimento o acompanharia por toda vida e a criança não seria capaz de ter um futuro promissor.

Mas as literaturas apontam que a família como primeira instituição de convivência e aprendizado após nascimento, de forma geral as famílias se preocupam com os filhos e quer o melhor para cada um deles sendo a aprendizagem um ponto importante em todo processo de desenvolvimento que a família passa.

Nesse sentido a aprendizagem ancora-se primeiramente no que é ensinado pela família e ao longo da vida do sujeito passa por outros tipos de saberes sejam eles de cunho formais ou não. De qualquer forma, a maioria das famílias têm a pretensão de acompanhá-los no sentido de ajudá-los no que for necessário para o seu desenvolvimento como cidadão.

No que concerne à dinâmica da aprendizagem para as crianças internadas é possível dimensionar que pode haver uma construção de saberes distribuídas entre os atores que circulam as enfermarias nos hospitais tendo alunos e professores como sujeitos de aprendizagem sob a mediação dos mais capazes, ou mesmo sob a

intervenção de outros atores, como as mães ou outros responsáveis, as técnicas de enfermagem, por exemplo. Isso faz com que compreendamos um pouco mais das dinâmicas sobrepostas nas enfermarias quando uma criança está sob cuidados médico hospitalares, elas, as crianças e os adolescentes, vivenciam uma série de situações que, de certo modo, lhes ensinam como reagir e buscar novos suportes. Assim também é com relação aos problemas que atravessam pela ausência da escola e os esforços que as famílias fazem para resolver ou minimizar a situação. Valem-se, mesmo sem saber ao certo o que estão fazendo de recursos socialmente já difundidos, como o auxílio particular, como as “bancas”, da responsabilização de alguém que possa acompanhar mesmo nas cobranças diárias, ou mesmo reconhecendo que não pode auxiliar seus filhos, dirigindo essa atenção para a escola.

Não poderia finalizar estas considerações sem falar dos sentimentos de tristeza, incertezas e medos que passei. Primeiro com a chegada da pandemia de Covid-19 e a dúvida de como agir na prática pedagógica com essa temida doença, além disso, fui diversas vezes surpreendida com episódios de isolamentos das enfermarias por suspeita dessa doença. Depois a profunda tristeza de perder de forma inesperada a minha querida mãe que sempre me apoiou nos momentos mais difíceis. E por último a insegurança de ser a primeira experiência como docente de uma classe hospitalar, embora tivesse outras experiências em sala de aula.

Por outro lado, sempre pude contar com o apoio familiar e no trabalho com a receptividade da equipe multiprofissional da pediatria, principalmente os técnicos (as) de enfermagem e enfermeiros (as).

Acredito que consegui finalizar essa pesquisa de forma satisfatória na certeza de que esse trabalho não se encerra por si só. O tema que aborda a família e a aprendizagem é bastante amplo e merece outras pesquisas acerca desse tema que possam contribuir também com a prática pedagógica dos profissionais de educação e com a relação escola e família.

## REFERÊNCIAS

ACAMPORA, Bianca. **Psicopedagogia hospitalar: diagnóstico e intervenção**. Rio de Janeiro: Wak, 2015.

ALMEIDA, Bruna Rocha de; MELGAÇO, Paula. Quando a criança nasce doente: a subjetividade do infante e as relações familiares. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 356-373, ago. 2016.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Marília, v. 9, p. 150-153, ago. 2001.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O Método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Thomson, 2004.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ASBAHR, Fernando R. Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, (2 supl), abr. 2004.

ASSIS, Walkiria. **Classe hospitalar: um olhar pedagógico singular**. São Paulo: Phorte, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DISLEXIA. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.dislexia.org.br/>. Acesso em 23 set. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOPEDAGOGIA. **Código de ética do psicopedagogo**. Disponível em: <https://abppbahia.com.br/quem-somos/codigo-de-etica>. Acesso em: 05 set. 2021.

AZEVEDO, Flavia; NATIVIDADE, Priscila. Aulas online na pandemia: veja por que a escola não vai ser mais a mesma. **Correio: o que a Bahia quer saber**, Salvador, 02 maio 2020. Seção Coronavírus. Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/aulas-online-na-pandemia-veja-por-que-a-escola-nao-vai-ser-mais-a-mesma/>. Acesso em: 02 maio 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

BARROS, Alessandra Santana Soares e. Contribuições da educação profissional em saúde à formação para o trabalho em classes hospitalares. **Cadernos Cedes**, Campinas, SP, v. 27, n. 73, p. 257-278, set./dez. 2007.

BARROS, Alessandra Santana Soares e *et al.* A classe hospitalar do Hospital das Clínicas da UFBA: uma expressão da articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão. *In*: CAPUTO, Maria Constantina; TEIXEIRA, Carmen Fontes (org.).

**Universidade e sociedade** : concepções e projetos de extensão universitária. - Salvador: EDUFBA, 2014.

BASTOS, Alice Beatriz B. Izique. **Psicopedagogia clínica e institucional**: diagnóstico e intervenção. São Paulo: Loyola, 2015.

BEHRENS, Marilda Aparecida. **O paradigma emergente e a prática pedagógica**. 3. ed. Curitiba: Champagnat, 2003.

BERNARDES, R. Trabalho: a centralidade de uma categoria analítica. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 33-41, jan./mar. 1994.

BEZERRA, Ana Cristina G. Pedagogia de projetos: possibilidades transformadoras para a escola. **Noésis**, Salvador, n. 3. jan./dez., p. 93-10, 2002.

BEZERRA, Clarisse. **Polimiosite**: o que é, principais sintomas e tratamento. TuaSaude, 2020. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/polimiosite/>. Acesso em: 07 set. 2021.

BIBIANO, Bianca. **Ensino nas horas difíceis**. Nova Escola, São Paulo, a. 24. n. 220. p. 80-83, mar. 2009.

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

BOSSA, Nádía A. **A psicopedagogia no Brasil**: contribuições a partir da prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 05 set. 2019.

BRASIL. Decreto n. 10.502, de 30 de setembro de 2020. Institui a Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 out. 2020. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/decreto/D10502.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10502.htm). Acesso em: 07 set. 2021.

BRASIL. Decreto n. 52.748, de 24 de outubro 1963. Institui do “Dia Nacional da Família”. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 nov. 1963.

BRASIL. Decreto-lei n. 1044, de 21 de outubro de 1969. Dispõe sobre tratamento excepcional para os alunos portadores das afecções que indica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 nov. 1969.

BRASIL. Lei n. 6202, de 17 de abril de 1975. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de

1969, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 abr. 1975.

BRASIL. Lei n. [8.069, de 13 de julho de 1990](#). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 07 set. 2019.

BRASIL. Lei n. [9.394, de 20 de dezembro de 1996](#). Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm). Acesso em: 04 set. 2019.

BRASIL. Lei n. 10.172, de 09 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 jan. 2001a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm). Acesso em: 07 set. 2019.

BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 jan. 2002a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm). Acesso em: 07 set. 2019.

BRASIL. Lei n. 13.716, de 24 de setembro de 2018. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para assegurar atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 set. 2018.

BRASIL. Lei n. 14.254, de 30 de novembro de 2021. Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 dez. 2021a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2019-2022/2021/Lei/L14254.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2019-2022/2021/Lei/L14254.htm). Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília, DF: MEC, [2018]. Disponível em: <http://basenacionalcomum.mec.gov.br/>. Acesso em: 19 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar**: estratégias e orientações. Secretaria de Educação Especial: MEC; SEESP, 2002b.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica**. Secretaria de Educação Especial: MEC; SEESP, 2001b.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 1, de 15 de maio de 2006. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de

Graduação em Pedagogia, licenciatura. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 maio 2006. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rcp01\\_06.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rcp01_06.pdf). Acesso em: 05 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Diretriz EBSEH de humanização**. Brasília, DF: Serviço de Gestão da Qualidade, 2017.

BRASIL. Ministério da Educação; Secretaria de Educação Básica; Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão; Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Conselho Nacional de Educação; Câmara de Educação Básica. **Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica**. Brasília: MEC; SEB; DICEI, 2013.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995. Aprova em sua íntegra o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 out. 1995. Disponível em: [https://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Legislacao%20e%20Jurisprudencia/Res\\_41\\_95\\_Conanda.pdf](https://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Legislacao%20e%20Jurisprudencia/Res_41_95_Conanda.pdf). Acesso em: 01. set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSus**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 14 ago. 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bit.ly/eZnEVy>. Acesso em: 15 ago. 2021.

CAILLAUD, C.; POENARU, L. Gene therapy in lysosomal diseases. **Biomed Pharmacother**, v. 54, n. 10, p. 505-512, oct. 2000.

CECCIM, Ricardo Burg. Classe hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. **Revista Pátio**, Porto Alegre, a. 3, n. 10, p. 41-44, ago./out 1999.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. Antonacci. **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Editora da Universidade/ UFRGS, 1997.

CHALITA, Gabriel. **Educação: a solução está no afeto**. São Paulo: Gente, 2001

DANTAS, Marcia Alves Simões; CASTANHO, Marisa Irene Siqueira. **Psicopedagogia nos (con)textos hospitalares**. Rio de Janeiro: Wak, 2019.

DECLARAÇÃO mundial sobre educação para todos: satisfação das necessidades básicas de aprendizagem, Jomtien, 1990. *In*: CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE EDUCAÇÃO PARA TODOS, 1990, Jomtien. Jomtien, Tailândia: UNESCO, 1990.

ELIA, Josephine. Visão geral dos transtornos mentais em crianças e adolescentes. *In*: MANUAL MSD: versão para profissionais de saúde. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/pediatria/transtornos-mentais-em-criancas-e-adolescentes/visao-geral-dos-transtornos-mentais-em-criancas-e-adolescentes>. Acesso em: 01 out. 2021.

ESTANISLAU, Gustavo M. ; BRESSAN, Rodrigo Afonseca. **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

EVANS, R. G.; STODDART, G. L. Producing health, consuming health care. **Soc Sci Med**, v. 31, n. 12, p. 1347- 1363, 1990.

FERNANDES, Edicléa Mascarenhas. **Estudo sobre programas e projetos de atendimento educacional em ambiente hospitalar e domiciliar desenvolvidos pelas Secretarias de Educação dos estados e municípios**: produto nº 1. Brasília, DF: SECADI, 2017a.

FERNANDES, Edicléa Mascarenhas. **Documento técnico contendo o estudo das experiências significativas e projeções para definição de diretrizes sobre atendimento educacional em ambiente hospitalar e domiciliar desenvolvido pelas Secretarias de Educação dos estados e municípios**: produto nº 2. Brasília, DF: SECADI, 2017b.

FERREIRA, Helena Perpetua de Aguiar; CALDAS, Sandra Fernandes Pereira; PACHECO, Mirta Cristina Pereira. **Classe hospitalar: a tessitura das palavras entre o escrito e o vivido**. Curitiba: Appris, 2016.

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

FONSECA, Vitor da. Papel das funções cognitivas, conativas e executivas na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 31, n. 96, p. 236-253, 2014. Disponível em

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862014000300002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862014000300002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 30 jan. 2022.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. Reimpressão: 2002.

FUNDAÇÃO LEMANN. **O que é a BNCC?** : entenda os detalhes desta política educacional e o que ela muda na educação. São Paulo: Fundação Lemann, 2017. Disponível em: <https://fundacaolemann.org.br/noticias/o-que-e-a-bncc>. Acesso em: 07 set. 2021.

FURQUIM, Sérgio. **Pensador**: textos de persistência e luta. Disponível em: [https://www.pensador.com/textos\\_se\\_persistencia\\_e\\_luta/](https://www.pensador.com/textos_se_persistencia_e_luta/). Acesso em: 30 jan. 2022.

GOKHALE, S. D. A família desaparecerá? **Revista Debates Sociais**, Rio de Janeiro, a. 16, n. 30, 1980.

GOMES, Luciana Rodrigues Brasil Palheta. O contexto atual das classes hospitalares no Brasil. *In*: ENCONTRO DE PESQUISA EDUCACIONAL DO NORDESTE, 25., 2020, Salvador. **Anais [...]**. Salvador: ANPED, 2020. p. 01-08.

HOLANDA, Eliane Rolim de; COLLET, Neusa. Escolarização da criança hospitalizada sob a ótica da família. **Texto & Contexto** : Enfermagem, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 34-42, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/9y6KybZ5cgjbBY5gS3FDDdn/?lang=pt#>. Acesso em: 15 ago. 2021.

HOSPITAL. *In*: CONCEITO de. 2019. Disponível em: <https://conceito.de/hospital>. Acesso em: 07 set. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Censo escolar**: microdados do censo escolar da educação básica. Brasília, DF: INEP, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/microdados/censo-escolar> . Acesso em: 07 set. 2021.

JOIA, Michele. **Manual de promoção e prevenção de saúde na educação**. Rio de Janeiro: Wak, 2019. v. 1.

KALOUSTIAN, Silvio Manoug (org.). **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 1988.

LAHIRE, B. **Sucesso escolar nos meios populares: As razões do improvável**. São Paulo: Ática, 1997.

LIMA, D. D. V. O suporte psicológico e a criança hospitalizada: o impacto da hospitalização na criança e em seus familiares. **Rev. Psicologia.pt**. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 3-37, maio 2011.



LOPES, Noêmia. **O que é o projeto político-pedagógico (PPP)**. *In: Nova escola*. Disponível em: <https://gestaoescolar.org.br/conteudo/560/o-que-e-o-projeto-politico-pedagogico-ppp>. Acesso em: 15 set. 2021.

LUCON, Cristina Bressaglia. **Representações sociais de adolescentes em tratamento de câncer sobre a prática pedagógica do professor de classe hospitalar**. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LYON, G. Reid; SHAYWITZ, Sally E.; SHAYWITZ, Bennett A. A definition of dyslexia. **Annals of Dyslexia**, v. 53, n. 1, p. 1-14, 2003.

MACENA, Rogerio. Não desistir é continuar na caminhada... Disponível em: <https://www.pensador.com/frase/MjQ0NTYzMA/>. Acesso em: 03 dez.2021.

MAGALHÃES, Lana. Cérebro. *In: TODAMATÉRIA: conteúdos escolares para alunos e professores*. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/cerebro/>. Acesso em: 15 set. 2021.

MASETTI, Morgana. **Soluções de palhaços: transformações na realidade hospitalar**. São Paulo: Palas Athena, 1998.

MATOS, Elizete Lúcia Moreira; MUGGIATI, Margarida Maria Teixeira de Freitas. **Pedagogia hospitalar**. Curitiba: Champagnat, 2001.

MATOS, Elizete Lucia Moreira; MUGIATTI, Margarida Maria Teixeira de Freitas. **Pedagogia Hospitalar: a humanização integrando educação e saúde**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2012.

MEDEIROS, Jucélia Linhares Granemann de. **Documento técnico contendo estudo sobre as normatizações, legislações existentes e as práticas em gestão educacional desenvolvidas pelos Sistemas Públicos de Educação Básica na área do atendimento educacional em ambiente hospitalar e domiciliar**: produto nº 1. Brasília, DF: SECADI, 2018a.

MEDEIROS, Jucélia Linhares Granemann de. **Documento técnico contendo diretrizes operacionais para o atendimento educacional em ambiente hospitalar e domiciliar, visando subsidiar os Sistemas Públicos de Educação Básica na organização desse atendimento educacional**: produto nº 2. Brasília, DF: SECADI, 2018b.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORENO, Maria del Carmem. Desenvolvimento e conduta social dos dois aos seis anos. *In*: COLL, César; MARCHESI, Álvaro; PALACIOS, Jesús (org.). **Desenvolvimento psicológico e educação**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2004. v. 1. Tradução Dayse Vaz de Moraes.

MORTON, J. Bruce (Ed.). Funções executivas. *In*: **Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância**. Disponível em: <https://www.encyclopedia-crianca.com/funcoes-executivas/sintese>. 2013. Acesso em: 23 set. 2021.

NICOLACI-DA-COSTA, Ana Maria. O campo da pesquisa qualitativa e o método de explicitação do discurso subjacente (MEDS). **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 65-73, 2007.

OLIVEIRA, Tyara Carvalho de. Um breve histórico sobre as classes hospitalares no Brasil e no Mundo. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 11., 2013, Curitiba. **Anais** [...]. Curitiba: PUCPR, 2013. p. 27685-27697.

Disponível em: [https://educere.bruc.com.br/ANAIS2013/pdf/9052\\_5537.pdf](https://educere.bruc.com.br/ANAIS2013/pdf/9052_5537.pdf). Acesso em: 20 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Documentos básicos**. 26. ed. Genebra: OMS, 1976.

PAROLIN, Isabel. **Professores formadores**: a relação entre a família, a escola e a aprendizagem. 2. ed. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2010.

PAULA, Hercília Maria Angeli Teixeira de. Crianças e adolescentes que voam em jaula: a tecnologia promovendo a liberdade no hospital. **Caderno Cedes**, Campinas, SP, v. 27 n. 73, p. 319-334, set./dez. 2007

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PIAGET, Jean. **A equilibrção das estruturas cognitivas**: problema central do desenvolvimento. Rio de Janeiro: Zahar; 1975.

PIAGET, Jean. **As formas elementares da dialética**. São Paulo: Casa do Psicólogo.1996.

PIAGET, Jean; GRÉCO, Pierre. **Aprendizagem e conhecimento**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1974.

PINTO, Fernando Campos Gomes. **Você sabe como seu cérebro cria pensamentos?** São Paulo: Seguimento Farma, 2012.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr./ jun. 2000.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTELLA, Fabiani Ortiz; FRANCESCHINI, Ingrid Schroeder (org.). **Família e aprendizagem: uma relação necessária**. Rio de Janeiro: Wak, 2014.

PSICOPEDAGOGIA hospitalar: por que e para quem?. **Constr. psicopedag.**, São Paulo, v. 15, n. 12, p. 7-26, dez. 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-69542007001100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542007001100002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 09 set. 2021.

REIVAS, Marta Pires. **Neurociência e educação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2018.

RODRIGUES, Janine Marta Coelho. **Classes hospitalares: o espaço pedagógico nas unidades de saúde**. Rio de Janeiro: Wak, 2012.

ROSSINI, Maria Augusta Sanches. **Pedagogia afetiva**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Ligia; RIESGO, Rudimar dos Santos. **Transtornos de aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. 2. ed. Artmed, 2016.

SALVADOR (Bahia). Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria da Educação. **Escola Municipal Hospitalar e Domiciliar Irmã Dulce: classe hospitalar e domiciliar**. Disponível em: <http://educacao3.salvador.ba.gov.br/programa-projeto/atendimento-escolar-hospitalar-e-domiciliar/>. Acesso em: 09 set. 2021.

SAMPAIO, Simaia. **Dificuldades de aprendizagem: a psicopedagogia na relação sujeito, família e escola**. 5. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2019.

SCHNEIDER, Carine Marlene; MEDEIROS, Letícia Galery. Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. **Unoesc & Ciência- ACHS**, Joaçaba-SC, v. 2, n. 2, p. 140-154, dez. 2011.

SILVA, Maria Celeste Ramos da. **A criança e o adolescente enfermos como sujeitos aprendentes: representações de professores da rede regular de ensino no município de Salvador-BA**. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

SOUSA, Beatriz. Saúde e doença. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/57426283/saude-x-doecca>. Acesso em: 07 set. 2021.

SOUSA, Francisca Maria; SILVA, Maria Celeste Ramos. O direito à escolarização de crianças e adolescentes com doenças crônicas no Brasil: uma análise a partir do pensamento complexo e da teoria crítica. **Rev. Educação (UFSM)**, Santa Maria, v. 45, jan./dez. 2020

SZYMANSKI, Heloisa. **A relação família/escola**: desafios e perspectivas. Brasília, 2009.

TEIXEIRA, Gustavo. **Manual dos transtornos escolares**: entendendo o problema de crianças e adolescentes na escola. Rio de Janeiro: BestSeller, 2013.

TURATO, E. R. et. al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

VALLE, Luiza Helena Leite Ribeiro; BOMBONATTO, Quézia; MALUF, Maria Irene. **Temas interdisciplinares na educação**. Rio de Janeiro: Wak, 2008.

VIEGAS, Dráuzio (org.). **Brinquedoteca hospitalar**: isto é humanização. 3. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2020.

VISCA, Jorge. **Clínica psicopedagógica**: epistemologia convergente. 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

VISCA, Jorge. **O diagnóstico operatório na prática psicopedagógica**. São José dos Campos: Pulso, 2008.

VISCA, Jorge. **Psicopedagogia**: novas contribuições. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

WILSON, B. A. **Reabilitação da memória**: integrando teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ZAIAS, Elismara. **O currículo da escola no hospital**: uma análise do serviço de atendimento à rede de escolarização Hospitalar – SEREH/PR. 2011 Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2011.



**4. PARTE IV – PERGUNTAS FUNDANTES**

1. Você sabe o que é classe hospitalar? O que você acha dessa política educacional como direito de ensino?

2. O que você acredita que seu filho pode aprender em uma classe hospitalar?

3. Descreva o que você acha importante que seja desenvolvido na classe hospitalar para o aprendizado do(a) seu(a) filho(a) durante o período de internação.

4. O que você acha que o(a) seu(a) filho(a) mais gostaria de fazer na classe hospitalar nessa situação especial?

( ) estudar conteúdos

( ) brincar

( ) fazer amigos

( ) outros. O que mais?

\_\_\_\_\_

5. Qual a contribuição que você espera da classe hospitalar possa trazer para o aprendizado do seu filho?

6. De que forma você acha que a classe hospitalar pode colaborar na educação/formação do seu filho?

7. O que você acredita que pode fazer para contribuir na educação do seu filho nesse período de internação?

8. Você autoriza a participação da criança na classe hospitalar?

9. Alguma vez seu filho/a, enquanto internado/a, foi atendido/a por um professor no hospital? Se sim, o que achou do atendimento?

10. Como você acredita que pode contribuir com a aprendizagem de seu filho/a tendo a Classe Hospitalar e a Escola Regular como parceiras?

11. Outras Observações:

##### **5. PARTE V – PERGUNTAS COMPLEMENTARES**

1. Já aconteceu alguma situação fora da rotina envolvendo o comportamento de filho, na escola regular que alterasse a rotina da família? Se sim, o que foi feito? Caso não tenha ocorrido nenhuma situação, o que acredita que acontece na escola?

2.A criança faz algum tipo de acompanhamento ou reforço escolar para garantir êxito na escolarização?

3.De que forma você acompanha o desempenho do seu filho na escola?

4.Como enxerga e deseja o futuro para o seu filho?

5.Essa realização do futuro depende de quê? (E você acha que essa realização depende dos estudos, do que ele aprendeu na escola?)

6. Se você não acompanhasse o desempenho do seu filho/a na escola, o que você acredita que poderia acontecer com a vida escolar dele/a, na visão dos professores?
7. Quantas vezes no ano você vai à escola para saber sobre a aprendizagem do seu filho? Ou participa somente quando é chamada ou não participa em nenhum caso?
8. Participa das reuniões realizadas pela escola? Por quê?
9. A criança já repetiu o ano? Quantas vezes? Em que ano? Por quê?
10. Ele faz os exercícios de casa sozinho ou acompanhado? Como costuma fazer? Por quê?
11. Você percebe que seu filho/a tem alguma dificuldade ou problema de/na aprendizagem? Qual?
12. Outras observações:



## **ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do Estudo:** Família e aprendizagem: A contribuição da família no processo de aprendizagem das crianças internadas para tratamento médico

**Pesquisador Responsável:** Luciana Rodrigues Brasil Palheta Gomes

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O objetivo desta pesquisa é compreender de que forma a família contribui no processo de aprendizagem dos alunos internados no Hospital Universitário da UFBA / HUPES e tem como justificativa, obter informações relevantes a respeito do tema, com a intenção de melhorar o relacionamento entre a família, alunos e escola, para servir como subsídios para a prática cotidiana, visto que o desenvolvimento das crianças não acontece de maneira isolada nos diversos espaços que frequentam.

Se o(a) Sr.(a) aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: A pesquisadora lhe fará algumas perguntas que fazem parte de uma entrevista onde você responderá algumas questões referente a educação da criança internada sob a sua responsabilidade. Essas perguntas lhes serão feitas em um local onde estaremos sozinhos e sem a escuta ou participação de outras pessoas, mantendo sua privacidade. com tempo mínimo de trinta minutos e máximo de quarenta minutos. Se acontecer de não se sentir à vontade para responder alguma pergunta, pode recusá-la.

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No nosso estudo, os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da sua participação na pesquisa podem ser o de expor como a família lida com a educação dos filhos enquanto estão internados, assim, nos comprometemos, não identificá-lo, mantendo o sigilo da sua participação e do seu nome, e, se necessário, disponibilizamos o apoio de um psicólogo, profissional do departamento do HUPES, caso se sinta invadido emocionalmente por alguma questão.

Contudo essa pesquisa também pode trazer benefícios futuros à sociedade e à política educacional, resultantes da sua colaboração como participante. Ela servirá para auxiliar os profissionais da educação e saúde na promoção e desenvolvimento cognitivo, social e afetivo das crianças por meio da interação entre a família e a escola no hospital, do mesmo modo, contribuir para que se estruture ações para melhor enfrentamento da hospitalização e continuidade da escolarização das crianças em condição de adoecimento, assim como levantar possibilidades do aluno acompanhar as atividades e avaliações da sua escola formal diminuindo os prejuízos e evitando a evasão e a repetência.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu

consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que seu filho(a) recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá receber por despesas decorrentes de sua participação.

Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) receberá todo o atendimento de um psicólogo, caso seja necessário, sem nenhum custo pessoal e garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexos causal com a pesquisa.

Solicitamos 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 será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas as fases da pesquisa.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Luciana Rodrigues Brasil Palheta Gomes, pelo telefone 71.988326015, endereço: CPPHO – Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira, 3º andar e / ou pelo e-mail: [lucianabrasil3@gmail.com](mailto:lucianabrasil3@gmail.com) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HUPES- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. EDGARD SANTOS- UFBA. Endereço: Rua Dr. Augusto Viana, S/n - Canela, SALVADOR (BA) - CEP: 4011060; FONE: (71) 3283-8043 / E-MAIL: [cep.hupes@gmail.com](mailto:cep.hupes@gmail.com).

Esse Termo será assinado em duas vias, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para os pesquisadores.

### **Declaração de Consentimento**

Concordo em participar do estudo intitulado: Família e aprendizagem: A contribuição da família no processo de aprendizagem das crianças internadas para tratamento médico.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou responsável

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Eu, Luciana Rodrigues Brasil Palheta Gomes, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do investigador

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANEXO C – REGISTRO DO ALUNO/PACIENTE****1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO GERAL**

Nome completo do aluno(a):	
Data de nascimento:	Prontuário:
Idade:	Sexo: masculino ( ) feminino ( )
Naturalidade:	UF:
Contato:	E-mail:
Mãe:	Escolaridade:
Pai:	Escolaridade:
Renda familiar:	Bolsa família: sim ( ) não ( )
Endereço:	

**2. DADOS DA HOSPITALIZAÇÃO**

Data da internação:	Leito nº:
Diagnóstico principal:	
Previsão de alta:	
Foi internado antes? Sim ( ) não ( )	
Havia escola nesse hospital? Sim ( ) não ( )	

**3. DADOS EDUCACIONAIS**

Escola de origem:	
Cidade:	Tipo: ( ) Pública ( ) particular
Ano:	Tem algum transtorno ou dificuldade de aprendizagem? Qual?
Direção:	Coordenação:
Contato:	

Responsável pelas informações:

Data: / /