



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)
DEPARTAMENTO DE SAÚDE (DS)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**IMPORTÂNCIA DA CLASSE HOSPITALAR NA RECUPERAÇÃO DA
CRIANÇA/ADOLESCENTE HOSPITALIZADO**

LUCINÉIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHÃES

JEQUIÉ-BAHIA

2013

LUCINÉIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHÃES

**IMPORTÂNCIA DA CLASSE HOSPITALAR NA RECUPERAÇÃO DA
CRIANÇA/ADOLESCENTE HOSPITALIZADO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), área de concentração em Saúde Pública para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Cristina Santos Duarte

JEQUIÉ-BAHIA

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico,
para fins de estudo e pesquisa, desde que citado a fonte.

M167 Magalhães, Lucinéia Braga de Oliveira.

Importância da classe hospitalar na recuperação da criança/adolescente hospitalizada/Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães. – Jequié: UESB, 2013.

125 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Cristina Santos Duarte.

1. Classe hospitalar; 2. Crianças e adolescentes hospitalizadas I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 614.5993

FOLHA DE APROVAÇÃO

MAGALHÃES, Lucinéia Braga de Oliveira. Importância da Classe Hospitalar na recuperação da criança/adolescente hospitalizado. 2013. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié, Bahia.

Profª Drª Ana Cristina Santos Duarte

Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).
Professora Adjunto da UESB
(Orientadora e presidente da Banca Examinadora)

Profª Drª Alba Benemérita Alves Vilela

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC)
Professora Pleno da UESB

Profª Drª Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA)
Professora Adjunto do ISC/UFBA

Jequié-Bahia, 25 de março de 2013

“Melhor é serem dois do que um (...) Se alguém quiser prevalecer contra um, os dois lhe resistirão; o cordão de três dobras não se rebenta com facilidade” (Ec 4,9 e12)

“Porque eis que passou o inverno, cessou a chuva e se foi; apareceu as flores na terra, chegou o tempo de cantarem as aves, e a voz da rola ouve-se em toda a terra” (Ct 2, 11-12)

*Caímos, levantamos, aprendemos, superamos e descobrimos que Deus é sempre a amálgama que nos fortalece. Existem coisas que só o AMOR pode compreender! Assim é você em minha vida: **BÊNÇÃO DE DEUS!** Assim somos nós: “testemunho lindo de AMOR, que não se cansa de AMAR!”.*

Ao meu esposo, Jair Magalhães. Amigo e parceiro; pessoa guerreira, altruísta, única, ILUMINADA e de coração inigualável. O meu coração se regozija por tua vida estar intimamente interligada na minha. “Somos parceiros, enquanto somos capazes de, diferentemente, Eu ser eu, vivendo com você e você ser você vivendo comigo”. Lembra?

Pelo teu cuidado, teu carinho, tua dedicação, teu companheirismo, tuas broncas (risos) e teu verdadeiro amor. Enfim, por TUDO que já vivemos, por TUDO que estamos vivendo e por TUDO que ainda haveremos de viver. Muito obrigado!!!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

“Porque dele, e por meio dele, e para ele são todas as coisas. A ele, pois, a glória eternamente. Amém!”

(Rm 11,36)

A DEUS, autor e consumidor da minha fé, a minha ETERNA GRATIDÃO! Fez-me trilhar caminhos inimagináveis; viver o que jamais pude sonhar; me presenteou com maná dos céus (...) Mas, ainda assim, em minha limitação humana, quantas vezes duvidei, questionei e fui infiel Senhor? Todavia a tua fidelidade e misericórdias me alcançaram. Senhor, que Tu me concedas a graça de sempre querer viver os teus desígnios, pois creio que os “sonhos de Deus serão SEMPRE maiores que os meus!”

AGRADECIMENTOS

*À minha mãe **Mirálva Gomes Braga (Mamy)**, pelas palavras duras nos momentos certos, pelos conselhos oportunos e pelas orações que com certeza chegaram diante do trono do pai. Agradeço pelo teu amor em forma de liberdade, pois jamais interferiu em minhas decisões, sempre me acolheu e respeitou. A você mainha, minha eterna gratidão!*

*Aos meus avós/pais **Norberto e Lurdes** (in memorian), vocês foram o alicerce da minha vida. Devo a vocês a formação do meu caráter e dos meus princípios. Vocês me ensinaram que **GRANDIOSO** é o homem que tem orgulho da sua história (...) Só quem sabe de onde veio, reconhece onde está e tem certeza de onde (**AINDA**) se quer chegar! Amor perene!!!*

*À minha mana **Néia Braga** por ter colaborado comigo sempre que precisei, e por se alegrar com minhas vitórias. Nossas diferenças nos levam a crer que somos mais próximas do que podemos imaginar.*

*À **Gilberto Braga (Papy)**, pelo seu carinho e amor incondicional. Agradeço ainda pelo colo e mensagens profundas que sempre impactam e aquecem meu ser quando mais preciso. Obrigada pelo seu amor!*

*Ao meu irmão **Roberto Braga**, minha cunhada **Kelíne Santos** e meus preciosos sobrinhos **Kauã e Rafinha**. O amor de vocês aqueceram meu coração em muitos momentos que pensei em desistir. A confiança e o respeito que a mim dedicam, me faz crer que tudo vale a pena. Amo muito vocês!!!*

*À tio **Umberto Braga** e tia **Léia Garcia** que mesmo afastados de mim por território, jamais deixaram de ser fazer **PRESENTES** em minha vida. Suas orações e ligações sempre constantes me faz sentir vocês aqui, bem pertinho de mim!*

À todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES/UESB) pelo trabalho, incentivo e dedicação durante todo o curso.

Aos colegas da 3ª turma do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES/UESB), pelas alegrias, tristezas, desafios e vitórias que juntos, tivemos o privilégio de experienciar. Valeu por tudo!!!

Às minhas colegas do mestrado: Nívea Silveira, Laís Lira, Karlla Bispo, Elisama Nascimento, Sheylla Sales e Luciene Bispo que de modo especial e cheio de ternura me escutaram sempre que precisei, me oportunizando cuidadosos conselhos e amizade sincera. Obrigada por tudo!!!

À professora e orientadora Ana Cristina Duarte por ter enfrentado junto comigo todos os obstáculos, por ter superado e vencido todos os prazos, pela imensa paciência e grandiosa compreensão. Meus sinceros agradecimentos!

Às professoras Ana Luiza Queiroz Vilasbôas e Alba Benemerita Alves Vilela pelo aceite em participarem da Banca Examinadora para sustentação desta dissertação de mestrado, além de contribuírem de modo relevante com o estudo.

À professora Alessandra Santana Soares e Barros pela imprescindível contribuição na construção deste estudo durante a disciplina Estudos Independentes, bem como na banca de qualificação. Aprendi muito com sua serenidade, sabedoria e simplicidade. Obrigada pela acolhida!!!

À professora Edite Iago, pela credibilidade, amizade e defesa em momentos oportunos. Palavras eu guardo em minha memória, mas gestos costumo guardá-los em meu coração. Saiba que jamais vou esquecer tudo que fizeste em meu favor. Muito obrigada!

À professora Patrícia Anjos, pela amizade, pelos momentos lúdicos que muitas vezes vivemos e ao apoio com palavras incentivadoras em momentos adversos. Valeu!

Aos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB Turma 2009.1, por me oportunizar experienciar o Estágio Docência na Disciplina Saúde Mental. Com vocês aprendi que Deus nunca nos permite ir a um lugar, onde a graça d'Ele não possa nos alcançar. Aprendi ainda, que a VERDADE tem a capacidade de transformar conceitos, pessoas e a partir de então novas AMIZADES possam fluir! Agradeço a acolhida e a partilha de saberes.

Ao Hospital Geral Prado Valadares (HGPRV), cenário onde exerci na pediatria, a função de coordenadora da Classe Hospitalar. Impossível esquecer que essa experiência provocou em mim o desejo de avançar nos estudos e ingressar no mestrado. Agradeço a oportunidade!

*À minha amiga e colega de trabalho **Juanice Oliveira** pelos atos singelos de amizade. Conforme provérbios 18:24: “existe amigo mais chegado do que um irmão”. É assim que sinto você dentro de mim, uma grande irmã!*

*À amiga e colega de trabalho **Cleonice Pereira**, pela colaboração na concretização desta pesquisa, bem como compreensão na flexibilização dos meus horários para que eu pudesse concretizar minhas atividades acadêmicas. Agradeço teu cuidado de mãe e alegria manifestada em cada vitória alcançada em minha vida. Muito Obrigada!!!*

*À amiga e colega de trabalho **Nair Frutuoso**, pelo carinho, pelas orações intercedendo em favor da minha vida e seus sábios conselhos. Você é muito especial!*

*Aos meus pastores **Arlindo Augusto e Inês Santana** pelo cuidado que têm dedicado a minha vida espiritual. Vocês são presença de Deus!!!*

*Às minhas amigas **Vanessa Vidal e Ana Suzarte** pela amizade, pelas orações e sábios conselhos. Valeu pelos nossos encontros e muitas gargalhadas! Obrigada por tudo!*

*Ao **Hospital Irmã Dulce (OSID)** por conceder a autorização para o desenvolvimento desta dissertação.*

*Aos **profissionais do Hospital da Criança (OSID)** que de forma humana e receptiva me acolheram. Em especial, a enfermeira **Paloma Manuela** e a coordenadora pedagógica da Classe Hospitalar, a professora **Anaildes Bonfim**, que forma singela e humilde me apoiaram e contribuíram decisivamente na efetivação deste trabalho.*

*À todos os **informantes (trabalhadores em saúde, acompanhantes e crianças/adolescentes hospitalizados)** que dedicaram seu tempo e aceitaram contribuir com esta pesquisa, me oportunizando percepções diversas sobre o objeto de estudo e suas relações; instigando-me à busca do conhecimento, ao mesmo tempo que organizava os saberes para a construção desta dissertação.*

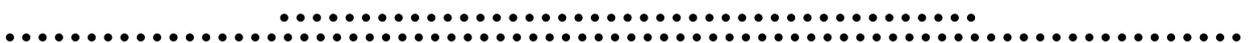
*À **todas as pessoas que de forma direta e/ou indireta** contribuíram para a concretização deste estudo.*



Foto: Patrícia Stavis (Nova Escola, 2009)

*“Em 2007, quando entraria no Ensino Fundamental, o pequeno índio wapixana Frank Silva ficou doente. Teve um câncer diagnosticado e precisou sair de Roraima, onde morava, para buscar ajuda especializada. Desde o ano passado, está internado em São Paulo. Mas não foi esse imprevisto - nem a forte medicação que vem tomando - que o deixou fora da escola. Matriculado desde o começo do tratamento em uma **CLASSE DENTRO DO HOSPITAL** do Câncer, ele não só foi alfabetizado como já está na 2ª série”.*

(Nova Escola, Edição 220, março/2009)



RESUMO

O serviço de Classe Hospitalar é uma modalidade de atendimento pedagógico direcionado para as crianças/adolescentes que estão impossibilitados de freqüentarem regularmente sua escola de origem, por se encontrarem hospitalizadas. O estudo tem como objetivos: (1) analisar a relação entre as atividades desenvolvidas na classe hospitalar (educação) e o processo de recuperação (saúde) das crianças/adolescentes hospitalizados; (2) discutir o processo pedagógico destinado às crianças/adolescentes acompanhadas no serviço da classe hospitalar e; (3) identificar as facilidades e as dificuldades no atendimento às crianças/adolescentes hospitalizados. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, tendo como campo empírico de investigação a classe hospitalar do Hospital da Criança (HC) das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), localizada no município de Salvador-BA; os sujeitos do estudo foram constituídos por vinte e um (21) informantes, distribuídos em três grupos, sendo nove (9) informantes do grupo I – Trabalhadores em saúde; seis (6) informantes do grupo II – acompanhantes e seis (6) informantes do grupo III – crianças/adolescentes hospitalizadas; como técnica de coleta de dados utilizamos, a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática; o método de análise dos dados foi a Análise de Conteúdo Temática de Bardin; o estudo ainda cumpriu todas as recomendações da Resolução nº 196/96 do CNS, considerando que se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos. Diante dos resultados, dimensionamos três (3) categorias temáticas e (11) subcategorias. **Categoria 1:** Processo pedagógico destinado às crianças/adolescentes hospitalizados; **Categoria 2:** Facilidades e Dificuldades do trabalho na Classe Hospitalar e, **Categoria 3:** Contribuições da Classe Hospitalar na recuperação das crianças/adolescentes hospitalizados. Os resultados evidenciaram que a classe hospitalar do Hospital da Criança (HC) das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) planeja suas ações pedagógicas tomando como base um projeto anual, desenvolvendo atividades lúdicas concomitantes com as atividades educativas; na classe hospitalar o tempo pedagógico oscila a depender da dinâmica hospitalar, da disposição e quadro clínico das crianças/adolescentes hospitalizados. Como facilidades, os informantes destacaram a existência de um espaço físico acessível com ar condicionado, cadeiras, televisão, computador com acesso à internet, aparelho de DVD e tablet, enquanto que as dificuldades estão relacionadas à diferença de idade das crianças/adolescentes e; ao estado clínico em que elas se encontra, pois a condição física e a psicológica são determinante na execução das atividade. Além disso, a existência da classe hospitalar contribui para que crianças/adolescentes tenham uma maior aproximação com a realidade e suas rotinas diárias; para que possam desmistificar a hospitalização; melhorar o processo de socialização; superar desafios e conseqüentemente, favorecer o processo de recuperação. Portanto, a realização deste estudo permitiu ampliar as discussões sobre a relação entre práticas de saúde e práticas educativas, a fim de garantir às crianças/adolescentes hospitalizados tanto o tratamento de saúde, quanto o acompanhamento pedagógico que respondam às especificidades de uma classe hospitalar e, diminuam as ameaças de reprovações, a evasão escolar e o distanciamentos da aprendizagem.

Palavras-chave: Classe Hospitalar – Criança/adolescente – hospitalização.

ABSTRACT

The hospital class service is a modality of pedagogic assistance directed to children / adolescents who are unable to regularly attend their school of origin, because they are hospitalized. The study aims to: (1) discuss the relationship between the activities in the hospital class (education) and the recovery process (health) of hospitalized children / adolescents; (2) understand the educational process for children / adolescents who were in hospital class service and; (3) analyze the facilities and difficulties in the assistance to hospitalized children / adolescents. This is a descriptive and exploratory study, qualitative in nature having as empirical field of research the class hospital of the Children's Hospital (HC) from Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), located in Salvador, Bahia; the study subjects consisted of twenty-one (21) respondents who were divided into three groups, nine (9) informants of group I – Health Workers; six (6) Group II - escorts and six (6) Group III - hospitalized children / adolescents; as a technique for data collection it was used the semi structured interview and systematic observation, the method of data analysis was the Thematic Content Analysis of Bardin, the study has fulfilled all the recommendations of Resolution No. 196/96 of the CNS, considering the fact that the research involves humans. From the results, it was designed three (3) categories and themes (11) subcategories. Category 1: Pedagogical Process hospitalized children / adolescents; Category 2: Facilities and Difficulties of Working in the Hospital Class and, Category 3: Contributions of Hospital Class in the recovery of hospitalized children / adolescents.. The results showed that the hospital class in the Children's Hospital (HC) of Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) plans their pedagogical actions taking into consideration an annual project, developing ludic activities together with educational activities; in Hospital Class pedagogical time is different from regular school and fluctuates depending on the dynamics of the institution, availability and clinical status of hospitalized children / adolescents. As facilities, informants highlighted the existence of an accessible physical space with air conditioning, chairs, television, computer with internet access, DVD player and tablet. Yet the difficulties are related to the difference in age of children / adolescents and, in the clinical condition they are in, because the physical and psychological condition are crucial in performing the activity. Moreover, the results demonstrated that the existence of hospital class contributes to make children / adolescents feel closer to reality and their daily routines, demystifying hospitalization, improving the process of socialization, the ability to overcome challenges and thus favoring the process of recovery. Therefore, this study allows more extensive discussions on the relationship between health practices and educational practices in order to recognize that hospitalized children / adolescents attending hospital classes have benefits such as a decrease in the threats of failures and of school evasion and it contributes to the recovery process.

Keywords: Hospital Class - Child / adolescent - hospitalization.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

A	Acompanhantes
AJS	Ambulatório José Sarney
CA	Crianças/Adolescentes
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CATA	Centro de Acolhimento e Tratamento de Alcoolistas
CBI	Centro de Bio-Imagem
CEB	Câmara de Educação Básica
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEPPAJ	Centro de Ensino e Pesquisa Professor Adib Jatene
CESA	Centro Educacional Santo Antônio
CF	Constituição da República Federativa do Brasil
CGJM	Centro Geriátrico Júlia Magalhães
CMSALP	Centro Médico Social Augusto Lopes Pontes
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPEC	Centro de Pesquisa Clínica
CRE	Coordenadorias Regionais de Ensino
CRPD	Centro de Reabilitação e Prevenção de Deficiências
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DS	Departamento de Saúde

ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GACC	Grupo de Apoio à Criança com Câncer
HC	Hospital da Criança
HGPV	Hospital Geral Prado Valadares
HSA	Hospital Santo Antônio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LBTC	Laboratório de Análise Taciano Campos
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MID	Memorial Irmã Dulce
MS	Ministério da Saúde
NACCI	Núcleo de Apoio ao Combate ao Câncer Infantil
OSID	Obras Sociais Irmã Dulce
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SECULT	Secretaria Municipal de Educação
SEESP	Secretaria de Educação Especial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TS	Trabalhadores em saúde
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFBA	Universidade Federal da Bahia

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Número de Classes Hospitalares no Brasil	35
Quadro 02	Distribuição do número de escolas regulares do município de Salvador-BA	43
Quadro 03	Atendimento educacional hospitalar e domiciliar por unidades no município de Salvador-BA	44
Quadro 04	Distribuição dos leitos hospitalares das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) em Salvador-BA	46
Quadro 05	Categorias temáticas e subcategorias da análise de conteúdo	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Caracterização dos trabalhadores em saúde da Classe Hospitalar do Hospital da Criança (OSID)	57
Tabela 02	Caracterização dos Acompanhantes de crianças/adolescentes do Hospital da Criança (OSID)	59
Tabela 03	Caracterização das crianças/adolescentes hospitalizadas no Hospital da Criança (OSID)	60

SUMÁRIO

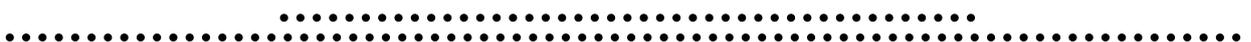
1	CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO A PARTIR DE UM OLHAR INVESTIGATIVO SOBRE A CLASSE HOSPITALAR	19
2	REVISÃO DE LITERATURA: ESPAÇO HOSPITALAR COMO LÓCUS DE ENSINO-APRENDIZAGEM	26
2.1	O SURGIMENTO DAS CLASSES HOSPITALARES	27
2.2	A CLASSE HOSPITALAR: ASPECTOS LEGAIS E NOVAS PERSPECTIVAS	30
2.2.1	Aspectos legais	30
2.2.2	Desafios e perspectivas	35
3	CAMINHAR METODOLÓGICO	40
3.1	TIPO DE ESTUDO	41
3.2	CAMPO DE ESTUDO	42
3.2.1	CAMPO EMPÍRICO DA INVESTIGAÇÃO: classe hospitalar do Hospital da Criança	45
3.3	SUJEITOS INCLUIDOS NO ESTUDO	49
3.4	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	50
3.4.1	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA: Um longo peregrinar até a autorização	52
3.6	MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS	53
4	APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS	56
4.1	PROCESSO PEDAGÓGICO DESTINADO ÀS CRIANÇAS/ ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS	61
4.1.1	Planejamento/Plano de aula	61
4.1.2	Metodologia do processo ensino-aprendizagem	64
4.1.3	Tempo pedagógico	67
4.1.4	Atividades educativas/atividades lúdicas	69
4.2	FACILIDADES E DIFICULDADES DO TRABALHO NA CLASSE HOSPITALAR	72
4.2.1	Facilidades	72
4.2.2	Dificuldades	74
4.3	CONTRIBUIÇÕES DA CLASSE HOSPITALAR NA RECUPERAÇÃO DAS CRIANÇAS/ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS.	78
4.3.1	Aproximação com a realidade (ROTINAS)	78
4.3.2	Processo de socialização	81

4.3.3	Superação de desafios	85
4.3.4	Melhora na autoestima	88
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICE	104
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	105
	APÊNDICE B: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS	107
	APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA (Trabalhador em Saúde)	108
	APÊNDICE D: ROTEIRO DE ENTREVISTA (Acompanhantes)	109
	APÊNDICE E: ROTEIRO DE ENTREVISTA (Criança/Adolescente)	110
	APÊNDICE F: ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA (Criança/Adolescente)	111
	APÊNDICE G: ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA (Trabalhador em Saúde)	112
	ANEXOS	113
	ANEXO A: Declaração de autorização para realização da pesquisa	114
	ANEXO B: Ofício CEP/UESB 422/2011	115
	ANEXO C: Parecer Consubstanciado CEP/UESB	116
	ANEXO D: Parecer Consubstanciado CEP/OSID	118
	ANEXO E: Fotos do Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce	120

1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO A PARTIR DE UM OLHAR INVESTIGATIVO SOBRE A CLASSE HOSPITALAR

O que é que se encontra no início? O jardim ou o jardineiro? É o jardineiro. Havendo um jardineiro, mais cedo ou mais tarde um jardim aparecerá. Mas, havendo um jardim sem jardineiro, mais cedo ou mais tarde ele desaparecerá. O que é um jardineiro? Uma pessoa cujo os sonhos estão cheios de jardins. O que faz um jardim são os sonhos do jardineiro.

Rubem Alves



Num período de intensas transformações sociais, políticas, econômicas, culturais, literárias, éticas e estéticas, nos deparamos com dilemas que exigem do ser humano construções e (re)construções de paradigmas que promovam soluções para os problemas emergentes. Neste contexto, somos afetados sobremaneira em nosso modo de pensar, de agir, de interagir, de comunicar, enfim nos mais diversos infinitivos que recorrem tanto sobre nós – seres humanos – como sobre a vida planetária em sua totalidade (SILVA, 2004).

Muito se discute acerca das sociedades humanas e sua existência num determinado espaço e tempo, onde os grupos sociais que as constituem são mutáveis, e tudo, a exemplo das instituições, leis e visões de mundo são provisórios e estão em constante dinamismo (MINAYO, 1997). Daí que, é importante nos colocarmos à disposição para mudar e transformar as realidades existentes, pois o desejo de dar respostas aos problemas é sem dúvida, tarefa árdua e instigante. Em outras palavras, precisamos pensar neste processo dinâmico de transformações focando nosso olhar no debate sobre a saúde e a educação enquanto possibilidade de construir novos paradigmas.

Diante dessa possibilidade de transformação, é importante destacar que o ambiente hospitalar¹ e sua estruturação essencialmente biológica, centrada no tratamento dos aspectos físicos da doença e em procedimentos conservadores “contribuem para que a sua realidade se mostre fria, impessoal e impregnada de carência de afetividade” (MATOS; MUGIATTI, 2008, p.21).

Nesta direção, as possibilidades de ruptura com os moldes tradicionais e a necessidade de consolidar políticas de saúde e de educação junto às crianças/adolescentes² hospitalizados, surgem como temas emergentes na luta pela garantia do direito à cidadania.

¹O **ambiente hospitalar** é o local onde se concentram pacientes acometidos pelas mais variadas patologias, assistidos por diferentes categorias de profissionais da saúde (SILVA, 2008, p.19)

² Nesta pesquisa, utilizamos a terminologia **criança/adolescente** com base na Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Desse modo, “considera-se criança, para efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade” (BRASIL, 1990, p.1).

Como exemplo desta tentativa de ruptura, destacamos no setor saúde, o Programa Nacional de Humanização da Assistência³ Hospitalar (PNHAH), lançado pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2001, com o objetivo de promover uma nova cultura de atendimento na saúde e apoiar a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços prestados, mediante aprimoramento das relações entre trabalhadores da saúde; usuários e profissionais e; hospitais e comunidade (BRASIL, 2001).

Vale ressaltar que a partir do ano de 2003, o Ministério da Saúde transforma o PNHAH em política, intitulada Política Nacional de Humanização (PNH), com o objetivo de favorecer a troca e construção de saberes, o diálogo entre profissionais, o trabalho em equipe e a consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde (BRASIL, 2003).

Já no setor educação, destacamos a iniciativa do Ministério da Educação e Cultura (MEC) por meio da Secretaria de Educação Especial (SEESP) ao elaborar em 2002, o documento de estratégias e orientações para normatizar a oferta do atendimento educacional pedagógico em ambientes hospitalares e domiciliares (BRASIL, 2002).

Neste documento fica estabelecido em seus objetivos que,

cumprir às classes hospitalares e ao atendimento pedagógico domiciliar, **elaborar estratégias e orientações para possibilitar o acompanhamento pedagógico-educacional** do processo de desenvolvimento e construção do conhecimento de crianças, jovens e adultos matriculados ou não nos sistemas de ensino regular, no âmbito da educação básica e que encontram-se impossibilitados de frequentar escola, temporária ou permanentemente e, **garantir a manutenção do vínculo com as escolas por meio de um currículo flexibilizado e/ou adaptado**, favorecendo seu ingresso, retorno ou adequada integração ao seu grupo escolar correspondente, como parte do direito de atenção integral (BRASIL, 2002, p.13, negrito nosso)

Ainda nesta direção, a hospitalização de crianças/adolescentes implica em um processo de distanciamento de seu convívio familiar, social, cultural e educacional e, caracteriza-se em uma experiência dolorosa que provoca

³Para este estudo, entendemos que a **humanização da assistência** “se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão dos serviços” (RIOS, 2009, p.11).

sentimentos de exclusão, desvalorização e distúrbios da autoestima. Contudo, acredita-se que com a inclusão de serviços recreativos e educacionais seja possível, garantir uma assistência hospitalar que dê conta de assegurar às crianças/adolescentes hospitalizados, “o acesso ao lazer, ao convívio com o meio externo, às informações sobre seu processo de adoecimento, cuidados terapêuticos e ao exercício intelectual” (BRASIL, 2002, p.10).

Considerando estas questões, Classe Hospitalar⁴ é a denominação dada ao atendimento pedagógico-educacional, voltado às crianças/adolescentes que num determinado momento de suas vidas estão impossibilitadas de frequentarem a escola regular, por terem sido acometidos por uma patologia e se encontrarem hospitalizadas (BRASIL, 2002; BARROS, 2007).

A Classe Hospitalar, parte do reconhecimento de que crianças/adolescentes hospitalizados, uma vez afastados da rotina acadêmica e, privados da convivência em comunidade, vivem sob risco de fracasso escolar e exclusão (BARROS, 2007). Daí que o objetivo principal é propiciar o acompanhamento curricular do aluno, quando este estiver hospitalizado, garantindo a manutenção do vínculo com as escolas por meio de um currículo flexibilizado (BRASIL, 2002).

Segundo esta perspectiva, a Classe Hospitalar é um elo entre o mundo familiar, social e escolar com o mundo hospitalar, ora vivido. Desta forma, busca atender criança/adolescente hospitalizada em suas necessidades educativas e recreativas a partir da idade cronológica e cognitiva dos indivíduos, respeitando seus respectivos processos de escolarização e, no acompanhamento das suas necessidades assistenciais de saúde, na busca da recuperação, reabilitação e/ou cura de uma determinada patologia; com vistas à sua reinserção social.

Devemos acrescentar ainda que esta modalidade de atendimento é um direito atribuído e constituído por lei às crianças/adolescentes hospitalizados, por meio do Estatuto das Crianças e do Adolescente (ECA); da Política Nacional de Educação Especial; da Política de Inclusão e, da Política de Educação Básica. No entanto,

⁴Optamos por utilizar a nomenclatura “**Classe Hospitalar**”, por ser a denominação estabelecida pelo MEC/SEESP através do documento que normatiza a oferta de atendimento educacional pedagógico em ambientes hospitalares (BRASIL, 2002). No entanto, existem outras nomenclaturas, igualmente legítimas, para nomear o atendimento pedagógico hospitalar, a exemplo de Escola Hospitalar (FONSECA, 1999) e de Escolarização Hospitalizada (MATOS; MUGIATTI, 2008).

crianças e adolescentes hospitalizados, reconhecidos pela legislação vigente enquanto portadoras de necessidades especiais, nem sempre tem estes direitos garantidos quando se encontram em processo de internação.

Vale ressaltar que o interesse em estudar sobre o fenômeno “Classe Hospitalar” emergiu a partir de dois contextos: 1) formação acadêmica em pedagogia com especialização em psicopedagogia clínica, institucional e hospitalar e; 2) experiência profissional enquanto Coordenadora da Psicopedagogia Hospitalar.

No primeiro contexto destaca-se, a formação em pedagogia e suas significativas contribuições para perceber que as pessoas são diferentes e podem aprender de diversas formas, percorrendo os mais variados caminhos. A ampliação dos conhecimentos a partir desta formação oportunizou novas e importantes reflexões sobre as diferentes maneiras, tempo, espaço e estímulos pessoais que conduzem o indivíduo a aprender.

É importante dizer que, somente na pós-graduação em Psicopedagogia Clínica, Institucional e Hospitalar é que tivemos o conhecimento, pela primeira vez, da existência de Classes Hospitalares, o que despertou o interesse em conhecer mais e mais sobre a temática e também fazer alguns questionamentos sobre a validade da aprendizagem para crianças/adolescentes hospitalizados.

No segundo contexto, temos a experiência profissional enquanto Coordenadora da Psicopedagogia Hospitalar, que no ano de 2009, implantou no setor da pediatria do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), no município de Jequié, a Classe Hospitalar. Sem dúvida, esta experiência é a mais importante motivação na escolha do objeto de estudo, já que o serviço de Classe Hospitalar, do HGPV, se constituiu enquanto a primeira experiência dessa natureza no município e a segunda no interior do Estado da Bahia.

Naquele momento histórico, a Classe Hospitalar tornou-se uma realidade no Hospital Geral Prado Valadares (HGPV) quando, por intermédio da sua direção, evidenciamos interesse e sensibilidade para implantação deste serviço com a finalidade de garantir o atendimento individual e coletivo às crianças/adolescentes internadas na instituição, mais especificamente no setor da pediatria.

O que se observou, com a implantação do serviço no HGPV, foi que houve uma mudança significativa nos trabalhos desenvolvidos junto às crianças/adolescentes que durante a hospitalização, amenizou o sofrimento, causador do distanciamento de seus laços familiares e sociais. A implantação permitiu à criança/adolescente continuar participando do processo educativo, aprendendo e se desenvolvendo, já que durante o processo de internação hospitalar, sua vida social continua em permanente interação, o que possibilitou a construção de um ambiente harmonioso e humanizado.

No entanto, mesmo envidando esforços para garantia da continuidade e funcionamento deste serviço no interior da instituição, tivemos que nos confrontar com uma realidade inesperada que foi a desativação do Serviço, menos de dois anos após a sua implantação.

A vivência nessa desafiadora função possibilitou uma aproximação cada vez maior com a Classe Hospitalar que aos poucos tem ganhado espaço nos hospitais, contribuindo para a consolidação da PNH que visa garantir o atendimento e acesso universal, equânime e integral às crianças/adolescentes em situação de internação. No entanto, ainda são incipientes os estudos sobre a importância da implantação das Classes Hospitalares em todas instituições, com vistas a contribuir com o processo de recuperação das crianças/adolescentes hospitalizados.

É imprescindível ressaltar que todos estes contextos, somados com o desejo de ampliar nossa qualificação acadêmica, foram determinantes para o interesse em investigar sobre os desafios da inclusão da escola no hospital, conforme preconiza a legislação brasileira.

Nessa perspectiva, as experiências acumuladas nos estudos sobre educação e saúde, por meio da prática profissional e a proposta de investigação aqui apresentada, nos conduziram a elaborar as seguintes **questões norteadoras**: de que modo as atividades desenvolvidas na classe hospitalar contribuem no processo de recuperação das crianças e adolescentes hospitalizados? Como se dá o atendimento, na Classe Hospitalar, de crianças/adolescentes hospitalizados? Quais as facilidades e dificuldades para o estabelecimento do vínculo no atendimento às crianças e adolescentes hospitalizados?

Tais questões traduziram-se nos seguintes **objetivos**:

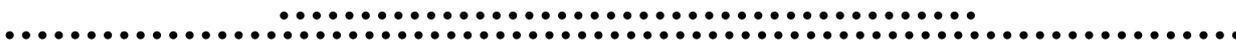
- Analisar a relação entre as atividades desenvolvidas na classe hospitalar (educação) e o processo de recuperação (saúde) das crianças/adolescentes hospitalizados;
- Discutir o processo pedagógico destinado às crianças/adolescentes acompanhadas no serviço da classe hospitalar;
- Identificar as facilidades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

Enfim, ao considerar que a classe hospitalar é estruturada a partir de metas que asseguram o acompanhamento educacional e promova a inclusão de crianças/adolescentes hospitalizados, nos propomos à refletir sobre as ações pedagógicas que dão destaque as questões cognitivas e socioafetivas, no intuito de minimizar problemas de aprendizagem e, contribuir para a formação da autonomia, da autoestima, do bem estar físico e psíquico e, conseqüentemente da edição/reedição da própria vida da criança (ORTIZ; FREITAS, 2001).

2 REVISÃO DE LITERATURA: ESPAÇO HOSPITALAR COMO LÓCUS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

O acompanhamento escolar de jovens e crianças hospitalizados seja por quais forem as patologias, portadores ou não de deficiências, é uma prática que se inscreve sob o título da equidade – a equiparação de oportunidades apesar das diferenças – uma pauta de destaque nas agendas sobre qualidade de vida, cidadania e democratização.

Alessandra Santana Soares e Barros



2.1 O SURGIMENTO DAS CLASSES HOSPITALARES

No ano de 1935 Henri Sallier, em Paris, realizou uma experiência com atividades escolares voltada para as crianças internadas em hospitais, ocasionando em resultados positivos no que diz respeito ao atendimento bio-psico-sócio e afetivo das crianças hospitalizadas e, a partir deste contexto começa a implantação e implementação destas atividades de cunho pedagógico em diversos países europeus e nos Estados Unidos (ESTEVES, 2011).

Tais atividades agrupadas e sistematizadas resultaram na criação das Classes Hospitalares, onde crianças e adolescentes internados e conseqüentemente impedidos de frequentarem regularmente suas escolas apresentam necessidades educativas e possuem o direito de cidadão de continuar estudando nos hospitais sem causar danos ao seu processo de escolarização, independente do tempo de permanência nos hospitais para tratamento de saúde (ESTEVES, 2011).

Segundo Vasconcelos (2012), após os primeiros ensaios de intervenção escolar em hospitais ocorridos na França em 1935, as experiências foram expandidas para a Alemanha e os Estados Unidos. Após a Segunda Guerra Mundial, quando alguns países da Europa recebem, como fruto do conflito, crianças mutiladas e/ou infectadas por doenças contagiosas, houve um crescimento considerável do atendimento à criança/adolescente hospitalizada.

A Segunda Guerra Mundial foi um marco no que se refere à ampliação do serviço de atendimento pedagógico educacional no âmbito hospitalar, como também a criação do cargo de Professor Hospitalar com vistas à formação desses profissionais para o atendimento em institutos especiais e hospitalares, corroborando, portanto para a criação das Classes Hospitalares, já que milhares de crianças/adolescentes sofreram mutilações e precisaram permanecer durante longos períodos hospitalizados e afastados das suas escolas de origem (ESTEVES, 2011).

No Brasil, a primeira ação educativa hospitalar surgiu em 14 de agosto de 1950, no Hospital Municipal Jesus, no Rio de Janeiro, que na ocasião tinha capacidade para 200 leitos e uma média de 80 crianças em idade escolar hospitalizadas. Em 1960, sua Classe Hospitalar contava com três professoras e o

Hospital Barata Ribeiro, também no Rio de Janeiro, com uma professora para este tipo de trabalho (RITTMAYER; SILVA; IMBROSIO, 2001).

Nesse sentido, Schilke (2008), destaca que os serviços na classe hospitalar eram desenvolvidos pelos profissionais da saúde, devido a ausência de regulamentação da Classe Hospitalar por parte da Secretaria de Educação. No entanto, na tentativa de regulamentar este serviço, há uma iniciativa dos diretores dos hospitais em procurar a Secretaria de Educação (antigo Estado da Guanabara). A autora ainda comenta que, naquele momento histórico, a poliomielite era responsável por grande parte dos casos de internação de crianças, o que impulsionava o atendimento nas classes hospitalares em torno dos deficientes físicos, o que na concepção da autora, pode ser um dos motivos da ação educativa hospitalar ter sido entendida como uma modalidade da Educação Especial (SCHILKE, 2008).

Somente após a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, é que começou a se expandir, de modo bastante incipiente, nas instituições hospitalares brasileiras, o processo de implantação do serviço de Classe hospitalar, que surge para dar continuidade as atividades escolares junto á crianças e adolescentes internados, de maneira que haja interação harmoniosa entre ações educativas e realidade hospitalar.

Em 2002 o Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Especial, regulamenta este tipo de trabalho com a publicação do documento intitulado “Classe Hospitalar e Atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações”, que tinha por objetivo estruturar ações políticas de organização do sistema de atendimento educacional em ambientes hospitalares e domiciliares.

Assim, as Classes Hospitalares, podem ser consideradas como espaços não-formais de educação, uma vez que a educação não-formal abrange “qualquer tentativa educacional organizada e sistemática que se realiza fora dos quadros do sistema formal (de ensino), para fornecer determinados tipos selecionados de aprendizagem” (FÁVERO, 1980, p.23).

Ainda neste aspecto, a educação não-formal abarca aprendizagem dos conteúdos da escolarização formal e escolar em espaços diferenciados, o que inclui a classe hospitalar. Assim, no espaço de educação não-formal “existe a

preocupação de se transmitir os mesmos conteúdos da escola formal, entretanto esse repasse é desenvolvido em espaços alternativos e com metodologias e seqüências cronológicas diferenciadas” (GOHN, 1999, p.102).

A revisão de literatura vem demonstrar que no interior das instituições com Classe Hospitalar implantada, é possível que existam mudanças significativas nos trabalhos desenvolvidos junto às crianças e adolescentes que durante a hospitalização, podem ter reduzido seus sofrimentos devido ao distanciamento de seus laços familiares e sociais. Daí que, a implantação desse serviço, contribui para dar sustentação ao processo de construção da educação inclusiva (BRASIL, 2001), garantindo à criança/adolescente continuar participando do processo educativo, aprendendo e se desenvolvendo.

As instituições que assumem o compromisso legal de implantação do serviço de classe hospitalar têm seu nome reconhecido enquanto uma instituição preocupada com as políticas de inclusão defendidas pelo Ministério da Saúde e, contribui para que a sociedade em geral tenha oportunidade de acesso a um serviço humanizado, com profissionais qualificados e dotados de estratégias educativas que minimizem o sofrimento durante a hospitalização. Além disso, as crianças e adolescentes hospitalizados têm garantidos seus direitos, especialmente à proteção à vida, à saúde e à educação, sem distinção de classe social, condições econômicas, raça ou crença religiosa e, os profissionais passam a dispor de um ambiente capaz de motivar ainda mais o processo de trabalho.

2.2 A CLASSE HOSPITALAR: ASPECTOS LEGAIS E NOVAS PERSPECTIVAS

2.2.1 Aspectos legais

Em 05 de outubro de 1988, foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil (CF/88), também conhecida como “constituição cidadã⁵”, que

⁵ Durante aproximadamente vinte meses, 558 constituintes trabalharam para elaborar o documento que possui 245 artigos, dividida em nove títulos. É considerada a mais completa constituição da história do Brasil, especialmente no que se refere à garantia dos direitos a cidadania e proteção do povo brasileiro.

trouxo em pela primeira vez na história das constituições do País, uma série de direitos fundamentais a crianças e adolescentes.

Nesse sentido, com a promulgação da CF/88, abriram-se possibilidade de avanços na construção de uma legislação voltada para os direitos da Criança e dos Adolescentes, especialmente no que se refere ao reconhecimento de que este grupo, quando hospitalizado, tem direito ao atendimento terapêutico-pedagógico-educacional.

Desse modo, Brasil (2010, p. 37, **negrito nosso**) dispõe em seus Art. 197, 198, 205, 214 e 227, sobre os direitos das crianças/adolescentes em relação à saúde e à educação.

Art. 197. **São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público** dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. **As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada** e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...) II - **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais(...).

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

Art. 214. **A lei estabelecerá o plano nacional de educação, de duração plurianual**, visando à articulação e ao desenvolvimento do ensino em seus diversos níveis e à integração das ações do poder público (...)

Art. 227. **É dever** da família, da sociedade e do Estado **assegurar à criança, ao adolescente e jovem**, 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 à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Ainda em relação aos direitos da criança/adolescente de terem garantido acesso ao ensino, citamos a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). A Lei nº 9.394, publicada em 20 de dezembro de 1996, estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

Nesse sentido, Brasil (1996, pp, **grifo nosso**), estabelece,

Art. 5º. **O acesso ao ensino fundamental é direito público** subjetivo, podendo qualquer cidadão, grupo de cidadãos, associação comunitária, organização sindical, entidade de classe ou outra legalmente constituída, e,

ainda, o Ministério Público, acionar o Poder Público para exigí-lo (...) **§ 5º.** Para garantir o cumprimento da obrigatoriedade de ensino, **o Poder Público criará formas alternativas de acesso** aos diferentes níveis de ensino, independentemente da escolarização anterior.

Art. 23º. **A educação básica poderá organizar-se** em séries anuais, períodos semestrais, ciclos, alternância regular de períodos de estudos, grupos não-seriados, com base na idade, na competência e em outros critérios, ou por forma diversa de organização, **sempre que o interesse do processo de aprendizagem assim o recomendar.**

Art. 59º. **Os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com necessidades especiais:** I - currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específico, para atender às suas necessidades.

Na continuidade das lutas pela consolidação das diretrizes para a educação, em 11 de setembro de 2001, o Conselho Nacional de Educação (CNE), em conjunto com a Câmara de Educação Básica (CEB), aprovou a Resolução nº 02 que “institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica” enfatizando a universalidade do acesso da criança deficiente ao sistema regular de ensino, por intermédio da adequação deste para o pleno exercício do direito à educação.

Com base nessa resolução, o sistema de ensino integrado com o sistema de saúde garante (ou deveria garantir) à todo aluno internado ou impossibilitado de frequentar a escola regular por motivo de enfermidade, atendimento pedagógico que cumpra o currículo escolar, facilitando a reinserção deste aluno à escola regular.

Sendo assim e, conforme Brasil (2006, p. 9), em seu Art. 13, § 1º, fica estabelecido que,

Art. 13. **Os sistemas de ensino, mediante ação integrada com os sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional especializado** a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio.

§ 1º **As classes hospitalares e o atendimento em ambiente domiciliar devem dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem** de alunos matriculados em escolas da Educação Básica, contribuindo para seu retorno e reintegração ao grupo escolar, e desenvolver currículo flexibilizado com crianças, jovens e adultos não matriculados no sistema educacional local, facilitando seu posterior acesso à escola regular.

Assim, nos termos da política de educação especial, da política de inclusão ou da política de atenção à diversidade do Ministério da Educação e Cultura (MEC), crianças/adolescentes hospitalizados são portadores de necessidades especiais.

Nos termos da política de humanização do Ministério da Saúde, os pacientes pediátricos são alvos preferenciais, uma vez que são mais susceptíveis aos problemas resultantes da baixa qualidade dos serviços prestados, bem como a despersonalização e do distanciamento afetivo, característicos da assistência hospitalar (BARROS, 2007).

Além de todo esse aparato legal que garante à criança/adolescente direitos à saúde e à educação, temos o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Resolução nº 41 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) que servem de apoio para reforçar os mecanismos legais.

Assim, é aprovada em 13 de julho de 1990, a Lei nº 8069 que “dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente (ECA)” e, se constitui enquanto um projeto de sociedade fundamental para as possibilidades de mudanças na gestão das políticas públicas.

O ECA foi elaborado para garantir a todas às crianças/adolescentes tratamento com atenção, respeito, proteção e cuidados especiais, necessários ao seu desenvolvimento. Desse modo, no título I, das disposições preliminares, em seu Art. 2º, estabelece que “criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente entre doze e dezoito anos de idade” (BRASIL, 2006, p.9).

No que se refere aos direitos fundamentais à saúde, o ECA estabelece que,

Art. 3.º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Art. 5.º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 2008, p.10, negrito nosso).

Segundo Brasil (2006, p.10; 11; 19; 21, negrito nosso), o ECA dispõe sobre a garantia e direitos para crianças/adolescentes que se encontram em condições de hospitalização. Desse modo, estabelece que,

Art. 7.º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o

nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, **em condições dignas de existência.**

Art. 11. **É assegurado atendimento integral à saúde** da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (Redação dada pela Lei n.º 11.185, de 7/10/2005).

Art. 53. A criança e o adolescente **têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa**, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes: I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola (...)

Art. 57. O poder público estimulará pesquisas, experiências e novas propostas relativas a calendário, seriação, currículo, metodologia, didática e avaliação, com vistas à **inserção de crianças e adolescentes excluídos do ensino fundamental obrigatório.**

Já a Resolução nº 41, que dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente, foi aprovada em 13 de outubro de 1995 pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Com base nesta resolução, a criança hospitalizada tem “direito a desfrutar de alguma forma de recreação, **programa de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar**” (BRASIL, 1995, item 9, negrito nosso).

A legislação brasileira reconhece o direito da criança/adolescente hospitalizados ao atendimento pedagógico-educacional. A esse respeito, merece destaque a formulação da Política Nacional de Educação Especial (MEC/SEESP, 1994), que garantam o direito das crianças/adolescentes hospitalizados no aspectos educacionais. Além disso, insere o termo “classes hospitalares”, lhe atribui importância e responsabilidade na execução das atividades e propõe que “a educação em hospital seja realizada através de salas organizadas no hospital ou mesmo no leito, caso o aluno não possa se locomover” (SANDRONI, 2008, p.4).

Ainda nesta direção, merece destaque o documento “classe hospitalar e atendimento domiciliar: estratégias e orientações” ao estabelecer que, “na impossibilidade de frequência à escola, durante o período sob tratamento de saúde ou de assistência psicossocial, as pessoas necessitam de formas alternativas de organização e oferta de ensino de modo a cumprir com os direitos à educação e à saúde (BRASIL, 2002, p.11)

Nesse contexto, Fonseca (1999), comenta que dentre as formas alternativas de oferta de ensino à criança/adolescente hospitalizado, a organização das classes hospitalares é imprescindível, pois assegura oferta educacional não só aos

pequenos pacientes com transtornos do desenvolvimento, mas também, àqueles em situações de risco, como é o caso da internação hospitalar.

Uma das diretrizes para o funcionamento adequado da legislação é, portanto, o acompanhamento do currículo escolar. Para tanto, quando a criança/adolescente hospitalizado já frequentava uma escola antes da internação, a classe hospitalar deve buscar contato com a escola para que as atividades, então empreendidas correspondam em continuidade. Se não for possível contactar a escola, são utilizados materiais didáticos disponibilizados pelo próprio serviço e os professores destas devem favorecer ao aluno o aprendizado dos conteúdos da série que lhe correspondam. Mesmo que a criança/adolescente não estejam frequentando a escola regular, é promovida a aprendizagem de competências próprias para os seus estágios de desenvolvimento intelectual (BARROS, 2007).

Portanto, durante a hospitalização, a criança/adolescente sofre com o distanciamento de seus laços familiares e sociais, esboçando-se um novo cenário que é o hospital e os seus procedimentos clínicos. Assim, a implantação do serviço de classes hospitalares nas pediatrias, com o intuito de fazer funcionar um setor responsável pela educação, dotado de recursos humanos, materiais e financeiros que viabilizem e dêem sustentação ao processo de construção da educação inclusiva, apresenta-se como uma necessidade emergente da agenda de compromissos dos gestores (BRASIL, 2001).

Ora, em face ao exposto, fica evidenciado que crianças/adolescentes tem seus direitos bem estabelecidos na legislação e, que os órgãos públicos precisam se estruturar para cumprir os preceitos legais, especialmente quando o “aluno” tem alguma necessidade de hospitalização e, necessita se afastar da escola regular por problema de saúde.

2.2.2 Desafios e perspectivas

A história da educação especial no Brasil sempre foi marcada por um distanciamento em relação à educação geral, o que pode ser compreendido pelo fato desta ser uma modalidade de educação escolar que exige diferenciações nos

atos pedagógicos e encaminhamento adequado às realidades humanas (MENEZES, 2004).

Assim, somente a partir da década de 1970 que foram criados os primeiros cursos de formação para professores da educação especial. E nessa lógica de não inclusão “a grande maioria dos hospitais não possui atendimento ao escolar hospitalizado. Ainda não há um reconhecimento satisfatório de que as crianças e os jovens hospitalizados têm o direito à educação” (MATOS; MUGIATTI, 2008, p.48).

A Classe Hospitalar surge como uma modalidade de atendimento prestado a criança e adolescentes internados em hospitais e parte do reconhecimento de que esses jovens pacientes, uma vez afastados do âmbito escolar e privados da convivência em comunidade, vivem sob o risco de fracasso escolar e de possíveis transtornos ao desenvolvimento e conseqüentemente retrocesso cognitivo.

Nesse sentido, Fonseca (2011) apresenta alguns dados estatísticos em relação ao número de classes hospitalares, que permite evidenciar um total de 128 classes, distribuídas em todos os estados do Brasil, conforme quadro a seguir.

QUADRO 01: Número de Classes Hospitalares no Brasil. Jan/2013.

REGIÃO	ESTADO	QUANTIDADE	TOTAL
NORTE	Acre (AC)	03	10
	Pará (PA)	05	
	Roraima (RR)	01	
	Tocantins (TO)	01	
	Amapá (AP); Amazonas (AM) e Rondônia (RO)	---	
NORDESTE	Bahia (BA)	14	23
	Ceará (CE)	03	
	Maranhão (MA)	01	
	Rio Grande do Norte (RN)	03	
	Sergipe (SE)	02	
	Alagoas (AL); Paraíba (PB); Pernambuco (PE) e Piauí (PI)	---	
CENTRO-OESTE	Distrito Federal (DF)	12	24
	Goiás (GO)	05	
	Mato Grosso (MT)	01	
	Mato Grosso do Sul (MS)	06	
SUDESTE	Espírito Santo (ES)	01	52
	Minas Gerais (MG)	10	
	Rio de Janeiro (RJ)	16	
	São Paulo (SP)	25	
SUL	Paraná (PR)	06	19
	Rio Grande do Sul (RS)	04	
	Santa Catarina (SC)	09	
TOTAL FINAL			128

Fonte: Adaptado de Fonseca (2011).

Diante dessa perspectiva, cumpre salientar a urgência de ampliação do número de Classes Hospitalares a todas as instituições, com o intuito de garantir a cobertura universal de crianças e adolescentes hospitalizados, de acordo com as suas condições e possibilidades. Este trabalho trará benefícios não só para as crianças e jovens hospitalizados, mas para as famílias, para a equipe de saúde e para os (as) professores (as) atuantes.

O que poderia ser chamado de turma, numa enfermaria pediátrica, trata-se de um grupo aberto e de estrutura dinâmica, no qual há uma mobilização frequente de crianças e adolescentes. Desse modo, a constituição da Classe Hospitalar é sempre variável ao longo de um período e, cada jovem paciente tem um tempo de permanência no hospital diferente, por conseguinte, a duração, extensão e natureza do investimento pedagógico/terapêutico recebido também. O perfil do grupo é igualmente variável, no sentido de que os pacientes são diferentes também em suas demandas, além do que têm origens socioeconômicas diversas. A Classe Hospitalar é, assim, uma “turma” multisseriada.

Matos e Mugiatti (2008) ressaltam a grande importância do esforço das instituições hospitalares ao abrirem este novo e valioso espaço para a ação educativa na realidade hospitalar. Sendo assim, os mesmos autores comentam sobre a importância de uma projeção emergente que, além de atender ao estado biológico da criança, atenda também ao estado psicológico e às obrigações escolares do educando no aspecto pedagógico.

Tais alternativas educativas, se processadas num ambiente diferenciado, a exemplo de hospitais, que poderão trazer benefícios à saúde mental dos indivíduos, refletindo positivamente nos aspectos da saúde física, sendo capaz de contribuir, sensivelmente, na diminuição do tempo de internação, bem como abreviar a sua re-integração ao meio social de origem.

Nesse sentido, é importante a compreensão da posição do hospital: é de bom senso o entendimento de que o hospital não é uma escola. Trata-se do atendimento a uma eventualidade que representa prejuízo à criança ou adolescente em estado de doença/ internação prolongada. Estes, ao participarem do projeto, passam a ter os seus direitos de saúde e de educação preservados e conciliados, ao mesmo

tempo em que se distanciam da ameaça de reprovação ou evasão escolar, cumprindo com tranquilidade o seu tratamento hospitalar, num momento em que se vêem impossibilitados para o acesso normal à escola (MATOS; MUGIATTI, 2008).

Desse modo, são muitos os desafios a serem enfrentados no desenvolvimento das atividades na Classe Hospitalar, com destaque para os desafios políticos, administrativos e operacionais. No desafio político podemos destacar a falta de interesse por parte dos gestores da saúde e da educação no que se refere à implantação/implementação da Classe hospitalar. Nos desafios administrativos, podemos citar: escassez de recursos físicos, materiais e financeiros; falta de profissionais qualificados e interessados em atender a demanda; falta de espaço físico adequado para as práticas educacionais e; ausência de um órgão de fiscalização no rigor e no cumprimento às leis institucionalizadas no país; e nos desafios operacionais, destacamos: rotatividade das internações hospitalares; turmas multisseriadas; limitações físicas e emocionais devido ao processo de adoecimento e; falta de interação entre os profissionais para que se desenvolva um trabalho multidisciplinar.

O todo exposto sugere que, é possível estabelecer uma relação entre educação e saúde. Afinal, se por um lado a criança/adolescente hospitalizada necessita de tratamento de saúde, por outro não pode ser privada em seu direito à educação. Desse modo, falar em desafios no que se refere ao processo de implantação da classe hospitalar e sua implementação nas práticas de saúde desenvolvidas por uma equipe multiprofissional é instigador, pois o próprio processo de construção deste serviço implica em possibilidades concretas de estabelecimento de vínculo entre profissionais, pacientes e seus familiares. Assim, nos termos da PNH da saúde propostos pelo MS ainda existem limites a serem vencidos, especialmente no que se refere ao processo de construção do vínculo institucional com os pacientes e seus familiares

É preciso lembrar que, existem ameaças de reprovações e ou distanciamentos da aprendizagem, devido à falta de um serviço capaz de promover a ligação entre tais práticas e romper com essa ideia de “sentido conflitante de duas necessidades essenciais (Saúde e Educação), que se anulam reciprocamente, com esvaziamento sucessivos nos meios hospitalares pediátricos” (MATOS; MUGIATTI, 2008, p. 162). Desse modo, merece uma atenção especial neste estudo, o

estabelecimento de uma relação entre as práticas de saúde e as práticas educativas uma vez que, a criança/adolescente hospitalizada pode alcançar êxito no tratamento de saúde a partir desta relação dual – SAÚDE E EDUCAÇÃO.

No Brasil a Pedagogia Hospitalar vem demonstrando potencial crescimento nas pediatrias dos hospitais públicos, privados e filantrópicos, prestando atendimento educacional à criança e adolescente hospitalizados, que por razão de alguma patologia, encontram-se afastados do processo de escolarização.

O serviço de Classe Hospitalar busca tornar a pediatria num ambiente acolhedor e humanizado, no intuito de estabelecer laços com a criança ou adolescente hospitalizado, buscando adaptá-los a uma nova modalidade de vida – seja a internação com prognóstico de rápida ou de longa duração – possibilitando uma espécie de ponte entre seu mundo exterior com a vivência hospitalar, protegendo suas relações sociais e familiares (BUDIB; MENON, 2010).

A partir de uma compreensão e um olhar fragmentado, temos uma tendência a enxergamos saúde e educação dissociadas. Apesar de a escola ser um fator externo à patologia, a criança poderá estabelecer vínculos com seu mundo extramuro a partir das atividades desenvolvidas na Classe Hospitalar. Por compreendermos que se a escola a partir de seus currículos e projetos pedagógicos e multidisciplinares tem o dever de promover saúde; o hospital enquanto espaço de assistência, cuidado, promoção e reabilitação da saúde dos indivíduos, devem ser mantenedor do processo de escolarização.

Corroboramos com Boff (2000) quando nos faz um convite à transcender, à romper barreiras, para construir o novo a partir do antigo. Sobre tal enfoque, entendemos o ser humano enquanto projeto infinito, capaz de construir símbolos, de criar projeções, de sonhar, de ver o real transfigurado, de poder olhar as partes enquanto conjunto que forma o todo, sabendo que o todo só existe devido a singularidade das partes.

A implantação da Classe Hospitalar deve ser entendida como um direito à cidadania da criança e do adolescente hospitalizado e como uma questão social. Assim, entendemos que deve ser vislumbrada, entendida e atendida com responsabilidade e seriedade nas execuções e cumprimentos das suas tarefas, tendo ainda, a oportunidade de promover saúde, recuperação e reabilitação com

ênfase na qualidade de vida e respeito ao cumprimento da cidadania. Desse modo, acredita-se que a Classe Hospitalar se constitui enquanto uma necessidade para o hospital, e possibilidade de satisfação para todos os envolvidos na comunidade, sejam eles: crianças e adolescentes, familiares, profissionais da educação, profissionais da saúde, gestores da educação e da saúde do Município, Estado e União.

Muitos pais, familiares e/ou acompanhantes se privam de falar com as crianças e adolescentes sobre o acometimento da doença e suas implicações na tentativa de protegê-los. Desse modo, a Classe Hospitalar não se restringe apenas às crianças e adolescentes; pois poderá ajudar, informar e instruir às famílias, orientando-as quanto ao processo de socialização e recuperação do(s) seu(s) filho(s), pautado na inclusão e dando continuidade à aprendizagem. A inclusão social será o resultado do processo educativo, adaptativo e re-educativo, onde o indivíduo aprende e tem a possibilidade de desorganizar-se para então construir novos saberes.

Durante o período de internação hospitalar, tanto a criança como o adolescente reduz seu campo de relações, visto que se afastam bruscamente dos familiares, vizinhos, amigos e colegas da escola. Como também passam a sentir falta da sua rotina de casa: seus objetos pessoais, ambiente, alimentação e sua privacidade. Diante de tantas mudanças, preocupações, restrições e proibições o desenvolvimento emocional da criança e do adolescente sofre alterações; além de ficarem apáticas, desconfiadas, tensas, sem estímulos para continuar a desenvolver suas habilidades e competências.

A partir deste contexto muitos pais preocupados com a saúde de seus filhos, colocam a escolarização num segundo plano, e priorizam o tratamento hospitalar; por não compreenderem ou tem conhecimento que, a associação da saúde com o processo educativo e recreativo poderá trazer inúmeros benefícios para o desenvolvimento dos seus filhos, acelerando o processo de recuperação e, conseqüentemente da alta hospitalar.

3 CAMINHAR METODOLÓGICO

[...] pesquisa significa diálogo crítico e criativo com a realidade, culminando na elaboração própria e na capacidade de intervenção. Em tese, pesquisa é a atitude do 'apreender a apreender', e, como tal, faz parte de todo processo educativo e emancipatório

Pedro Demo



3.1 TIPO DE ESTUDO

Na caminhada para responder aos objetivos desta pesquisa, realizou-se um estudo do tipo descritivo e exploratório, por permitir a análise de características importantes do fenômeno [Classe Hospitalar]. O estudo descritivo pode ser compreendido como aquele que descreve um fenômeno ou situação diante do estudo realizado em um determinado tempo e espaço (MARCONI; LAKATOS, 2008). Já o estudo exploratório proporciona familiaridade com o problema, além de aprimorar ideias ou descobertas de intuições (GIL, 2008).

Nesse sentido, Minayo (2010) explica sobre a importância da fase exploratória, que compreende as etapas de escolha do objeto da investigação; da delimitação do problema e definição dos objetivos; da construção do marco teórico conceitual; da elaboração dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo.

O estudo tem uma abordagem qualitativa, dado as características subjetivas do objeto e o interesse em incorporar a questão do significado e da intencionalidade, sendo estes inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2009). Nesse sentido pretendemos explorar o fenômeno da Classe Hospitalar, na tentativa de compreender sua importância na recuperação de crianças e adolescentes hospitalizados.

Uma das principais atribuições da pesquisa qualitativa é absorver toda e qualquer forma de significados, sentidos e comportamentos do sujeito e sua relação com o mundo real, para assim, poder explorar as ideias e se aproximar dos significados do comportamento humano. Daí que, o estudo “é uma aproximação com uma realidade complexa, possível de ser vista e conhecida, porém jamais totalitária ou esgotada em si mesma” (SILVA, 2006, p.78).

3.2 CAMPO DE ESTUDO

Na pesquisa qualitativa, campo pode ser compreendido como “o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, 2010, p. 105). Desse modo, o trabalho de campo enquanto etapa essencial da pesquisa merece ser teorizado como fenômeno social e historicamente condicionado (MINAYO, 2010).

A partir desta compreensão, elegemos como campo de investigação as Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), no município de Salvador-BA, tendo como recorte espacial empírico o Hospital da Criança (HC) e a Classe hospitalar que ao receber crianças/adolescentes promovem o atendimento fundamentado nos aspectos legais de continuidade do ensino.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Estado da Bahia tem uma área total de 564.733,177 Km² e, uma população total de 14.016.906 habitantes, distribuídos por 417 municípios. A capital do estado é o município de Salvador⁶ que tem uma área de unidade territorial de 693,276Km² e uma população, segundo o censo de 2010, de 2.675.656 habitantes (IBGE, 2013).

O município está localizado a uma altitude de 50m, latitude 12°58'39" Sul e longitude 38°31'24" a oeste de Greenwich. Apresenta uma faixa litorânea de 69,5km; um clima quente e úmido, com temperatura média do ar de 25,2°C e umidade relativa média de 80%.

Na região metropolitana de Salvador, também conhecida como “Grande Salvador” encontram-se além da capital do Estado, os municípios de Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila⁷, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus⁸, São Francisco

⁶ São Salvador da Bahia de Todos os Santos (SALVADOR) foi a primeira capital brasileira, fundada em 29 de março de 1549. Atualmente Salvador é considerada uma metrópole nacional, sendo a cidade mais populosa do Nordeste; a terceira mais populosa do Brasil e a oitava mais populosa da América Latina, superada por São Paulo, Cidade do México, Buenos Aires, Lima, Bogotá, Rio de Janeiro e Santiago (SALVADOR, 2010a).

⁷ Ganhou status de distrito do município de Camaçari em 1953. Após sua emancipação política em 25 de fevereiro de 1985, ganhou status de município, desmembrando-se de Camaçari e, logo em seguida passou a fazer parte da região metropolitana de Salvador.

⁸ Ganhou status de distrito de Salvador em 1947. Após sua emancipação política em 13 de junho de 1989, ganhou status de município, desmembrando-se de Salvador e logo em seguida passou a fazer parte da região metropolitana de Salvador.

do Conde, Simões Filho, Vera Cruz, Mata de São João⁹, São Sebastião do Passé¹⁰ e Pojuca¹¹.

No setor educacional, o município conta com 255 escolas estaduais; 03 Universidades públicas e 53 Instituições de ensino superior privadas. Além disso, conta com 425 escolas municipais, distribuídas em onze (11) Coordenadorias Regionais de Ensino (CRE) da rede municipal, conforme quadro a seguir.

QUADRO 02: Distribuição do nº de escolas regulares do município de Salvador. Salvador-BA, 2013.

COORDENADORIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO	Nº DE ESCOLAS
Centro	45
Cidade Baixa	26
São Caetano	39
Liberdade	29
Oral	42
Itapuã	50
Cabula	46
Pirajá	35
Subúrbio I	40
Cajazeiras	43
Subúrbio II	30
TOTAL	425

Fonte: SECULT, 2013.

Como parte integrante do compromisso com a educação inclusiva, na perspectiva de garantia do direito constitucional das crianças/adolescentes hospitalizados e/ou impossibilitados de darem continuidade às suas atividades curriculares na escola regular, o município de Salvador assume o compromisso de garantir o atendimento educacional em ambiente hospitalar e domiciliar, nas seguintes unidades.

⁹ Incluído como município da "Grande Salvador" por meio da Lei Complementar nº 30, sancionada pelo governo do Estado em 3 de janeiro de 2008.

¹⁰ Incluído como município da "Grande Salvador" por meio da Lei Complementar nº 30, sancionada pelo governo do Estado em 3 de janeiro de 2008.

¹¹ Incluído como município da "Grande Salvador" por meio da Lei Complementar nº 32, sancionada pelo governo do Estado em 22 de janeiro de 2009.

QUADRO 03: Atendimento educacional hospitalar e domiciliar por unidades. Salvador-BA, 2013.

AMBIENTE HOSPITALAR	ATENDIMENTO DOMICILIAR (CASAS DE APOIO):
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital Martagão Gesteira ▪ Hospital Roberto Santos (Unidade de Nefrologia Pediátrica); ▪ Hospital Couto Maia ▪ Hospital Santa Izabel (Unidade de Onco-Hematologia Pediátrica) ▪ Hospital Santa Izabel (Unidade de Cardiopatia) ▪ Hospital Eládio Lasserre; ▪ Hospital São Rafael ▪ Hospital Especializado Octávio Mangabeira; ▪ Hospital Ana Neri; ▪ Hospital São Marcos; ▪ Hospital Aristides Maltez; ▪ Hospital do Subúrbio; ▪ HOSPITAL DA CRIANÇA (OSID) ▪ Centro Médico Social Augusto Lopes Pontes (OSID) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GACC (Grupo de Apoio à Criança com Câncer); ▪ Casa de Saúde Erik Loeff; ▪ Casa de Apoio à Criança Cardiopata ▪ NACCI (Núcleo de Apoio ao Combate ao Câncer Infantil)

Fonte: Informações coletadas pela pesquisadora através do site da Secretaria Municipal da Educação, Cultura, Esporte e Lazer de Salvador (SECULT). Salvador-BA, jan.2013.

No município de Salvador, a oferta de atendimento educacional especializado para crianças/adolescentes impossibilitados de frequentar a escola regular em razão de tratamento de saúde, acontece através das Classes Hospitalares que atende, em média, 1.200 alunos por mês em hospitais, domicílios e casas de apoio (SALVADOR, 2012).

A Lei nº 7791 de 26 de janeiro de 2010, institui o Plano Municipal de Educação e, estabelece no item 5.1 que um dos objetivos da Educação Inclusiva é garantir “continuidade do processo de escolarização do aluno impossibilitado de frequentar o ambiente escolar” (SALVADOR, 2010b, p. 69). Nesse sentido, as Classes Hospitalares do município de Salvador possuem quarenta e dois (42) professores da rede de ensino municipal que atendem crianças/adolescentes em hospitais, domicílios e casas de apoio (SALVADOR, 2013).

3.2.1 CAMPO EMPÍRICO DA INVESTIGAÇÃO: Classe hospitalar do Hospital da Criança

As Obras Sociais Irmã Dulce (OSID)¹², foi fundada em 26 de maio de 1959 e instalada em 15 de agosto do mesmo ano (RODRIGUES, 2006). No entanto, somente em 1970 foi fundado o Hospital Santo Antônio que ao longo dos anos se tornou um hospital geral de alta complexidade e se consolidou na área da saúde, como uma referência em assistência médico-hospitalar.

A OSID é uma associação beneficente sem fins lucrativos, de direito privado e personalidade jurídica, localizada no Largo de Roma, Avenida Bonfim, nº 161, no bairro de Roma, município de Salvador-BA (DATASUS, 2013). A finalidade institucional da OSID é trabalhar e lutar pela inclusão social, prestando “solidariedade aos pobres, excluídos e carentes”, buscando “apoiara a recuperação e o aprimoramento físico, intelectual, profissional, moral e espiritual dos seres humanos” (RODRIGUES, 2006, p.30).

A OSID atua nas áreas da saúde, educação e assistência social, sempre defendendo a missão que é “Amar e Servir”. Essa atuação garante atendimento público 100% gratuito, através do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a OSID é “reconhecida como de utilidade pública em nível federal, estadual e municipal, certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social e cadastrada no Conselho Nacional de Assistência Social” (OSID, 2003, p.7).

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atualmente a OSID (Hospital Santo Antônio) possui novecentos e oitenta e cinco (985) leitos, conforme distribuição no quadro a seguir.

¹² É importante salientar que a história da instituição começa dez (10) anos antes, quando em 1949 a freira Maria Rita Lopes Pontes (IRMÃ DULCE) abriga seus primeiros 70 doentes no galinheiro do Convento das Irmãs Missionárias da Imaculada Conceição da Mãe de Deus (Disponível no site: http://www.irmadulce.org.br/obrassociais/institucional_historia.php).

QUADRO 04: Distribuição dos leitos das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID). Salvador-BA, jan/2013.

ESPECIALIDADES	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
CIRÚRGICA		
Buco maxilo facial	13	13
Cirurgia geral	35	35
Ginecologia	12	12
Nefrologia/urologia	9	9
Oftalmologia	5	5
Oncologia	10	10
Ortopediatraumatologia	12	12
Otorrinolaringologia	7	7
Plástica	9	9
Torácica	5	5
Transplante	1	1
	118	118
CLÍNICO		
Clinica geral	136	136
Geriatria	216	216
Oncologia	25	25
	377	377
COMPLEMENTAR		
UTI Adulto - Tipo II	10	10
UTI Pediátrica - Tipo II	10	10
	20	20
PEDIÁTRICO		
Pediatria Cirurgica	26	26
Pediatria Clínica	66	66
	92	92
OUTRAS ESPECIALIDADES		
Crônicos	365	365
Psiquiatria	33	33
	398	398
TOTAL	985	985

Fonte: DATASUS/Jan.2013

Com base nos dados apresentados e segundo o Ministério da Saúde (MS), a instituição que conta com 985 leitos, sendo 100% leitos do SUS, é classificada como o maior hospital filantrópico do Brasil. O atendimento é direcionado para pessoas carentes (inclusive de outros Estados) em 17 especialidades, divididas entre as enfermarias de Clínica Médica, Clínica Médica de Longa Permanência (crônicos), Clínica Cirúrgica, Diálise Peritoneal e Tisiologia (OSID, 2013).

A instituição ainda conta com 1601 profissionais do SUS, sendo que destes, 462 são médicos e 1139 são profissionais de outras de outras formações, que realizam atendimentos do tipo ambulatorial, de internação, de SADT e de urgência, além dos atendimentos de demanda espontânea e referenciada (DATASUS, 2013).

Por fim, para compreensão da sua organização, apresentamos os núcleos de atendimento da OSID. Vale ressaltar que na área da saúde, a OSID possui 11 núcleos voltados para o atendimento ambulatorial e internação nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, geriatria, pediatria, medicina social, reabilitação e prevenção de deficiências, alcoolismo e reabilitação de anomalias crânio faciais, além de possuir um Centro de Pesquisa e Programa de Residência Médica.

- Ambulatório José Sarney (AJS)
- Centro de Acolhimento e Tratamento de Alcoolistas (CATA)
- Centro de Bio-Imagem (CBI)
- Centro de Ensino e Pesquisa Professor Adib Jatene (CEPPAJ)
- Centro de Pesquisa Clínica (CPEC)
- Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Centrinho)
- Centro de Reabilitação e Prevenção de Deficiências (CRPD)
- Centro Educacional Santo Antônio (CESA)
- Centro Geriátrico Júlia Magalhães (CGJM)
- Centro Médico Social Augusto Lopes Pontes (CMSALP)
- Clínica da Mulher Dona Dulcinha
- Hospital da Criança (HC)
- Hospital Santo Antônio (HSA)
- Laboratório de Análise Taciano Campos (LBTC)
- Memorial Irmã Dulce (MID)

O Hospital da Criança (HC)¹³ foi inaugurado em dezembro do ano dois mil, com cento e dois (102) leitos, sendo que dez (10) destes no Centro de Terapia Intensiva (CTI). Foi o primeiro centro de saúde da Bahia a atender todas as exigências do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados, entre eles, o “direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável” e direito de “acompanhamento do currículo escolar” durante todo o período de sua hospitalização (BRASIL, 1995; OSID, 2013).

¹³ O Hospital da Criança (HC) foi construído com o auxílio de doações de notas fiscais da campanha “Sua nota é um Show” que já contava em seu projeto arquitetônico com um espaço para o funcionamento da escola.

Logo no ano seguinte, em seis de outubro de dois mil e um, é implantado o projeto “vida e saúde”, através do convênio em cooperação técnica, científica, cultural e financeira, firmado entre o município de Salvador, através da Secretaria Municipal de Educação (SECULT) e em parceria com as Obras Sociais Irmã Dulce (OSID). Esse projeto cria duas classes hospitalares para garantir o atendimento às crianças/adolescentes hospitalizadas e que necessitam de acompanhamento pedagógico não apenas para manutenção do currículo forma, mas que também esteja voltado para educação da cidadania (RODRIGUES, 2006).

Em termos de estrutura, o HC conta com cento e dois (102) leitos distribuídos da seguinte maneira: vinte e cinco (25) leitos no HC térreo; 36 leitos no HC primeiro andar; trinta e um (31) leitos no HC segundo andar e, dez (10) leitos no Centro de Terapia Intensiva Pediátrica (CTIP).

Em relação aos serviços da Classe Hospitalar, no 1º andar do HC é oferecido a Educação Infantil para crianças de 02 a 05 anos de idade e; no 2º andar são oferecidos os Ensinos Fundamental e Médio para crianças/adolescentes de 06 a 17 anos de idade. Além disso, por meio do serviço da classe hospitalar são realizadas atividades externas com os alunos/pacientes para fortalecimento dos conteúdos curriculares trabalhados em sala de aula e atividades socioculturais com os pais e ou acompanhantes (SALVADOR, 2011).

O HC conta ainda com uma equipe de trabalhadores em saúde composta por: três (03) professores; uma (01) coordenadora pedagógica; uma (01) artesã; vinte e quatro (24) médicos; trinta e quatro (34) enfermeiros; sessenta e cinco (65) técnicos de enfermagem; um (01) psicólogo; um (01) fisioterapeuta; um (01) fonoaudiólogo; dois (02) assistentes sociais; seis (06) auxiliares administrativos e, oito (08) bolsista de enfermagem de nível superior.

Segundo Rodrigues (2006), a estrutura física do HC contempla uma arquitetura moderna e, possui unidades que comportam enfermarias adaptadas às crianças/adolescentes e acompanhantes, arejadas, com banheiros em cada quarto, decorada com motivos infantis em todos os setores e apresenta uma capacidade para atender com qualidade crianças/adolescentes que se encontram hospitalizadas.

3.3 SUJEITOS INCLUÍDOS NO ESTUDO

Uma seleção adequada de sujeitos para fazer parte do estudo “é aquela que possibilita abranger a totalidade dos problemas investigados em suas múltiplas dimensões” (MINAYO, 2009, p.48). No presente estudo, o número de sujeitos foi definido por “inclusão progressiva”, ou seja, não tivemos *a priori*, uma preocupação em determinar um quantitativo dos sujeitos já que a seleção surgiu espontaneamente e, de acordo com as evidências sobre a “totalidade” do problema investigado, sendo concluída pelo critério de saturação.

Assim, com base na seleção dos informantes e nos critérios de saturação das entrevistas, definimos um número de 21 (vinte e um) sujeitos à serem incluídos no estudo, que foram devidamente distribuídos em três grupos:

Grupo I: composto por 9 (nove) **trabalhadores em saúde** que atuam no Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID). Os trabalhadores entrevistados foram: 1 (um) enfermeiro; 1 (um) fisioterapeuta; 1 (um) fonoaudiólogo; 2 (dois) médicos; 1 (um) psicólogo e 3 (três) professores.

Grupo II: composto por 6 (seis) **acompanhantes**, das quais 5 (cinco) eram mãe e 1 (uma) era avó das crianças/adolescentes que se encontravam hospitalizadas.

Grupo III: composto por 6 (seis) crianças/adolescentes que se encontravam hospitalizados.

Conforme Machado (1992), profissionais de saúde são, indivíduos que detêm formação profissional específica e qualificada para desempenhar atividades ligadas, direta ou indiretamente, a cuidados ou ações de saúde. Apesar deste entendimento, em nosso estudo, optamos pela utilização da terminologia **trabalhadores em saúde**, que conforme Paim (1994, p.5) “são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde no interior dos estabelecimentos de saúde”, podendo ou não, ser um profissional de saúde.

O motivo que nos levou à escolha de tal terminologia se justifica, considerando que além dos profissionais de saúde (enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico e psicólogo), também entrevistamos professores que

desenvolvem suas atividades junto às crianças/adolescentes que se encontram hospitalizadas.

Os vinte e um (21) sujeitos incluídos no estudo foram identificados por código seguido de número, levando em consideração o grupo a que pertenciam e, sem considerar a ordem crescente das entrevistas realizadas (identificação aleatória). Portanto, o **Grupo I** dos trabalhadores em saúde (9), é identificado pelas iniciais **TS**, seguido do número 01 à 09, ou seja, TS 01, TS 02 ... TS 09. O **Grupo II** dos Acompanhantes (6) é identificado pela inicial **A** e, recebeu a numeração crescente a partir do número 10 até o número 15, ou seja, A 10, A 11 ... A 15. Já o **Grupo III** das Crianças/Adolescentes (6) é identificado pelas iniciais **CA** e, recebeu a numeração crescente a partir do número 16 até o número 21, ou seja, CA 16, CA 17 ... CA 21.

3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A “coleta de dados é uma etapa materializada do método utilizado no processo de investigação e pode ser considerada a alma, a essência, ou o ponto central da investigação” (SANTANA, 2010, p. 98). Nesse sentido, entendemos que este momento, é uma etapa importante que compõe o processo investigativo e possibilita uma maior aproximação a realidade social do objeto de estudo.

Dentre as diversas técnicas e/ou instrumentos de coleta de dados que poderíamos lançar mão para realização do estudo, optamos por trabalhar com a **entrevista semi-estruturada** e a **observação sistemática**, que se constituem enquanto técnicas capazes de possibilitar um olhar ampliado sobre a realidade. Além disso, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, compreendemos que “tanto o pesquisador como os atores, sujeitos-objeto da pesquisa interferem dinamicamente no conhecimento da realidade” (MINAYO, 2010, p.107).

A **entrevista** é a técnica de coleta de dados mais utilizada em trabalhos de campo, pela possibilidade que o pesquisador tem de obter informações fidedignas das falas dos entrevistados. Nesse sentido, é importante destacar que a entrevista “não pode representar uma simples conversa, uma conversa descomprometida, mas está orientada para buscar respostas para os objetivos da pesquisa” (SANTANA, 2010, p. 104).

Dentre as diversas classificações dos tipos de entrevista, optamos neste estudo pela **entrevista semi-estruturada** que “parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teoria e hipóteses (...) oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebe as respostas dos informantes” (TRIVIÑOS, 1999, p.146).

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2012, com o auxílio de três roteiros de entrevistas dirigidos aos trabalhadores em saúde (APÊNDICES C), aos acompanhantes (APÊNDICES D) e às crianças/adolescentes hospitalizados (APÊNDICES E).

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, no Hospital da Criança (HC) das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), após as devidas orientações aos entrevistados e/ou responsáveis, sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) e o Termo de Autorização de Uso de Imagem e depoimentos (APÊNDICE B). Os entrevistados ainda foram orientados que a entrevista seria gravada com o auxílio do gravador digital e, que todos teriam assegurado sigilo, total anonimato e respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e/ou espiritual. Após todas estas orientações os termos de consentimento e de autorização de imagem, foram assinados pelos pesquisadores e pelos informantes.

É importante ressaltar que para uma melhor visualização dos aspectos relacionados ao objeto de estudo, destacamos em negrito, no momento da análise dos dados, algumas falas dos entrevistados.

A segunda técnica utilizada no estudo foi a **observação sistemática** (APÊNDICE F e G) por “possibilitar conseguir informações e sentidos de determinados aspectos da realidade” (MARCONI; LAKATOS, 2008, p. 76). Nesse sentido, registramos em diário de campo todas as impressões percebidas durante as aulas na classe hospitalar e o atendimento individual ou coletivo às crianças/adolescentes. Entendemos que no estabelecimento da “relação face a face” com o grupo, conseguimos compreender os aspectos relacionados às atividades desenvolvidas no serviço da classe hospitalar.

3.4.1 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA: Um longo peregrinar até a autorização

Para a realização deste estudo foram atendidas todas as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, contidas na Resolução 196/96, de 16 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Após obtermos, em 18 de outubro de 2011, a declaração de autorização para realização da coleta de dados no Hospital da Criança (ANEXO A), o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sendo protocolado sob o número 189/2011. Neste momento, nos comprometemos a observar todas as normas da Resolução 196/96, dentre as quais a de dar início à coleta de dados somente após parecer do referido CEP.

Junto ao Comitê de Ética o projeto foi registrado com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0166.0.454.000-11 e em seguida, analisado e considerado aprovado, conforme ofício do CEP/UESB nº 422/2011 (ANEXO B), estando os pesquisadores liberados para dar início à coleta de dados, conforme parecer consubstanciado (ANEXO C).

Estando de posse do ofício de autorização do CEP/UESB, entramos em contato com o Hospital da Criança (HC) das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), momento em que fomos encaminhado para o Comitê de Ética da OSID e orientados à cadastrar o projeto na plataforma Brasil. Neste momento, iniciamos uma longa e desgastante batalha para obtermos a autorização do CEP da OSID.

Após várias tentativas de negociação presencial ou por e-mail com representantes do CEP/OSID e por e-mail com a assessoria técnica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), somente em 22 de novembro de 2012, conseguimos o parecer consubstanciado (ANEXO D) elaborado pela instituição coparticipante, ou seja, Obras Sociais Irmã Dulce (OSID).

Devidamente autorizados pelos dois comitês de ética, procedemos a solicitação ao setor responsável e iniciamos a coleta de dados, que aconteceram todas no Hospital da Criança (HC), mediante a assinatura de duas vias do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo uma via das pesquisadoras e a outra dos informantes do estudo.

3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar as informações extraídas nas entrevistas com os sujeitos deste estudo, utilizamos como método de análise uma aproximação com a técnica de Análise de Conteúdo Temática, proposta por Laurence Bardin, considerando que a partir desta técnica conseguimos interpretar e compreender o significado das informações coletadas.

A análise de conteúdo é conceituada como,

um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (BARDIN, 2008, p. 33).

Segundo Bardin (2008, p.121), as etapas básicas no trabalho da análise de conteúdo estão estruturadas a partir de “três pólos cronológicos”. O primeiro é a pré-análise; o segundo é a exploração do material e o terceiro é o tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

1º PÓLO CRONOLÓGICO: Pré-análise

Inicialmente procedemos à transcrição das entrevistas gravadas em gravador digital, o que nos possibilitou uma leitura preliminar do material. Em seguida, fizemos recortes nos fragmentos de texto das unidades de análise e efetuamos um tratamento gramatical, com o objetivo de realizar um refinamento literário, sem, contudo, modificar o teor das falas dos entrevistados.

Ainda como parte do processo e análise, procuramos neste pólo fazer uma leitura flutuante¹⁴ das entrevistas na tentativa de construir o *corpus*¹⁵ que venha a responder as normas de validade: exaustividade no sentido de contemplar todos os aspectos do roteiro de entrevista; representatividade do universo; a homogeneidade, no sentido de obedecer aos critérios de escolha em relação ao temas, às técnicas e aos interlocutores e por fim; a pertinência dos documentos que forem analisados e sua adequação aos objetivos do trabalho (BARDIN, 2008).

2º PÓLO CRONOLÓGICO: Exploração do material

Neste segundo pólo, realizamos a exploração do material empírico com a realização da codificação dos dados, sendo que inicialmente fizemos o recorte do sentido do texto em unidades de registros (por palavras e/ou frases) que conferiu significado às dimensões analíticas do estudo. Como resultado, tivemos quatro (04) categorias temáticas e 14 subcategorias.

3º PÓLO CRONOLÓGICO: tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

Esse pólo “implica em como tratar o material investigado por meio da codificação, classificação e interpretação” (ASSIS; JORGE, 2010, p. 145).

Desse modo, procuramos neste pólo realizar o tratamento e a interpretação, com base nas informações fornecidas pela análise e à luz do referencial teórico-metodológico. Assim, identificamos as categorias e subcategorias apresentadas no quadro a seguir:

¹⁴ **Leitura flutuante** é uma analogia com a atividade do psicanalista. Segundo Bardin (2008, p.122) “pouco a pouco, a leitura vai-se tornando mais precisa, em função das hipóteses emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação da técnica utilizadas sobre o materiais análogos”.

¹⁵ **Corpus** – conjunto de documentos tidos em conta para ser submetidos aos procedimentos analíticos (BARDIN, 2008, p.122)

QUADRO 05: Categorias temáticas e subcategorias da análise de conteúdo.
Jan/2013.

CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUB-CATEGORIAS
<p>Processo pedagógico destinado às crianças/adolescentes hospitalizados</p>	<p>Planejamento/Plano de aula Metodologia do processo ensino-aprendizagem Tempo pedagógico Atividades educativas/atividades lúdicas</p>
<p>Facilidades e Dificuldades do trabalho na Classe Hospitalar</p>	<p>Facilidades Dificuldades</p>
<p>Contribuições da Classe Hospitalar na recuperação das crianças/adolescentes hospitalizados.</p>	<p>Aproximação com a realidade (ROTINAS) Processo de socialização Superação de desafios Melhora na auto estima</p>

2 APRESENTANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS

A educação é também onde decidimos se amamos nossas crianças o bastante para não expulsá-las de nosso mundo e abandoná-las a seus próprios recursos, e tampouco arrancar de suas mãos a oportunidade de empreender alguma coisa nova e imprevista para nós, preparando-as em vez disso com antecedência para a tarefa de renovar um mundo comum

Hannah Arendt



A caracterização dos sujeitos incluídos no estudo é importante para analisar o perfil dos entrevistados e suas influências no trabalho desenvolvido na Classe Hospitalar. Assim, respectivamente, nas Tabelas 01, 02 e 03 apresentamos a caracterização dos trabalhadores em saúde, dos acompanhantes e das crianças/adolescentes hospitalizados.

TABELA 01: Caracterização dos trabalhadores em saúde da Classe Hospitalar do Hospital da Criança (OSID). Salvador-BA, 2012.

VARIÁVEL	Nº	%
Sexo		
Feminino	8	88,9
Masculino	1	11,1
Faixa etária (anos)		
20 à 25	2	22,2
26 à 30	1	11,1
31 à 35	3	33,3
Acima de 35	3	33,3
Formação Profissional		
Enfermeira	1	11,1
Fisioterapeuta	1	11,1
Fonoaudióloga	1	11,1
Médica	2	22,2
Psicóloga	1	11,1
Professor(a)	3	33,3
Tempo de formação profissional (anos)		
0 à 5	3	33,3
6 à 10	2	22,2
11 à 15	2	22,2
Acima de 16	2	22,2
Pós-graduação		
Sim	7	77,8
Não	2	22,2
Tempo de atuação na Classe Hospitalar (anos)		
0 à 5	6	66,7
6 à 10	2	22,2
Acima de 11	1	11,1

Fonte: Dados coletados durante a pesquisa.

Na tabela 01, evidenciamos algumas informações sociais, demográficas, educacionais e profissionais que podem contribuir para a compreensão da

caracterização dos sujeitos incluídos no estudo e suas influências na análise dos resultados deste estudo.

Para entender sobre a escolha e caracterização dos entrevistados, é importante citar que por ocasião da realização das entrevistas, houve a identificação de um informante-chave, que foi incluída no estudo pelo fato de ter sido a responsável pela implantação da classe hospitalar no Hospital da Criança (HC) das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) e, por ser constantemente citada nas entrevistas realizadas junto aos demais trabalhadores em saúde.

Assim, na Tabela 01, ao analisar a variável sexo, temos que os trabalhadores em saúde que atuam na Classe Hospitalar do Hospital da Criança (HC) da OSID e, incluídos neste estudo, são em sua maioria do sexo feminino 88,9% (8) e apenas 11,1% (1) é do sexo masculino.

Em relação à formação acadêmica, dos nove (9) entrevistados, 11,1% (1) é enfermeiro, 11,1% (1) fisioterapeuta, 11,1% (1) fonoaudiólogo, 11,1% (1) psicólogo, 22,2% (2) médicas e 33,3% (3) professores da classe hospitalar.

Quanto ao tempo de formação profissional, a tabela evidencia que 22,2% (2) trabalhador em saúde tem mais de dezesseis (16) anos de formação; 22,2% (2) tem de onze (11) à quinze (15) anos de formação; 22,2% (2) tem entre seis (6) e dez (10) anos de formação e, 33,3% (3) tem de um (1) à cinco (5) anos de formação acadêmica. É importante ainda destacar que destes profissionais, 77,8% (7) possuem pós-graduação e apenas 22,2% (2) não possui pós-graduação.

Outra variável que merece uma atenção especial, se refere ao tempo de atuação na classe hospitalar do Hospital da Criança (HC) da OSID. Neste caso, foi possível notar que 66,7% (6) dos trabalhadores em saúde tem até cinco anos de atuação na classe hospitalar, enquanto que 22,2% (2) tem entre seis (6) e dez (10) anos de atuação e, apenas 11,1% (1) trabalhador tem mais de onze (11) anos de atuação na classe hospitalar.

TABELA 02: Caracterização dos acompanhantes de crianças/adolescentes do Hospital da Criança (OSID). Salvador-BA, 2012.

VARIÁVEL	Nº	%
Sexo		
Feminino	6	100
Masculino	0	0
Faixa etária (anos)		
25 à 30	3	50
31 à 35	1	16,7
Acima de 36	2	33,3
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	3	50
Ensino médio completo	3	50
Grau de parentesco com a criança/adolescente		
Mãe	5	83,3
Avó	1	16,7

Fonte: Dados coletados durante a pesquisa.

Ao caracterizar os acompanhantes das crianças/adolescentes que se encontram hospitalizadas, evidenciamos que 100% (6) das acompanhantes são do sexo feminino. Destas, 50% (3) está na faixa etária de vinte e cinco (25) à trinta (30) anos, 16,7% (1) na faixa etária de trinta e um (31) à trinta e cinco (35) anos e 33,3 (2) acima dos trinta e seis (36) anos.

O perfil educacional das acompanhantes permitiu conhecer o tipo de informação emitido nas entrevistas e, neste caso, evidenciamos que 50% (3) das informantes apresentam o ensino fundamental incompleto e 50% (3) das informantes apresentam o ensino médio completo.

Quanto ao grau de parentesco das acompanhantes, temos que 83,3% (5) são mães das crianças/adolescentes hospitalizados e apenas 16,7% (1) é avó.

TABELA 03: Caracterização das crianças/adolescentes hospitalizados no Hospital da Criança (OSID). Salvador-BA, 2012

VARIÁVEL	Nº	%
Sexo		
Feminino	2	33,3
Masculino	4	66,7
Faixa etária (anos) *		
1 à 11	3	50
12 à 18	3	50
Procedência		
Capital (SALVADOR/BA)	4	66,7
Interior	2	33,3
Escolaridade		
Ensino Infantil (Pré-escola)	1	16,7
Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano)	4	66,7
Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano)	1	16,7
Estabelecimento escolar		
Público	5	83,3
Privado	1	16,7

Fonte: Dados coletados durante a pesquisa.

Ao caracterizar as crianças/adolescentes hospitalizadas e que fizeram parte do estudo, observamos que 66,7% (4) eram do sexo masculino e apenas 33,3% (2) do sexo feminino.

Em relação à faixa etária e, considerando que o estudo busca trabalhar com crianças e adolescentes, entrevistamos 50% (3) de indivíduos na faixa etária de um (1) à onze (11) anos, ou seja crianças e, 50% (3) de indivíduos na faixa etária de doze (12) à dezoito (18) anos, ou seja, adolescentes.

Quanto a escolaridade dos entrevistados, evidenciamos que 66,7% (4) dos entrevistados encontram-se no ensino fundamental I (1º ao 5º ano); 16,7% (1) encontra-se no ensino infantil (pré-escolar) e, 16,7% (1) encontra-se no ensino fundamental II (6º ao 9º ano). É importante ainda destacar que deste, 83,3% (5) estudam em estabelecimento escolar público e apenas 16,7% (1) em estabelecimento escolar particular.

4.1 PROCESSO PEDAGÓGICO DESTINADO ÀS CRIANÇAS/ ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS

CATEGORIA TEMÁTICA	SUB-CATEGORIAS
Processo pedagógico destinado às crianças/adolescentes hospitalizados	Planejamento/Plano de aula Metodologia do processo ensino-aprendizagem Tempo pedagógico Atividades educativas/atividades lúdicas

4.1.1 Planejamento/Plano de aula

[...] **o planejamento pedagógico nas classes hospitalares é fundamentado em eixos temáticos** (...) planejamento pedagógico com as professoras das classes e a coordenação (...) da mais um suporte de como registrar, como fazer esse registro que é mais a parte burocrática mesmo, porque a gente precisa preencher relatórios, então dá mais suporte para essas questões e, a supervisão geral esta sempre promovendo, toda semana a gente tem encontro de formação (...) **que falamos de currículo, falamos da estruturação de documentos, das diretrizes curriculares das classes hospitalares aqui de Salvador** (TS 04).

[...] **Nós trabalhamos como eu falei, com pedagogia de projetos** com os meninos. É assim, na AC [Atividade Complementar] **nós fazemos atividades, nós fazemos o planejamento** (...) é igual como escola regular, nós temos o nosso AC que é o momento de estudo, nós fazemos, nós **dividimos nosso AC em estudo e planejamento**. Algumas semanas nós usamos o horário especificamente para estudar e ai vamos buscar textos que falem especificamente de classe hospitalar mas não só, educação como um todo, mas o forte mesmo dos nosso estudos são textos voltados para as classes hospitalares e **fazemos planejamento de ações, planejamento de atividades, nós trabalhamos com pedagogia de projetos**, então no ano nós temos um projetão, **nós fazemos um projeto anual. Esse ano é meio ambiente, “meio ambiente e sustentabilidade: o homem e seus processos de aprendizagem”**, porque a secretaria de educação municipal definiu aprendizagem como o tema central de todas as escolas, ai nós puxamos o eixo para o meio ambiente por conta de toda especificidade que tínhamos visto o ano passado, as demandas, porque cada ano a gente faz a avaliação do ano e vê qual é o projeto do próximo ano, para que a gente possa contemplar todas as angustias e ansiedades do ano que passou (...) então nós trabalhamos o ano todo com esse tema e **dentro desse tema, alguns outros sub-projetos** (...) e já pensamos no tema do próximo, de 2013 (TS 06).

[...] **A gente traça o planejamento, mas o planejamento não pode ser rígido**, a gente traça imaginando quem é essa clientela porque a gente já tem o perfil mais ou menos de quem é o grupo, mas não significa que a

gente vai dar conta daquilo, a gente sempre tem coisas a mais, **é um planejamento aberto**, porque eu posso ter alunos, eu posso receber uma clientela naquela semana só de dois, três anos, então eu não posso programar uma atividade para crianças de seis anos, eu tenho que ter uma quantidade imensa de atividades, a gente nunca tem duas, três atividades, **é um planejamento muito mais** delicado, porque tem que ser amplo (...) segue as normas do projeto, **ele precisa estar o tempo todo sendo modificado dependendo da situação** que a gente vai encontrar na classe hospitalar (TS 07).

[...] **é só usar um eixo único de desenvolvimento** e aí você nesse eixo único que é o corpo humano, você deita e rola, **você fala do corpo humano em qualquer idade**, em qualquer situação, em qualquer nível de conhecimento (TS 09)

O planejamento é imprescindível para organizar e sistematizar as ações a serem desenvolvidas com vistas a atender os objetivos que se pretende alcançar. Desse modo, o planejamento é parte integrante da prática pedagógica quer seja numa escola regular, quer seja na classe hospitalar.

Sendo assim, as atividades desenvolvidas nas classes hospitalares não possuem caráter de distração ou terapia, mas configuram-se como um sistema estruturado de aprendizagem, no qual predominam tanto os conteúdos escolares obrigatórios quanto o atendimento integral da criança, proporcionando a continuidade dos estudos e a apropriação de novos conhecimentos (ORTIZ, 2002).

A classe hospitalar do Hospital da Criança (HC) das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) planeja suas ações pedagógicas tomando como base um projeto anual, cuja temática central é discutida a partir de assembleias com a Secretaria Municipal de Educação e, posteriormente em reuniões com os professores do hospital em conjunto com a coordenadora pedagógica, conforme fala do trabalhador em saúde (TS 06) *“fazemos planejamento de ações, planejamento de atividades, nós trabalhamos com pedagogia de projetos (...) nós fazemos um projeto anual. Esse ano é meio ambiente, “meio ambiente e sustentabilidade: o homem e seus processos de aprendizagem”, porque a secretaria de educação municipal definiu aprendizagem como o tema central de todas as escolas, aí nós puxamos o eixo para o meio ambiente”*.

Zaias e Paula (2010) comentam que a orientação da prática pedagógica ocorre por diferentes caminhos, a exemplo da investigação com os próprios alunos sobre os assuntos que gostariam de estudar, por meio de temas pré-determinados,

tendo em vista a multiplicidade de crianças com diferentes idades numa mesma classe.

A respeito das diversas metodologias possíveis de serem utilizadas em processos pedagógicos, evidenciamos que não existe uma “receita pronta” quanto se pensa em desenvolver trabalhos educativos no hospital, pois na prática é preciso considerar as particularidades de cada instituição e da clientela que o frequenta (ZAIAS, PAULA, 2010). Nesse sentido, metodologia como a pedagogia de projetos e trabalho com temas geradores são alguns exemplos enfatizados por pesquisadores da área (SANTOS, 2008; GABARDO, 2002; PAULA 2005).

Um outro aspecto relevante a ser destacado sobre o planejamento é que as ações pedagógicas podem e devem ser flexíveis, no intuito de atender as demandas do local, da situação a qual o indivíduo esteja inserido e das necessidades da criança/adolescente. Conforme fala do trabalhador em saúde (TS 07) *“a gente traça o planejamento, mas o planejamento não pode ser rígido, a gente traça imaginando quem é essa clientela porque a gente já tem o perfil mais ou menos de quem é o grupo (...) segue as normas do projeto, ele precisa estar o tempo todo sendo modificado dependendo da situação que a gente vai encontrar na classe hospitalar”*.

Pensando nestas falas, Zaias (2011, p.29), comenta que “o ambiente hospitalar não possui o mesmo grau de sistematização e acumulação de conhecimento proposto pela escola”, e por isso, é preciso reconhecer o estado emocional, os aspectos da doença e outras particularidades vivenciadas pela crianças/adolescentes hospitalizadas.

É preciso produzir modelos de ações pedagógicas que respondam às especificidades de uma classe hospitalar e, que esteja vinculada às condições e rotinas do ambiente e de cada criança/adolescente hospitalizada. Estas reflexões contribuem para que práticas pedagógicas hospitalares possam ser construídas para atender, em conformidade com as suas particularidades, as necessidades educacionais decorrentes da hospitalização.

4.1.2 Metodologia do processo ensino-aprendizagem

[...] **na semana passada que eles estavam falando no mês da consciência negra** e ai, eles estavam fazendo com um série de **atividades que envolvia geografia, envolvida todas essas disciplinas** ai eu, peguei (...) os toques de capoeira, o samba, para trabalhar essa, essa questão e sempre puxando essa ponte pra questão da consciência negra (TS 04).

[...] **Temos a ficha de anamnese, temos a ficha de acompanhamento diário** que vai para as professoras que preenchem e botam no prontuário deles, e ai quando (...) a criança vai e voltam de novo, **pegam o prontuário e está lá, o acompanhamento da escola** e ai o professor ver como é que ele está (...) **nós fazemos o acompanhamento pedagógico**, porque nós somos escolas, então a gente se preocupa com a aprendizagem; a questão da saúde é porque nós estamos no ambiente saúde, mas **o objetivo mesmo é a aprendizagem do aluno para que ele não perca esse vínculo** e, **essas fichas são para matrícula e acompanhamento da aprendizagem** (TS 06).

[...] **a metodologia pedagógica não é uma coisa que me preocupa**, basta a pessoa ter um pouco de imaginação. Você pode usar como eu disse um eixo único ou mais de um eixo, eu citei como exemplo o corpo humano, que você pode desenvolver de menino pequenininho até adolescente (...) tentar por exemplo um desafio qualquer fazer uma pintura, uma leitura de algum fato que é de interesse geral e **cada uma criança vai desenvolver o tema segundo a sua idade cronológica, então não tem problema nenhum** (TS 09)

[...] Achei ótimo, porque se não tivesse uma escolinha, como é que as crianças iam ficar? Só na cama deitado? Agora mesmo tem alguma coisa para fazer, brincar, se divertir. Aqui ensina, **aprende a pintar, a escrever, a cobrir, a fazer aqueles enfeites de Natal** (A 12).

[...] o dever lá [ESCOLA REGULAR] é diferente do daqui [CLASSE HOSPITALAR], porque lá faz conta, faz ditado, escreve no quadro e faz tudo. Aqui tem vontade de estudar, tem vontade de ler, contar, **mas aqui ele não tem dever para fazer, conta, dever para fazer como faz lá** (A 14).

[...] **Eu gosto de fazer as atividades, porque aprendo e desenho**. A professora ensina um bocado de coisas. (...) **a gente fez um cartaz e saiu no corredor mostrando para todo mundo** (CA 16).

[...] **Gosto de ir para a sala da professora, lá eu faço, fico fazendo dever lá, brincando**, dever que ela passa lá, lembro de um sobre a poluição, que é lixo pelas ruas (...) **ela passa coisa de poluição**, ela passa do que queremos ser quando crescer, um bocado de coisa lá, eu aprendo e gosto do que aprendo (CA 17).

[...] Vou na sala da professora, assistir e, **faço tarefa de escola, tarefa de pintar, escrever, história** (...) **Aprendo na escola do hospital, aprendo a ler, escrever. Gosto de fazer as atividades** (CA 18).

[...] **Eu brinco, desenho um monte de desenho, desenho patati-patata** (...) **brinco de carrinho, de boneco, de quebra-cabeça. Faço tarefa, faço dever** (CA 20).

[...] a gente aqui **aprende que a gente não deve destruir a natureza, o ambiente, o ambiente que a gente vive (...)** **A gente pinta, desenha, conversa, discuti sobre as coisa**, sobre o que devemos preservar, conservar na natureza, no meio ambiente (CA 21).

Compreendemos metodologia como o “estudo dos métodos”, ou a maneira detalhada de realizar um processo. Aqui nos interessa saber as etapas que um professor segue para nortear os alunos (pacientes) no processo de ensino e aprendizagem.

É preciso construir uma metodologia que respeite a limitação que os problemas de saúde causam nas crianças/adolescentes hospitalizados, ao tempo em que favoreça a aprendizagem visando o retorno destes a escola regular. Assim, Secretaria de Educação Especial (SEESP) do Ministério da Educação e Cultura (MEC) publica o documento “*Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações*”, ao qual estabelece que “a oferta curricular ou didático-pedagógica deverá ser flexibilizada, de forma que contribua com a promoção de saúde e ao melhor retorno e/ou continuidade dos estudos pelos educandos envolvidos” (BRASIL, 2002, p. 17).

Na fala da entrevistada (CA 21), “*a gente aqui aprende que a gente não deve destruir a natureza, o ambiente, o ambiente que a gente vive (...) conversa, discuti sobre as coisas, sobre o que devemos preservar, conservar na natureza, no meio ambiente*”, observamos que a criança/adolescente comenta sobre algumas atividades desenvolvidas na classe hospitalar durante a hospitalização.

Tomando como base a observação sistemática, elencamos alguns subtemas discutidos durante a aula, cujo tema gerador foi “Meio Ambiente”. Dentre eles foram discutidos: o cuidado que se deve ter com o lixo, o processo de reciclagem e reutilização de materiais, lixo orgânico, matéria prima, a utilidade da água, além do desenvolvimento sustentável como condição de gerar recursos para movimentar a economia.

Esse depoimento demonstra que a metodologia está pautada nas necessidades da criança/adolescente, sem desconsiderar o tema gerador do projeto pedagógico da classe hospitalar.

Nesse sentido, o período de hospitalização também pode e deve ser um tempo de aprendizagens que só ocorre se estiver adequado aos interesses da criança/adolescente, e todo interesse nasce de uma necessidade que impulsiona para o desenvolvimento (FONTES, 2005; VYGOTSKY, 2000).

Durante a observação sistemática realizada na Classe Hospitalar, notamos que uma adolescente, enquanto realizava uma atividade proposta pela professora, declara: “eu não gosto daqui, porque aqui é lugar de ficar internado e não de estudar”. Ao escutar a adolescente, a professora começou a conversar com a mesma, questionando seus motivos de não gostar da Classe Hospitalar. A professora mais uma vez - já que antes de começar a aula havia explicado – esclarece a proposta desta modalidade de ensino, mas deixa todas às crianças/adolescentes à vontade para continuar ou não participando das aulas. Aqui podemos evidenciar que a aprendizagem que favorece o desenvolvimento, só será possível a partir do interesse, da necessidade e da adesão voluntária das crianças/adolescentes hospitalizados.

O brincar, por exemplo, precisa se fazer presente na metodologia das classes hospitalares, uma vez que a ação lúdica nos remete ao simbólico e auxilia na construção da identidade e nos processos de subjetividade. Nesse sentido, é com o brinquedo que a criança/adolescente aprende a agir numa esfera cognitiva descolada da realidade imediata e passa a dominar os objetos independentemente daquilo que vê, contextualizando-os e ressignificando-os (FONTES, 2005).

Assim, uma das grandes ferramentas que o professor da classe hospitalar poderá usar no intuito de se aproximar da realidade da criança/adolescente é o desenho. Daí que, através deste desenho, a criança/adolescente pode expressar seus medos e seus anseios, assim como foi comentado pelo entrevistado (CA 20) “*Eu brinco, desenho um monte de desenho*”; e o entrevistado (CA 16) “*eu gosto de fazer as atividades, porque aprendo e desenho*”.

Segundo Fontes (2005), através do desenho a criança demonstra o conhecimento conceitual que tem da realidade e quais os aspectos mais significativos de sua experiência. Por esse motivo, o desenho juntamente com o brincar, é uma forma de expressão privilegiada pela criança, além de ser uma forma de expressão, especialmente de crianças/adolescentes que se encontram hospitalizados.

No momento de observação, durante uma aula sobre “as invenções”, especificamente sobre quem inventou a lâmpada, o avião, o carro, dentre outras criações; evidenciamos que ao final da exposição do conteúdo, a professora pediu para as crianças/adolescentes desenharem algo que elas gostariam que existisse e explicarem seus respectivos motivos. Durante esta aula, os alunos puderam expressar seus anseios e desejos, fazendo uso de uma forma simbólica, do desenho, no intuito de exprimir uma realidade subjetiva, privilegiando a expressão criativa dos indivíduos.

4.1.3 Tempo Pedagógico

[...] **O tempo pedagógico aqui é totalmente diferente do tempo pedagógico na escola regular**, primeiro **depende da condição física, emocional dele, psicológica dele**, mas normalmente é assim, as professoras passam no leito e aí vai depender da atividade que é feita, vai depender do estado que a criança está, muitas vezes **no meio da atividade é interrompido porque tem um exame para fazer**, ou então eles começam a sentir alguma coisinha, dá sono, começa a sentir uma dorzinha, **vai ser medicado, então o tempo é totalmente diferente da escola regular** e, pela tarde também, eu trabalho em grupo, eles entram, na mesma hora saem, que vão fazer exame, na mesma hora voltam, é assim, então não tem aquele tempo, assim como numa escola que o menino entra uma e meia e sai quinze para as cinco. **Aqui ele entra uma e meia e daqui a cinco minutos ele sai**, pode ser que ele retorne, pode ser que não (...) **o tempo pedagógico a gente não pode definir igual a escola, porque não tem condição, depende de todo aspecto físico, emocional, psicológico**, tem dia que ele tá bem, que quer ficar, tem dia que ele chega e na mesma hora começa a amolecer e aí volta para o leito, ou **as vezes também está muito bem e acha que a brinquedoteca está mais interessante e quer brincar (...)** mas nos temos uma relação boa com os profissionais da brinquedoteca e a gente pede que elas incentivem eles irem para a escola e acontece (TS 06).

[...] **A gente segue o calendário exatamente da escola regular**, então a gente inicia a aula uma e meia, tem a parda do lanche que acontece às três horas, que é o lanche que é trazido para eles no leito e, eles vão para o leito para lanchar (eles não lancham aqui na sala de aula) e depois eles retornam (TS 07).

[...] **são várias crianças e todas, cada uma estuda um ano diferente** (A 10)

Rodrigues (2009) comenta que, a estruturação do tempo escolar no Brasil, sofreu forte influência das escolas jesuítas, o que garantiu e ainda garante ao Estado a prescrição de normas, o controle da prática escolar e uma legitimação na

organização do tempo escolar. Nesse sentido, as mudanças na concepção da educação escolar e as diversas reformas educacionais contribuíram para a organização do tempo escolar nos dias atuais.

Em pertinência à esta questão, Rodrigues (2009, p. 18), comenta que,

o tempo escolar é marcado pela prescrição do Estado com normas de ensino e pelo controle sobre as atividades dos alunos e dos professores. A prescrição pressupõe a ordenação da burocracia escolar por meio da organização pedagógica e disciplinar do tempo na escola. A prescrição do tempo por meio de calendários, rotinas, programas e projetos na escola tem como foco as práticas escolares, atividade principal da organização do ensino.

Torna-se necessário estabelecer quanto tempo iremos gastar para realizarmos uma atividade escolar. No entanto, na classe hospitalar este tempo pedagógico pode oscilar a depender da dinâmica hospitalar, como também da disposição e quadro clínico das crianças/adolescentes hospitalizados.

As atividades devem ser planejadas a partir de um início, meio e fim, porém de modo flexível, considerando que algumas lacunas poderão surgir no percurso. Quase sempre as classes hospitalares têm determinado seu horário de funcionamento no turno vespertino, já que no período matutino a rotina médica é bastante dinâmica. Ainda assim, no período vespertino as crianças/adolescentes podem vir a se ausentar para realização de exames ou outros procedimentos clínicos.

Buscando compreender a dinamicidade de como o tempo pedagógico ocorre nas classes hospitalares, segue a fala do trabalhador em saúde (TS 06) *“depende da condição física, emocional dele, psicológica dele (...) no meio da atividade é interrompido porque tem um exame para fazer, ou então eles começam a sentir alguma coisinha, dá sono, começa a sentir uma dorzinha, vai ser medicado, então o tempo é totalmente diferente da escola regular”*.

A despeito do tempo pedagógico, a professora da Classe Hospitalar mostrou-se bastante atenta e solícita no atendimento às necessidades das crianças/adolescentes. Durante a observação sistemática, uma criança ao realizar atividade, queixou-se de que estava sentindo dores. A professora prontamente solicitou a presença do(a) acompanhante para direcioná-la ao seu leito e informou ao serviço de enfermagem que a criança estava sentindo dores.

Diante do exposto o tempo pedagógico sofre algumas oscilações, visto que o(a) professor(a) deverá levar em consideração e estar atento(a) ao quadro clínico da criança/adolescente hospitalizado no momento da execução das atividades pedagógicas.

4.1.4 Atividades educativas/atividades lúdicas

[...] as **atividades são lúdicas e ao mesmo tempo educativas** porque claro **que não é um brincar por brincar, é um brincar educando** (TS 06)

[...] **eles tem aula de música (...)** eles tem brinquedoteca na quinta-feira, **eles tem o filme, que é o cineminha que é o projeto do hospital (...)** além das atividades, **a gente procurar fazer atividades prazerosas** de acordo com a faixa etária deles; **a gente lida** as vezes com **projetos, situações da vida diária que talvez na escola até dê menos importância a isso, por conta da quantidade de conteúdos.** Por exemplo, **a gente teve um projeto aqui de reciclagem** onde a gente foi no próprio hospital estar visitando a parte de coleta seletiva (...) **eles foram vendo na vida real, na prática mesmo**, então na própria discussão eles já colaboraram com a gente, porque **o tempo todo eles ficavam relacionando o que eles já sabiam com o que eles estavam aprendendo** e dessa forma ampliando cada vez mais os conteúdos (TS 07)

[...] Ela gosta, ela se sente bem envolvida com as atividades, **são atividades um pouco diferentes da escola (...)** Eu gosto das atividades que são passadas, **é até uma forma diferente dela aprender, elas tem muita dinâmica** assim, questão de atividades, como a atividade que ela teve sobre as invenções, a professora depois que explicou tudo pediu para que eles criassem e inventasse algo que eles queriam que existisse, aí ela ficou um pouco sem querer fazer, mas depois a professora foi ajudando e ela criou uma boneca, a boneca dos sonhos dela, então **isso é bom que estimula a mente da criança** (A 10)

[...] é diferente porque **aqui ele está aprendendo e brincando ao mesmo tempo, porque ela [PROFESSORA] consegue conciliar os dois, bota para aprender e também brincando.** Na escola não, hora de brincar é brincar, hora de aprender é aprender, **a escola é mais rígida, mas aqui ele estuda direitinho, ele consegue aprender e educar ao mesmo tempo**, a aula de música então ele amou, ele amou a aula de música (A 11).

[...] A diferença que tem é que **na escola não pinta, não faz pintura nada, só faz fazer dever, conta e essas coisas, e aqui ainda pinta, ainda copia, ainda responde; lá na escola não, é diferente** (A 12).

[...] **A criança não só aprende também, como se diverte, grita, brinca, pinta (...)**, porque é assim, **ela só foi uma vez nessa aula do hospital e a atividade dela foi só pintar e perguntas orais**, então não sei como está a atividade dela. Lá é tudo escrito e aqui não teve nenhuma atividade por escrito, mas **teve o tema que já foi estudado no colégio, sobre meio ambiente, um tema muito importante, gostei muito** (A 15).

As atividades da Classe Hospitalar podem ser planejadas de modo que atenda tanto as atividades educativas quanto as atividades lúdicas. Entendemos que ambas, quando caminham juntas podem suscitar resultados mais prazerosos para as crianças/adolescentes hospitalizados.

Notamos nas falas do trabalhador em saúde (TS 06) que as atividades lúdicas são concomitantes com as atividades educativas, onde há uma percepção de que *“não é um brincar por brincar, é um brincar educando”*. Assim também evidenciamos na fala do acompanhante (A 11) quando afirma que *“aqui ele está aprendendo e brincando ao mesmo tempo (...) na escola não, hora de brincar é brincar, hora de aprender é aprender”*.

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

Sobre essa questão, Carvalho e Begnis (2006, p.110), comentam que em ambiente hospitalar, *“o brincar tem sido reconhecido por sua função terapêutica, e atua na modificação do ambiente, do comportamento, no transcurso do tratamento e principalmente na estrutura psicológica”* da criança/adolescente.

Em situações de hospitalização a criança/adolescente necessita de incentivos e motivações que dê prazer, auxilie na percepção da realidade e contribua desenvolvimento. Nesse sentido, o brincar é uma necessidade da criança/adolescente e *“se não entendermos o caráter especial dessas necessidades, não podemos entender a singularidade do brinquedo como uma forma de atividade”* (VYGOTSKY, 2000, p.106).

Outra questão apresentada nas falas do trabalhador em saúde (TS 07) está relacionada a importância de realizar atividades educativas/lúdicas que sejam prazerosas. Nesse sentido, o entrevistado comenta que *“a gente procurar fazer atividades prazerosas (...) a gente teve um projeto aqui de reciclagem onde a gente foi no próprio hospital estar visitando a parte de coleta seletiva (...) eles foram vendo na vida real, na prática mesmo”*.

Sobre essa questão, Barros (2007, p.260) destaca uma série de atividades que podem ser configuradas como atendimentos na forma de classe hospitalar, a exemplo dos passeios programados, “idas a parques, cinemas, teatro, praias, feiras de livros e outros lugares”. Além destes, a autora cita espaços na própria instituição como “a biblioteca do hospital, o refeitório em horários ociosos, as varandas da enfermaria e mesmo os leitos” enquanto espaços importantes para realização de atividades educativas ou lúdicas, desde que esteja de acordo a proposta pedagógica e respeitando as condições físicas e clínicas da criança/adolescente hospitalizado.

É preciso refletir sobre as atividades educativas e sua parceria com as atividades lúdicas, visto que estas podem corroborar para o desenvolvimento e enriquecimento da aprendizagem das crianças/adolescentes hospitalizados. Não nos referimos ao brincar por brincar ou a uma forma simples de entretenimento, mas sim a um planejamento que agrega ludicidade na execução das atividades, com o intuito de ampliar o leque das mais variadas formas na construção do saber.

Durante uma aula de música, pudemos perceber a partir da observação que o professor ao desenvolver o tema “Mês da Consciência Negra”, escolheu para trabalhar os toques da capoeira e do samba. Na execução do planejamento, o professor abordou questões de técnica instrumental, a manipulação correta dos diversos instrumentos e dos sons, o timbre, a altura, a composição e a comparação musical. Dessa forma, às crianças/adolescentes ao manipularem os instrumentos de forma coordenada com o professor, eles se entusiasmaram ao comparar os diversos sons e suas performances. Portanto, notamos que foi possível agregar ludicidade ao planejamento, ao mesmo tempo em que executava as atividades de cunho pedagógico.

4.2 FACILIDADES E DIFICULDADES DO TRABALHO NA CLASSE HOSPITALAR

CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS
Facilidades e dificuldades do trabalho na Classe Hospitalar	Facilidades Dificuldades

4. 2.1 Facilidades

[...] **elas não ficam restrita à sala de aula, elas fazem grupos e trabalhos em outros horários, em outros locais** dentro da própria enfermaria, aqui, no solário (TS 02).

[...] **o maior avanço foi o reconhecimento do profissional enquanto um profissional da educação e, a inserção do profissional como algo importante pra cura, para o tratamento (...)** já entrei com as coisas estruturadas, **sala com espaço e tal, então eu acho que isso é uma vitória** da professora (...) que ta ralando pra fazer com que essa legitimação da gente ocorra (TS 04).

[...] **you consegue ir driblando certas situações, pensando no objetivo final que é manter essa criança bem inserida, é manter essa criança e adolescente inserida na grade curricular**, na questão da escola, eu acho que com o tempo você vai aprimorando e isso elas conseguem fazer hoje, **por mais que tenha limitações, mas consegue ter uma adesão muito boa, consegue ter um conhecimento bom dos familiares, da equipe multiprofissional** (TS 05).

[...] **O espaço físico** eu considero **um espaço acessível, temos ar condicionado**, a gente tem as **cadeiras (...)** a gente tem **TV** que a escola recebeu, a gente tem **computador, acesso ao computador**, a gente tem **DVD, tudo isso facilita, a gente tem um Tablete que a prefeitura disponibiliza pra gente estar trabalhando (...)** **o espaço físico** eu considero ainda acessível em relação a outras (TS 07).

[...] **a facilidade porque a escola já é dentro do hospital, não tem que deslocar (...)** eu acho que existe mais facilidades do que dificuldades (TS 08).

Torna-se imprescindível avaliarmos o desenvolvimento das atividades que desempenhamos no âmbito profissional, no intuito de percebermos quais entraves e os avanços que encontramos. A partir dessa percepção teremos a oportunidade de

buscamos estratégias com vistas a superar os entraves e acolher os avanços na perspectiva de melhorá-los cada vez mais para atender as demandas dos usuários.

Aqui, neste espaço destacamos através das falas dos entrevistados, os avanços e facilidades encontradas no trabalho da classe hospitalar. O trabalhador em saúde (TS 07) declara como facilidades, o espaço físico e considera um espaço acessível com ar condicionado, cadeiras, televisão, computador com acesso à internet, aparelho de DVD e tablet.

Desta forma, para o bom funcionamento da classe hospitalar ter um espaço físico adequado e mobiliado para as realizações das atividades, além dos equipamentos eletrônicos, recursos audiovisuais, vem contribuir para enriquecer a metodologia das aulas, agregando maior criatividade ao planejamento e trazendo maior possibilidade de estímulos aos aprendentes.

Apesar da facilidade de se ter a escola dentro do hospital, os professores “*não ficam restritos à sala de aula*” (TS 02), eles realizam atividades em grupos, fazem uso das demais instalações do Hospital da Criança (HC), como: as próprias enfermarias, brinquedoteca, o solário, dentre outras; além disso, realizam projetos com atividades externas: piquenique, visita a fabricas, monumentos históricos, dentre outros. Esta diversidade de atividades desenvolvida pelos professores da classe hospitalar traz diversidade ao processo da aprendizagem, onde integram atividades educativas à atividades recreativas.

A partir da observação sistemática, evidenciamos que as crianças/adolescentes que podem se deslocar dos seus respectivos leitos, frequentam a brinquedoteca do Hospital da Criança (HC) que fica localizada no terceiro andar, todas as quintas-feiras das treze e trinta (13:30) às quinze (15:00) horas para participarem do “Cineminha”. Esta atividade conta com a parceria da psicóloga e da terapeuta ocupacional. Durante a atividade do “Cineminha” as crianças/adolescentes têm a oportunidade de integrar atividades educativas à atividades lúdicas; já que os filmes escolhidos trazem temas que são abordados e discutidos ao final de cada apresentação.

Outro avanço considerado como imprescindível é destacado pelo trabalhador em saúde (TS 05) ao comentar que “*manter essa criança e adolescente inserida na, na grade curricular (...) por mais que tenha limitações, mas consegue ter uma*

adesão muito boa". Aqui evidenciamos que, independente da criança/adolescente estarem afastados da escola regular por uma patologia, a classe hospitalar vem dar o suporte necessário na manutenção do currículo escolar para crianças/adolescentes hospitalizados e, que não sofram prejuízos no processo de escolarização.

Considerado pelo trabalhador em saúde (TS 04) *"o maior avanço foi o reconhecimento do profissional, enquanto um profissional da educação e, e essa, a inserção do profissional como algo importante pra cura, para o tratamento"*. Diante do exposto, se considera como ganho para a educação que o profissional (mediador da educação) tenha ganhado mais um espaço para que o processo ensino-aprendizagem possa acontecer. Essa inserção do professor à equipe multiprofissional do hospital e o reconhecimento de que as atividades desenvolvidas e a participação destes profissionais têm contribuído para a recuperação destas crianças/adolescentes, causando grande impacto não apenas para a educação, mas também para a saúde de uma determinada população, trazendo ganhos e perspectivas futuras.

4. 2.2 Dificuldades

[...] a prioridade é o tratamento, o tratamento médico, então assim eu acho que isso dificulta porque tem a doença em primeiro lugar as vezes, e os sintomas e as possibilidades mesmo é um exame que tem que fazer (TS 02).

[...] a dificuldade é a diferença das idades, a criança, o aprendizado dela é progressivo e o nível de entendimentos (...) pro exemplo aqui nos temos crianças de 07 á 17/18 anos, então é uma disparidade muito grande que as vezes as atividades que para uma criança de 7 é interessante, chama a atenção, para um adolescente de 17 talvez já não seja tão interessante, então **é a diferença mesmo de idade para elas fazer uma atividade que envolva grupos etários tão diferentes talvez seja o maior desafio** (TS 03).

[...] O maior desafio é que há pouco tempo atrás teve uma mudança na lei, eu não vou lembra agora de cabeça que lei, **que diz que a criança hospitalizada não pertence a categoria de educação especial (...)** no meu contra-cheque não tem insalubridade, apesar de estar trabalhando num hospital (...) então eu não tenho, eu não ganho esses benefícios, não querendo chutar o pau da barraca, mas por exemplo, **as vacinas que eu tenho que tomar eu tenho que pagar, eu que tenho que tomar de forma particular**, porque apesar de ter esse reconhecimento de profissional da educação (...) **muitas vezes falta mesmo o remédio, a vacina para os profissionais que estão atuando ali (...)** Em um semestre eu tive quatro

óbitos e eu fiquei sem saber o que sentir, mas não posso me aproximar muito, mas como não posso me aproximar muito se minha função aqui é essa? é trazer essa humanização, então chega um tempo que eu falei eu vou desistir, eu não vou me preocupar em não sofrer(...) **ainda falta esses espaços de se discutir sobre isso, falar sobre isso de forma clara (...) eu acho que precisa um núcleo** para que isso seja efetivado, sistematizado, a palavra é essa sistematizado, **ter um sistema ali que dê suporte aos cuidadores, não só os professores (...)** então eu acho que **o mote é esse quem ta cuidando dos cuidadores?** (TS 04).

[...] **as vezes você está começando o ritmo bom com aquela criança, com aquele adolescente e por conta de outras questões por alta ou intercorrências, você tem que parar e entender que agora o principal objetivo vai ser a questão mesmo do tratamento (...)** eu acho que **um dos limitadores seria realmente essa questão que o principal foco é a saúde, é a recuperação aqui dentro do hospital,** então a gente tem que saber lidar, programar nosso trabalho junto também a questão do foco, pensar na escola, **o trabalho tem que ser programado de acordo com o estado de saúde daquela criança, daquele adolescente e eu acho que talvez esse seja um fator limitador** (TS 05)

[...] **tem algumas dificuldades, por exemplo, a gente está em sala de aula, dando aula e a criança precisa ser retirada para fazer exames, tem exame, tem alguma coisa pra fazer, tem Raio X, que são naquele horário, esse é um entrave (...)** o limite de tempo também, eu penso que **a gente tem um tempo para dar aula, mas as vezes eles não suportam também por conta do quadro deles, eles ficam cansados mais rápidos, esse é um entrave também** (TS 07).

[...] **desafio para as professoras era a manutenção de um currículo dentro do hospital** onde tem varias crianças de diversas idades e diversos níveis de conhecimento, algumas inclusive que nem nunca freqüentaram a escola (...) **Um dos defeitos que existem na classe hospitalar e no País que é o mais grave é a relação que não existe bem feita entre classe hospitalar e a rede pública de ensino (...)** se não houver relação com o ambiente lá fora, e é isso que eu estou vendo, **o projeto classe hospitalar que eu imaginei não está acontecendo no País,** não sei se já melhorou em alguns Estados, mas não é o que foi planejado (TS 09).

São inúmeros os entraves experienciados na execução dos trabalhos da classe hospitalar. É sabido que o objetivo principal da criança/adolescente hospitalizado é a recuperação do seu quadro clínico, o que não invalida a execução de outros direitos à criança/adolescentes sejam instituídos no âmbito hospitalar, bem como outros processo terapêuticos que dêem ênfase á recuperação dos indivíduos.

Segundo a fala dos entrevistados, um dos grandes desafios que o trabalho na classe hospitalar vem enfrentando é a dificuldade de conciliação entre o tratamento e os procedimentos médicos que as crianças/adolescentes devem ser submetidos durante o processo de hospitalização e as atividades desenvolvidas pelos professores da classe hospitalar.

Tal situação foi constatada a partir da observação sistemática, quando, durante o desenvolvimento de uma atividade pedagógica, a técnica de enfermagem solicitou que a professora dispensasse uma criança da atividade, pois a mesma precisava se ausentar para realizar uma ultrassonografia. A criança estava realizando uma atividade e disse: “espera um pouco, quando terminar eu vou”. A professora se dirigiu até a criança e disse que a atividade iria demorar muito tempo para ser finalizada e o exame estava marcado e já estava na hora de realizá-lo; portanto, que ela fosse fazer o exame e quando voltasse, se a aula ainda estivesse acontecendo, ela concluiria a atividade.

A criança foi realizar o exame demonstrando chateação por não poder concluir a atividade que estava realizando, e até o término da aula não havia retornado à sala da Classe Hospitalar. A partir deste fato, podemos constatar que houve uma ruptura no processo de construção da aprendizagem; fato este que ocorre de forma rotineira na Classe Hospitalar. Essa realidade nos leva a compreender que há uma dificuldade em conciliar as atividades da Classe Hospitalar com os procedimentos médicos, com o quadro clínico do paciente e exames a serem realizados; visto que no interior de um hospital a prioridade é o tratamento da patologia e a recuperação do quadro clínico da criança/adolescente hospitalizado.

Corroboramos com a fala do trabalhador em saúde (TS 07) “*tem algumas dificuldades, por exemplo, a gente tá em sala de aula, dando aula e a criança precisa ser retirada para fazer exames, tem exame, tem alguma coisa pra fazer, tem Raio X, que são naquele horário, esse é um entrave*”. E o entrevistado (TS 05) “*às vezes você está começando o ritmo bom com aquela criança, com aquele adolescente e por conta de outras questões por alta ou intercorrências, então você tem que parar e entender que agora o principal objetivo vai ser a questão mesmo do tratamento (...) eu acho que um dos limitadores seria realmente essa questão que o principal foco é a saúde, é a recuperação aqui dentro do hospital*”.

A partir destas falas notamos que conciliar as atividades da classe hospitalar, a rotina do tratamento e suas intercorrências, apresenta um papel desafiador para os professores na execução de suas funções, pois precisam estar atentos às dificuldades que emergem no percurso, sem perder o foco que é o acompanhamento pedagógico destinado às crianças/adolescentes hospitalizados.

Outro fator elucidado como limitador no trabalho da classe hospitalar é o estado clínico em que cada criança/adolescente se encontra, pois a professora deverá levar em consideração a condição física e psicológica de cada paciente na execução de cada atividade. Visto que algumas crianças/adolescentes não podem se deslocar para a sala de aula, sendo o atendimento realizado de forma individualizada no leito; outras podem ir à sala de aula, no entanto começam a sentir dores ou ficam indispostas para realizar quaisquer atividades. Como nos relatos do trabalhador em saúde (TS 05) *“o trabalho tem que ser programado de acordo com o estado de saúde daquela criança, daquele adolescente e eu acho que talvez esse seja um fator limitador”*.

Dentre tantas dificuldades enfrentadas na execução das atividades evidenciamos também a diferença de idade das crianças/adolescentes, pois os professores encontram um grupo heterogêneo, onde as idades cronológicas e a maturidade cognitiva são diversificadas e o profissional (mediador da educação) deverá trabalhar seu planejamento com vistas a atender as demandas que envolva todo o grupo etário, o que demanda do professor não apenas conhecimento teórico, técnico, mas sensibilidade e habilidade na execução do planejamento.

Considerando o exposto, entendemos que diante de todos os limites e dificuldades encontradas na execução do trabalho da classe hospitalar, o professor deverá realizar seu planejamento atendendo as demandas do currículo escolar e estar atento as nuances do processo e conseqüentemente aberto a um planejamento dinâmico e flexível.

4.3 CONTRIBUIÇÕES DA CLASSE HOSPITALAR NA RECUPERAÇÃO DAS CRIANÇAS/ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS

CATEGORIA TEMÁTICA	SUB-CATEGORIAS
<p>Contribuições da Classe Hospitalar na recuperação das crianças/adolescentes hospitalizados.</p>	<p>Aproximação com a realidade (ROTINAS) Processo de socialização Superação de desafios Melhora na auto estima</p>

4. 3.1 Aproximação com a realidade (ROTINAS)

Antes do período de hospitalização a criança/adolescente vive em um mundo social, educacional e familiar, onde as normas e rotinas estão internalizadas. Diante dessa “normalidade” da vida cotidiana surge então uma patologia que desorganiza toda a vida desses sujeitos sociais, ocasionando um processo de hospitalização.

Desta forma é importante pensar que a hospitalização, nada mais é do que, um evento que pode vir a acontecer na vida de qualquer pessoa. Neste contexto, e muitas vezes de forma abrupta, crianças/adolescentes hospitalizadas passam a conviver com uma realidade diferente, em que regras de comportamento, vestimentas e interação com a equipe de saúde, provoca a experiência de “sentimentos de anonimato, despersonalização e perda de controle” (MENEZES, 2010, p.20).

A hospitalização é um processo traumático para as crianças/adolescentes, uma vez que as experiências dentro do hospital causam a ruptura com o “mundo lá fora”; além de contato com pessoas totalmente diferentes do seu círculo de convivência; contato com procedimentos dolorosos e/ou invasivos necessários para o tratamento da patologia; contato com um ambiente geralmente frio e hostil. Todos esses contatos acontecem no interior do ambiente hospitalar que são espaços onde

as crianças/adolescentes, geralmente são conhecidas por um número de leito ou pela sua patologia, incorrendo em um processo de despersonalização.

Por outras palavras, temos a compreensão de que no momento da hospitalização, todas estas realidades se fazem presentes. No entanto, os depoimentos dos trabalhadores em saúde (a seguir), expressam que o funcionamento da classe hospitalar contribui para que crianças/adolescentes tenham uma maior aproximação com a realidade e suas rotinas diárias.

[...] é bom porque assim, **desmistifica um pouco a hospitalização** (...) quando eles chegam aqui, que **encontram escola, encontram brinquedoteca**, tem os terapeutas do riso também que tem parceria com a gente, **então desmistifica um pouco** (TS 01).

[...] **Você não pode ir para a escola, mas a escola veio até você**, então isso é para o paciente **retornar esse convívio com os colegas** (TS 04).

[...] **as atividades** que a criança e adolescente encontram aqui **são basicamente próximas com o que ele tinha fora**, então ele imagina estar dentro do hospital que tem a escola, então **pra ele acaba sendo uma coisa mais próxima da realidade que ele tinha fora** (...) ele consegue ter algo parecido com a rotina que ele tinha, então acho que isso **contribui muito para o tratamento e para a recuperação** como um todo (TS 05).

[...] é um momento em que há **normalidade da vida deles**, há escola e eles não ficam deprimidos, não ficam ansiosos (TS 06).

[...] a relação que eles tem com a aprendizagem é diferente, eles demonstram muito prazer em estar aqui, por ser uma escola diferente. É uma escola dentro do hospital, pra eles o fato de ter uma escola dentro do hospital, quer dizer, **eu estou hospitalizado, mas ali eu tenho aquela atenção que eu teria fora** (...) não tenho a escola, **eu estou no hospital, mas a minha vida continua**, eu estou passando aquele período, mas a minha vida continua, **eu vou continuar tudo normal**, por isso que eu acredito que ajuda nessa melhora (TS 07).

[...] eu acho importante, porque **traz a criança para o dia a dia que ela estava acostumada antes de vir para o hospital**, de ir para a escola, de estudar, encontrar os colegas, encontrar com os professores, desenvolver suas atividades normais, **eu acho que isso vai favorecer e muito mesmo a recuperação**, a recuperação vai ser muito mais rápida do que ela ficar só restrita ao leito (TS 08).

Para o informante [TS 01] a existência da classe hospitalar contribui para desmistificar a hospitalização por proporcionar às crianças/adolescentes um mundo mais parecido com o que ela tinha antes da sua internação.

Já os entrevistados [TS 05, TS 07 e TS 08] complementam o posicionamento do entrevistado [TS 01] ao destacarem que com a criação e funcionamento da classe hospitalar as crianças/adolescentes passam a vivenciar uma realidade mais próxima da “*que elas estavam acostumadas antes de vir para o hospital*”. Assim, quando crianças/adolescentes encontram sala de aula; colegas que possibilitam a formação de novos ciclos de amizade; desenvolvimento de atividades lúdicas e educativas; e brinquedoteca (espaço recreativo), a dicotomia vida social *versus* vida hospitalar poderá diminuir a probabilidade de causar hiato na realidade destes indivíduos.

Ao observarmos o desenvolvimento das aulas na Classe Hospitalar da OSID, as crianças/adolescentes desenvolviam comportamentos igualmente parecidos com a escola regular, onde os mesmos questionavam os professores, faziam queixas dos colegas, disputavam acentos, estabeleciam afetos, se aproximavam de uns e se afastavam de outros, alguns motivados a realizar as tarefas e outros nem tanto, enfim. A partir destas observações, podemos notar que quando as crianças/adolescentes estão participando das atividades da Classe Hospitalar interagindo com os colegas e os professores, há uma tendência natural de estabelecermos uma relação direta e aproximarmos a realidade experienciadas na Classe Hospitalar com a realidade da escola regular.

Menezes (2010) comenta que a questão da hospitalização apesar de representar uma realidade desconhecida e geradora de ansiedade é, em muitas situações, necessária para a manutenção da vida. É preciso dizer, portanto, que o ambiente hospitalar também se configura como um espaço de desenvolvimento para criança/adolescentes.

Desse modo, e de acordo com os depoimentos dos trabalhadores em saúde [TS 01, 04, 05, 06, 07 e 08], parece-nos haver uma convergência das falas para a importância da classe hospitalar enquanto um espaço capaz de contribuir para que crianças/adolescentes hospitalizadas se aproximem de suas realidades, favorecendo o curso da vida e desenvolvendo suas atividades dentro de uma “normalidade”.

Diante deste contexto, é interessante notar que a classe hospitalar “*contribui muito para o tratamento*” [TS 05] e proporciona uma recuperação “*muito mais rápida do que ela ficar só restrita ao leito*” [TS 07]. Por conseguinte, o tempo de

hospitalização e de alta hospitalar será abreviado, contribuindo para que a criança/adolescente possa, o mais rápido possível, se reintegrar às suas atividades e ao convívio familiar e social, sem prejuízo no processo de escolarização.

Por outro lado, é possível que apesar do empenho de muitos pesquisadores em envidar esforços para ampliar o debate sobre o direito de continuidade do currículo escolar dentro dos hospitais, o processo de escolarização para crianças/adolescentes hospitalizados ainda é incipiente em nosso País (ZAIAS; PAULA, 2010). Tal constatação denota que qualquer intervenção na busca pela garantia dos direitos das crianças/adolescentes em terem acesso e/ou continuidade do currículo escolar, mesmo estando internado, permeia um cenário de efetivação de políticas públicas que atendam as demandas para esta modalidade de ensino – classe hospitalar – e, que na prática ainda apresenta resultado muito tímido frente a realidade.

4.3.2 Processo de socialização

Segundo Redondeiro (2003), a escola é por excelência o principal meio de socialização da criança. Esta visão nos permite compreender que o período de hospitalização também é um momento de contribuir para a aprendizagem e desenvolvimento das crianças/adolescentes, atendendo às suas necessidades de modo à cooperar para a recuperação do seu quadro clínico e amenizar os efeitos negativos gerados pela internação.

Nesta direção, corroboramos com Vasconcelos (2013) ao considerar a classe hospitalar como um espaço que procura socializar a criança/adolescente e garantir a continuidade da sua aprendizagem, através de processos recreativos e educativos gerados a partir da inclusão social. A autora ainda comenta que em um processo de hospitalização a escola pode ser vista como um fator externo à patologia e isso garante à criança/adolescentes a manutenção do seu vínculo com o mundo exterior, ou seja, “se a escola deve ser promotora da saúde, o hospital pode ser mantenedor da escolarização” (VASCONCELOS, 2013, p.2).

Esta visão permite reconhecer a classe hospitalar enquanto um espaço em que criança/adolescente hospitalizados podem, através da escolarização, criar

hábitos, respeitar rotinas e estimular a autoestima para dar continuidade ao seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

Neste aspecto, tanto os trabalhadores em saúde, quanto os acompanhantes e as crianças/adolescentes entrevistados comentam que o processo de socialização contribui para a recuperação.

[...] melhora o desejo de viver, de estar inserido em outras coisas e aí, acho que é **a socialização**, tudo isso, **tudo isso eu acho que contribui sim, para melhor, o querer estar** (TS 02)

[...] Eu acho que **elas estão estimulando não só no aprendizado, mas também contato entre as crianças** que depois que eles voltam da aula, eles ficam, muito mais próximos, **então as crianças se aproximam muito** aí, elas mesmas fazem brincadeiras dentro da enfermaria, **é incrível, parece que elas são amigas há anos, tudo porque não só o contato dentro da enfermaria, mas também na escola**, onde é o tempo que elas tem pra se relacionar, então elas se aproximam muito, saem da sua enfermaria para ir brincar com o outro, tudo também nessa interação que elas tem aqui (TS 03)

[...] **quando esta na sala de aula** ou em qualquer lugar, **eles estão perturbando (...)** **criança é tudo igual**, é doente ou não doente, está sempre querendo brincar (TS 04)

[...] nós vamos para a escola, **eles brincam, eles dão risada, eles mexem com o outro**, eles abusam, fazem a queixa, igualzinho a escola regular, a situação é a mesma (TS 06)

[...] você pode botar três, quatro pessoas com nível de conhecimento diferente e ter um bom proveito, inclusive até **usando aquele que sabe mais para ensinar aquele que sabe menos** (TS 09).

[...] ela gosta, **eu achei que ela melhora bastante, até para ela se distrair um pouco** tem ajudado muito (...) **ajudando a participação de outras crianças**, então é muito bom (...) **o fato dela conhecer gente nova**, ver a situação das outras pessoas, das outras crianças, em questão dos problemas de saúde, **está sendo muito bom pra ela essa familiarização, conhecer outras pessoas, conhecer pessoas novas é muito bom** (A 10)

[...] porque **ele era muito fechado, ajudou bastante** (A 11)

[...] Ajuda, porque **ele está se desenvolvendo, pelo menos não fica lá na cama deitado, ele vai para lá [CLASSE HOSPITALAR], senta lá, fica escrevendo, se divertindo**. Ele gosta de ir para a escola. Ele se sente muito bem (A 12)

[...] **Eu me senti bem lá [CLASSE HOSPITALAR], que eu vi os meninos interagindo, aprendendo** (CA 21)

Pelos resultados, notamos que as crianças/adolescentes são estimuladas no processo ensino-aprendizagem e no contato com outras crianças/adolescentes, através das brincadeiras, das risadas, das animações, enfim do ambiente escolar

enquanto espaço significativo para o processo de socialização e contribuição para recuperação do quadro clínico.

Neste aspecto, é interessante notar a fala da criança/adolescente (CA 21) ao afirmar “*eu me senti bem lá, que vi os meninos interagindo, aprendendo*”. Nesta direção, o processo de socialização, fundamental para o desenvolvimento, se evidencia a partir da interação com outras pessoas da sociedade, ou seja, interação do sujeito com o seu meio.

Segundo Vygotsky (2000), o desenvolvimento humano e a aquisição do conhecimento acontecem no social e, por meio da interação entre os sujeitos. Desse modo, na troca com outros sujeitos e consigo próprio que se internalizam os saberes, papéis e funções sociais, o que permite a formação de conhecimentos e da própria consciência.

Diante desse pensamento, o processo de interação da criança/adolescente hospitalizada com o meio (*trabalhadores em saúde, crianças/adolescentes, familiares/acompanhantes, dentre outros*), é fator decisivo para o desenvolvimento cognitivo que o impulsiona para a aprendizagem e também na constituição destes sujeitos enquanto pessoas que tomam consciência do mundo.

O homem enquanto ser social se constitui nas interações que estabelece. Estas interações se revelam no momento em que, onde quem sabe mais aprende com quem sabe menos e vice-versa. Desse modo, a aprendizagem é um processo em que “o sujeito adquire informações, habilidades, atitudes e valores” quando em contato com a realidade, com o meio ambiente e com outras pessoas (OLIVEIRA, 1993, p. 57).

Diante das falas dos entrevistados, podemos compreender que a classe hospitalar pode e deve proporcionar às crianças/adolescentes um processo de socialização satisfatório para a recuperação. Aqui é necessário destacar que ao ter contato com outras crianças/adolescentes que estão enfrentando problemas de saúde das mais diversas especificidades, há uma percepção de que elas não são as únicas a serem acometidas por uma determinada patologia.

Nesse sentido, e corroborando com tal aspecto, a acompanhante (A 10) destaca que “*o fato dela conhecer gente nova né, ver a situação das outras pessoas, das outras crianças né, em questão dos problemas de saúde, tá sendo muito bom*”.

pra ela essa familiarização”. O interessante neste depoimento é evidenciar que esta situação serve para favorecer o contato e a afetividade entre as crianças/adolescentes que, quase sempre, nestes momentos apresentam maior facilidade à adaptação e interação social.

Divergindo da fala do entrevistado (A 10), em nossa observação sistemática, foi possível percebermos que nem sempre a hospitalização favorece o contato, a afetividade e a interação social. Durante uma observação acompanhamos uma professora que foi ao leito de um adolescente convidá-lo pela quinta vez, a participar das atividades da Classe Hospitalar. O adolescente que estava acompanhado pela avó disse: “não vou pra lugar nenhum, eu já disse, não quero fazer nada, não gosto de você nem dos meninos, me deixa em paz”.

A professora então se aproximou do adolescente e disse: “esta é a quinta vez que venho te convidar para participar conosco das atividades e você não vem. Tudo bem, eu não venho mais, mas se você mudar de ideia é só me procurar na sala”. Podemos notar que algumas crianças/adolescentes hospitalizados podem se mostrar reativos, agressivos e/ou desmotivados; onde o motivo pode ser causado pelo desconforto ou negação do processo de hospitalização ou estas reações já fazem parte do comportamento do indivíduo.

O convite realizado pelos professores para as crianças/adolescentes frequentarem a Classe Hospitalar é realizado de forma espontânea e não obrigatório; onde o professor deverá escutar as demandas dos indivíduos, acolher as resistências, respeitando-os frente aos seus limites e incentivando-os quando for pertinente, sem jamais esquecer que o convite deverá ocorrer de forma bastante explicativa, dinâmica e respeitosa, frente às resistências que por ventura possam ocorrer.

Por não estarem adaptados ao processo da hospitalização, as crianças/adolescentes convivem com uma situação potencialmente causadora de “stress”, fobia, dor e ansiedade, ocasionando, por conseguinte, “momentos de revolta, isolamento, falta de cooperação com os técnicos e, simultaneamente, a um mutismo, ao medo e à tristeza” (REDONDEIRO, 2003, p.21).

Alguns entrevistados (trabalhadores em saúde – TS 04 e TS 06), ainda nos relatam que a participação das crianças/adolescentes na Classe Hospitalar parece

igual a escola regular, pois “*criança é tudo igual*”, elas “*brigam, perturbam, brincam, dão risadas, fazem queixas*” e, todo esse contexto contribui para fortalecer o processo de socialização.

4.3.3 Superação de desafios

Desde o nascimento começamos um processo de superar desafios. Inicialmente precisamos enfrentar um mundo novo, cheio de luz, cores, frio e diferente do ambiente escuro e quente do ventre materno, ou seja, enfrentamos o nosso primeiro desafio. E a partir de então, passamos a encarar um desafio atrás do outro, em que mediados por estímulos internos e externos, nosso corpo, mente e alma começa a apresentar condições ou não para superar tais desafios.

Para discutir sobre a “superação dos desafios” enquanto uma das contribuições para recuperação das crianças/adolescentes hospitalizadas, optamos por recorrer ao conceito de “resiliência” por entender que este processo desenvolvido na classe hospitalar, combina os atributos do indivíduo e sua relação com o ambiente.

Sobre a temática, Tavares (2001, p.29), conceitua resiliência como,

a capacidade de responder de forma mais consistente aos desafios e dificuldades, de reagir com flexibilidade e capacidade de recuperação diante desses desafios e circunstâncias desfavoráveis, tendo uma atitude otimista, positiva e perseverante e mantendo um equilíbrio dinâmico durante e após os embates – uma característica de personalidade que, ativada e desenvolvida, possibilita ao sujeito superar-se e às pressões de seu mundo, desenvolver um autoconceito realista, autoconfiança e um senso de autoproteção que não desconsidera a abertura ao novo, à mudança, ao outro e à realidade subjacente.

Percebemos assim que, o conceito de resiliência é importante por ajudar a compreender a capacidade de recuperação do indivíduo frente aos múltiplos desafios e circunstâncias desfavoráveis que um processo de hospitalização pode acarretar.

Tal situação pudemos evidenciar durante a observação sistemática, quando uma criança destra foi realizar uma atividade escrita e o acesso venoso estava em

sua mão direita, o que a impedia de escrever. Ainda assim tentou rabiscar a folha, mas sem sucesso começo a tentar escrever com a mão esquerda; ao ver que conseguia realizar a atividade, exclamou para a professora: “olha pró eu fiz com a outra mão. Não ficou bonita a letra, mas dá pra entender o que fiz, eu sou craque”.

Ao observar esta cena, conseguimos inferir que alguns indivíduos frente a situações limitadoras podem transcender os desafios e encontrar outras possíveis condições para realizar ações que antes do processo de hospitalização eram tidas como simples ou corriqueiras.

Um dos primeiros autores a discutir sobre o conceito de resiliência, comenta que o termo se relaciona aos aspectos psicológicos, físicos e fisiológicos, funcionando como um conjunto de forças utilizadas para superar, com sucesso, os desafios e a dor que está passando (FLACH, 1991).

A resiliência por se tratar de um processo de interação entre o indivíduo e o seu meio, favorece a autoestima, estimula a capacidade de resolver problemas e proporciona um clima de afeto e alegria (LIMA, 2012). Daí que, na classe hospitalar, as relações baseadas em sentimentos afetuosos contribuem para uma autoestima positiva, disciplina, responsabilidade, receptividade, interesse e tolerância ao sofrimento (BARREIRA; NAKAMURA, 2006).

Nesse sentido, os depoimentos dos trabalhadores em saúde (TS 03, TS 04 e TS 07) convergem para a compreensão de que o trabalho da classe hospitalar tem contribuído para a superação de desafios e conseqüentemente para o processo de recuperação das crianças/adolescentes.

[...] o dia que elas têm passeio, tem alguma coisa para fazer, **elas ficam mais dispostas, queixam menos**. Até as queixas que às vezes elas vêm poliqueixosas no dia da visita que elas têm passeio elas melhoram as queixas, **justamente para elas mostrarem que estão bem e para poderem participar das coisas**, ficam tristes quando a patologia impede delas participarem, muitas pedem para ir, mas infelizmente não podem por limitação da doença que elas têm, mas **o ânimo que elas tem é visível, interferem sim, positivamente** (TS 03)

[...] **você veio aqui para aprender, então isso já desperta uma coisa, então ele vai, eu consegui professor**. Oh, muito bom, parabéns é de estar estimulando, primeiro o próprio desenvolvimento cognitivo, afetivo, (...) psicomotor, mas **desenvolver também uma percepção de que você está doente, mas você tem que estudar** (...) ajuda muito pra ele esquecer um pouco da doença, esquecer um pouco do mal estar e estar pensando nos desafios que a gente, não só eu como os outros professores, estão sempre lançando para eles, **desafios para eles superarem aquilo e, verem que o que eles estão passando são desafios que eles vão**

superar também, acho que esse é o grande barato da Classe Hospitalar (TS 04).

[...] **eu tenho presenciado situações sim de melhora**, de crianças até de um quadro febril, sabe? de ter melhora. A professora chegou, **ele quer melhorar para estar na sala de aula, ele deseja ficar bem pra vir para a sala de aula**, porque se ele não está bem, as vezes ele não pode vir (...) então **eles desejam melhorar para poder também estar na aula** (TS 07).

[...] **só o fato dela ta tendo certeza de que pode aprender, então ela pode vencer a doença** também (TS 09).

Diante das falas dos entrevistados, evidenciamos que os trabalhadores em saúde conseguem identificar a importância da classe hospitalar para que crianças/adolescentes consigam superar o desafio de estarem hospitalizados. Assim, o trabalhador em saúde (TS 03) comenta que “*elas ficam mais dispostas, queixam menos (...) o ânimo que elas têm é visível*”; já o trabalhador em saúde (TS 04) destaca que “*ajuda muito pra ele esquecer um pouco da doença, esquecer um pouco do mal estar (...) verem que o que eles estão passando são desafios que eles vão superar*”.

O que observamos é que há uma influência da classe hospitalar na vida das crianças/adolescentes e que esta relação contribui para que o indivíduo conheça suas limitações, mas também identifique algumas atitudes que contribuam para sua recuperação.

As falas do acompanhante (A 11) e da crianças/adolescente (CA17) nos fazem refletir que superar desafios no contexto de uma hospitalização requer articulação entre os cuidados, à saúde e ações da classe hospitalar.

[...] no começou ele ficou mais de uma semana, **ele não queria sair do quarto, da cama e aos poucos ele foi saindo. No último dia**, que a gente saiu daqui, que a gente foi embora, era uma quinta e ia ter o cinema e **ele ficou aborrecido porque ia ter o cinema e ele tinha que ir embora** (A 11).

[...] É bom tem uma escola dentro do hospital porque **ajuda, a quem ta assim de cama que não quer levantar, a brincar, a aprender** (CA 17)

Tomando como base a fala dos entrevistados (A 11 e CA 17), podemos elucidar que houve, por parte das crianças/adolescentes hospitalizados, uma

diminuição nas queixas com relação ao quadro clínico, já que estas queriam participar das atividades. Nesse caso, algumas crianças/adolescentes sentem-se desafiadas pelos professores da classe hospitalar e, neste momento, buscam superar e transpor a barreira do estado físico debilitado para então participarem das atividades e assim, construir conhecimentos e aprendizagens.

4.3.4 Melhora na autoestima

[...] se a criança e o adolescente passa a ter contato com a escola, passa a aprender, passa a descobrir, **acho que isso melhora a auto-estima** (TS 02)

[...] as escolas incentivam muito isso, até passeio que elas fazem fora da escola **agente ver que as crianças ficam mais dispostas, elas ficam mais alegres**, tem mesmo uma alteração na disposição delas (TS 03)

[...] Olha **primeiro é a questão da auto-estima**, porque há o coitadinho, não consegue fazer não, você está aqui para fazer dever, a eu não sei, claro você está aqui na escola (TS 04).

[...] **Freud já dizia isso, para uma pessoa se sentir feliz, se sentir bem é necessário ela ter, sentir que tem capacidade de ler, estudar, brincar, então isso é uma contribuição enorme para a melhoria da saúde da criança** (TS 09).

[...] **é algo que vai ajudar na recuperação do paciente**, desde **quando mexe no psicológico vai mexer também na saúde**, então **vai levantar o alto astral, vai desenvolver também a inteligência do aluno**, é muito importante (A 15).

[...] ela **vai ter contato com pessoas que tem outros tipos de problemas** e até ajudam ela a **eleva a auto-estima**, ver a atenção das professoras (A 10).

[...] Com a escola **eu fico mais alegre** (CA 17).

[...] **eu me senti bem lá** (CA 21).

São diversos os conceitos de autoestima e, mesmo assim não existe um consenso sobre a definição. Para Moyses (2001, p.16), “auto-estima é o ato de gostar e confiar em si mesmo”, ou seja, quando a pessoa tem confiança em suas idéias há maior probabilidade dela ser feliz.

Voli (1998) destaca que a autoestima se manifesta na relação do indivíduo consigo mesmo (relações internas), com os outros (relações externas) e relações transpessoais que é a relação estabelecida com as coisas, os animais e a natureza.

Nesse sentido, a autoestima vai depender da situação psíquica geral do indivíduo, de como esse indivíduo se vê, de quem são as pessoas importantes de sua vida, do senso de pertencimento, da motivação e de tudo que integra e contribui para a estruturação da sua personalidade.

Ainda nesta perspectiva Branden (2000, p.51) considera que a “autoestima é formada por *fatores internos* e por *externos*”. O primeiro reside dentro do próprio indivíduo e o segundo são fatores do meio ambiente, emitidos através de mensagens verbais ou não verbais dos nossos pais, professores, de pessoas “significativas”, de organizações ou instituições (CABRAL, 2006).

Desse modo, entendemos que a autoestima é um poderoso fator de motivação e por isso, ao longo do tempo os indivíduos modificam suas necessidades e suas motivações. Desse modo, a motivação poderá apresentar significados e significantes variando de pessoa para pessoa, bem como seus resultados na conquista de um objetivo.

As atividades realizadas na Classe Hospitalar têm o caráter de atender às necessidades pedagógicas das crianças/adolescentes hospitalizados, de estimular a capacidade de superar desafios impostos pela hospitalização, favorecer a homeostase psíquica, além de buscar propiciar a independência e o bem estar, conforme relata o entrevistado (A 15) ao afirmar: “*eu achei interessante, é algo que vai ajudar na recuperação do paciente, desde quando mexe no psicológico, vai mexer também na saúde, então vai levantar o alto astral, vai desenvolver também a inteligência do aluno*”.

Para Gonzales (2000), as intervenções com a criança/adolescente hospitalizadas geram tanto a restituição da autoestima, fortalecendo a vontade de viver, voltar à escola e melhorar a qualidade de vida, quanto uma oportunidade de prosseguir os estudos após a alta médica. Daí que é preciso valorizar as necessidades especiais das crianças/adolescentes e incentivá-las a uma maior integração no espaço da classe hospitalar.

Assim, a partir das atividades desenvolvidas na Classe Hospitalar as crianças/adolescentes têm a oportunidade de repensarem sobre o que lhes causam desconforto, e o processo educacional vem contribuir para que estes indivíduos reorganizem suas emoções e encontrem uma forma de lidar com este ambiente novo.

Desse modo, o processo de aprendizagem poderá favorecer a autoestima, onde as crianças/adolescentes consigam criar mecanismos de enfrentamento com vistas a superar o período de hospitalização. Segundo a fala do entrevistado (TS 03) *“a gente ver que as crianças, elas ficam mais dispostas, elas ficam mais alegres, tem mesmo uma alteração na disposição delas”*.

Tomando como base a observação sistemática, podemos elucidar que durante o desenvolvimento das atividades a professora estimulava e incentivava a participação das crianças/adolescentes; além disso, valorizava e elogiava as produções e respostas decorrentes da exposição das aulas e das tarefas propostas. A partir de então era possível observar que as crianças/adolescentes sorriam com mais frequência, socializavam seus resultados com outros colegas, além de auxiliar demais colegas que ainda não haviam concluído a atividade; potencializando portanto, a autoestima.

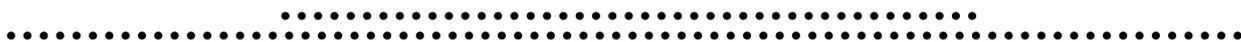
Outro fator ainda decorrente da observação foi quando a professora desenvolveu a aula sobre o Natal, onde se discutiu a importância do natal, seu significado e respectivos símbolos. Ao final da aula as crianças/adolescentes desenharam os símbolos natalinos e montaram um painel que foi exposto no mural do Hospital da Criança (HC). Esta exposição serviu para valorizar a produção artística dos indivíduos envolvidos na atividade e conseqüentemente auxiliar na construção da autoimagem.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A minha política é a do amor ao próximo...

O meu partido é a pobreza.

Irmã Dulce



Ao trilhar os caminhos até a conclusão deste estudo, vivenciamos momentos de intensas inquietações, em que o desejo de respondê-las se tornava cada vez mais presente, mesmo compreendendo que muitos paradigmas tradicionais insistem em prevalecer hegemônicos tanto na área da saúde quanto na área da educação. Desse modo, temos a compreensão da realidade social estudada e entendemos que devido à sua dinamicidade, enquanto algumas inquietações foram respondidas ainda que provisoriamente, outras começam a ser construídas, especialmente em relação às políticas públicas de implantação das classes hospitalares que ainda acontece de maneira muito incipiente.

Como foi discutido no decorrer desta pesquisa, as crianças/adolescentes que se encontram hospitalizadas vivenciaram e ainda vivenciam um processo de exclusão dos seus direitos sociais. Somente a partir da Constituição Federal de 1988, inicia-se um processo de mudança no cenário das políticas pública, com a garantia constitucional dos direitos sociais à saúde e à educação.

Na saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) e na educação, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) foram marcos para o surgimento das primeiras mudanças no perfil do atendimento à crianças/adolescentes hospitalizadas que por meio da classe hospitalar passaram a ter suas necessidades educativas, recreativas e de saúde atendidas através do acompanhamento assistencial de saúde e pedagógico-educacional.

No entanto, mesmo com a LDB estabelecendo as diretrizes para a implementação e o funcionamento das classes hospitalares e para o atendimento pedagógico, percebe-se apesar de ser um direito das crianças/adolescentes hospitalizadas darem continuidade ao currículo escolar e, um dever do estado de suprir esta necessidade, grande parcela da população ainda desconhece esta modalidade de ensino.

Nesse sentido, é possível o cumprimento do currículo escolar através do atendimento pedagógico desenvolvido nas classes hospitalares. No entanto é preciso que a coordenação pedagógica e os professores se mostrem sensíveis às demandas e necessidades dos indivíduos e, reconheçam à disposição do ambiente, suas normas e rotinas, além de estruturarem um currículo dinâmico e flexível com o

objetivo de atender as propostas pedagógicas. Até porque, apesar da classe hospitalar trazer algumas características diferentes da escola regular, evidenciamos nos resultados que, os indivíduos constroem aprendizagens diversas, em um espaço rico à novas descobertas, novos desafios, proporcionando o desenvolvimento humano.

Nesse contexto, o cumprimento do currículo escolar das classes hospitalares vem enfrentando alguns entraves no que se refere a sua efetivação, pois não basta os professores saberem qual o ganho cultural que cada série deve ter, ou a idade cronológica correspondente à série, ou saber elaborar e aplicar o planejamento pedagógico, faz-se necessário a compreensão por parte destes professores que crianças/adolescentes conseguem cumprir o currículo, mesmo em uma sociedade em que mente da pedagogia ainda se encontra engessada, com uma visão arcáica e reducionista do processo de ensino e aprendizagem.

É evidente que as classes hospitalares têm encontrado dificuldade em manter contato com as escolas regulares, devido aos mais variados motivos: falta de acesso, falta de informação sobre a existência desta modalidade de ensino, dentre outros; o que inviabiliza a comunicação e conseqüentemente o pleno funcionamento do serviço. Porém é preciso ressaltar que aquela ideia inicial das classes hospitalares enquanto espaço para manutenção do currículo escolar deve fazer parte de uma história antiga, a qual não desejamos que seja repetida.

Os resultados apontaram para uma outra problemática que são os entraves da comunicação entre a classe hospitalar e escola regular, o que muitas vezes tem prejudicado o funcionamento do serviços. Essa situação, nos leva a repensar a proposta inicial da classe hospitalar como manutenção do currículo escolar, e pensarmos a escola no hospital como um estímulo à cultura, afinal estudar e ter cultura é algo bem mais amplo.

Nesta perspectiva, a partir dos resultados e discussões, emergiram algumas constatações sobre a importância da classe hospitalar no processo de recuperação da criança/adolescente hospitalizadas.

A primeira constatação foi a de que o professor ao fazer uso da *escuta pedagógica* (relação dialógica), antes e/ou durante as atividades, poderá vir a favorecer a construção da subjetividade dos indivíduos hospitalizados. Neste caso, a

escuta pedagógica deverá ser realizada de forma atenta e sensível, levando em consideração as necessidades físicas, afetivas, cognitivas e sociais das crianças/adolescentes.

Além disso, a escuta pedagógica deve ser trabalhada como um instrumento, onde o professor deve amparar a ansiedade e os questionamentos das criança/adolescente, bem como auxiliá-los na construção de novos saberes, compreender o espaço ao qual está inserida e buscar repensar a acerca de si mesmo e sua atuação no mundo, sobre a patologia e as nuances que circundam esta nova realidade, favorecendo a melhora do seu bem estar físico e psicológico.

A segunda constatação é em relação às *informações* que os(as) professores(as) da classe hospitalar oferecem às crianças/adolescentes durante as atividades pedagógicas que servem como auxílio para estes indivíduos buscarem compreender as dimensões da vida, bem como modificar a percepção das realidades instituídas anteriormente.

Assim, a aquisição do conhecimento se constitui num “poderoso remédio” que tem em sua fórmula propriedades capazes de minimizar a dor, o sofrimento do corpo, o sofrimento emocional e social. Desse modo, as crianças/adolescentes tendem a adquirir mecanismos que auxiliem no enfrentamento das agruras, e estes mecanismos são contextualizados na vida das outras crianças/adolescentes.

A terceira constatação é em relação às atividades desenvolvidas na classe hospitalar que servem para desmistificar o ambiente hospitalar que na maioria das vezes, é visto como um ambiente hostil, causador de estresse e medo. A ideia de escola no hospital serve para aproximar a realidade que antecede a hospitalização, contribuindo no *processo de humanização* do ambiente hospitalar.

A quarta constatação é em relação as *atividades lúdicas*, neste estudo compreendida como uma ponte para estabelecer comunicação com as crianças/adolescentes, levando-as a interagir de tal modo, que por algum tempo, possam se distanciar da patologia que enfrentam, voltando-se para situações e sensações já experienciadas na escola regular antes da hospitalização; sendo capazes de sorrir, brincar, aprender, criar e superar seus limites, focando na potencialidade individual desses sujeitos, auxiliando-os na recuperação da saúde e conseqüentemente diminuindo o tempo de internação e reinserção social.

Com base nestas constatações, foi possível perceber que independente das crianças/adolescentes se encontrarem hospitalizados, elas continuam estabelecendo interação social ao mesmo tempo que desenvolvem e constroem o processo de aprendizagem.

Assim, a partir dos resultados sobre a importância da classe hospitalar para crianças/adolescentes hospitalizadas, percebemos que se faz necessário estabelecer uma harmonia entre as dimensões físicas, psíquicas e emocionais destes indivíduos para alcançar resultados satisfatórios. Assim, a função da escola no hospital é a de propiciar recursos pedagógicos que sejam capazes de estimular a aprendizagem, proporcionando o desenvolvimento integral do ser e, possibilitando um ambiente hospitalar mais humanizado.

Vale destacar o serviço de classe hospitalar do Hospital da Criança (HC) das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), enquanto espaço empírico da pesquisa, apresenta grandes avanços na área da classe hospitalar, se caracterizando enquanto uma instituição destaque no Estado da Bahia, por garantir à criança/adolescente hospitalizadas um acompanhamento pedagógico indispensável para a reintegração do aluno nas escolas regulares e a garantia de continuidade do processo de escolarização mesmo em momento de hospitalização.

Diante dessa questão, entendemos que os objetivos propostos foram alcançados, ao tempo em que compreendemos ser possível a implantação de novos serviços da classe hospitalar, enquanto espaço responsável pela educação, dotado de recursos humanos, materiais e financeiros que viabilizem e dêem sustentação ao processo de construção da educação inclusiva (BRASIL, 2001). Mais do que isso, um espaço em que as atividades realizadas possam contribuir de maneira significativa para a recuperação de crianças/adolescentes que se encontram hospitalizadas.

Desse modo, torna-se necessário a *ampliação* do direito adquirido pela criança/adolescente hospitalizadas, bem como a *divulgação* da importância deste serviço para os gestores da saúde e da educação, além dos demais membros da sociedade, visando a interação onde todos possam ser partícipes na garantia do atendimento escolar.

Diante destas perspectivas, esperamos que a partir deste estudo novas reflexões críticas possam ser realizadas, especialmente em relação à implantação de novos serviços de classe hospitalar em outras instituições de saúde, de modo a atender tanto às demandas legais de garantia de atendimento quanto ao processo de humanização e às expectativas de todos que compõe o espaço do hospital.

É preciso dar voz às crianças/adolescentes, aos acompanhantes e aos trabalhadores em saúde; é preciso escutá-los, acolhê-los e resgatá-los, já que estes também fazem parte da realidade da classe hospitalar; é preciso ampliar as interações proporcionando um ambiente de acolhimento e contribuindo para implantação de novos serviços. Nesse sentido, corroboramos com Porto (2008) ao comparar um equipe à um conjunto de forças, sinergias e multiplicidades de fatores que se interligam nas efetivações de um objetivo.

Portanto, é inegável que muitas das inquietações (respondidas de maneira provisória e construídas) foram marcadas pelo forte investimento teórico e metodológico que realizamos. Foi ao mergulhar no mundo de alguns estudos já concluídos e especialmente no mundo dos resultados empíricos obtidos na pesquisa de campo, que nos aproximamos da realidade do nosso objeto e atribuímos sentido à cada nova descoberta.

REFERÊNCIAS

*Livros não mudam o mundo, quem muda o mundo
são as pessoas. Os livros só mudam as pessoas.*

Mario Quintana



ASSIS, Marclue Maria Araújo; JORGE, Maria Salete Bessa. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, Judith Sena da Silva; NASIMENTO, Maria Angela Alves do. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Feira de Santana-BA, 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Edição revisada e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2008.

BARREIRA, Diná Dornelles e NAKAMURA, Antonieta Pepe. **Resiliência e a auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos**. *Aletheia* [online]. 2006, n.23, pp. 75-80. ISSN 1413-0394.

BARROS, Alessandra Santana Soares e. **Contribuições da educação profissional em saúde à formação para o trabalho em classes hospitalares**. Cad. CEDES, vol. 27. nº 73. Campinas Set/Dez. 2007.

BOFF, Leonardo. **Temo de Transcendência – o ser humano como um projeto infinito**. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

BRANDEN, Natahaniel. **Auto-Estima e seus Seis Pilares**. 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2000.400p.

BRASIL. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente (BR). Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995. **Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada**. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, 1995.

_____. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 de jul. 1990.

_____. Ministério da Educação. **Resolução nº 2, de 11 de setembro de 2001 do CNE/CEB**. Brasília-DF, 2001.

_____. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Especial. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**. Brasília, DF: MEC/SEESP, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e Adolescente**. 3ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília:Ministério da Saúde, 2001.

_____. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações/ Subsecretaria de Edições Técnicas. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília-DF, 2010.

BUDIB, Julia Garib; MENON, Nathalia Areco. **Pedagogia Hospitalar: a ação educativa na instituição hospitalar**. Disponível em: http://www.webartigos.com/articles/61494_/1/PEDAGOGIA-HOSPITALAR-A-ACAO-EDUCATIVA-NA-INSTITUICAO-HOSPITALAR/pagina1.html. Acesso em: 20dez2010.

CABRAL, Marta Lúcia de Souza. **Auto-Estima no processo ensino-aprendizagem**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa-PB, 2006.

CARVALHO, Alysson Massote; BEGNIS, Juliana Giosa. **Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 1, p. 109-117, jan./abr. 2006.

DATASUS. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Disponível em: www.datasus.gov.br. acesso em 10jan2013.

ESTEVES, Cláudia R. **Pedagogia Hospitalar: um breve histórico**. Disponível em: <http://www.smecc.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espaco-virtual/espaco-educacao-saude/classes-hospitalares/WEBARTIGOS/pedagogia%20hospitalar...pdf>. Acesso em: 10jun2011.

FÁVERO, Osmar. **Tipologia da educação extra-escolar**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, Instituto de Estudos Avançados em Educação, 1980.

FLACH, Frederic. **Resiliência: A arte de ser flexível**. São Paulo: Saraiva, 1991.

FONSECA, Enealda Simões da. O Brasil e suas escolas hospitalares e domiciliares. In: SCHILKE, A.L.; NUNES, L. B.; AROSA, A. C. (Orgs.) **Atendimento escolar hospitalar: saberes e fazeres**. Niterói: Intertexto, 2011.

_____. **Atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados: realidade nacional**. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, Brasília, Série Documental. Textos para Discussão 4, 1999.

FONTES, Rejane de S. **A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital**. Revista Brasileira de Educação. Nº 29. Maio/Jun/Jul/Ago, 2005.

GABARDO, Andreia Aires. **Escola nos hospitais: aspectos da relação professor-aluno em sala de aula de um hospital**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Santa Catarina (UFSC). Florianópolis-SC, 2002. 57 p.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOHN, Maria da Glória. **Educação não-formal e cultura política**: impactos sobre o associativismo do terceiro setor. São Paulo: Cortez, 1999. (coleção questões da nossa época, v.71).

GONZALEZ, O. **Las Necesidades Educativas del niño hospitalizado**. Revista Inclusão, nº 1, 2000, p. 53-66.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>. Acesso em 12jan2013.

LIMA, Maria Janete de. A resiliência dos educadores/as na prática da classe hospitalar. **Revista internacional de audición y lenguaje, logopedia, apoyo a la integración y multiculturalidad**. V. 2, Nº 1, Set/2012.

MACHADO, Maria Helena *et al.* (org.). **O mercado de trabalho em saúde: estrutura e conjuntura**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ (Textos de apoio) 1992, 94p.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

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

MENEZES, Marina. **A criança e sua rede familiar**: significações do processo de hospitalização. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis-SC, 2010. 411p.

MENEZES, Cinthya Vernizi Adachi de. **A necessidade da formação do pedagogo para atuar em ambiente hospitalar**: um estudo de caso em enfermarias pediátricas do hospital de clínicas da UFPR. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 28ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro. HUCITEC-ABRASCO, 2010.

_____. Saúde e doença como Expressão Cultural. In: AMÂNCIO FILHO A.; MOREIRA, M.C.G.B. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, p. 31-39.

MOYSES, Cláudio. **Seu Sucesso pela Auto-estima**. São Paulo : Leia Sempre, 2001, 171 p.

OLIVEIRA, Martha Khol de. **Vygotsky**. São Paulo: Scipione, 1993.

ORTIZ, Leodi Conceição Meireles. **Classe Hospitalar: Reflexões sobre sua Práxis Educativa**. 2002, 132f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2002.

ORTIZ, Leodi Conceição Meireles; FREITAS, Soraia Napoleão. Classe hospitalar: um olhar sobre sua práxis educacional. **Revista Brasileira Est. Pedag.** Brasília v. 82, nº 200/201/202. p. 70-77, jan/dez. 2001.

OSID. Assessoria de Comunicação das Obras Sociais Irmã Dulce. **Balanco Social 2003**. Salvador-BA, 2003.

_____. Obras Sociais Irmã Dulce. Disponível em: http://www.irmadulce.org.br/obrassociais/institucional_historia.php. Acesso em: 15jan2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública (USP), 1994.

PAULA, Ercília Maria Angeli Teixeira de. **Educação, Diversidade e Esperança: A Práxis Pedagógica no contexto da escola hospitalar**. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Bahia(UFBA). Salvador, BA, 2005. 303 p.

REDONDEIRO, Maria Emília Firmino Ramos. **O Quotidiano Hospitalar da Criança: constrangimentos e possibilidades de desenvolvimento**. Dissertação (Mestrado). Universidade do Minho. Instituto de Estudos da Criança/Instituto de Ciências Sociais. Braga-Portugal, 2003.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

RITTMAYER, Lecy; SILVA, Rachel Perrone da, IMBROSIO, Leila Ozon. Classe hospitalar Jesus: trajetória do jubileu de ouro In: FONSECA, Eneida Simões da (Org.). **Atendimento escolar hospitalar**. Anais do I Encontro Nacional sobre Atendimento Escolar: o trabalho pedagógico educacional no ambiente hospitalar; a criança doente também estuda e aprende. Rio de Janeiro: Gráfica da UERJ, 2001.

RODRIGUES, Ana Cristina. **Rede especial - uma proposta de inclusão digital e social em ações sócio-educativas**. Dissertação (Mestrado). Instituto Porto Alegre da Igreja Metodista. São Leopoldo-RS, 2006.

RODRIGUES, Ernardina Sousa Silva. **Organização do tempo pedagógico no trabalho docente: relações entre o prescrito e o realizado**. Dissertação (Mestrado). Universidade Metodista de Piracicaba. Piracicaba-SP, 2009.

SALVADOR. Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Salvador-BA, 2010a.

_____. Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal da Educação, Cultura, Esporte e Lazer de Salvador (SECULT). **Plano Municipal de Educação 2010-2020**. Salvador-BA, 2010b.

_____. Secretaria Municipal de Educação, Cultura, Esporte e Lazer (SECULT). Programas. **Atendimento hospitalar e domiciliar**. Disponível em: <http://www.secult.salvador.ba.gov.br/site/programas-atendimento-hospitalar-domiciliar.php>. Acesso em: 12jan2013.

_____. Secretaria Municipal de Educação, Cultura, Esporte e Lazer (SECULT). Programas. **Atendimento hospitalar e domiciliar**. Disponível em: <http://www.secult.salvador.ba.gov.br/site/noticias-modelo.php?cod>. Acesso em: 10nov2012.

_____. Secretaria Municipal de Educação, Cultura, Esporte e Lazer (SECULT). Programas. **Atendimento hospitalar e domiciliar**. Disponível em: <http://www.educacao.salvador.ba.gov.br/site/programas-vida-e-saude.php>. Acesso em: 10set2011.

SANDRONI, Giuseppina Antonia. Classe Hospitalar: um recurso a mais para a inclusão educacional de crianças e jovens. **Cadernos da Pedagogia**. Ano 2, Vol.2, No.3 jan./jul 2008.

SANTANA, Judith Sena da Silva. Percurso Metodológico. In: SANTANA, Judith Sena da Silva; NASIMENTO, Maria Angela Alves do. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Feira de Santana-BA, 2010.

SANTOS, Débora dos. **Aprendizados adquiridos no hospital**: análise para um ensino de ciências na Escola nos hospitais. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis-SC, 2008. 150 p.

SCHILKE, Ana Lucia Tarouquela. **Representações sociais de ser professor em espaço hospitalar**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, Flávia Janólio Costacurta Pinto da. **Ambiente hospitalar**: acidentes ocupacionais e a contaminação por hepatite B. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente). Universidade Tiradentes (UNIT). Aracajú-SE, 2008.

SILVA, Jair Magalhães da. **Comunicação e Semiótica**: princípio norteador das práticas de enfermagem. In: Anais-CD do IX Congresso de La Solar: a integração da diversidade racial e a cultura do Novo Mundo. Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

_____. **Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié – BA: a dialética entre a teoria e a prática**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Feira de Santana-BA, 2006.

TAVARES, José (Org.). **Resiliência e educação**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais – a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

VASCONCELOS, Sandra Maia Farias. **Classe hospitalar no mundo**: um desafio à infância em sofrimento. Disponível em:

http://www.sbpnet.org.br/livro/57ra/programas/CONF_SIMP/textos/sandramaia-hospitalar.htm. Acesso em: 12jan2013.

_____. Intervenção escolar em hospitais para crianças internadas: a formação alternativa re-socializadora. In: **Anais do Congresso Internacional de Pedagogia Social** Mar. 2006. Disponível em http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000092006000100048&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em 01dez2012.

VOLI, Franco. **A auto-estima do Professor**: Manual de reflexão e ação educativa – São Paulo: Loyola, 1998. 254p.

VYGOTSKY, Lev S. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. Tradução de José Cipolla Neto, Luiz Silveira Menna Barreto e Solange Castro Afeche. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

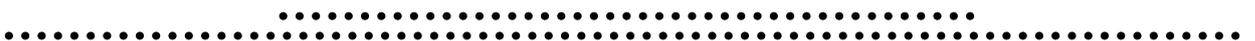
ZAIAS, Elismara. **O currículo da escola no hospital**: uma análise do serviço de atendimento à rede de escolarização hospitalar- SAREH/PR. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Ponta Grossa-PR, 2011.

ZAIAS, Elismara; PAULA, Ercília Maria Angeli Teixeira de. **A produção acadêmica sobre práticas pedagógicas em espaços hospitalares**: análise de teses e dissertações. Educação Unisinos. Vol 14, nº 3, set/dez, 2010, p. 222-232.

APÊNDICE

A educação existe onde não há escola e por toda parte podem haver redes e estruturas sociais de transferência de saber de uma geração a outra, onde ainda não foi sequer criada a sombra de algum modelo de ensino formal e centralizado. Porque a educação aprende com o homem a continuar o trabalho da vida.

Carlos Rodrigues Brandão



APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)
DEPARTAMENTO DE SAÚDE (DS)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, sendo o Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada “**IMPORTÂNCIA DA CLASSE HOSPITALAR NA RECUPERAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE HOSPITALIZADO**”, sob responsabilidade dos pesquisadores **Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães e Ana Cristina S. Duarte (Orientadora)**, do curso de **Mestrado Acadêmico em Enfermagem e Saúde** do Departamento de Saúde (DS), os seguintes aspectos:

Objetivos: Discutir a relação entre atividades desenvolvidas na classe hospitalar (educação) e o processo de recuperação (saúde) das crianças e adolescentes hospitalizados; Conhecer o atendimento às crianças e adolescentes hospitalizados acompanhados pelo serviço de Classe Hospitalar e; Analisar os desafios para o estabelecimento do vínculo no atendimento à criança e adolescente hospitalizados, acompanhados no serviço de Classe Hospitalar.

Propósito de estudo: Muitos são os desafios a serem enfrentados no desenvolvimento das atividades na Classe Hospitalar, com destaque para os desafios políticos, administrativos e operacionais. No entanto, na contra-mão destes, podemos considerar que a Classe Hospitalar desperta interesse em alguns profissionais que acreditam num trabalho multidisciplinar com vistas a compreender o ser humano como todo; contemplando os aspectos bio-psico-sócio-cognitivo e afetivo do indivíduo. Por assim entender o estudo justifica-se por ser o primeiro desta natureza no município de Jequié, possibilitando reflexões teórico/práticas no caminhar para a implantação do serviço de Classe Hospitalar e garantia da cobertura universal de crianças e adolescentes hospitalizados, de acordo com as suas condições e com as prerrogativas legais que as protegem.

Participação: ao autorizar a participação estarei à disposição para responder ao instrumento de coleta.

Desconfortos e riscos: Este estudo não trará riscos para minha integridade física ou moral.

Confidencialidade do estudo: A identificação dos participantes será mantida em sigilo, sendo que os resultados do presente estudo poderão ser divulgados em congressos e publicados em revistas científicas.

Benefícios: O presente estudo contribuirá para a ampliação do debate sobre a implantação da classe hospitalar trazendo possibilidades concretas de estabelecimento de vínculo entre profissionais, pacientes e seus familiares.

Dano advindo da pesquisa: Em hipótese alguma o informante estará submetido a riscos devido a sua participação neste estudo, uma vez que os dados serão tratados com sigilo e exclusividade, sem fornecimento à terceiros. Os dados encontrados serão manipulados apenas pelos pesquisadores responsáveis e colaboradores, não sendo identificados os informantes.

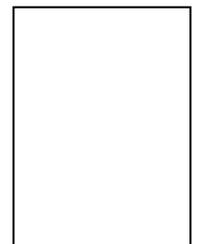
Participação Voluntária: Minha participação é, portanto, voluntária, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades para mim.

- **Consentimento para participação:** Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado **“IMPORTÂNCIA DA CLASSE HOSPITALAR NA RECUPERAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE HOSPITALIZADO”** desenvolvido pela acadêmica do Mestrado em Enfermagem e Saúde, **Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães** e sob a responsabilidade da Professora **Ana Cristina S. Duarte** da Universidade estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Nome da Participante _____

Nome da pessoa ou responsável legal _____



Polegar direito

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

_____ Jequié, Data: __/__/__

Assinatura do Pesquisador

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães. Fone: (73) 91415758. E-mail: neia.braga@hotmail.com. Rua Álvaro Miranda, nº 45, Jequezinho, Jequié-BA.

Ana Cristina S. Duarte. Fone: (73) 3525-4668. E-mail: tinaduarte2@gmail.com. Loteamento São Judas Tadeu Lote 01, Quadra H, 213, São José, Jequié-BA.

APÊNDICE B: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)
DEPARTAMENTO DE SAÚDE (DS)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu _____, CPF _____, RG _____,

depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores **Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães e Ana Cristina Barreto S. Duartedo** projeto de pesquisa intitulado **“IMPORTÂNCIA DA CLASSE HOSPITALAR NA RECUPERAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE HOSPITALIZADO”**a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto N.º 5.296/2004).

Jequié - BA, 03 de novembro de 2011.

Participante da pesquisa

Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães
 Pesquisador responsável pelo projeto

APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA (Trabalhador em Saúde)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB

DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ

PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE PESQUISA: IMPORTÂNCIA DA CLASSE HOSPITALAR NA RECUPERAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE HOSPITALIZADO

MESTRANDA: Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães

ORIENTADORA: Profª Drª Ana Cristina S. Duarte

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA
GRUPO I – TRABALHADOR EM SAÚDE**

ENTREVISTA:

Data: ____/____/2012.

Início: _____ Término: _____

Código do Entrevistado: _____

1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

1.1 Idade: ____ Anos.

1.2 Sexo: M () F ()

1.3 Formação: _____

1.4 Tempo de Formação: ____ Anos.

1.5 Pós-Graduação: SIM () NÃO (). Em que área? _____

1.6 Função/Cargo: _____

1.7 Tempo de atuação na Classe Hospitalar: ____ Anos.

2 QUESTÕES DISPARADORAS

2.1. Comente sobre a Classe Hospitalar.

2.2. Você percebe se a Classe Hospitalar contribui no processo de recuperação das crianças e adolescentes hospitalizados? Se afirmativo, como?

2.3. Comente sobre sua participação na Classe Hospitalar (o que faz? como planeja? com quem discute?).

2.4. Fale sobre os desafios de trabalhar com crianças/adolescentes hospitalizados.

2.5. Fale sobre a relação entre a classe hospitalar e os familiares e/ou acompanhantes das crianças/adolescentes hospitalizados.

2.6. Fale sobre a relação entre a classe hospitalar e os demais profissionais de saúde que atuam neste setor (forma de participação, aceitação, atuação, dentre outros)

2.8. Comente sobre o acompanhamento pedagógico destinado às crianças e adolescentes hospitalizados (planejamento das atividades; plano de aula; metodologia de ensino; duração das aulas)

2.8. Em sua opinião, quais os maiores limites/dificuldades e os maiores avanços/facilidades do trabalho na Classe Hospitalar?

APÊNDICE D: ROTEIRO DE ENTREVISTA (Acompanhante)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE PESQUISA: IMPORTÂNCIA DA CLASSE HOSPITALAR NA RECUPERAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE HOSPITALIZADO

MESTRANDA: Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães

ORIENTADORA: Profª Drª Ana Cristina S. Duarte

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

GRUPO II – ACOMPANHANTES (Mães e/ou Responsável)

ENTREVISTA:

Data: ____/____/2012.

Início: _____ Término: _____

Código do Entrevistado: _____

1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

1.1 Idade: _____ Anos.

1.2 Sexo: M () F ()

1.3 Grau de Instrução: _____

1.5 Grau de Parentesco: _____

2 QUESTÕES DISPARADORAS

2.1. Já ouviu falar em Classe Hospitalar? Comente.

2.2. Comente sobre a hospitalização da criança/adolescente (motivos da internação; significado).

2.3. Como você se sente, ao ver a criança/adolescente faltando à escola porque está internado?

2.4. Comente sobre a participação da criança/adolescente na Classe Hospitalar (gosta, melhora na recuperação ...)

Comente sobre a rotina da família com a internação da criança/adolescente.

2.5. Fale sobre a relação entre os profissionais de saúde que atuam na Classe Hospitalar e a criança/adolescente hospitalizado (forma de tratamento, atenção, cuidado...)

2.6. Fale sobre a relação entre a escola de origem e a criança/adolescente hospitalizado (contato da escola para saber notícias...)

2.7. Comente sobre o acompanhamento pedagógico destinado às crianças e adolescentes hospitalizados (satisfação, queixas ...)

2.8. Na sua opinião, o que muda com o fato da criança/adolescente realizar atividades, na Classe Hospitalar igual aos colegas da escola que ele frequenta?

APÊNDICE E: ROTEIRO DE ENTREVISTA (Criança/adolescente)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE PESQUISA: IMPORTÂNCIA DA CLASSE HOSPITALAR NA RECUPERAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE HOSPITALIZADO

MESTRANDA: Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães

ORIENTADORA: Profª Drª Ana Cristina S. Duarte

ROTEIRO PARA ENTREVISTA
GRUPO III – CRIANÇAS/ADOLESCENTES

ENTREVISTA:

Data: ____/____/2012.

Início: _____ Término: _____

Código do Entrevistado: _____

1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

1.1 Idade: _____ Anos.

1.2 Sexo: M () F ()

1.3 Procedência: () Salvador () Outro município. Qual? _____

1.4 Grau de parentesco do acompanhante: _____

1.5 Série: _____.

1.6 Escola: () Pública () Privada

2 QUESTÕES DISPARADORAS

2.1. Fale sobre o que mais gosta de fazer enquanto está internado.

2.2. Fale sobre a Classe Hospitalar (gosta?, o que estuda?, aprende? ...).

2.3. O que poderia acontecer na sua vida escolar se não existisse a Classe Hospitalar?

2.4. Fale sobre as atividades desenvolvidas na Classe Hospitalar.

2.5. O que você aprendeu na Classe Hospitalar? E o que você aprendeu na sua escola?
 Você sentiu alguma diferença entre as duas?

APÊNDICE F: ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA (Criança/adolescente)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE PESQUISA: IMPORTÂNCIA DA CLASSE HOSPITALAR NA RECUPERAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE HOSPITALIZADO

MESTRANDA: Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães

ORIENTADORA: Profª Drª Ana Cristina S. Duarte

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO CRIANÇAS/ADOLESCENTES

OBSERVAÇÃO:

Data: ____/____/2012.

Início: _____ Término: _____

Código da Observação: _____

1 ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS NAS CRIANÇAS/ADOLESCENTES

- ☐ Cumprimento das atividades em Classe.
- ☐ Participação direta (responder ao professor; solicitar informações ...).
- ☐ Interesse em aprender
- ☐ Distração durante as atividades em Classe.
- ☐ Integração com colegas durante as atividades.
- ☐ Relação com o executor da atividade proposta.

APÊNDICE G: ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA (Trabalhador em Saúde)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE PESQUISA: IMPORTÂNCIA DA CLASSE HOSPITALAR NA RECUPERAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE HOSPITALIZADO

MESTRANDA: Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães

ORIENTADORA: Profª Drª Ana Cristina S. Duarte

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO
TRABALHADORES EM SAÚDE

OBSERVAÇÃO:

Data: ____/____/2012.

Início: _____ Término: _____

Código da Observação: _____

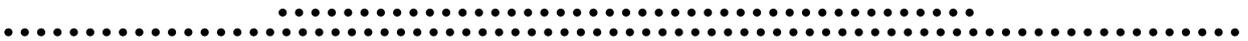
1 ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS NOS TRABALHADORES EM SAÚDE (PEDAGOGO)

- Explicação das atividades
- Atendimento às solicitações das crianças/adolescentes.
- Valorização das atividades executadas pelas crianças/adolescentes.
- Estimulo à participação das crianças/adolescentes.
- Postura frente às crianças/adolescentes que se encontram desmotivadas.
- Atitudes diante da agressividade/passividade das crianças/adolescentes.
- Habilidade no tratamento de temas relacionados á educação e à promoção da saúde das crianças/adolescentes.

ANEXOS

*Tudo que um sonho precisa para ser realizado é
alguém que acredite nele*

Roberto Shinyashiki



ANEXO A: Declaração de autorização para realização da pesquisa

DECLARAÇÃO DO SETOR DE REALIZAÇÃO DO PROJETO

EU, Paloma Mariana de Castro Sousa,
 responsável pelo setor/unidade HCIC/CTIP,
 estou de acordo com o trabalho de pesquisa intitulado
**"IMPORTÂNCIA DA CLASSE HOSPITALAR NA RECUPERAÇÃO
 DA CRIANÇA/ADOLESCENTE HOSPITALIZADO"**, pesquisador
 responsável **ANA CRISTINA BARRETO S. DUARTE e LUCINÉIA
 BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHÃES** a ser realizado no Hospital
Santo Antonio/ Obras Sociais Irmã Dulce, e concordo com a
 realização da coleta de dados neste setor/unidade.

Salvador-BA, 18 de outubro de 2011


 Paloma Souza
 Coordenadora
 CCNACTIP
 COREN BA 3.20276

 Assinatura do Responsável do Setor/Unidade
 (Carimbo)

ANEXO B: Ofício CEP/UESB 422/2011



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / UESB

Jequié, 09 de dezembro de 2011

Of. CEP/UESB 422/2011

Ilma. Sra.

Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães

Mestrado em Enfermagem e Saúde - UESB

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **189/2011**

CAAE: **0166.0.454.000-11**

Projeto: **IMPORTÂNCIA DA CLASSE HOSPITALAR NA RECUPERAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE HOSPITALIZADO**

Pesquisadores: *Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães (mestranda)*

Prof^a Ana Cristina Santos Duarte (orientadora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,

Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
 Presidente do CEP/UESB

ANEXO C: Parecer Consubstanciado CEP/UESB**Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB**

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB**PARECER CONSUBSTANCIADO****Protocolo Nº 189/2011
CAAE: 0166.0.454.000-11****I – Identificação:****Projeto de Pesquisa:** Importância da classe hospitalar na recuperação da criança/adolescente hospitalizado**Pesquisador Responsável:** Lucinéia Braga de Oliveira Magalhães (Mestranda – Enfermagem e Saúde).**Pesquisadores Colaboradores:** Profa. Dra. Ana Cristina S. Duarte**Instituição onde se realizará:** DS/UESB**Área de Conhecimento:** Saúde Coletiva**II - Objetivos:**

- I) estabelecer a relação entre atividades desenvolvidas na classe hospitalar (educação) e o processo de recuperação (saúde) das crianças/adolescentes hospitalizados;
- II) analisar a existência de elementos que favoreçam a pertença social e o processo de educação inclusiva humanizada; e
- III) conhecer o atendimento às crianças e adolescentes hospitalizados acompanhados no serviço da classe hospitalar .

III – Sumário do projeto: (conforme resumo apresentado no corpo do projeto)

O serviço de classe hospitalar é uma modalidade de atendimento pedagógico às crianças/adolescentes que estão impossibilitados de freqüentarem regularmente sua escola de origem, por se encontrarem hospitalizados. O estudo tem como objetivos: I) estabelecer a relação entre atividades desenvolvidas na classe hospitalar (educação) e o processo de recuperação (saúde) das crianças/adolescentes hospitalizados; II) analisar a existência de elementos que favoreçam a pertença social e o processo de educação inclusiva humanizada; e III) conhecer o atendimento às crianças e adolescentes hospitalizados acompanhados no serviço da classe hospitalar . Trata-se de um estudo qualitativo, tendo como campo de coleta dos dados um Hospital ligado às Obras Sociais Imã Dulce (OSID), no município de Salvador/BA, e, como campo empírico a classe hospitalar do Hospital da Criança (HC). Os sujeitos da pesquisa, serão em número de 20, distribuídos em três grupos, a saber: trabalhadores em saúde (Grupo 1); acompanhantes das crianças (Grupo 2); e, crianças/adolescentes hospitalizados (Grupo 3). Para a coleta de dados, serão utilizadas a técnica da entrevista e observação sistemática (fontes primárias), e análise documental (fonte secundária), sendo que a sistematização e análise dos dados serão realizadas mediante a utilização do método de análise de conteúdo, proposta por Laurence Bardin. Por se tratar de um estudo qualitativo que envolve seres humanos, os autores manifestam que cumprirão todas as recomendações da Resolução n. 196/96 do CNS. Portanto, este estudo estabelece uma reflexão sobre a relação entre práticas de saúde e práticas educativas junto a criança e o adolescente hospitalizado e, suas necessidades de garantia legal do tratamento de saúde sem ameaças de reprovações e ou distanciamentos da aprendizagem.

Palavras-Chave: classe hospitalar; saúde; educação; criança; adolescente.

IV – Comentários do relator:

O projeto me parece muito interessante, em que pese o desafio que envolve sua execução junto a Instituição que servirá de base para a coleta de dados. Além disso, a temática envolve problema relevante do ponto de vista social e acadêmico, posto que são raros os estudos envolvendo o diagnóstico da realidade vivenciada em programas de assistência educacional a crianças e adolescentes hospitalizados, como é o exemplo das chamadas classes hospitalares.

Em termos metodológicos a proposta também está bem desenhada e não demanda maiores preocupações.



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / UESB

Do ponto de vista das questões éticas envolvidas na proposta de pesquisa, e considerando a Resolução 196/1996, não encontramos problemas. O TCLE foi analisado e está de acordo com os requisitos da referida Resolução. Analisamos também os protocolos para coleta de dados e o ofício emitido pela Direção do Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Imã Dulce, que manifesta concordância com a realização da Investigação nas Instalações da Instituição. Todos os documentos parecem estar de acordo com os requisitos da Resolução.

V - Adequação do TCLE e forma de obtê-lo:

O TCLE encontra-se de acordo com a Resolução 196/96.

VI – Parecer do relator:

Somos de parecer favorável que o projeto seja aprovado por este Comitê.

Situação do projeto: Aprovado

Jequié, 07 de dezembro de 2011

A handwritten signature in blue ink, which appears to read "Ana Barbosa", is positioned above the printed name of the president.

Prof. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO D: Parecer Consubstanciado CEP/OSID**HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/
OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Elaborado pela Instituição Coparticipante****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** IMPORTÂNCIA DA CLASSE HOSPITALAR NA RECUPERAÇÃO DA CRIANÇA e ADOLESCENTE HOSPITALIZADO**Pesquisador:** LUCINEIA BRAGA DE OLIVEIRA MAGALHAES**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 10714612.7.0000.0055**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 151.063**Data da Relatoria:** 13/11/2012**Apresentação do Projeto:**

O estudo será realizado nas Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), no município de Salvador-BA, tendo como recorte espacial empírico o Hospital da Criança (HC) e a Classe hospitalar que ao receber crianças e adolescentes promovem o atendimento fundamentado nos aspectos legais de continuidade do ensino. O serviço de Classe Hospitalar das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), faz parte do projeto vida e saúde. Os Informantes serão denominados de atores sociais e serão constituídos de três grupos: Grupo I Trabalhadores (Médicos, Enfermeiros, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, Técnicos/Auxiliares de enfermagem, Pedagogo, outros); Grupo II Acompanhantes (geralmente mães, que acompanham a criança durante toda a internação) e Grupo III Crianças e Adolescentes hospitalizados. Para a coleta de dados, serão utilizados tanto fonte primária (Entrevista e Observação), quanto fonte secundária (Análise Documental). Se trata de um estudo qualitativo onde serão aplicados TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

Estabelecer a relação entre atividades desenvolvidas na classe hospitalar (educação) e o processo de recuperação (saúde) das crianças e adolescentes hospitalizados. Analisar a existência de elementos que favoreçam a pertença social e o processo de educação inclusiva humanizada; Conhecer o atendimento às crianças e adolescentes hospitalizados acompanhados no serviço da classe hospitalar.

Endereço: Av. Bomfim 181**Bairro:** Largo de Roma**CEP:** 40.420-000**UF:** BA**Município:** SALVADOR**Telefone:** (71)3310-1335**Fax:** (71)3310-1335**E-mail:** cep@irmadulce.org.br

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/
OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Este estudo não trará riscos para a integridade física ou moral dos participantes.

presente estudo contribuirá para a ampliação do debate sobre a implantação da classe hospitalar trazendo possibilidades concretas de estabelecimento de vínculo entre profissionais, pacientes e seus familiares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não Há

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O estudo cumpriu todas as recomendações da Resolução nº 196/96 do CNS

Recomendações:

Não Há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo está aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

É necessário o envio de relatório periódico e/ou final, 6 meses após início na pesquisa.

SALVADOR, 22 de Novembro de 2012

**Assinador por:
 JANET LIMA DE MELO
 (Coordenador)**

Endereço: Av. Bomfim 181

Bairro: Largo de Roma

CEP: 40.420-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3310-1335

Fax: (71)3310-1335

E-mail: cep@irmeduca.org.br

ANEXO E: Fotos do Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce



AULA DE MÚSICA que acontece sempre às quartas-feiras, das 13h30min às 15h. Vale ressaltar que a música já esta inserida no currículo escolar do município de Salvador-BA.

Hospital da Criança

OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



Durante o desenvolvimento das atividades pedagógicas, algumas crianças são medicadas na classe hospitalar.

Hospital da Criança

OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



Momento de atividades pedagógicas em sala de aula, sob o tema “meio ambiente”.

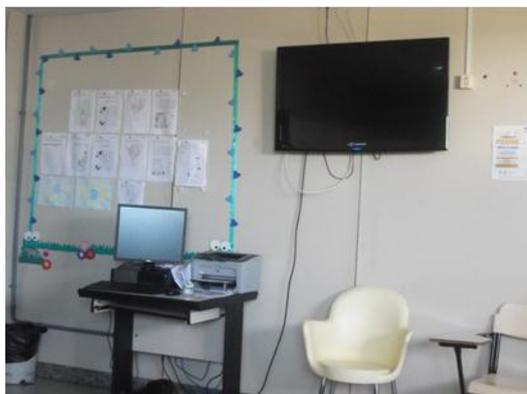
Hospital da Criança

OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



O solário é um espaço onde os professores da classe hospitalar e outros trabalhadores em saúde utilizam para recreação e/ou exposição de aula em espaço aberto





A escola no hospital desenvolve atividades a partir do projeto “vida e saúde”, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação.

Hospital da Criança

OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



O CINEMINHA é outra atividade que acontece todas as quintas-feiras das 13h30min às 15h, com a colaboração da psicóloga e terapeuta ocupacional.