



FACULDADE CALAFIORI

**PEDAGOGIA HOSPITALAR:
UMA PONTE ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO**

CACILDA APARECIDA FREIRE TASSIN

LÍVIA ALVES RICCI

São Sebastião do Paraíso - MG

2011



FACULDADE CALAFIORI

**PEDAGOGIA HOSPITALAR:
UMA PONTE ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO**

CACILDA APARECIDA FREIRE TASSIN

Monografia apresentada à Faculdade Calafiori, como parte dos requisitos para a obtenção do título de graduado (a) em Pedagogia.

Orientador (a): Profª. Lívia Alves Ricci

São Sebastião do Paraíso - MG

2011



FACULDADE CALAFIORI

**PEDAGOGIA HOSPITALAR:
UMA PONTE ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO**

GRADUAÇÃO EM PEDAGOGIA

AVALIAÇÃO: () _____

Professor Orientador

Professor Avaliador da Banca

Professor Avaliador da Banca

São Sebastião do Paraíso - MG

2011

“A minha trajetória no mundo hospitalar, carregando a bandeira da educação, na época considerada inusitada confirmou a paixão que tenho pelo ato de educar e a crença, inabalável, que o ensino combina com qualquer cenário.”

Leodi Conceição Meireles Ortiz

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as crianças que passaram, passam ou ainda passarão por longos períodos em hospitais para tratamentos e que merecem receber educação de qualidade, contribuindo ainda mais para o sucesso de sua recuperação e cura.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais Messias e Terezinha;

Ao meu marido Guilherme;

Aos meus familiares e

Aos meus amigos que contribuíram para que eu chegasse até aqui.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	vii
RESUMO	viii
1 – INTRODUÇÃO	09
2– A PEDAGOGIA HOSPITALAR DENTRO DO CONTEXTO HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO	13
2.1 Um olhar pedagógico sobre os sistemas de educação e saúde para a integração humana	21
3 - A EVOLUÇÃO E O SIGNIFICADO DA PEDAGOGIA HOSPITALAR DENTRO DE UM CONTEXTO SOCIAL E POLÍTICO	30
3.1 O papel transpessoal da ação educacional para a prática da humanização na saúde.....	36
4 - UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA PARA O ENSINO HOSPITALAR	44
5 - CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Tabela das unidades federais com classes hospitalares	xvi
Figura 2. Oferta de classes hospitalares por estado	xviii
Figura 3. Números de matrículas de alunos com necessidades especiais	xxiii
Figura 4. Número de escolas hospitalares no Brasil	xxvi
Figura 5. Criança foi alfabetizada no hospital	xxviii
Figura 6. Aluna/paciente acompanhada por pedagoga	xli
Figura 7. Professoras do projeto “Vou te contar uma história”	xlvi

RESUMO

Esta pesquisa tem por finalidade investigar a atuação pedagógica nos ambientes hospitalares. Nos últimos anos verificaram-se os aparecimentos de espaços educacionais não formais que ofereceram ao profissional da pedagogia novas oportunidades de atuação. Objetiva-se aqui apresentar aos pedagogos o espaço de classe hospitalar, visando contribuir para ampliar a percepção relacionada às atividades educativas, as quais não podem estar restritas ao espaço escolar formal e como o pedagogo pode atuar na coordenação, supervisão, planejamento e execução das atividades neste ambiente. Antes a ação pedagógica era uma tarefa limitada às escolas, hoje ela atende aos avanços ligados à educação, sua prática expandida se relaciona aos aspectos globais da educação em geral. Através de pesquisas bibliográficas relacionadas ao tema da ação do pedagogo no ambiente hospitalar que pode proporcionar ao aluno/paciente um aprendizado qualitativo e personalizado, mesmo estando afastado da escola regular, além de fazer a análise da atuação legítima desses profissionais nessa nova estrutura e suas práticas de cunho pedagógico e formativo nas unidades de internação, na ala de recreação do hospital, para as crianças que necessitam de estimulação essencial; com classe hospitalar de escolarização para continuidade dos estudos e também no atendimento ambulatorial. Analisaremos que esta pedagogia busca modificar atuações junto ao paciente, as quais não podem ser confundidas com o atendimento à sua enfermidade, o que exige cuidado especial no desenvolvimento das atividades que busca centrar no emergencial e/ou transitório para fazer interagir enfermos, família, escola e equipe hospitalar numa realidade transdisciplinar. E para concluir pesquisaremos: o efetivo envolvimento com o doente, a modificação no ambiente em que está envolvido, modalidades de ação e intervenção e programas adaptados às capacidades para potencializar a integração do paciente na perspectiva da pedagogia hospitalar.

Palavras-chave: Pedagogia. Saúde. Inclusão.

INTRODUÇÃO

A secretaria de educação especial propôs em 2002 o atendimento pedagógico hospitalar ou domiciliar, fora do ambiente escolar, oferecendo estratégias e orientações para o contínuo desenvolvimento e construção do conhecimento.

Mais um passo, foi dado, em direção à inclusão das crianças, hospitalizadas, para que não se distanciem do seu cotidiano. Foi pensando na pedagogia inclusiva e nos diversos cenários onde a efetiva ação pedagógica pode acontecer, além dos muros escolares, que esta pesquisa foi realizada. “Este é um novo setor, a respeito do qual há muito por investigar, até que se consiga evidenciar a sua natureza científica e a eficácia real das novas intervenções pedagógicas e psicopedagógicas” Matos e Mugiatti (2009, p.43), *apud* Gonzáles- Simancas & Polaino-Lorente (1990, p.18). Há ainda um alerta para a necessidade da fundamentação do trabalho hospitalar pedagógico a ser desenvolvido no hospital, um ambiente desconhecido até pouco tempo pelos educadores.

Através desta pesquisa também poderemos refletir sobre a potencialidade da pedagogia, o vasto pluralismo que atualmente se aperfeiçoa nas múltiplas dimensões do trabalho social, e como a ação integrada da saúde, em seus aspectos restritamente científicos ou objetivos, e a educação, com a proposta de oferecer humanização e singularidade ao sujeito, podem contribuir para o bem estar e recuperação das crianças enfermas.

Marcellino (2007, p. 18) afirma que:

A vivência do cotidiano na escola brasileira, em qualquer um dos seus níveis, coloca-nos como educadores, em constantes desafios, sobretudo quando se entende a escola não desvinculada da sociedade. Buscar alternativas contribuindo para a construção coletiva de uma nova escola, ligada à construção de uma nova sociedade, é a tarefa que se impõe.

Embora saibamos da vasta bibliografia com relação à humanização para o tratamento de crianças e adolescentes, ao considerar a área da pedagogia hospitalar, em si, nos deparamos com um campo novo, de restrita bibliografia, pois foi em 1990 que surgiu a primeira obra consistente intitulada “*Pedagogia Hospitalar – Actividad Educativa em Ambientes Clínicos*, pelo educador espanhol José Maria Quintana-Cabanas e Aquilino Polaino-Lorente” (MATOS e MUGIATTI, 2009, p. 41).

Mesmo com bibliografia limitada, o estudo seguiu em frente levando em consideração, primeiramente, a possibilidade de envolver as minhas duas áreas profissionais: a graduação em enfermagem e a docência exercida como professora regente do ciclo inicial do ensino fundamental há onze anos. É significativo unir estas linhas na pedagogia hospitalar: cuidar e educar; este é o segmento no qual pretendo me especializar cada vez mais e atuar como pedagoga.

Num segundo momento, desde o ano passado foi feito um acompanhamento de uma aluna, diagnosticada com leucemia há aproximadamente três anos que está em tratamento oncológico no hospital de Campinas. Observou-se que quando ela está em tratamento, fica ausente da escola de dois a três meses, o que prejudica o desenvolvimento em relação a sua aprendizagem. A aluna conseguiu se alfabetizar apenas no ano passado, aos onze anos, na sala do primeiro ano e ainda assim apresenta defasagem em relação aos outros alunos, como retratam Matos e Mugiatti (2009, p.61):

Trata-se da situação de crianças e adolescentes, em idade escolar, que submetidas a longos períodos de hospitalização ficam impossibilitadas de seguir seu ano letivo escolar. Ou daqueles que nem chegam a se matricular, pelos mesmos motivos, atingindo a pré-adolescência ou mesmo a adolescência em estado de analfabetismo ou nas primeiras séries escolares.

Em conversa informal com a mãe da aluna, perguntou-se se ela tinha acompanhamento pedagógico no período de internação, e ela relatou a existência de profissionais e voluntários que contavam histórias, davam desenhos para colorir, jogos, mas que não havia um atendimento escolar.

Diante desse fato é possível questionar sobre quantas crianças se encontram na mesma situação. Fora o abalo físico e emocional que a doença acarreta, quando as mesmas retornam à escola, estão totalmente afastadas dos conteúdos, o que pode gerar desmotivação, desinteresse, indisciplina e outros.

Já que é direito de toda criança brasileira receber educação, porque estes cidadãos ficam esquecidos dentro de hospitais por meses, fora da relação de ensino e aprendizagem?

Se o lugar fundamental para encontrar o saber sistematizado é a escola, como possibilitar o acompanhamento pedagógico e educacional e garantir a continuidade do procedimento escolar deste aluno e de outras crianças e adolescentes e garantir a ligação com a escola através de um currículo adaptado da ação docente?

A Secretaria de Educação, em convênio com a Secretaria de Saúde, criou um programa diferenciado para atender os alunos, que mesmo internados em hospitais, possam ser acompanhamentos especializados para garantir a conexão com a escola.

Além de um ambiente próprio para a Classe Hospitalar, o acompanhamento poderá ser feito na enfermaria, no leito ou no quarto de isolamento, uma vez que as restrições conferidas ao educando por sua condição clínica ou de tratamento assim requeiram (FONSECA, 1999).

Receber o atendimento sistemático e diferenciado da Educação Básica, seja de forma individual ou coletiva, em classe hospitalar ou no leito, conforme a necessidade do educando, é um direito do aluno enfermo, pois o mesmo apresenta condições que impossibilitam a frequência à escola temporariamente.

Para iniciar a pesquisa fez-se necessário uma breve reflexão histórica sobre a pedagogia e a educação para crianças com necessidades especiais no Brasil, além da fundamentação obtida nos saberes necessários para uma nova educação; a proposta da pedagogia para “animação”, que segundo Marcellino (2007) propõe ao educador olhar para a relação de interdependência entre o lúdico e o processo educativo; e também, “a esperança de que professor e alunos juntos possam aprender, ensinar, inquietar-nos, produzir e juntos igualmente resistir aos obstáculos à nossa alegria”, conforme a proposta da pedagogia para a autonomia (FREIRE, 1997).

Os objetivos básicos do presente estudo são: realizar um levantamento da existência de classes hospitalares no país; detectar elementos estruturais da atenção integral à saúde da criança e do adolescente; conhecer a organização de oferta educacional especial à criança e ao adolescente, bem como o papel do educador; buscar informações sobre as leis que norteiam as classes hospitalares e

obter informações sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Na sequência acompanhamos a evolução da pedagogia hospitalar, a importância do pedagogo que se dedica à relação de ensino e aprendizagem para servir às necessidades da criança em estado enfermo e para encerrar uma sugestão de intervenção pedagógica para o ambiente hospitalar.

2. A PEDAGOGIA HOSPITALAR DENTRO DO CONTEXTO HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO

Antigamente, na Grécia, o pedagogo era o condutor de crianças e adolescentes para que estes alcançassem as primeiras letras e os cuidados com o corpo. Este termo, durante a história, ganhou mais três conotações importantes estudados até a contemporaneidade.

Na opinião Herbart (1776 - 1841) a pedagogia não se separou da ciência; foi ele quem formulou a ideia de pedagogia como ciência da educação. Já para Émile Durkheim (1858 - 1917) no final do século XIX e início do século XX, a pedagogia não pôde ser vista como teoria da educação; mas como literatura de educação ao pensamento utópico. Para ele as ciências da educação seriam compostas pela sociologia, que proporia finalidade e a psicologia que forneceria instrumentos para a didática. Levando em consideração a corrente filosófica de John Dewey (1859-1952) o pragmatismo, e seu conceito de verdade: “como correspondência em favor da ideia pragmática da verdade, como útil. Sendo uma filosofia, ou melhor, uma teoria do conhecimento pode ser vista como verdadeira a partir de resultados práticos na situação de ensino” (GHIRALDELLI, 2006, p.10 -11).

Assim, baseados, na concepção *deweyana*, temos a pedagogia como sinônimo de filosofia e a didática, ainda pensando na teoria da educação, como procedimentos que fazem a teoria acontecer segundo Ghiraldelli (2006, p.28), *apud* Comenius (1592 - 1641).

Dentro desse contexto, não podemos deixar de considerar também que para Rousseau (1712 - 1778) a infância deve ser entendida “como um período a ser preservado, pois é nele que a autêntica individualidade e a disposição para a verdade podem ser cultivadas (GHIRALDELLI, 2006, p.26).

No entanto é possível afirmar que tanto a pedagogia tradicional quanto a nova apresenta a herança destes pensadores. E é a partir deste princípio que podemos nos perguntar: existe um papel para a pedagogia fora da escola? A maioria das crianças e adolescentes está dentro dos locais de aprendizagem, como mostram as pesquisas? Se é possível ensinar tudo a todos, como incluir as crianças que estão hospitalizadas? Temos potencial para atender as crianças que estão afastadas da escola para dar continuidade aos estudos neste período, sem prejudicar seu retorno à sala de aula? O pedagogo está habilitado para mediar e auxiliar as atividades de caráter ludo-pedagógico para as crianças durante o tratamento?

Hoje o pedagogo pode ser visto por outro prisma; inserido num contexto de transformações intermináveis, para alcançar uma educação para a inclusão. Sua atuação é mais abrangente e nota-se uma contribuição indispensável dentro das instituições hospitalares que, através do olhar pedagógico oferecido ao ser humano (antes visto como uma peça num clima mecânico e impessoal, onde se priorizava os cuidados físicos e distúrbios isolados sem considerar as condições sociais e psicológicas) percebe-se uma nova proposta educativa de investimento no potencial de educabilidade do “ensinante” hospitalizado, pelos programas educacionais personalizados que oferecem atenção e afetividade à diversidade dos pacientes-alunos.

Fonseca (1999) descreve:

A legislação brasileira reconhece o direito de crianças e jovens hospitalizados CNDCA, (1995) ao atendimento pedagógico-educacional, durante seu período de internação. Esta modalidade de atendimento denomina-se classe hospitalar, segundo terminologia do MEC/SEESP (1994). A inexistência de teorias ou estudos desta natureza em território nacional gera, tanto na área educacional quanto na de saúde, o desconhecimento desta modalidade de ensino e integralização da atenção de saúde às crianças e aos jovens hospitalizados.

As secretarias de Educação devem ser acionadas pelas equipes médicas assim que um estudante da rede pública dá entrada com alguma doença severa (para os oriundos da particular, é a própria escola que deve providenciar o serviço). “Educação e saúde estão deixando de formar rivais, suas diversas correntes, até então antagônicas, começam a se unir em busca do desenvolvimento integral do ser humano/pessoa/cidadão (ORTIZ e FREITAS, 2005, p.18).

O papel da pedagogia hospitalar é transformar o mundo imposto às crianças hospitalizadas, e com o conhecimento apresentado, possui o poder de mudar as condições que a doença traz ao universo infantil, e mais, pode detectar o quadro emocional da criança levando-a, em muitos casos, a conquistar o abandono da dor, medos e inseguranças para se entregar às possibilidades da ação educativa, além de permitir que o aluno não perca tempo nos estudos durante sua internação e continue acompanhando o currículo escolar. Este papel poderá ir além, segundo a proposta da pedagogia da animação por Marcellino (2007) onde ele sugere a redescoberta da educação nas origens da alma, porque animar é vibrar a vida, resgatá-la. Em geral é o que falta dentro do sistema educacional, embora não seja falado, porém no caso da pedagogia hospitalar que propõe a recuperação de crianças debilitadas é essencial um trabalho ligado à subjetividade humana.

A classe hospitalar aproxima escola, hospital e comunidade; levando em consideração as relações de compreensão das necessidades e limitações de cada indivíduo envolvido. As atividades nas classes hospitalares são apontadas como aliadas da recuperação clínica dos estudantes. Ela se apresenta como um processo alternativo de educação, um novo caminho tomado no meio profissional da educação, com um bom desempenho na conquista de seus ideais; como afirma Fonseca (2005, p.12) é necessário quebrar “a estranha relação entre o estar doente e a não possibilidade dos estudos”. A pedagogia hospitalar afóra de envolver o conhecimento médico, insere a psicologia; no entanto, para realizar esta tarefa complexa é necessário um ponto de referência que não seja exclusivamente médico, mas o enfoque formativo, instrutivo e psicopedagógico.

Trata-se de um novo campo onde surge a inter-relação do trabalho que permite delinear as fronteiras de aproximação conceitual do conhecimento demandado para que as crianças hospitalizadas, que apresentam um perfil temporário dentro da educação especial, não sejam reprovadas ou fracassem o que poderia levá-las à evasão.

Também não se pretende perpetuar a fragmentação dos canais de ensino, mantendo a concepção corporativista em que só a escola formal, oferecida por instituições de ensino regular, cabe o papel de detentora de um ensino sistematizado, mas sim, encaminhar um diálogo inteligente com instituições sociais que promovam, no interior de seus domínios físicos, o ensino não-formal e implantam fazeres pedagógicos como os desenvolvidos em classes hospitalares (ORTIZ e FREITAS, 2005, p. 23).

É um processo educativo, não escolar, que propõe desafios aos educadores e possibilita a construção de novos conhecimentos dentro de um espaço de aprendizagem localizado no hospital, a fim de que esta criança possa se preparar para vencer o tratamento médico e ao mesmo tempo os desafios escolares.

Estamos falando de alternativas e mais, do direito à educação. Está em discussão a forma como as crianças e adolescentes impossibilitados de frequentar as aulas, em virtude do tratamento de saúde, serão atendidas, para continuar o processo de desenvolvimento psíquico e cognitivo.

Confirma Fonseca (1999) que funcionam no Brasil uma média de 39 classes hospitalares (apesar de ser chamada tecnicamente de classe, a aula é individual, nos leitos ou em salas cedidas pela unidade de Saúde; diferente da escola regular onde se podem realizar atividades longas, nesta modalidade a tarefa precisa ter começo, meio e se encerrar no mesmo dia) distribuídas e em funcionamento em 13 unidades federadas.

O atendimento decorre do convênio firmado entre as Secretarias de Educação e Saúde, embora existam classes hospitalares resultantes de iniciativas de entidades filantrópicas e universidades. “Noventa e cinco professores atuam nessa modalidade de ensino, atendendo mais de 2.000 crianças/mês na faixa etária entre zero e quinze anos de idade”.

Podemos verificar na tabela 1, o número de Estados que dispõem de atendimento pedagógico, por região para crianças hospitalizadas.

Tabela 1 – Unidades Federadas com classes hospitalares

Região	Nº de Estados	Nº de Estados com Classe Hospitalar
Norte	7	1
Nordeste	9	3
Centro- Oeste	4	2
Sudeste	4	3
Sul	3	2
Total	27	11

Fonte: Fonseca, UERJ (1999).

Os estados que implantaram a classe hospitalar alegaram que os fatores que impossibilitam a efetivação total são: falta de recursos financeiros, falta de profissional especializado para o trabalho pedagógico, falta de professores para este tipo de atuação dentro dos hospitais.

Como podemos notar não foram identificadas classes hospitalares em 44,4% dos estados em 1997. Os motivos para a não oferta de classes hospitalares foram variados. Um estado da região Sudeste informou ter sido esta modalidade de atendimento descontinuada devido às mudanças na rotina de internação e tratamento médico dos hospitais daquela unidade federativa (MG). Somaram 11 os Estados que nunca ofereceram atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados. Destes, seis Estados (22,2%) já consideraram a possibilidade de implantar o serviço, embora não tenham chegado a implementá-lo; e os outros cinco (18,5%) disseram nunca terem considerado tal possibilidade por desconhecerem esta modalidade de atendimento (FONSECA, 1999).

"Há o déficit de profissionais para atuar do 6º ao 9º ano. Em muitos lugares, o voluntário ainda atua no lugar do educador", assegura Eneida Simões da Fonseca, professora do Departamento de Estudos em Educação Inclusiva e Continuada da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

É notável o quanto é nova a proposta da expansão da pedagogia, dentro da aliança saúde e escola. Em alguns estados e municípios, já existe inclusive um quadro de docentes previamente concursados e preparados para a função, e é junto a esses órgãos que interessados no emprego devem procurar orientações. "Cabe aos governos locais oferecer a mão-de-obra e as capacitações necessárias. Tudo para que o aluno se atrase o mínimo possível no ritmo de sua turma original", atesta Martinha Dutra dos Santos, coordenadora geral da Secretaria de Educação Especial do MEC (BIBIANO, 2009). Verificamos o desenvolvimento para oferecer uma atenção pedagógica adequada aos escolares enfermos, tanto pelas instituições envolvidas, como também pelos dirigentes políticos que aos poucos estruturam condições para oferecer autonomia e apoio à pedagogia hospitalar e pela comunidade que ainda desconhece este direito de atendimento escolar.

"Logo, a classe hospitalar além de obter credibilidade quanto aos seus esforços educacionais no cotidiano das escolas regulares, confirma-se como sendo um *lôcus* essencialmente de encontros: encontros de afetos, aproximações de saberes interdisciplinares e mediações entre hospital e a escola assumindo, assim, uma postura de resistência à doença (ORTIZ e FREITAS, 2005, p.102).

Alguns estados, conforme observamos na tabela 2, logo abaixo, afirmaram não haver necessidade de classe hospitalar, por não haver demanda ou solicitação da comunidade; o que nos leva a pensar que são muitos os cidadãos brasileiros que desconhecem esse direito e não sabem os benefícios que as classes hospitalares podem trazer às crianças enfermas.

Tabela 2. Oferta de classes hospitalares por estado

Situação	Nº de Estados	%
Oferece atualmente	11	41
Ofereceu no passado	1	3,7
Nunca ofereceu, mas já considerou a possibilidade.	6	22,2
Nunca ofereceu, nem considerou a possibilidade.	5	18,5
Sem informação	4	14,8
Total	27	100

Fonte: Fonseca, UERJ (1999).

Considerando os números de classes hospitalares, da tabela acima, refletimos sobre o que acontece quando a enfermidade obriga o educando a se ausentar da escola por um período prolongado, em muitos estados? Isto ainda traz muitos prejuízos às atividades escolares em diversos municípios do país.

Por tal motivo há a necessidade de uma projeção emergente para atender o estado biológico e psicológico da criança, além das necessidades pedagógicas. Sabemos que a criança sofre intensas influências do ambiente onde ela se encontra. Ao sentir-se fraca e doente, sem poder brincar, longe da escola, dos amigos ela precisa da modalidade de classe escolar que a estimule a se curar.

A continuidade dos estudos no período de internamento traz maior vigor às forças vitais do educando, existindo aí um estímulo motivacional, tendo várias ações preponderantes e desencadeantes para sua recuperação. Dessa maneira nasce uma predisposição que facilita sua cura. Freitas e Ortiz (2005, p. 18) observam que “é nesta perspectiva entre o normal e o patológico que crianças diferentes começam a receber o atendimento educacional”.

A escola-hospital possui uma visão que propõe oferecer continuidade de instrução pedagógica, e também orientação sobre o internamento evitando traumas e alterando condutas devido aos limites hospitalares. Privar a criança do convívio escolar nessa fase de intensa aprendizagem, observação, interação, comunicação e experiências, pode provocar uma ruptura considerável nesse processo vital.

Por outro lado, a doença, em alguns casos, pode também acomodar a criança e desenvolver nela uma dependência significativa dos pais, o que pode ocasionar problemas de socialização e argumentos para não ir à escola. Portanto o afastamento escolar, além de trazer prejuízos em seu desenvolvimento, pode retardar a sua recuperação.

Matos e Mugiatti (2009, p.26) explicam:

“Enfermidade social” é como se pode caracterizar essa triste exclusão imposta pela doença. É de se convir, ainda, que a presença de múltiplos e negativos aspectos que envolvem o tratamento (perda de cabelos, amputações, gessos e outras limitações) sobrecarrega sensivelmente o peso dessa fase difícil.

Além do que já foi citado, é preciso considerar as crianças mais vulneráveis, que devido a fatores somáticos, pode entrar em desequilíbrio. A pedagogia atual, estabelecida no mundo moderno, compreende a criança de forma diferente das concepções que imperavam nos séculos XVI, XVII e XVIII, onde elas eram tratadas com indiferença ou com “paparicação”. Há muito deixamos pra trás estas idéias, para no século XVIII estabelecer uma ideia “mais qualitativa a respeito da singularidade da vida mental e afetiva da criança (GHIRALDELLI, 1996, p.13).

Para Ghiraldelli (1996, p.14), *apud* Rousseau (1712 - 1778) a verdade almejada pela pedagogia depende da sinceridade do coração e da intimidade:

A infância é a época em que estamos de posse do melhor de nós porque não entramos ainda em contato, com a realidade social e cultural corruptora e só por isso já deveria ser preservada. Mas também seria a fase da vida sobre a qual qualquer esforço pedagógico deveria estar direcionado para o cultivo da intimidade e, digamos assim, para o cultivo do coração, do que é natural do homem e de onde poderiam vir os melhores frutos. No seu romance filosófico-pedagógico, *Emílio ou Da educação* (1762), Rousseau diz que o garoto Emílio, antes de olhar em microscópios ou telescópios, deve inventá-los. Trata-se, então, do cultivo do que é tomado como íntimo *par excellence*, que é a criatividade, isso é, o que não pode estar afeito ao convencional, ao social. Nada mais moderno que o apreço pela privacidade. A pedagogia que aqui se inaugura trabalhar, muitas vezes, de modo confessional, irá premiar a relação íntima e a disciplina interior, autônoma e não heterônoma, privilegiará a criança como indivíduo.

Os dados e afirmações lidos afirmam a necessidade da educação especial, que privilegia o indivíduo, nos hospitais ou em domicílios; nesta fase de preservação da intimidade, afetividade, criatividade e autonomia da natureza infantil.

Por isso, a importância da parceria entre educação e saúde para alcançar a harmonia psicofísica e sociocultural infantil num mundo onde os acontecimentos são sempre singulares. A criança hospitalizada é tão plena como todas as outras. O que lhe resta não é atingir o que falta ser, adquirir um desempenho compatível com as normas da sociedade; mas expandir o que ela é, ou seja, afirmar-se em sua singularidade (ORTIZ e FREITAS, 2005).

Enfim, são muitos os papéis da pedagogia hospitalar, uma delas, de relevante importância é a humanização do hospital para o contato com as possibilidades da criança vítima de algum tipo de patologia. A fragilidade e a insegurança despertadas pela hospitalização na criança, a leva ao enfrentamento do desconhecido e uma preocupação de como o adoecimento influenciará na vida cotidiana e no desenvolvimento escolar diante de tantas mudanças e transformações.

Apesar dos desconfortos que a internação traz para a criança, é possível lançar um olhar para o crescimento pessoal a partir do que Ortiz e Freitas (2005, p.30) descrevem:

Oferecer explicações a respeito dos motivos da internação; informar sobre as rotinas hospitalares, procedimentos médicos e tecnologias empregadas com o intuito de desvelar este desconhecido ambiente; orientá-la que sua permanência no hospital será por tempo determinado esclarecer que a palavra confinamento hospitalar, interpretada erroneamente como sinônimo de isolamento social, não trará prejuízo para o desenvolvimento de suas habilidades sociais, podendo, portanto, receber visitas de familiares, colegas de escola e amigos; mostrar as dependências da instituição, a sala de recreação e/ou pedagógica e apresentá-las às outras crianças internadas, professores e equipe de saúde; dentro do possível, a equipe de saúde deve ser inteirada dos hábitos alimentares, sono e outras particularidades do pequeno enfermo evitar que a criança, nos primeiros dias da internação, sofra com procedimentos invasivos.

Ressalta-se aqui também, o quanto é desafiador para a pedagogia, expandir seus fundamentos e conteúdos, nos aspectos teóricos e práticos de cunho científico, para oferecer aos alunos hospitalizados o auxílio que necessitam na idade escolar para uma intervenção adequada que recupere, ampare e inclua. E mais, divulgar a importância para a comunidade de estabelecer a classe hospitalar, uma necessidade para a saúde e a educação.

Vasconcelos () alega que:

A intervenção faz com que a criança mantenha rastros que a ajudem a recuperar seu caminho e garantir o reconhecimento de sua identidade. O contato com sua escolarização faz do hospital uma agência educacional para a criança hospitalizada desenvolver atividades que a ajudem a construir um percurso cognitivo, emocional e social para manter uma ligação com a vida familiar e a realidade no hospital. Em termos de estratégias de crescimento cognitivo e intelectual, a Classe Hospitalar vem oferecer à criança ferramentas de comunicação com sua realidade familiar, com outras pessoas de sua idade e com outros pacientes; oferecer situações de jogos e entretenimentos; garantir a continuidade didática com a escola de origem além de ajudar a criança e a família a apreender os novos ritmos e os novos projetos, quando o projeto de antes se tornou impossível.

Contudo trata-se de uma questão social a ser considerada como qualquer outro direito do cidadão, pois a classe hospitalar além de ser voltada para as crianças, permitindo que estas compensem faltas e devolvam aspectos da normalidade à vida infantil, se estendem às famílias de modo que aprendam a acompanhar a criança com segurança e oferecer apoio e informações adequadas sobre a doença, temporária ou não, que acomete seus filhos e proporcionar melhor qualidade de vida a todos envolvidos neste círculo de saúde e educação para a integração.

2.1 – Um olhar pedagógico sobre os sistemas de educação e saúde para a integração humana

Segundo a definição do Ministério da Saúde o hospital é um espaço de educação: “É parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica, consiste em proporcionar à população Assistência Médica Sanitária completa, tanto curativa como preventiva sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também, em centro de educação, capacitação de Recursos Humanos e de Pesquisas em Saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente” (FERRARINI, 2003). O hospital passa hoje por um processo de abertura no que concerne ao tratamento humanizado aos pacientes. Segundo Vasconcellos (), *apud* Berthet (1983), a saúde comporta três noções essenciais:

- a saúde é o equilíbrio e a harmonia de todas as possibilidades da pessoa humana, biológicas, psicológicas e sociais. O que exige por um lado, a satisfação das necessidades do homem e por outro lado o questionamento da adaptação constante do homem a um ambiente em perpétua mutação.
- a saúde no plano individual é a plenitude de vida, o equilíbrio qualitativo, a harmonia total da pessoa humana, com o objetivo de enriquecer cada um de seus dons, ou seja, cada ser humano busca encontrar em sua existência o meio de desenvolver todas as suas possibilidades. À noção de saúde individual devem ser somadas às de saúde familiar e de saúde comunitária.
- a saúde supõe a existência de uma força potencial de reserva que permite ao organismo de resistir aos choques físicos e psíquicos quotidianos. Essa força potencial que podemos chamar resiliência é em parte devida a nossa herança genética, e em parte adquirida ao longo da vida pela aplicação de regras elementares de uma vida sadia.

Ao integrar saúde e educação oferecemos às crianças e adolescentes brasileiros condições humanas para superar patologias instaladas e então participar ativamente da sociedade. Para Ghiraldelli (1996, p.17) “a pedagogia no século XX manifesta-se por meio de uma nova linguagem: a escola está separada da vida, está apertada da realidade”. Marcellino (2007 p.73) complementa ao afirmar que há uma “necessidade de educar para mudar esta realidade de forma radical”.

Se, como vimos a cima, é função educativa do hospital oferecer orientação para toda a família e estabelecimentos ligados a ele, e se é parte da pedagogia não separar a vida (em estado de saúde plena, ou não) da realidade, construímos a ponte que fundamenta as ações educativas e classes hospitalares. Quando a criança ou o adolescente adocece, ela vive num estado de constantes inquietações e mudanças subjetivas em sua vida cotidiana, embora os hospitais da atualidade atendam de forma mais humanizada, a criança ainda é tratada como um número, um protocolo hospitalar da objetividade científica, o que realça a importância da integração da pedagogia. Portanto, como descrevem Matos e Mugiatti (2009, p.27) *apud* (Gil, 1984) “a escola de fato é o meio de socialização por excelência, onde o escolar desenvolve treinamento em habilidades sociais, em ambiente natural e alegre – a sua ruptura pode ocasionar graves problemas de natureza psicopatológica”.

Levando em consideração o relevante papel da escola para a recuperação da saúde e da inclusão do aluno, constatamos na nova política nacional que todas as crianças e jovens com necessidades especiais devem estudar na escola regular. O

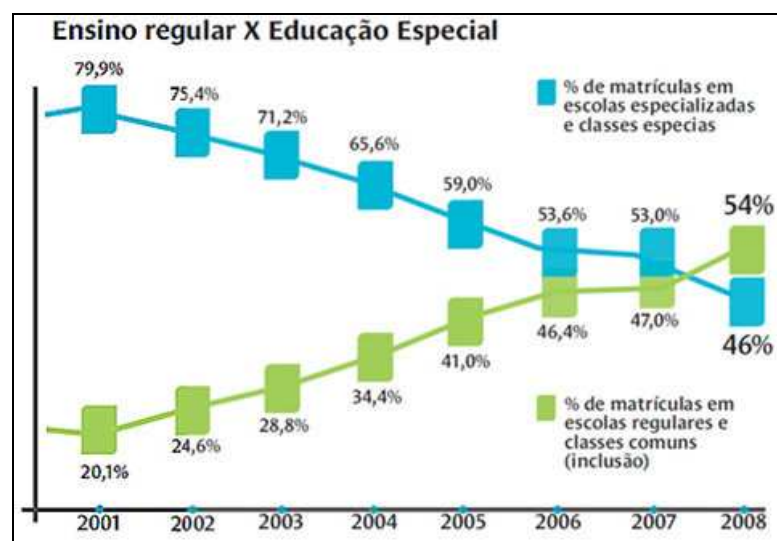
momento que vivemos na pedagogia é de construção e inovação. Como provoca Morin (2004, p.30) “o inesperado nos surpreende. É que nos instalamos de maneira segura em nossas teorias e ideias e estas não tem estrutura para acolher o novo”. Também podemos dizer para incluir o novo, e lidar com situações de diversidade na pedagogia. “E o novo brota sem parar”. Entretanto, a inclusão na sala de aula é aprendida no dia a dia, com a experiência de cada professor. “Mas não existe formação dissociada da prática. Estamos aprendendo ao fazer”, avalia a secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação (2009, p. 8 -15).

Para Assis (2009, p.159) a classe hospitalar faz parte da educação especial, portanto exige um professor capacitado para atender as demandas do Serviço de Educação Especial do MEC, embora algumas leis refiram-se ao atendimento hospitalar como projeto e não exijam formações aos educadores que acompanham os alunos hospitalizados.

Como vimos há uma urgência em elaborar linhas mais concretas para o atendimento educacional em hospitais a fim de oferecer um serviço de qualidade às crianças enfermas que possam vir a necessitar de acompanhamento domiciliar ou cuidados médicos.

Segundo Callegari e Verotti (2009) “uma nova política começa a mudar os padrões ao definir com clareza como deve ser oferecida a Educação para todos”, veja o gráfico:

Gráfico 3. Números de matrículas de alunos com necessidades especiais



Fonte: Revista Nova Escola (2009).

Na prática ocorrem mudanças significativas no papel do docente. O professor agora necessita de uma formação mais abrangente para adquirir mais estratégias e recursos que facilitem a aprendizagem e a inclusão.

“A criança em idade escolar, depois de terminada de ineditismo da ambiência hospitalar, das estimulações e das valorizações pelo enfrentamento do evento passa a penetrar na rotina tediosa da unidade, com poucos desafios intelectuais...” (ORTIZ e FREITAS, 2005, p. 39). É o professor que certifica os recursos a serem utilizados e adquiridos e buscar parcerias externas para realizar seu trabalho e desafiar a criança intelectualmente.

A fim de inserir mais crianças no processo educacional, a pedagogia da inclusão deve levar em consideração seu papel social. Auxiliar o projeto de hospitalização escolarizada legitima o ponto de vista social da educação e da saúde. “Se a escola deve ser promotora da saúde, o hospital pode ser mantenedor da escolarização” (Vasconcelos).

Hoje já consideramos os alunos em suas singularidades em todos os discursos escolares, porém a prática deve estar cada vez mais próxima deste discurso de modo que possamos enfrentar os desafios contínuos de encontrar novas formas para educar e incluir os alunos em suas necessidades especiais de forma que eles possam sentir-se pertencentes à complexa sociedade humana e desenvolver em conjunto participação comunitária dentro da diversidade e autonomia. “O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros” (FREIRE, 1997, p.66).

Pertence à educação do futuro examinar e estudar a complexidade humana, além de cuidar para que a ideia de unidade não apague a ideia de diversidade e vice-versa.

A pedagogia hospitalar aponta de forma multi/inter/transdisciplinar, recursos para o resgate da saúde, do bem estar e da humanização, o que propõe compreender a unidade dentro da diversidade e conceber a unidade do múltiplo e a multiplicidade do uno para melhor atender necessidades especiais de alunos numa abordagem inovadora.

Existe um circuito indivíduo/sociedade/espécie e no nível antropológico, a sociedade vive para o indivíduo, o qual vive para a sociedade que vive para a sociedade.

Morin (2004) defende:

É a cultura e a sociedade que garantem a realização dos indivíduos que permitem a perpetuação da cultura e a auto-organização da sociedade. Entretanto, podemos considerar que a plenitude e a livre expressão dos indivíduos sujeitos constituem nosso propósito ético e político.

Uma vez que as instituições adotem a pedagogia hospitalar para atender crianças excluídas do processo escolar por causa de sua enfermidade, elas cumprem o propósito social de manter vivo o circuito indivíduo/sociedade/espécie, incluindo os enfermos antes afastados da sociedade. A doença não pode ser vista como fator de descontinuidade ao processo de educação (MATOS e MUGIATTI, 2009).

Em Minas Gerais são dez os hospitais deste ramo especializado da pedagogia, ou seja, a pedagogia hospitalar, que realizam suas propostas de trabalho baseados nas regras da Secretaria de Educação Especial do MEC (2002), onde os termos reguladores detalham o trabalho dentro das unidades de saúde.

É obrigação dos estados e municípios adaptarem essa legislação nacional e traçar orientações específicas para cada rede de ensino como foi feito por estes hospitais mineiros: Hospital Sarah Kubitschek de Belo Horizonte, Hospital João Paulo II (Fundação Hospitalar de Minas Gerais-Fhemig); Fundação Hemominas (Belo Horizonte); Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte; Hospital Universitário de Juiz de Fora; Hospital Municipal de Governador Valadares; Hospital Vital Brasil, Timóteo; Hospital Márcio Cunha, Ipatinga; Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros e Hospital Universitário Clemente de Faria (UNIMONTES).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) deu início ao funcionamento das classes hospitalares desde então, e determinou aos governos de todos os estados brasileiros a garantia de atendimento especializado e gratuito aos alunos com necessidades especiais na rede regular de educação.

Fonseca (1999) fez o levantamento do quantitativo de hospitais com atendimento escolar no Brasil, ainda é um número pequeno se levarmos em consideração a obrigatoriedade desta modalidade de atendimento, no entanto existe hoje a possibilidade de assegurar o ensino escolar contínuo para as crianças brasileiras hospitalizadas em todas as regiões do país.

É possível conferir alguns dados sobre o número de hospitais brasileiros que têm em sua instituição classes hospitalares para atender crianças afastadas da escola regular devido à enfermidade na tabela 4, a seguir:

Tabela 4. Número de escolas hospitalares no Brasil

REGIÃO	NÚMERO
NORTE	10
Acre	3
Pará	5
Roraima	1
Tocantins	1
Bahia	14
NORDESTE	23
Ceará	3
Maranhão	1
Rio Grande do Norte	3
Sergipe	2
CENTRO-OESTE	24
Distrito Federal	12
Goiás	5
Mato Grosso	1
Mato Grosso do Sul	6
SUDESTE	52
Espírito Santo	1
Rio de Janeiro	16
São Paulo	25
Minas Gerais	10
SUL	19
Paraná	6
Santa Catarina	9
Rio Grande do Sul	4

Fonte: Fonseca, UERJ (1999).

Nos demais estados brasileiros do Norte e Nordeste não há informações de hospitais escolares, embora esta obrigação seja uma lei desde 1996.

Nos estados das regiões do centro-oeste, sul e sudeste há hospitais em todos os estados para atender crianças e adolescentes. Segundo Bibiano (2009) o Conselho Nacional de Educação (CNE), no artigo 13º da Resolução nº 2 em 2001, tratou da obrigatoriedade do sistema e utilizou, pela primeira vez, a nomenclatura "classe hospitalar". Desde então, ficou definido que os sistemas de ensino, integrados aos sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional

especializado para os alunos impossibilitados de frequentar as aulas por causa de tratamento de saúde. Tal atendimento deve incluir internação, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio. Com base nas regras anteriores, a Secretaria de Educação Especial do MEC elaborou em 2002 os termos reguladores que detalham o trabalho dentro das unidades de Saúde.

Além desta resolução que sistematizou a obrigação dos sistemas de saúde e ensino a cumprir o dever de oferecer ensino aos alunos enfermos, é oportuno apresentar nessa pesquisa, os direitos das crianças e dos adolescentes segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria:

1. Direito à proteção, à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.
2. Direito a ser hospitalizado quando for necessária ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa.
3. Direito a não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento de sua enfermidade.
4. Direito por ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.
5. Direito de não ser separado de sua mãe ao nascer.
6. Direito de receber aleitamento materno sem restrições.
7. Direito a não sentir dor, quando existem meios para evitá-la.
8. Direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico, quando se fizer necessário.
9. Direito de desfrutar de alguma recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar, durante sua permanência hospitalar.
10. Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente de seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido.
11. Direito a receber apoio espiritual e religioso conforme prática de sua família.
12. Direito a não ser objeto de ensino clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.
13. Direito de receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária.
14. Direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus-tratos.
15. Direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral.
16. Direito à preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais.
17. Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis, ou a sua própria vontade, resguardando-se à ética.
18. Direito a confidência dos seus dados clínicos, bem como direito de tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na instituição pelo prazo estipulado por lei.
19. Direito a ter seus direitos constitucionais e nos contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente.
20. Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis (MATOS e MUGIATTI, p.39).

Assim que foi diagnosticado com câncer em Roraima, o pequeno índio da tribo *wapixana*, Frank Silva, figura 5, foi atendido na cidade de São Paulo em 2007, onde recebeu tratamento e se alfabetizou em uma classe dentro do Hospital do Câncer, exercendo assim o direito reservado pela Sociedade Brasileira de Pediatria ao receber durante sua permanência hospitalar o acompanhamento do currículo escolar.



Figura 5. Criança foi alfabetizada no hospital
Fonte: Revista Nova Escola (2009)

Cabe aos estados e municípios adaptar essa legislação nacional e traçar orientações específicas para cada rede de ensino, da mesma maneira que foi feita com “65.956 crianças que estudaram em salas adaptadas ou no próprio leito em 2007”, segundo o Censo Escolar do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. O próprio Ministério da Educação (MEC) “reconhece que há carências graves pelo país - são 850 hospitais oferecendo o atendimento, em um universo de quase oito mil unidades” (BIBIANO, 2009).

O número de crianças que precisam deste atendimento especial ainda é maior que a quantidade de escolas hospitalares no território nacional e por isso a importância da expansão de pedagogia. “A inclusão social será o resultado do processo educativo e reeducativo” (Vasconcelos). A escola é um fator fora da doença, portanto é um vínculo que liga a criança ao mundo exterior, além de criar hábitos, rotina; fatores que estimulam a auto-estima e o desenvolvimento. Esses são alguns dos principais objetivos da classe hospitalar:

- Acompanhar crianças com dificuldades graves de saúde e que estão definitiva ou temporariamente impedidos de frequentar a escola regular.

- Oferecer informações do currículo escolar definido pela educação nacional.

Doenças graves podem levar os alunos a se afastarem por meses ou anos da escola. Hoje os objetivos das classes hospitalares são realizáveis através da intervenção pedagógica de voluntários, instituições e universidades preocupadas com o afastamento da escola sofrido por crianças hospitalizadas de modo a oferecer a continuidade de sua aprendizagem.

3 – A EVOLUÇÃO E O SIGNIFICADO DA PEDAGOGIA HOSPITALAR DENTRO DE UM CONTEXTO SOCIAL E POLÍTICO

De acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) o educador deve tratar das questões sociais, como condição de cidadão. Para construir-se como tal deve participar de forma crítica de sua realidade, situando-se como cidadão e como educadores, embora a formação do docente não contemple os aspectos políticos e sociais. “Ao contrário de acordo com as tendências predominantes em cada época essa formação voltou-se para a concepção de neutralidade do conhecimento e do trabalho educativo” (PCN, 2001, p.52).

Já que a escola não é um lugar para reprodução alienante, mas um espaço para construir relações de autonomia e de possibilitar relações com o Estado, o aluno, a família e a comunidade, enquanto educadores e cidadãos devemos nos responsabilizar por reconhecer e exigir o direito da continuação dos estudos para nossas crianças diante da problemática social relacionada à saúde, mais especificamente, à doença.

Como já podemos reconhecer a classe hospitalar é um espaço de educação para a mediação entre escola, hospital e sociedade. Rupturas no tratamento da saúde da criança enferma podem causar sérios agravamentos, por outro lado, a evasão escolar além de oferecer sérios prejuízos ao aluno hoje, poderá aumentar o número de analfabetos no Brasil.

[...] existe uma nítida contradição entre o necessário tratamento hospitalar e a necessária frequência escolar, uma vez que ambos exigem o mesmo espaço temporal. Se por um lado o tratamento logra êxito, por outro o processo de escolaridade é quantitativa e qualitativamente prejudicado em situação contrária o tratamento entra em colapso, com envolvimento de gravidade muitas vezes

irreversíveis. É o entrecruzamento de duas necessidades essenciais: ou a saúde, ou a educação, eis a contradição (Matos e Mugiatti, 2009, p. 60 - 61)!

Esta interação entre educação e outras organizações além de necessária para atender o ser humano em sua totalidade, resgata o conhecimento e a realidade, como certificamos nos Parâmetros Curriculares Nacionais:

O contato com as instituições e organizações (tais como postos de saúde, bibliotecas, organizações não-governamentais, grupos culturais e etc.) compromissadas com as questões apresentadas pelos Temas Transversais, que desenvolvem atividades de interesse para o trabalho educativo, é uma rica contribuição, principalmente pelo vínculo que se estabelece com a realidade da qual está se tratando (2001).

A doença sempre existiu em nossa realidade e o significado atribuído à doença ou à saúde dependeram da concepção da natureza humana e da evolução científica.

No início tal conceito era ligado à religião e à filosofia, depois às alterações ambientais, até alcançar o avanço científico e tecnológico para a compreensão biológica e fisiológica humanas. Esse assunto é tratado de forma abrangente e se relaciona à cultura e às condições materiais. “A doença precisa ser vista como capaz de revelar moléstias sociais por situações precárias de vida e anunciar dificuldades ou transtornos emocionais por meio de sintomas psicossomáticos” (ASSIS, 2009, p. 83).

Desde a antiguidade, entre os egípcios e romanos, notamos a preocupação dessas sociedades com a saúde. No século V havia uma discriminação com relação ao tratamento médico para os pobres, pois julgavam que eles eram indisponíveis e negligentes. No período medieval, os cidadãos associavam as pragas e pestes com ambientes muito povoados, ou seja, desde esta época a saúde era associada às questões educacionais, sociais e culturais.

Na fase da Renascença nos séculos XVII e XVIII mais relações foram feitas entre condições sociais e saúde por Ramazini (1713), *apud* Matos e Mugiatti (2009, p.52), o qual vinculava a vida social e econômica aos poderes do Estado e que conceituou em alguns pontos da Medicina Social: o estado de saúde e condição de vida, considerando fatores prejudiciais em diferentes formas e intensidades, relacionados à posição social e a má influência exercida por bloqueadores do bem estar social.

De certo a humanidade sempre se interessou e esteve em buscas de respostas para os temas da saúde, da doença e da cura. Os conhecimentos da epidemiologia social, aliados à consideração do homem em sua totalidade (mente, corpo e espírito) e como um ser de relações, esclarecem a determinação e a ocorrência das doenças em termos individuais e coletivos (ASSIS, 2009, p. 83).

Nessa época a ideia central era o poder e a riqueza do Estado conquistado pelo trabalho que era o gerador da riqueza nacional. “Todo e qualquer obstáculo à produtividade se constituía em significativo problema econômico. Cabia em consequência aos governos a responsabilidade de remover esses obstáculos” (MATOS e MUGIATTI, 2009, p. 52). Era preciso atender aos pobres, a fim de não perder recursos humanos (produtividade) para a morte ou a doença. Desde então se formulou o conceito da política de saúde e a criação de laboratórios e hospitais, além da criação de repartições, centros e conselhos de saúde.

A Medicina Social desenvolveu-se consideravelmente entre os séculos XVII, XVIII e XIX, inclusive a expressão de “Polícia Médica”, um marco histórico de sentido humanitário, refere-se ao conceito de saúde em termos de atendimento individualizado e supervisão para garantir o bem estar e saúde do país e do povo através das imposições governamentais, segundo Seckendorf, *apud* Matos e Mugiatti (2009, p. 51 - 56). A ideia de Polícia Médica estendeu-se para Dinamarca, Itália, Rússia, França, Inglaterra, Alemanha e Estados Unidos com fortes reflexões sócio-filosóficas flexíveis aos sistemas vigentes:

Em 1840 houve referência ao nome de Louis René Willermé, com ênfase ao seu interesse pela relação entre ambiente social, mortalidade e morbidade. Em uma publicação sobre a mortalidade dos bairros de Paris Willérme identificou uma relação clara entre pobreza e doença estendendo seu estudo sobre a mortalidade infantil. Significativo também foi seu estudo sobre a relação dos aspectos econômicos, nutricionais e ambientais sobre o crescimento e desenvolvimento físico. As ideias revolucionárias sobre a Medicina Social rapidamente se alastraram. Na Alemanha, um dos seus líderes, Salomon Neumann, em 1847, afirmava que a ciência médica é intrínseca e essencialmente social, e enquanto isso não for reconhecido na prática, não seremos capazes de desfrutar os seus benefícios e teremos que nos satisfazer com um vazio e uma mistificação [...]. Muitos outros nomes ainda se notabilizaram em relação à Medicina Social, dentre os quais se destacam Ludwig Teleki, Adolf Gottstein, Alfons Fischer e J. Kanf. Em 1932 houve o surgimento da publicação, por Ichert e Weicksel em que é feita a divisão da Medicina Social em quatro partes: fisiologia e patologia social, diagnóstico social. Cabe o registro da importância do conceito de diagnóstico social de Mary Richmond, origem dos termos terapia

e profilaxia social. No que tange os Estados Unidos, o efetivo interesse pela Medicina Social, propriamente dita, se dá realmente em 1940, embora haja muito tenha havido o reconhecimento dos fatores sociais influentes, tanto na saúde como na doença. Suas raízes se encontram na saúde pública e no serviço social organizado, cujas bases comuns distam aproximadamente de 1890, ocasião em que o Serviço de Saúde e a Ciência Social, ainda com características caritativas buscaram convergências em suas ações. Em 1921 foi fundada uma *Section on Sociology*, em Nova York, composta por médicos e assistentes sociais, cujas preocupações se estenderam também à pertinente legislação. Em 1925 Francis Lee Duham, enfatizando a necessidade da medicina preventiva, recomendava que deveria ter a contribuição das ciências sociais, da psicologia, da psiquiatria e de vários outros departamentos, sem que recaísse sobre nenhum deles, em particular o encargo de tal responsabilidade. Nessa afirmação há a preocupação com a necessidade de trabalhos integrados e respectiva co-responsabilidade frente aos diferentes problemas de ordem sanitária.

De 1960 até os dias atuais, dentro de um contexto geral, a sociedade e a medicina buscam determinações do caráter da doença com tendências na medicina comunitária. A Segunda Guerra Mundial também foi um marco decisório das escolas em hospital. Conforme Vasconcelos () “O grande número de crianças e adolescentes atingidos, mutilados e impossibilitados de ir à escola, fez criar um engajamento, sobretudo dos médicos, que hoje são defensores da escola em seu serviço”. Por isso em 1935, Henri Sellier deu início à primeira escola para crianças enfermas em Paris. O exemplo foi seguido pela Alemanha, França, Europa e Estados Unidos, para suprir as dificuldades escolares de crianças tuberculosas.

Em 1939 é Criado o C.N.E.F.E.I. – Centro Nacional de Estudos e de Formação para a Infância Inadaptada de Suresnes, tendo como objetivo formação de professores para o trabalho em institutos especiais e em hospitais. Em 1939 é criado o Cargo de Professor Hospitalar junto ao Ministério da Educação na França. O C.N.E.F.E.I. tem como missão até hoje mostrar que a escola não é um espaço fechado. O centro promove estágios em regime de internato dirigido a professores e diretores de escolas; aos médicos de saúde escolar e a assistentes sociais. No Brasil, a legislação reconheceu por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente Hospitalizado, através da Resolução nº 41 de outubro de 1995, no item nove, o “Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar” (Vasconcelos).

A lei desde então documenta e potencializa a reconstituição e a integralidade, a partir da humanização nas áreas da saúde e efetiva o cuidado das crianças propondo um acolhimento das famílias nos hospitais, inserindo a sua participação

para uma recuperação mais efetiva e incluir no ambiente hospitalar uma educação que expanda o olhar e a escuta de modo a atingir mais significado à afirmação da vida.

A Declaração dos Direitos da Criança da Organização Mundial de Saúde é clara quando assevera que: "... a criança gozará de proteção especial e serão proporcionadas oportunidades e facilidades por lei e por outros meios, a fim de lhe facultar o desenvolvimento físico, moral, espiritual e social, de forma sadia e normal e em condições de liberdade e de dignidade" (MATOS e MUGIATTI, 2009, p.57).

Constatamos que tais condições de dignidade não fazem parte da realidade brasileira de muitas crianças. Em muitos casos as crianças não se matriculam nas escolas e permanecem à margem social do analfabetismo. Já em outros, a criança chega a ser matriculada, porém se ela se encontrar na situação do escolar doente poderá correr o risco de ser excluída da educação como vítima de uma sociedade elitista e antidemocrática. "Na verdade essas crianças e adolescentes são tolhidos do exercício de seus legítimos direitos, pelo simples fato de serem doentes" (Matos e Mugiatti, 2009, p.58).

A OMS (Organização Mundial de Saúde) e a Pediatria Social (ramo da medicina destinado à assistência global da saúde infantil) dependem do grau de consciência social e política para oferecer as necessidades básicas como educação e saúde às crianças e contribuir para que no futuro estes pequenos cidadãos estejam preparados, adequadamente, para assumir suas responsabilidades.

Ainda nessa linha de pensamento, ao levantar marcos histórico e legal, constatamos que no Brasil há registros na Santa Casa de Misericórdia da Universidade de São Paulo que indicam atendimentos pedagógicos desde 1931, com registros escolares mais acurados a partir de 1953. "Naquela época, as criações de classes que se seguiram (1932, 1948, 1950 e 1969) foram denominadas classes hospitalares ou configuram-se como ensino hospitalar" (ASSIS, 2009, p. 34). A implantação desse atendimento está enquadrada na modalidade da educação especial para atender crianças e jovens matriculados na escola e que tenham necessidades educacionais que decorrem de problemas físicos, psicológicos e sociais.

O ensino hospitalar desde então preza pelo atendimento à realidade da criança hospitalizada e varia de acordo com a enfermidade desenvolvida; seja ela cardiológica, oncológica, ortopédica, nefrológica ou outras, e também aos diferentes

períodos de hospitalização ou atendimentos ambulatoriais, exigindo o auxílio de equipe médica especializada, incluindo o pedagogo, para conciliar o tratamento e o processo de escolaridade conforme as leis.

A seguir as resoluções SE n. 95/2000, SE n. 11/2008 e as que alteram alguns de seus dispositivos das leis federais e estaduais de assistência ao escolar, segundo Assis (2009, p.38):

Leis Federais

- Decreto-lei n.1.044, de 24.10.1969 que dispõe sobre tratamento excepcional para alunos portadores de afecções;
- Lei n. 7.853, de 24.10.1989, artigo 2º, inciso I, alínea “d”, que trata da obrigatoriedade de programas de Educação Especial em unidades hospitalares;
- Lei n. 8.069 de 13.07.1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) que trata dos direitos das crianças e dos adolescentes;
- Resolução n. 41, de 13.10.1995, que expressa os direitos da criança e do adolescente hospitalizados;
- Lei n. 9.394, de 20.12.1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), artigo 58, parágrafo 2º, estabelece o atendimento educacional em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em razão das condições do aluno não for possível sua integração no ensino regular;
- Decreto n. 3.298, de 20.12.1999, artigo 24, inciso V, que dispõe sobre a obrigatoriedade de serviços de Educação Especial em unidades hospitalares e congêneres;
- Resolução CNE/CEB n. 2, de 11.9.2001, que institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial, em seu artigo 13, parágrafos 1º e 2º, assegura, em ação conjunta com os sistemas de saúde, a organização do atendimento educacional especializado a alunos impossibilitados de freqüentar aulas nas escolas, em razão de tratamento de saúde.

Lei Estadual

- Lei n. 10.685, de 30.11.2000 (Apêndice 5), fundamentada no artigo 28, parágrafo 8º d Constituição do Estado de São Paulo (1989), que dispõe sobre o acompanhamento educacional da criança e do adolescente internados para tratamento de saúde.

Como vimos no texto desta lei, estão excluídas do atendimento crianças do ensino infantil e aquelas que por ventura não foram matriculadas em nenhuma escola. Todo esforço é benéfico, se apoiado no enfoque na instrução como do bem estar em relação ao escolar hospitalizado (MATOS e MUGIATTI, 2009); principalmente se levarmos em consideração que esta situação pode potencializar o índice de analfabetismo no país.

Outra observação que pode ser feita é em relação ao profissional que poderá atuar na classe hospitalar; a lei não exige nenhuma formação profissional o que contrapõe a literatura que defende o acompanhamento por professores, pedagogos ou educadores, e que, de preferência, tenham uma formação específica em pedagogia hospitalar, para atuar de forma adequada e atender as necessidades especiais de cada aluno.

3.1 – O papel transpessoal da ação educacional para a prática da humanização na saúde

São muitas as conquistas nas áreas da saúde e da educação, principalmente quando levamos em consideração o olhar cada vez mais humanizado para os profissionais e comunidades envolvidas. Embora tenha havido avanços consideráveis, ao que se refere à humanização do atendimento hospitalar e da qualidade das relações, há muito ainda a ser atingido.

A humanização em saúde está ligada à promoção da mesma, focalizada num processo social “dependente das políticas públicas, programas sociais, modelos de atenção à saúde, intervenções no meio ambiente, ações humanas e interações sociais como afirmam Nogueira-Martins e Bogus (2004), *apud* Assis (2009, p.86).

A humanização é responsável por facilitar a inclusão de profissionais além do corpo médico nos hospitais e trazer para este contexto a afetividade e reintroduzir a emoção no funcionamento cognitivo. “A afetividade não se acha excluída da cognoscibilidade” (FREIRE, 1997, p. 160).

Quando os hospitais e as escolas se abrem para a afetividade selam o compromisso com o ser humano dedicando aos seus cuidados. Esta abertura disponibiliza ações para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

A afetividade é uma dimensão de nosso pensamento tão essencial quanto o pensamento. Os médicos costumam dizer que quando o corpo cala, os órgãos falam. A afetividade nos constitui, ela se identifica com nosso próprio pensar e nos identifica como pessoas. Amores, paixões, gostos, interesses, rejeições, repulsas, ódios e rancores, tudo isso forma o ser humano e dele é inseparável. Não há distância entre o homem e seus sentimentos (Vasconcelos).

Nesse plano é urgente o compromisso com a qualidade nas relações humanas dentro dos hospitais brasileiros. “Relação esta, que fala a linguagem do afeto, do apoio e da segurança entre as partes, dos laços de amizade que e fortalecem para patrocinar a integralidade da atenção à saúde” (ORTIZ e FREITAS, 2005). Sabemos que se trata de mudanças complexas, que exigem investimentos, prazos longos e adesão dos profissionais da saúde, que poderão resistir devido ao caráter conservador da instituição. Da mesma forma que é necessária uma nova formação para o educador que irá atuar em hospitais, ou mesmo fora deles, mas isto é assunto para mais uma pesquisa, vimos a necessidade uma reorientação para melhor qualidade de intervenção dos profissionais da saúde para que estes sustentem valores e respeito à cultura humanitária.

Segundo Assis (2009, p. 87) a abordagem de um novo modelo implica em:

- Construção de competências relacionais;
- Consideração à singularidade do paciente;
- Promoção da saúde visando à autonomia dos profissionais e dos pacientes;
- Preservação do posicionamento ético no trabalho e nos contatos pessoais;
- Participação nas interlocuções com vistas á decisão consensual mais adequada a cada situação;
- Reflexão sobre as práticas para modificar a dinâmica de atuação profissional.

Como podemos observar, os hospitais infantis são por excelência ambientes carregados de emoções e transformações que não podem ser adiadas se considerarmos a qualidade de vida do aluno hospitalizado, pois a doença quando chega exclui a criança de seu ambiente farto de movimentos, interação social e liberdade; imobilizando-a social e intelectualmente. Por isso ao refletirmos sobre a junção da saúde e da educação para o cuidado do aluno devemos pensar em estratégias que se comprometam com o desenvolvimento e potencialidade humanos, a fim de que se estabeleça uma parceria verdadeira que facilite o processo de inclusão social. Portanto, o docente que deseja se dedicar ao trabalho pedagógico hospitalar deve estar preparado para despertar, estimular e desenvolver no educando, mesmo que enfermo, o gosto da alegria, da esperança e do afeto na prática educativa, para que a mesma não perca o sentido dentro das paredes hospitalares.

Freire (1997, p. 161) afirma:

É preciso por outro lado, reinsistir em que não se pense que a prática educativa vivida com afetividade e alegria, prescindida de formação científica séria e da clareza política dos educadores ou educadoras. A prática educativa é tudo isso: afetividade, alegria, capacidade científica, domínio técnico a serviço da mudança ou, lamentavelmente, de permanência do hoje.

É de extrema importância este encontro de apoio ao bem estar potencializados pela saúde e educação que proporcionam ao cidadão tratamento e condições para o desenvolvimento educacional. "A integração entre o pedagógico e o clínico, entre a subjetividade e a objetividade, instaura a concretude da humanização da assistência hospitalar, fundamentando o sonho do cuidado ancorado na totalidade do ser humano" (ORTIZ e FREITAS, 2005).

O processo que assegura a inteireza entre saúde e educação promove as ações e resgata a importância dos aspectos humanos relacionados às competências inter-relacionais, além do amparo científico, ao respeitar e valorizar a vida humana.

A prática da humanização requer uma atuação profissional voltada para a multiplicidade humana, assumindo uma postura ética que reflita disposição de acolhimento e solidariedade ao outro e, no caso deste estudo específico, de desenvolvimento das potencialidades e reconhecimento dos limites do aluno/paciente (ASSIS, 2009, p. 82).

A criança quando excluída de seu ambiente habitual, ao estar doente apresenta necessidades advindas do seu quadro de saúde: medicamento, repouso, imobilização, em alguns casos a utilização de equipamentos, e por isso ela se sente diferente de seus colegas de escola, com frequência, e pode sofrer uma baixa em sua autoestima.

Estas constatações afirmam que o professor hospitalar precisa adquirir algumas qualidades, além do professor convencional, para acolher o singular, o imprevisível, com um trabalho emocional qualificado ao enfrentamento de situações muitas vezes difíceis em ambientes hospitalares. "É digna de nota a capacidade que tem a experiência pedagógica para despertar, estimular e desenvolver em nós o gosto de querer bem e o gosto da alegria sem a qual a prática educativa perde o sentido" (FREIRE, 1997, p. 161). Estar distante da escola repercute no processo de socialização. A distância dos colegas e o dilema do preconceito devido à falta de informação sobre a doença levam o aluno acometido de uma enfermidade grave à falta de apoio, ao afastamento dos colegas sadios e o isolamento do mesmo.

Na maioria das vezes, segundo professores hospitalares, esses isolamento e preconceito se devem à desinformação dos pais e responsáveis. Muitos são os pais de crianças consideradas sadias que se sentem incomodados com a proximidade do filho com um colega atingido por doenças tais como câncer ou AIDS, isso sem falar na deficiência física e mental vistas como obstáculos para a convivência com as famílias tidas como saudáveis.

É incalculável a importância da mediação do professor nesse momento de desestruturação humana como ratifica Ortiz e Freitas (2005, p. 50):

Portanto, há uma tematização e compreender a complexidade das relações sociais travadas no hospital entre os atores envolvidos nestas relações, mediados pela educação que cria, alimenta, produz e transforma este espaço. Uma educação de sensibilidade, que inventa mudanças na relação profissional-paciente e reabilita fazendo e refazendo o compromisso de “mais viver”.

Trata-se de um ensino especializado, não é qualquer pessoa que pode estar ao lado do aluno/paciente para mediar e promover o desenvolvimento de sua autoestima dentro de propostas interdisciplinares e contextualizadas ao ambiente hospitalar. Segundo Ortiz e Freitas (2005, p.86) os pré-requisitos que instrumentalizam os professores na prática hospitalar são:

Acham-se contemplados, como fatores pessoais, o equilíbrio emocional e a maturidade; a sensibilidade e a cautela na atuação com as diferenças; a criatividade e o exercício da troca como um veículo de tornar legítima a escuta aguçada. Ao ser traçado o perfil didático-pedagógico, os informantes acionam a relevância da formação acadêmica, a experiência anterior em sala de aula como procedente que disponibiliza a capacidade e a adaptação dos currículos e peculiaridades da dinâmica da classe hospitalar às necessidades de cada aluno.

A integração da criança com o mundo exterior faz parte do papel do educador e dentro dessa situação ele é mais que um mediador de conhecimentos, cabe a ele a integração da criança ao mundo exterior e o resgate do lado saudável possibilitando ao aluno o acesso à superação.

Assis (2009, p.17), *apud* Rego (2004, p.50) descreve o papel do mediador segundo os ensinamentos de Vygotsky:

Compreender a questão da mediação, que caracteriza a relação do homem com o mundo e com os outros homens, é de fundamental importância justamente porque é através deste processo que as funções psicológicas superiores, especificamente humanas, se desenvolvem. Vygotsky distingue dois elementos básicos responsáveis por essa mediação: o instrumento, que tem a função de

regular, as ações sobre os objetos, e o signo, que regula as ações sobre o psiquismo das pessoas.

O uso dos instrumentos e signos são ligados e dentro da pedagogia hospitalar eles podem ser aperfeiçoados para auxiliar nas atividades psíquicas e provocar transformações nos estudantes. “O educador progressista precisa estar convencido como de suas conseqüências é o de ser o seu trabalho uma especificidade humana” Freire (1997, p.162). Por isso, o pedagogo consciente da lei que indica várias possibilidades de atendimento educacional especializado para crianças com necessidades diferenciadas e também da nova situação para o aluno hospitalizado deve fazer a intervenção escolar, com muita ética, respeitando os limites, buscando resgatar o lado saudável da criança, para dar-lhe singularidade. Como indica Ortiz e Freitas (2005, p. 16) nesta modalidade de ensino é preciso buscar um trabalho multifacetado para a ação educativa relacionando: conto, informática, recreação e socialização, psicomotricidade, alongamento, dança, expressão artística e musical, leitura, acompanhamento escolar personalizado, contador de histórias, atelier pedagógico e produção para depois expor os trabalhos feitos pelas crianças em jornais, murais ou numa sala para visitas. O pedagogo deve ser um oportunizador da aprendizagem que mesmo longe da escola traz um pouco dela no momento do contato com a criança hospitalizada.

A exclusão e falta de apoio são algumas das incertezas das crianças fora o medo, o controle, a mudança e etc. “No hospital, tudo é incerteza para a criança: tiram-lhe as roupas, ela se vê igual às outras crianças, sua mãe acompanhante se torna igual às outras mães, a criança ignora o que vai fazer, comer, quem vai vê-la etc.” (Vasconcelos). Ortiz e Freitas (2005, p. 18) concordam com Vasconcelos e acrescentam: “as crianças exteriorizam seus medos, angústias, fantasias e significados sobre a saúde, doença, família, escola e hospitalização” por intermédio de brinquedos, desenhos e histórias durante o atendimento pedagógico, sem os quais seria difícil perceber o que aconteceria com elas. Segundo Ortiz e Freitas (2005, p.85), *apud* Ceccim e Fonseca (1999, p.37) “há uma carência na configuração do perfil da classe hospitalar, havendo necessidade de gerar normas de estrutura e funcionamento, bem como diretrizes curriculares para o atendimento em foco”. Embora o Ministério da Educação e Cultura (MEC) esclareça, segundo Bibiano (2009), que a programação de atendimento se dá em dois momentos. No primeiro, o docente trabalha com os conteúdos definidos num currículo geral,

baseado nos Parâmetros Curriculares Nacionais. "É para evitar atrasos em caso de demora no envio dos materiais pela escola de origem", explica Rosemary Hilário, coordenadora do Hospital do Câncer. No segundo, já com a papelada em mãos, a equipe hospitalar adapta o trabalho pedagógico de acordo com o histórico do aluno, podendo abrir mão de uma avaliação inicial.

Quando o estudante apresenta um quadro clínico que requer idas e vindas constantes aos hospitais e precisa passar por cirurgias frequentes se faz necessária uma articulação especial para que o ano escolar aconteça ao mesmo tempo na escola que se encontra matriculada e no hospital que oferece o atendimento à criança.

Segundo Bibiano (2009) muitas vezes a escola regular não sabe que um estudante adoeceu. Na figura 6, vemos uma coordenadora pedagógica do Hospital do Trabalhador, em Curitiba acompanhando uma aluna hospitalizada



Figura 6. Aluna/paciente acompanhada por pedagoga.

Fonte: Revista Nova Escola (2009)

O profissional para atender o aluno hospitalizado deve acima de qualquer coisa ser flexível. Sob a inspiração de Ortiz e Freitas (2005, p.91), apud Fonseca (1999, p. 14-15):

Esta atividade requer profissionais com destreza e discernimento para atuar com planos e programas abertos, móveis, mutantes, constantemente reorientados pela situação especial e individual de cada criança sob atendimento.

A experiência de uma educadora em classe hospitalar é relatada na mesma perspectiva de Fonseca por Bibiano (2009):

"É um ritmo estranho. Eu posso planejar tudo hoje e, amanhã, o estudante recebe alta. Daí eu tenho que fazer coisas novas para outra criança que acabou de chegar", conta a professora Geane Yada, do Hospital Darcy Vargas, em São Paulo. A carga horária também muda. O educador pode iniciar uma conversa e, em instantes, ter de parar devido a uma indisposição. O indicado é que o aluno consiga ter o mesmo conteúdo e a mesma carga horária da escola. Mas, com o sobe-e-desce do tratamento, isso nem sempre é possível.

Assim que o aluno chega ao hospital para o tratamento, o titular da classe hospitalar deve chamá-lo com sua família para conversar sobre sua situação. O coordenador pedagógico é o articulador dessa fase consolidada antes de tudo no afeto. A aproximação, do educador e aprendente, se dá com muito acolhimento, e escuta aguçada para fazer surgir o que Ortiz e Freitas (2005, p.92) denomina "um construtor de encontros".

Em seguida, o professor entra em contato com a escola para solicitar o currículo que a criança seguiria e também as atividades já realizadas. À unidade de ensino cabe encaminhar as tarefas previstas para que o aluno realize em sua internação, inclusive, as avaliações serão devolvidas para a correção pelo educador da turma regular.

Uma pesquisa conduzida pela professora Izabel Cristina Silva Moura, do Instituto Helena Antipoff, vinculado à Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro, segundo Bibiano (2009), relata o acompanhamento de 50 crianças por um mês em três hospitais diferentes da cidade.

Ela observou que o grupo que assistia às aulas teve níveis de estresse menores do que os que não passavam pelo atendimento. Informalmente, essa também é uma constatação diária das educadoras que trabalham com jovens doentes:

Em 2000, conta a professora Rosemary Hilário, do Hospital do Câncer, a prefeitura de São Paulo deu férias coletivas para todos os docentes, inclusive os que não atuavam nas unidades regulares. Até então, a classe de lá ficava aberta nas férias. Durante o recesso, os médicos que cuidavam dos estudantes internados relataram que as crianças usaram o dobro de analgésicos. "E, quando eram perguntadas sobre as dores, elas não sabiam responder", lembra. "Achamos que isso foi causado pelo ócio. Os alunos precisam se ocupar, esquecer que estão numa situação delicada", diz. Desde então, a classe fica aberta o ano todo, com esquema de revezamento entre os professores no período de festas (BIBIANO, 2009).

Os alunos necessitam ir além da ocupação; o ato pedagógico dentro dos hospitais oferece oportunidade de continuidade da instrução, ele presta auxílio ao enfermo em todas as esferas decorrentes do afastamento de seu cotidiano e vida social por causa da internação. O pedagogo deve estimular o aluno, pelos caminhos da psicopedagogia, para apoiá-lo a vencer esta etapa sem o sentimento de vitimização.

4. UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA PARA O ENSINO HOSPITALAR

A pedagogia hospitalar evolui pelo mesmo caminho da pedagogia escolar no sentido da busca por novas mentalidades para práticas educativas focadas na transdisciplinaridade, a qual considera o ser humano em sua totalidade, a fim de construir condições favoráveis para uma educação de inclusão e humanização. Do ponto de vista da educação para alunos hospitalizados a transdisciplinaridade pode mostrar formas que estimulem as máximas potencialidades humanas, liberadas das limitações. “Pois pensar em novas propostas, alargar novos horizontes, integrar saberes, pensar numa nova sociedade é pensar necessariamente em um novo reacultramento social e educacional” MATOS e MUGIATTI, 2009).

Das muitas possibilidades de intervenção pedagógica capaz de envolver o processo multi/inter/disciplinar escolhemos a narração de história que abrange muitas competências ligadas à leitura, escrita, arte, socialização, ou seja, às múltiplas inteligências.

Uma das maiores competências humanas é administrar as emoções. Através de histórias podemos ajudar crianças hospitalizadas a lidar melhor com as emoções, motivá-las e oferecer maneiras de elevar sua auto-estima. As práticas das classes hospitalares devem estar centradas em encaminhamentos pedagógicos-educacionais que não deixam de incluir programações lúdico-educativas (ORTIZ e FREITAS, 2005, p.89). Ao olhar por este prisma verificamos que a narração de histórias atende às necessidades escolares da criança enferma em todos os aspectos, preocupando-se com o conhecimento, mas respeitando a fragilidade afetiva dos pacientes. A restrição ao lúdico pode levar à pobreza de pensamento,

linguagem e imaginação.

As experiências de vida levam a criança à esperança, porém durante o período de internação algumas experiências tornam-se restritas, no que podemos chamar em termos práticos, o que não impede a criança a imaginar, sonhar e vivenciar através de histórias.

Armstrong (2001, p.74) explicita:

A narração de histórias tem sido vista, tradicionalmente, como um entretenimento para as crianças na biblioteca ou durante alguns momentos especiais de enriquecimento na sala de aula. A narração de histórias deve ser um instrumento vital no ensino, pois ela acontece em culturas do mundo todo há milhares de anos. Quando usamos a narração de histórias na sala de aula, entrelaçamos conceitos, ideias e objetivos instrucionais essenciais na história que contamos diretamente aos alunos.

Matos e Mugiatti (2009, p.138) completam a ideia citada e afirmam:

A arte de contar histórias em hospitais reporta a situações em que, no início dos tempos, o conhecimento era transmitido por gestos e, posteriormente, de forma oral pelos homens primitivos. O sentar-se e volta da fogueira ou ao redor de uma mesa, vinha sempre acompanhado de histórias, contos passados de geração a geração. Mas com a evolução dos tempos, este hábito ficou adormecido e o homem desaprendeu a ouvir. No ambiente hospitalar o contador deixa a história fluir, passando a ser um instrumento e deixando sair de seu coração para o coração dos ouvintes, nas enfermarias, nos leitos, nos corredores, nas salas de espera e onde mais seja permitida a sua presença. O caminho desses contadores de história e seus personagens, em ambiente hospitalar, imprime uma linguagem específica aos seus benefícios, considerando que a importância da arte, neste contexto, é a recriação do verbo que aponta caminhos para a descoberta de muitas linguagens em diferentes cenários.

São muitos os cenários para desenvolver esta arte. A dinâmica pode ocorrer através de uma simples leitura de um livro, ou uma história contada por dedoches, fantoches, ou ainda uma história preparada antecipadamente com cenários, personagens feitos com sucata ou objetos do ambiente hospitalar. A questão central da arte de contar histórias, segundo os PCN (2001) é explorar a capacidade teatral que é da natureza infantil e cumprir a função integradora, como também expressar por este viés a apropriação crítica dos conteúdos sociais e culturais da sociedade. Vale ressaltar que para contar uma boa história é preciso criatividade e disponibilidade para se expressar de formas variadas e então estimular e envolver a criança na narrativa. Por isso, algumas sugestões de Armstrong (2001, p.74):

Prepare-se para as narrativas listando os elementos essenciais que você gostaria de incluir na história. Depois use sua imaginação para criar uma terra especial, um grupo de personagens pitorescos, e uma trama fantástica para transmitir a mensagem. Convém imaginar a história primeiro, e depois contá-la para o cônjuge ou para um espelho, como treinamento. As histórias não precisam ser especialmente originais ou fabulosas para que as crianças se beneficiem com elas. Em geral os alunos já ficam impressionados com a disposição da professora de ser criativa e falar sinceramente sobre algum assunto.

Contar histórias para crianças tem muitos benefícios: estimula a imaginação criativa, a autoconfiança, desenvolve a inteligência linguística, a habilidade de escutar, a percepção expandida de mundo, aumenta a apreciação pela própria herança cultural e a dos outros povos, desenvolve habilidades sociais e empatia. Conforme Assis (2009, p.129), no hospital Infantil Cândido Fontoura, em São Paulo, existe uma biblioteca e uma brinquedoteca que funcionam semanalmente sob a responsabilidade das professoras Ângela Maria Sanches e Aparecida do Carmo Neves, nas quais elas narram histórias dentro do Projeto “Vou te contar uma história” que incentiva o hábito da leitura e diminui os sintomas do estresse.



Figura 7. Professoras do projeto “Vou te contar uma história”.

Fonte: <http://classehospitalarhcf.blogspot.com/2008/05/vou-te-contar-uma-historia-operacao-de.html> (2008).

Uma das histórias contadas pelas educadoras em classe hospitalar é “A Operação de Lili” do autor Rubem Alves (1983). Este capítulo será encerrado com a narração que relata de forma lúdica os sentimentos que acometem as crianças perante a enfermidade e como o pedagogo através da história poderá preparar e oferecer apoio para a criança hospitalizada diante de uma operação:

Lili e Gregório eram muito diferentes. Lili era uma menina, Gregório, um menino. Lili tinha tromba, orelhas e rabo, Gregório não tinha nada disso, só aqueles olhos grandes! Lili era uma elefantinha, Gregório

era um sapo, mas eram muito amigos porque os dois adoravam brincar na lagoa. Lili quando fazia calor entrava na água de corpo inteiro, enfiava a trombinha lá dentro, enchia a boca, estufava as bochechas e a água saía feito um repuxo. Gregório gostava de mergulhar, ir até o fundo e enterrar-se na lama macia. Até que eles descobriram que havia uma brincadeira que podiam fazer juntos: esconde-esconde. Gregório enterrava-se na lama e Lili fazia de conta que era um aspirador de pó, ia com a tromba no fundo da lagoa, chupando, chupando até topar com Gregório que fugia nadando às gargalhadas porque fazia cócegas. *Ela é grande e pesada, ele é verde e saltitante, nesta história engraçada que tem sapo e elefante. Ele pula e ela ri, gargalhada e risadinha, o Gregório e a Lili, o sapinho e a elefantinha.* Um belo dia, no meio da brincadeira aconteceu um acidente, Lili chupou com força demais, resultado: Gregório foi sugado com força demais e ficou lá no meio, entalado, sem poder subir, nem descer. Foi aquele rebuliço, a saparia se ajuntou gritando, achando que Gregório havia morrido. *E agora, ai meu Deus, o que pode estar por vir? O Gregório ficou preso e não tem como sair, o que pode ajudar a tirar ele dali?* Foi preciso que lá de dentro, meio sem ar, ele gritasse: – Estou vivo, me tirem daqui! Os pais de Lili começaram a chorar, imaginando que seria terrível se ela tivesse de passar a vida inteira com um sapo entalado na tromba. Foram correndo chamar o farmacêutico Corujão. De óculos na ponta do bico, sério e sabido. Chegou, apalpou a tromba de Lili e foi dizendo: – Caso igual a este, eu nunca vi! Quem sabe o sapo sai com pimenta do reino. – Pimenta do reino? Todos perguntaram espantados. – É, aquela frutinha preta, bem moída. É só dar um pouquinho pra Lili cheirar que vem aquele bruto espirro e é uma pimenteira ali bem pertinho. Esmagaram umas frutinhas no oco de uma pedra e puseram na tromba de Lili. *A pimenta é ardida, vai fazer ela espirrar e espirro de elefante não se pode controlar. Ela é grande, ela é forte e o sapinho vai voar! Atchim! Será que o Gregório sai? Atchim! Sai Gregório, sai daí! Aproveita o espirro, que vem outro, atchim!* Foi aquele espirro de dar gosto. Até umas maritacas que estavam empoleiradas numa árvore distante se espantaram com o barulhão e saíram voando, tagarelando... Mas foi inútil, Gregório estava muito entalado, nem se mexeu, ficou no mesmo lugar. – Acho que só operação, falou o Doutor Corujão. *Tum, Tum, Tum, bateu o medo, no coração da Lili. Eu não quero operação, tenho muito medo sim!* – Então é passar o resto da vida com o sapo dentro da tromba. – Isso não! Isso não! Protestou o pobre Gregório quase sem fala, sufocado de dentro da tromba escura. Até Lili acabou por concordar. Passar o resto da vida daquele jeito não era possível. – *Quem vai querer se casar com uma elefantinha que apesar de bonitinha tem um sapo na trombinha?* Mandaram então os papagaios, bichos faladores, chamar todo mundo que ia ajudar na operação. As garças, todas vestidas de branco, chegaram logo, eram as enfermeiras e os pernilongos, especialistas em dar injeção. O farmacêutico corujão saiu pela floresta catando folhas e flores que seriam usadas como remédio. Até os bichos malandros como o raposo e o macaco foram chegando, porque todos queriam ver Lili e Gregório felizes de novo. *Quem será que faz o quê, nesta grande operação? Garça branca é enfermeira, pernilongo é injeção e quem cuida dos remédios da farmácia é o Corujão. Vaga-lume pisca muito pra acabar com a escuridão todo mundo ajudando a Lili na operação.* Por fim veio

chegando a fada da floresta, encarregada de proteger todos os bichos. Médica, com sua varinha mágica na mão, ela viu que tudo já estava arrumado. O ar tinha aquele cheirinho bom de limpeza, cheiro de eucalipto e de pinho, sinal de que os bichos da doença haviam sido mandados embora. Eles odeiam o cheiro de eucalipto e de pinho. Os vaga-lumes se encarapitaram no alto de uma árvore. Todos com suas luzinhas acesas, para que houvesse bastante luz para a operação. Mas Lili estava com muito medo: – Eu acho que vai doer! Ela disse com a trombinha tremendo, quase chorando... – Não vai doer nada, disse a fada da floresta. Você conhece esta varinha? Ela é mágica! Ela faz as pessoas dormirem, você gosta de dormir? Quando a gente dorme, a gente não sente nada do que está acontecendo. Dormindo a gente vai passear no mundo encantado da Branca de Neve, da Cinderela, do Patinho Feio, do Soldadinho de Chumbo, todos eles moram no país dos sonhos. É assim: vou tocar em você com a minha varinha, você vai dormir, dormir gostoso e quando acordar só vai ver um pedaço de esparadrapo na sua tromba. Claro! Sua trombinha vai ter de ficar amarrada por uns dias até sarar, mas tudo estará bem. Depois do sonho você estará feliz e o sapo Gregório estará feliz! *Fada madrinha é muito boa, cada criança tem a sua. Ela protege e abençoa toda criança que está na rua. Ela protege e tem amizade, pelas crianças da cidade. Ela protege e cuida tanto das crianças que vivem no campo. Ela protege e dá esperança, pra todo mundo que ainda é criança!* E assim foi, a fada da floresta tocou a Lili com a sua varinha. Ela ficou com o sono pesado, os olhinhos não conseguiam ficar abertos. Sua mãe começou a lhe contar a história de que ela mais gostava: Era uma vez uma menina que se chamava Cinderela, aí ela dormiu... *Dorme, Lili, sempre a sonhar, o seu anjo da guarda junto está a te amparar!* E sonhou, sonhou que ela era a Cinderela que ela ia ao baile com a carruagem mágica, que ela usava o sapatinho de cristal, que ela estava dançando nos braços do príncipe, um lindo e garboso elefante e justo quando ela estava sorrindo de felicidade, pois o príncipe ia lhe dar um beijo no casamento, ouviu um barulho esquisito! Ai que tristeza! Estava acordando, junto dela estava o sapo Gregório, já fora de sua tromba! Meio branco de susto é bem verdade! Todo mundo sorria de felicidade! Lili deu uma fungada pra ver se a tromba estava mesmo desentupida e estava. Podia de novo sentir o cheiro bom das coisas e pensou que podia de novo brincar de repuxo no meio do lago. E a operação foi só um sonho gostoso, não doeu nada. A tromba estava amarrada com esparadrapo era bem verdade, mas logo, logo estaria livre de novo. Fechou os seus olhinhos e começou a pensar: Um dia quando eu me casar vou ter muitos filhinhos e quando eles forem para a cama, vou lhes contar esta história... Era uma vez, faz muitos anos, eu fiz uma arte, entalei o sapo Gregório na minha tromba e assim sorrindo e feliz dormiu de novo...

CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou constatar a abrangência das funções educacionais que hoje alcançam todas as instituições que se ocupam de atividades ligadas à sociedade e à inclusão.

A partir dos estudos dos autores que estão a desenvolver a pedagogia hospitalar constatou-se a necessidade de comunicar à comunidade que crianças e adolescentes enfermos têm o direito à educação regular conforme as leis e resoluções que conhecem esta obrigatoriedade e apoiam o combate a evasão escolar, que é fundamental para diminuir o alto índice de analfabetismo brasileiro, o qual inclui o público em foco, e assim permitir qualidade de vida e bem-estar.

O estudo mostrou algumas reflexões a cerca do atendimento humanizado nas classes hospitalares, a busca de intervenções eficazes e sedimentadas em cunho científico, e também, na formação que o educador deve receber para acompanhar as crianças hospitalizadas, pois de alguma forma é nova a presença da pedagogia dentro do ambiente hospitalar, embora haja muito potencial a ser explorado e bastante a oferecer para a recuperação da criança em tratamento.

Constatamos a importância da integração complementar entre os papéis da educação e da saúde para o atendimento individualizado e singular à criança que adoece, de modo que esta deixe de ser um mero protocolo, para ocupar o lugar de direito, justificado por leis estaduais e federais, de um ser humano em pleno desenvolvimento que, justamente, por estar diante do enfrentamento de uma fase frágil, necessita de apoio profissional adequado para superar a doença e se sentir incluso no processo social.

A pedagogia hospitalar é um novo campo para os profissionais da saúde que se abre para a expansão de um novo olhar para a vida humana, para oferecer a

criança durante o tratamento médico condições de continuar sua vida escolar sem prejudicá-la nesta conquista dos desafios escolares. É indiscutível a importância da classe hospitalar para apoiar a criança diante da enfermidade e estimular o seu desenvolvimento psíquico e cognitivo.

O profissional para a prática educativa nos hospitais ainda está em déficit, em muitas classes quem ocupa o lugar do pedagogo é o voluntário, porém em alguns estados possuem um quadro de docentes preparados para a atuação e outros estão aos poucos se estruturando para atender a comunidade. Para tanto o pedagogo necessita de algumas qualidades e habilidades de forma a atuar adequadamente na educação especial: privilegiar o indivíduo, trabalhar em parceria e ter no afeto e na criatividade a base para o atendimento diferenciado para dar sentido à vida dos alunos que adoeceram. Outra qualidade indispensável para o educador é a flexibilidade, pois as atividades escolares se acontecem em meio do tratamento, hora para medicação, às vezes uma indisposição repentina, uma operação de emergência, a alta do paciente ou ainda uma variação de humor ou mal-estar devido à medicação, enfim o cotidiano hospitalar.

Enfim embora a pesquisa tenha abordado temas importantes da pedagogia hospitalar, relacionados às constatações sobre a flexibilidade de currículo, a avaliação do paciente hospitalizado, o vínculo entre a escola regular e a classe hospitalar, o papel do professor como mediador, a necessidade de reconhecer os direitos das crianças ao adoecer, o olhar humanizado a ser desenvolvido pelos profissionais da saúde em parceria com a educação e todo o esforço de educadores e voluntários que estão juntos no trabalho para aumentar o raio de abrangência dos hospitais com classes hospitalares; para trabalhos futuros, deste vasto tema, será possível considerar o papel da família na hospitalização, a fim de sem dúvidas e preconceitos possam auxiliar no tratamento e também na recuperação de seus filhos; o papel das visitas para potencializar a integração social da criança, outras estratégias de intervenção pedagógica, considerações minuciosas da prática docente, caminhos para a inclusão do aluno pós-hospitalizado, dentre outros que surgirão na evolução da pedagogia hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, R. A operação de Lili. São Paulo - SP: Edições Paulinas, 1983.
- ASSIS, W. Classe hospitalar: um olhar pedagógico singular. São Paulo – SP: Phorte, 2009.
- ARMSTRONG, T. Inteligências Múltiplas na sala de aula. 2 ed. Porto Alegre – RS: Artmed, 2001.
- BIBIANO, B. Ensino nas horas difíceis. Revista Nova Escola. [on line] São Paulo, ed. 220, mar. 2009. Disponível em: <<http://revistaescola.abril.com.br/inclusão/educação-especial/ensino-horas-dificieis-427724.shtml>> . Acesso em: 12 mai. 2011.
- CALLEGARI, J; VEROTTI, D. T. A Inclusão que ensina. Nova Escola. São Paulo: Abril, n. 24, p. 8 -15, jul. 2009.
- FERRARINI, C. D. T. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. [on line] v.10 (03), Setembro – Dezembro, Rio de Janeiro – RJ, 2003. Disponível em: <http://homolog.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2011.
- FONSECA, E. S. A situação brasileira do atendimento pedagógico-educacional hospitalar. [on line] Educação e Pesquisa. Universidade de São Paulo. V. 25 (01), Janeiro - Junho, p.117 - 129, São Paulo – SP, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97021999000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jun. 2011.
- FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FREITAS, S. N; ORTIZ, L. C. M. Classe hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação. Santa Maria – RS: UFSM, 2005
- GHIRALDELLI JÚNIOR, P. O que é pedagogia? São Paulo – SP: Brasiliense, 2006.
- MARCELLINO, N. C. Pedagogia da Animação. 8 ed. Campinas – SP: Papyrus, 2007
- MATOS, E. L. M; MUGIATTI, M. M. T. F. Pedagogia Hospitalar: A humanização integrando educação e saúde. 4 ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2009.
- MORIN, E. Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro. 9. ed. São Paulo – SP: Cortez, 2004.

PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS: Apresentação dos temas transversais: arte e ética / Ministério da Educação. Secretaria da Educação Fundamental. 3 ed. Brasília: A secretaria, 2001.

VASCONCELOS, S. M. F. Classe hospitalar no mundo: um desafio à infância em sofrimento. [on line] Universidade Estadual do Ceará. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/57ra/programas/CONF_SIMP/textos/sandramaia-hospitalar.htm>. Acesso em: 23 mai. 2011.