



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

ALINE DAIANE NUNES MASCARENHAS

**Percepções de Médicos sobre o papel do Pedagogo no
trabalho com crianças hospitalizadas: o caso do Hospital das
Clínicas da UFBA**

Salvador

2011

ALINE DAIANE NUNES MASCARENHAS

**Percepções de Médicos sobre o papel do Pedagogo no
trabalho com crianças hospitalizadas: o caso do Hospital das
Clínicas da UFBA**

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

Orientadora: Prof. Dra. Alessandra S. S. e Barros - UFBA

Salvador

2011

SIBI/UFBA/Faculdade de Educação – Biblioteca Anísio Teixeira

Mascarenhas, Aline Daiane Nunes.

Percepções de médicos sobre o papel do pedagogo no trabalho com crianças hospitalizadas [recurso eletrônico] : o caso do Hospital das Clínicas da UFBA / Aline Daiane Nunes Mascarenhas. – 2011.

1 CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol.

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Santana Soares e Barros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação, Salvador, 2011.

1. Crianças doentes - Educação. 2. Escolas em hospitais. 3. Pedagogos. 4. Representações sociais. 5. Pediatras. 6. Educação especial. I. Barros, Alessandra Santana Soares e. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação. III. Título.

CDD 371.9 – 22. ed.

Termo de Aprovação

ALINE DAIANE NUNES MASCARENHAS

Percepções de Médicos sobre o papel do Pedagogo no trabalho com crianças hospitalizadas: o caso do Hospital das Clínicas da UFBA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação, no programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal da Bahia, pela seguinte banca examinadora:

Prof^a Aldalice Braitt Lima Alves _____

Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação pela UFBA. Professora da Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC - Ilhéus - Bahia

Prof^a Susana Couto Pimentel _____

Mestre em Educação Especial e Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia. Professora adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia -UFRB

Salvador, 07 de abril de 2011

Dedico este trabalho a todos os profissionais da educação que incansavelmente buscam a concretude de uma educação de “fato inclusiva”.

Agradecimentos

A Deus, Ser Supremo, que me concedeu a graça da beleza da vida e me deu força nos momentos em que imaginava que não ia conseguir.

*Aos meus pais, Julieta e Zuca,
por serem tão especiais e iluminados,
acreditando sempre que a busca pelo
conhecimento dever ser constante.*

*Ao meu amor, Dalto, presente que a vida me reservou
para resgatar a essência do amor, partilhar alegrias e cumplicidade,
OBRIGADA pelo cuidado e carinho.
Desculpe-me pelos momentos de ausência...*

*À Alessandra, minha doce orientadora,
Obrigada pela confiança, pela mediação a qual possibilitou-me
outros sons e olhares, os quais foram
cruciais para as reflexões que fiz nesta caminhada. A sua dedicação
como educadora no ambiente hospitalar é um exemplo que nos instiga em torno
novas pesquisas na área. A minha gratidão!!*

*Nessa trajetória de vida e de aprendizado quero
agradecer as minhas irmãs (Tania, Vanda, Rita e Virlane)
pela compreensão nos momentos de minha ausência
e pela dedicação, amor, fatores essenciais que contribuíram para que eu me
tornasse a pessoa humana e digna que sou.*

*As grandes amigas do mestrado (Adriana Dantas, Lívia Coelho e Gilmar Vergara)
que compartilharam comigo os momentos mais difíceis e os mais felizes... VALEU!*

*A minha amiga Daniela Barbosa pelo incentivo
e apoio nos momentos difíceis. Te quero
muito bem amiga.*

*Aos professores da UFBA que durante a minha formação acadêmica
me fizeram compreender que uma profissão deve está pautada, principalmente,
no comprometimento político e social.*

*À Universidade Federal da Bahia que possibilitou
a concretude dessa trajetória acadêmica e foi palco de tantas reflexões.*

*À Selma que recentemente cruzou o meu caminho
e me incentivou a trilhar novos espaços. Você é especial!*

À minha sogra e minhas cunhadas Dalça e Daiane por pelos momentos em família.

*As crianças com MPS da Classe Hospitalar do HUPES
por me mostrarem o quão necessário é o trabalho educativo no hospital.*

A CAPES pela concessão da minha bolsa de estudo.

*As minhas companheiras de trajetória da classe hospitalar: Adriana,
Cristina, Thaís, Fran e Ari .Juntas formamos uma equipe
interdisciplinar. Vocês fazem a diferença!!!!*

*A professora Suzana Pimentel que tive o privilégio
de conhecê-la desde a minha graduação e vivenciar
aulas fantásticas. Obrigada por fazer parte dessa
história!!*

*A professora Aldalice Alves por aceitar contribuir com a banca da minha pesquisa
e com o seu olhar de pesquisadora me possibilitar
refletir sobre esse estudo.*

A todos minha sincera gratidão.



Não devemos tratar a criança hospitalizada como alguém extremamente debilitado a ponto de ter impedido a possibilidade de responder adequadamente às demandas de uma escolarização (...)

(Fonseca, 2003)

MASCARENHAS, A. D. N. Percepções de Médicos sobre o papel do Pedagogo no trabalho com crianças hospitalizadas: o caso do Hospital das Clínicas da UFBA, 183f. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, 2011.

RESUMO

A presente pesquisa teve por objetivo perceber as representações sociais que os médicos pediatras possuem acerca do trabalho do pedagogo no ambiente hospitalar. A realização desse trabalho se desenvolveu mediante a abordagem qualitativa que teve como orientação a Teoria das Representações Sociais. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram a observação participante e a entrevista semi-estruturada composta por 32 questões. Para a realização dessa pesquisa foi utilizada a contribuição valiosa de 07 sujeitos, sendo cinco do sexo feminino e dois do sexo masculino. Após realização da coleta de dados, precedeu a análise do material à luz da análise de conteúdo que articulada a teoria das Representações Sociais buscaram compreender a maneira pela qual os médicos partilham de crenças em torno do trabalho do pedagogo no hospital. As representações se ancoraram em quatro categorias, são elas: **aspectos do trabalho do pedagogo no hospital e o imaginário social; classe hospitalar e o trabalho educativo no hospital; educação e saúde; humanização, representação da doença e direitos da criança.** Os resultados apontaram para o reconhecimento por parte dos pediatras em torno do atendimento educativo realizado pelo pedagogo na classe hospitalar como sendo essencial na promoção da saúde. A classe hospitalar não deve se configurar como um espaço de transposição da escola regular, principalmente no que se refere aos conteúdos; existem especificidades no atendimento realizado as crianças hospitalizadas que levam em conta a sua faixa etária, sua condição de comprometimento por conta da doença, seu estado emocional e a utilização de tecnologia assistiva. Esses achados demonstram que o pedagogo e a classe hospitalar possuem uma identidade no contexto da enfermagem pediátrica quanto a sua função junto a criança hospitalizada.

Palavras-Chave: Pedagogo; Classe Hospitalar; Pediatra

ABSTRACT

This study aimed to understand the social representations that paediatricians have about the work of the teacher in the hospital environment. The realization of this research was developed through a qualitative approach that was to guide the Theory of Social Representations. The data collection instruments used were participant observation and semi-structured interview consisted of 32 questions. To carry out this research was used the valuable contribution of 07 subjects, five females and two males. After completion of data collection preceded the analysis of the material in light of the content analysis, which articulated the theory of social representations have sought to understand the way in which physicians share beliefs about the work of the teacher in the hospital. The representations are anchored in four categories, namely: facets of the teacher in the hospital and the social imaginary class hospital and educational work in the hospital, meet the education and health, humane, illness representation and rights of the child. The results pointed to the recognition by pediatricians around the educational service performed by the class teacher in the hospital as being essential in promoting health, the hospital class should not be configured as a space for transposition of the regular school, especially as regards the content, there are specific services provided in hospitalized children that take into account the age of the children and their specificities. These findings demonstrate that the class teacher and the hospital have an identity in the context of the pediatric ward with their assignment with the hospitalized child.

Keywords: Educator, Class Hospital; Pediatrician

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 . HOSPITAL:DINÂMICA E TRAJETÓRIA	26
1.1 O surgimento da instituição hospitalar	25
1.2 Mudanças no mapa organizacional da instituição hospitalar.....	29
1.3 A problemática no atendimento hospitalar	33
2. O TRABALHO MÉDICO	39
2.1 Profissão médica: os saberes e o prestígio social.....	39
2.2 A pediatria: seu campo de intervenção e outras reflexões.....	44
3. CLASSE HOSPITALAR: ESPAÇO EM MOVIMENTO	49
3.1 educação especial e educação inclusiva: elementos que se entrecruzam.....	49
3.2 O impacto da hospitalização no cotidiano de crianças e adolescentes hospitalizados	53
3.3 Classe hospitalar; panorama internacional, nacional e local	53
3.4 Aspectos legais classe hospitalar	61
3.5 Educação e saúde: tecendo diálogos em torno da escolarização de alunos-paciente em enfermagem pediátrica.....	66
3.6 Especificidades na ação pedagógica da classe hospitalar.....	72
3.6.1 A classe hospitalar do HUPES: caracterizando ações do lócus da realização da pesquisa.....	76
4. FORMAÇÃO DE PROFESSORES E COMPLEXIDADE DA DOCÊNCIA	85

4.1 Formação docente no campo da pedagogia: um olhar a partir das diretrizes curriculares na formação do pedagogo.....	85
4.2 A desvalorização do trabalho docente e suas implicações no imaginário social	92
4.3 Saberes docentes na ação pedagógica com crianças hospitalizadas	101
5. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: SIGNIFICANDO CONCEITOS.....	108
5.1 Teoria das Representações Sociais.....	108
6. METODOLOGIA DA PESQUISA.....	118
6.1 Tipo da pesquisa.....	118
6.2 Lócus da pesquisa.....	115
6.3 Sujeitos da pesquisa.....	120
6.4 Coleta de dados.....	122
6.5 Descrição da visita: observação participante	124
6.6 Aspectos éticos da pesquisa	125
6.7 Dificuldades no percurso do caminho	126
6.8 Método de análise.....	128
7. UM OLHAR SOBRE A ANÁLISE DE DADOS	132
7.1 Discutindo e desvelando as concepções das categorias.....	132
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	154
REFERÊNCIAS	157
ANEXOS	169
APÊNDICE	173

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HUPES- Hospital Universitário professor Edgar Santos

MPS - Mucopolisacaridose

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEC - Ministério de Educação e Cultura

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

LDBEN - Lei de Diretrizes Básica da Educação Nacional

UFBA - Universidade Federal da Bahia

CAPES - Centro de Aperfeiçoamento de Pesquisas do Ensino Superior

SEESP - Secretária de Educação Especial, Cultura

SECULT - Secretaria Municipal de Educação, Esporte, Cultura e Lazer

SUS - Sistema Único de Saúde

PNHAH - Programa Nacional de Humanização a Assistência Hospitalar

ONA - Organização Nacional de Acreditação

MS – Ministério da saúde

CPPHO - Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira

AMN - Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Investimento dos diferentes setores hospitalares

Quadro 1 – Posicionamento das carreiras mais citadas pelos alunos como primeira opção para prestar vestibular

Figura 2 – Localização das classes hospitalares no Brasil

Gráfico 1 – Crianças atendidas na Classe hospitalar do HUPES

Quadro 2 – Crescimento dos cursos presenciais de Licenciatura – Brasil 2000 a 2006



"Todo sujeito é capaz de ser sujeito e de pensar e utilizar a sua língua e as suas várias modalidades, não a partir do que lhe foi ensinado, senão a partir daquilo que foi aprendido".
(Carlos Skliar)

INTRODUÇÃO

As diversas áreas do conhecimento têm buscado a partir de suas especialidades o diálogo entre outros campos do saber com o intuito de estabelecer uma relação que possibilite a resolução e melhoria de alguns problemas, seja de ordem social, político, educacional, biológico, psicológico ou outros. Nessa perspectiva encontramos algumas áreas, tais como: Gestão escolar (administração e educação), Gestão de pessoas (administração e psicologia), Engenharia de pesca (engenharia ligada aos processos ambientais), a Psicopedagogia (educação e saúde) e a Psicologia escolar (educação e saúde) que buscam o compartilhamento de saberes para produção de novos conhecimentos.

Traduzindo tais pressupostos dentro da ótica da saúde, há que ressaltar o permanente diálogo existente dentro de uma instituição hospitalar, local este que agrega hoje uma enorme demanda de profissionais que buscam lidar com diferentes aspectos dos pacientes e acabam, em algum momento, dialogando com uma variedade de profissionais. O hospital hoje tem abarcado diferentes profissionais em seu contexto, isso porque a recente política de humanização do SUS e a sua função social vem se modificando com o intuito de receber contribuições de diferentes áreas e repensar o seu modelo que até pouco tempo era marcado pela hierarquização pelos profissionais de saúde e pelo distanciamento dos mesmos com o seu público .

As profissões das áreas de saúde, a engenharia e a advocacia gozam de um certo privilégio de *status* em detrimento das áreas de licenciatura, que parecem se constituir como sub-profissões. Isso pode ser comprovado mediante a concorrência nos vestibulares que apontam um elevado índice de inscritos na área de saúde. Há que se fazer a ressalva que tal concorrência ainda é fruto do imaginário social de que ser profissional da área de saúde equivale a ser mais bem sucedido, ter uma reposição salarial superior e ser detentor de um conhecimento extraordinário que lhe confere o prestígio.

Os médicos nesse cenário fazem parte de um grupo da alta hierarquia no campo da saúde e, de acordo com as recentes recomendações do Ministério da Saúde (ocupação de outras profissões no hospital), estão sendo constantemente provocados pela presença de diferentes profissionais no hospital. Dentro dessa abrangente área de

profissões, cabe refletir sobre a presença do Pedagogo com o desenvolvimento de trabalho na classe hospitalar.

A sociedade em geral tem compreendido de maneira muito tradicional que o *locus* de trabalho desse profissional é apenas a escola e em especial a sala de aula. Por outro lado o campo da medicina que tem como território de atuação o hospital, cria o seu “muro de proteção” para que não seja ameaçado. Assim o hospital se torna um território de demarcação de espaços, onde as variadas profissões tentam se reafirmar a partir das suas contribuições.

Estudos realizados como o de Manzini (1997) e o de Santos (2009) têm buscado desvelar qual o domínio de compreensão que tem permeado o imaginário dos profissionais de saúde acerca do Pedagogo no ambiente hospitalar, bem como as possíveis habilidades necessárias ao professor que atua numa classe hospitalar. Esses estudos permitem desse modo, ampliar as discussões, resignificando essa problemática a partir de novas compreensões.

Dentro dessa proposta, a Pedagogia como ciência da educação, cada vez mais é requisitada para atuar em diferentes espaços tendo em vista a necessidade de colaborar com a educação em seus diferentes contextos. Nesse sentido, essa ciência vem delineando um novo caminho pautado no pluralismo de ações educativas que visam uma sociedade mais humana, que favoreça a convivência social, explicitando uma nova experiência teórico-prático de atenção pedagógica aos sujeitos hospitalizados, bem como a imersão do Pedagogo em contextos que ultrapassam a escola.

Um pressuposto que assegura a diversidade de formas no atendimento pedagógico é a inclusão, tal lógica tem sido discutida pelos diversos segmentos, tanto a nível nacional como internacional. O respeito e o convívio com a diferença começam a ganhar fôlego nas discussões e na literatura, prioritariamente a partir da Declaração Mundial de Educação para Todos (Tailândia, 1990) e da Declaração de Salamanca (Espanha, 1994) que reafirmam o direito fundamental de todas as pessoas terem garantido o acesso e permanência no sistema educacional.

A inclusão vem sendo compreendida pela sociedade numa visão reducionista, condicionando-a apenas a inserção de alunos com necessidades especiais na escola regular. Contudo, é necessário romper essa concepção ampliando a proposta inclusiva a um atendimento pedagógico na diversidade que atenda não somente aos portadores de

alguma deficiência, mas também minorias que precisam ter assegurados condições especiais aos seus direitos.

Essa concepção mais ampla está expressa nas Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (Parecer CNE/CEB Nº 11/01) que define a Educação Especial como uma proposta pedagógica que assegura os serviços educacionais, de modo a garantir a educação e o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentem necessidades especiais, nas mais diversas etapas e modalidades da educação básica.

A classe hospitalar, desse modo, constitui-se num espaço alternativo que se propõe a um trabalho de interação pedagógica, visando um atendimento pedagógico-educacional para crianças e adolescentes que se encontram hospitalizados. Esses espaços educativos, normalmente são salas multisseriadas, onde o professor deve trabalhar com um currículo aberto e flexível para atender as demandas sociais e culturais.

Nessa perspectiva, concebemos a classe hospitalar como um instrumento inclusivo para as crianças que se encontram em processo de internamento, enfatizando que numa educação de qualidade para todos não se pode ignorar a classe hospitalar como um elemento importante de atenção à diversidade e, também, um modelo de inclusão.

Essa modalidade de educação está respaldada pelo Ministério da Educação e Desporto desde 1994, através da Política Nacional de Educação Especial (MEC/SEESP, 1994) que preconiza as classes hospitalares como uma modalidade de ensino a ser empregada quando a criança ou adolescentes estiverem hospitalizados, seja por curto ou longo período.

É importante ressaltar que nesse trabalho, utilizamos o termo classe hospitalar entendida como atendimento educacional a crianças e jovens internados ou em tratamento e, que por tais motivos necessitam de um atendimento educacional no ambiente hospitalar. Contudo, ressaltamos que algumas produções nessa área têm privilegiado outras terminologias como: “escola hospitalar” (FONSECA, 2003; CECCIM, 1997); “Pedagogia hospitalar” (MATOS E MUGGIATI, 2001); Pedagogia

clínica (TAAM, 1997). Não desqualificamos tais terminologias, mas ratificamos a que está presente nos documentos oficiais e por concordarmos com Fontes (2005) que explicita as correntes de pensamento como tendo especificidades próprias, mas ambas se relacionam na prática pedagógica hospitalar. Desse modo, ao longo do texto o leitor visualizará a opção da terminologia classe hospitalar, mas em algumas citações de estudiosos da área e que foram utilizadas nesta pesquisa poderão conter termos como escola hospitalar, pedagogia hospitalar ou apoio pedagógico no hospital.

As crianças hospitalizadas são consideradas como alunos temporários da educação especial que devem ter uma assistência educativa que respeite as suas especificidades, evitando maiores danos do que aqueles causados nos processos clínicos de internação. Esse espaço educativo acima de tudo deve garantir a continuidade no processo de escolarização, se configurando como um pressuposto inclusivo que assegure condições especiais, como direitos a essas crianças.

Há que ressaltar que o evento da hospitalização traz consigo a percepção da fragilidade, o desconforto da dor, a insegurança, a ansiedade e o medo. A criança em processo de hospitalização rompe os vínculos com a família, amigos, escola e o seu cotidiano, causando um profundo impacto no seu desenvolvimento afetivo, emocional e cognitivo.

Como caminho para minimizar esses incômodos, alguns estudiosos como Ceccim (1997, 1999); Fonseca (1998, 2003); Barros (2007); Matos e Mugiatti (2001, 2006) têm proposto a presença de professores em hospitais, oferecendo um atendimento educacional num espaço que ainda não é habitual do Pedagogo. Refletir sobre a atuação de professores em hospitais, ainda é uma questão delicada e polêmica nas enfermarias pediátricas, já que de uma maneira equivocada, pois pensa-se que o Pedagogo ocupará o espaço dos profissionais da área de saúde.

Desse modo, a intenção de perceber a concepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho do Pedagogo na classe hospitalar, se justifica mediante a relação direta que estes possuem com os alunos-pacientes que recebem atendimento pedagógico educacional.

Outra razão que optamos por investigar e validar a relevância de tal temática é a dificuldade de institucionalização da classe hospitalar, visto que esta se insere num ambiente historicamente concebido como *lócus* dos profissionais de saúde e está

submetida a ótica desses profissionais que por diversos interesses podem comungar ou não desse projeto social e político.

Importa destacar que por diferentes razões podem existir outros profissionais interessados em pesquisar tal problemática, tendo como foco de pesquisa a relação com a ética, humanização ou a integração dos diferentes profissionais, mas a participação desses sujeitos nesta pesquisa está pautada no interesse de compreender as crenças, concepções, compartilhamento de valores e julgamentos desses profissionais em relação ao trabalho que o Pedagogo realiza no hospital.

Nesse ínterim, as percepções dos médicos pediatras não se concretizam num fim em si mesmo, mas decorrem pelo imbricamento do Pedagogo no hospital como integrante de uma equipe multidisciplinar e pelo desenvolvimento organizacional da classe hospitalar que a partir das concepções desses profissionais pode ter o seu *status* “validado” ou “anulado”. No primeiro caso poderemos ter o fortalecimento e o reconhecimento das classes hospitalares no âmbito do hospital ou no segundo caso, evidenciaremos o baixo prestígio e a dificuldade de institucionalização como parte integrante de uma enfermaria pediátrica.

Diante de tal exposto procuramos investigar qual a concepção dos profissionais da área de saúde sobre o trabalho que o Pedagogo realizado no hospital?

Na busca da compreensão do problema a ser investigado, esta pesquisa tem como **objetivo geral**: compreender as percepções dos profissionais de saúde sobre a atuação do Pedagogo no hospital e em relação aos aspectos referente à contribuição do trabalho educativo na classe hospitalar.

Para alcançar o objetivo geral, foram traçados os seguintes objetivos específicos: identificar e caracterizar a concepção dos profissionais de saúde em relação à classe hospitalar; identificar a percepção dos profissionais da área de saúde sobre o papel do Pedagogo enquanto profissional que atua no âmbito hospitalar.

A realização dessa pesquisa vem dar prosseguimento as reflexões que ocorreram durante a graduação e no curso *lato sensu* em Educação Especial pela UEFS, onde meu estudo esteve pautado em investigar a validade do atendimento educacional a crianças hospitalizadas. As preocupações que deram origem a esse estudo surgiram desde 2004, quando ainda na graduação, ao realizar um trabalho acadêmico interdisciplinar na brinquedoteca do Hospital Geral Clériston Andrade, em Feira de Santana, tivemos

oportunidade de perceber através de desenhos e falas das crianças que frequentavam a brinquedoteca o quanto elas sentiam falta do espaço escolar, das atividades realizadas nesse ambiente e da preocupação em não perderem de ano.

A internação parecia trazer uma ruptura com o mundo externo, como se ocorresse uma pausa e a construção de outro mundo no hospital, cercado de sofrimento, de medo, de incertezas e de privações. O espaço destinado a brinquedoteca deixava de ter sentido à medida que não os faziam manter vínculos e não criavam sentimentos positivos em relação a si e com o mundo exterior.

Após a graduação dei continuidade em nível de pós graduação, no curso de Especialização em Educação Especial na UEFS e continuei a investigar a temática mediante a monografia cujo tema era a importância da classe hospitalar no processo de internação de crianças e adolescentes. Nesse período ainda não existia em Feira de Santana uma classe hospitalar para que fosse utilizada uma pesquisa empírica, então optamos pela revisão bibliográfica. Em 2008 realizei a inscrição com um projeto para ingressar no mestrado da UFBA com a intenção de dar continuidade as reflexões e desenvolver pesquisas na área. Para a concretude do meu sonho, passei no mestrado sob a orientação da Professora Alessandra Soares Santana e Barros e desde o ano 2009 sou professora da Classe Hospitalar do Hospital das Clínicas\UFBA, onde realizo minha pesquisa e posso vivenciar na prática a relevância do trabalho do pedagogo em novo espaço de trabalho: o hospital.

Esse tema se reveste de uma relevância significativa nos dias atuais a partir da verificação de que sua análise está voltada para o reconhecimento de que todos devem ter assegurado o direito à educação nos mais diversos espaços conforme preconiza a Constituição de 1988, dentre eles, o hospital. Lembrando que a educação não deve ser um elemento exclusivo da escola quanto à saúde não deve ser exclusiva do hospital, pois segundo a definição do Ministério da Saúde, o hospital é a parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar a população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também como um centro de educação, capacitação de recursos e de pesquisa em saúde.

Diante de tal definição, percebemos que o hospital também é visto como espaço educativo e dentro dele a classe hospitalar se configura como *lócus* onde pode ocorrer a aprendizagem. Nesse aspecto, o Pedagogo ganha o seu espaço no hospital como um profissional capacitado para atuar e produzir conhecimento.

Esperamos que a realização desse trabalho contribua para as discussões sobre essa modalidade de atendimento educacional no ambiente hospitalar e que embora prevista legalmente, ainda é pouco conhecida nos meios acadêmicos e relegada pelas Políticas Públicas, bem como possa contribuir para as reflexões em torno da institucionalização da classe hospitalar.

Para a realização e sistematização deste estudo, foi necessário estabelecermos algumas metas:

- Definição de quadro teórico de estudos e pesquisas nessa área de conhecimento;
- Visitas com observação participante e registro em diário de campo;
- Entrevistas com os pediatras, com o intuito de captar elementos que dessem subsídios para a compreensão de como eles concebem o pedagogo no espaço da classe hospitalar.
- Transcrição das entrevistas para a composição das categorias de análise.

Para tanto, recorreremos à pesquisa qualitativa como pressuposto metodológico com base na Teoria das Representações Sociais para captar as crenças dos médicos em torno do trabalho do pedagogo e da classe hospitalar. A nossa amostra é composta por 7 (sete) médicos que desenvolvem atividades na área de pediatria e tem como pacientes crianças que são atendidas pela classe hospitalar.

A referente pesquisa foi apresentada ao Comitê de ética do Hospital das Clínicas- - UFBA e aprovada em 20 de julho de 2011, quando se iniciaram a coleta de dados. O título de pesquisa que foi apresentado inicialmente ao referido comitê foi “A Percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho do Pedagogo no ambiente Hospitalar”, contudo após recomendação da banca examinadora o título foi alterado

para “Percepções de médicos sobre o papel do pedagogo no trabalho com crianças hospitalizadas: o caso do Hospital das Clínicas da UFBA.

No capítulo I, **Hospital: dinâmica e trajetórias** é realizada uma discussão que situa o hospital como uma instituição complexa que ao longo de sua história deixou o seu caráter segregador e assistencialista para se configurar em um local que reconhece o indivíduo em sua integralidade e trabalha na prevenção e cura das doenças.

A escrita do capítulo II, **Aspecto da profissão médica**, envolve uma reflexão em torno dos saberes mobilizados pelos médicos e o controle dessa profissão em relação as demais profissões da saúde. Evidenciamos também a fragilidade da formação desses profissionais, tendo em vista um contexto de formação técnica que distancia-se da dimensão relacional tão necessário na relação médico-paciente. Ainda neste capítulo caracterizamos o campo de trabalho do pediatra e a necessidade de uma abordagem baseada na integralidade.

O capítulo III, **Classe Hospitalar: um espaço em movimento** trata da educação especial e inclusiva como conceitos que se entrecruzam. Demonstra como se originou a classe hospitalar e qual o cenário dessa modalidade de educação no Brasil e em Salvador que é o local onde foi realizada essa pesquisa. Logo após é descrita a organização, o funcionamento de uma classe hospitalar, sistematizando suas especificidades e situando o leitor em relação à classe hospitalar onde se deu essa pesquisa.

Já o capítulo IV, **Formação de professores e a complexidade do exercício na docência**, situa o leitor quanto a formação do professor, explicita as recomendações das Diretrizes do Curso de Pedagogia para a atuação desse profissional em diferentes espaço de atuação, dentre eles o hospital. No segundo momento retrata a desvalorização do trabalho docente e ressalta os saberes mobilizados na prática do professor que atua na classe hospitalar.

No capítulo V, **A teoria das representações sociais: significando conceitos**, discorreremos sobre a Teoria das Representações Sociais baseadas nas idéias propostas por Moscovici (2001) e que são pautadas na objetivação e ancoragem. A partilha em

torno da representação que os sujeitos constroem em torno de algo nada mais é do que o fruto de construção social inscrito a partir do aspecto cultural de uma sociedade.

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

No capítulo VII, **Um olhar sobre a análise de dados**, apresentamos os resultados da pesquisa com base nas seguintes categorias: aspectos do trabalho do pedagogo no hospital e o imaginário social; classe hospitalar e o trabalho educativo no hospital; educação e saúde; humanização, representação da doença e direitos da criança. A partir das falas dos pediatras, identificamos as representações deles em relação ao papel do pedagogo no hospital e quais as contribuições das atividades realizadas por esse profissional na classe hospitalar.

Por último, nas **Considerações finais** são pontuados os achados mais significativos da pesquisa e o reconhecimento de que ela não se constitui como um “produto acabado” e que como toda pesquisa possui suas fragilidades. Apresenta dados significativos que servirão de base para outros pesquisadores aprofundarem a temática.



"A escola, em sua singularidade, contém em si a presença da sociedade como um todo e a ciência nunca teria sido ciência se não tivesse sido transdisciplinar"
(Edgar Morin)

CAPÍTULO 1

1. Hospital: dinâmica e trajetórias

Este capítulo discute aspectos relacionados à instituição hospitalar, lócus onde acontecem as intervenções médicas das crianças e adolescentes hospitalizados e se efetiva o atendimento da classe hospitalar. Precisamos situar o leitor em relação a esse espaço que ao longo de sua trajetória passou por grandes mudanças até se configurar no espaço que hoje tem uma política de humanização e compreende o indivíduo em sua totalidade. Desse modo, no primeiro momento o surgimento do hospital ao focar o caráter de segregação ocupado anteriormente pelo hospital e delinea o caminho percorrido por esta instituição até se configurar como um espaço de alto nível tecnológico. No segundo momento desenha o mapa de estruturação da organização hospitalar que possibilitou redefinir o papel do hospital como lócus não mais de segregação, mas que busca prevenir, tratar e curar paciente de uma maneira complexa, respaldada pelas tecnologias. Por último aborda a problemática dessas instituições, em especial as que são de caráter público e tendo explicitar os problemas de ordem estrutural que impedem o seu funcionamento e o atendimento de sujeitos que se encontram “orfãos” dessa instituição, tendo em vista a falta de financiamento das instâncias municipais, estaduais e federais.

1.1 O surgimento da instituição Hospitalar

A idéia a qual se propõe este item da pesquisa é discutir sobre o hospital enquanto instituição de cunho político, econômico e assistencial. Ao analisar a história do hospital é fácil evidenciar o seu percurso não como espaço que hoje temos no imaginário social: local especializado na cura, tratamento e prevenção de doenças, pois a sua origem ocorreu mediante o acolhimento de doentes, mendigos e pessoas de baixo poder aquisitivo que ficavam depositadas nesse espaço.

As instituições hospitalares médicas começam a aparecer no Império Romano denominadas como Valentudinaria, nesse sentido, Antunes (1991) explicita que as Valentudinarias exerciam a função de dar abrigo e tratamentos aos doentes com o objetivo de reconduzir os pacientes a guerra.

Com a ascensão do mundo cristão, na Idade Média esse espaço começa a se configurar pelo seu viés filantrópico, onde se tinha a idéia de que ao ajudar as pessoas desfavorecidas estava sendo realizada uma caridade e, por conseguinte a salvação da alma.

A ação nesse ambiente não se configurava como terapêutica, isto é, não estava direcionada à reabilitação da saúde, visto que esse espaço não detinha o saber especializado e os médicos não eram a figura que concedia tratamento e acompanhamento aos doentes, exceto àqueles que tinham sua situação muito agravada

Nessa perspectiva a missão do hospital não estava ligada a cura das doenças, mas a função de isolar, segregar, confinar e separar os indivíduos que traziam riscos para a saúde da sociedade e dar-lhe conforto a espera de sua morte.

Até o século XVIII, segundo Foucault (1979), o hospital era essencialmente uma instituição de assistência, vinculada às obras religiosas e também tinha como tarefa a separação e exclusão de seus internos. A função social do hospital era o confinamento, onde se misturavam loucos, devassos, doentes e prostitutas de forma a separar os indivíduos perigosos da sociedade garantindo a saúde geral da população.

Assim as pessoas com alto poder aquisitivo ficavam em suas casas recebendo cuidados e visita médica, ou seja, não frequentavam esse espaço que era destinado aos sujeitos que ficavam a margem da sociedade. Arosa (2008) explicita que a função social do hospital era produzir o confinamento em que convivem pessoas excluídas com o intuito de separar os indivíduos perigosos.

Com o advento da burguesia se inicia um processo de gerenciamento por “bem-feitores” (ROSEN, 1994) que se caracterizava pela interferência cuidadora não apenas da igreja, mas de pessoas em ascensão social e com influências.

Nesse cenário o hospital inicia a sua trajetória com ações mais sistematizadas e com a presença do médico como sujeito atuante na atenção dos doentes. A igreja que antes realizava um gerenciamento estritamente caridoso com senhoras da alta sociedade, freiras e pessoal menos especializado, cedeu espaço para novos agentes que tinham interesse em alterar a forma organizacional dessa instituição.

Desse modo, com a ascensão da burguesia e as mudanças econômicas trazidas pelo mercantilismo o médico aparece como a figura central indissociavelmente ligado a um tipo de poder que não era clerical, com funções delegadas pela autoridade pública. Nesse ínterim passa a ser função exclusiva do médico: examinar, internar, prescrever e dar alta.

Ainda no século XVIII, o hospital começa a ser concebido como local terapêutico e é nesse cenário que o médico se caracteriza como principal organizador do espaço hospitalar e agente responsável por disciplinar comportamento, tendo em vista o controle sobre as condutas que propagassem epidemias (RIBEIRO, 1993). Nesse mesmo período assistimos a ascensão dos cirurgiões que exploraram o conhecimento da anatomia-patológica e outras disciplinas e inauguraram uma nova fase ao afastar a medicina de seu empirismo e instituir um hospital científico e moderno.

Esse hospital que acolhe as tecnologias não só o faz com o intuito de prestar mais atendimento aos seus doentes, mas também se configura como locus que qualifica e avalia tecnologias. É um local também de atividades econômicas onde se instaura a venda e o consumo de mercadorias: as tecnologias médicas.

Não obstante do grande arcabouço financeiros que são gerados a partir do uso dos equipamentos médicos, temos os materiais descartáveis que se torna uma poderosa indústria com base no sistema de venda e consumo de mercadorias. É importante ressaltar que a instituição hospitalar como conhecemos hoje tem sua origem pautada em duas grandes instituições: a igreja e o exército.

No Brasil o surgimento do hospital ocorreu mediante a lógica do assistencialismo e confinamento. Em 1727 começa a funcionar o primeiro serviço hospitalar militar do Rio de Janeiro no Morro de São Bento e posteriormente deu origem ao hospital Real Militar. Posteriormente foi construído em 1855 o Real hospital Português em Recife e em 1857 foi criado o hospital Português em Salvador.

Nogueira (1977) explicita que o prestígio da cirurgia estava em alto e por razões do estado, afinal eram eles, os cirurgiões muito mais que os médicos clínicos, necessários a guerra gerada pelas políticas expansionistas. Dentro desse espaço de atuação, os cirurgiões começam a incorporar no hospital a utilização das tecnologias em princípios artesanais e posteriormente produzidos industrialmente. Desse modo o

hospital foi perdendo a função designada de penitência e misericórdia da Idade Média e tornou-se um lugar de tratamento e recuperação com apropriação do cientificismo da medicina.

É nesse sentido que Ribeiro (1993) enfatiza que a medicina agora pode coibir a dor, o sofrimento e a morte por meio do saber de suas equipes de tecnólogos (não mais da ação individual dos médicos). No cenário das práticas médicas podemos evidenciar a valorização do trabalho do médico cirúrgico em detrimento do clínico, tendo em vista que o primeiro é àquele que interage de maneira mais tecnizada e especializada, capaz de intervir no corpo. O cirurgião no cenário hospitalar tem mais status por realizar uma ação médica mais complexa.

Diante das novas funções que cumpria o hospital e as exigências geradas pelas novas políticas econômicas e industriais, houve a necessidade de se instituir leis e posturas de caráter coletivo para conter doenças epidêmicas e endêmicas. Essa preocupação em torno da modificação do espaço hospitalar para além do confinamento tem um viés político, econômico e social do que estritamente possibilitar aos doentes, loucos, mendigos um atendimento de qualidade. Tais mudanças se vêem embutidas na preocupação e interesses de negociantes, mercadores e novos ricos que se sentiam ameaçados em seus negócios por conta de trabalhadores doentes.

Com o crescimento da indústria, na Inglaterra do século XVII, começou-se a considerar a produção como a atividade central na economia. Dessa forma, o trabalho passou a ser essencial na geração da riqueza de uma nação. Assim, qualquer perda na produtividade de trabalho, decorrente de enfermidade ou morte, tornava-se um problema econômico. Segundo Rosen (1994) uma população grande e sadia estava no centro de interesses dos políticos, homens de negócio, estadistas, legisladores e médicos uma vez que era um meio para aumento da riqueza e do poder de uma nação. Fazia-se necessário assumir responsabilidades ante ao povo, implementando dessa forma uma Política Nacional de Assistência à Saúde.

A Revolução Industrial trouxe benefícios para a saúde, como os métodos de preservação de alimentos, destacando-se a pasteurização e a refrigeração. No entanto, trouxe também muitos problemas, como o crescimento rápido das cidades e áreas industriais, sem quaisquer planejamento, com carência do mais elementar equipamento

sanitário, que consistia em abastecimento de água, esgoto, coleta de lixo e higiene da habitação, além do proletário ter uma carga horária excessiva de trabalho e condições insalubres no ambiente das indústrias, "era necessário um novo olhar cada vez mais crítico para o complexo corpo social da sociedade moderna" (SCLIAR, 1987, p. 72).

Importa ressaltar que começa a se instituir ações sanitárias com vista ao controle de epidemias e endemias que levavam a morte de homens que sem dúvida nenhuma significava forças produtivas. Instituíam-se tipos de intervenção de saúde e vinculados a preservação de saúde da força de trabalho. Uma medicina social de estado, mas sobretudo de uma classe sobre o corpo de outras classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas. (FOUCAULT, 1979)

1.2 Mudanças no mapa organizacional da instituição hospitalar.

No cenário atual, a doença é vista como impedimento a realização de atividades do cotidiano dos seres humanos e dentre elas podemos destacar o trabalho, pois a doença torna o homem adulto improdutivo e em estado transitório de incapaz.

A esse respeito Pitta (1999) traz uma importante reflexão ao explicitar que adoecer nesta sociedade é conseqüentemente, deixar de produzir e, portanto de ser. É vergonhoso, logo deve ser ocultado e excluído até porque dificulta que outros familiares e amigos, também produzam. O hospital perfaz este papel recuperando quando possível e devolvendo sempre, com ou sem culpa, o doente a sua situação anterior.

A passagem de um modelo hospital-assistência para um modelo hospital-terapêutico trouxe um novo desenho na estrutura espacial dessa instituição antes localizada em regiões sombrias e sem cuidados básicos (água potável, leito individual) e cuidados higiênicos. A esse respeito, Ribeiro (1993) enfatiza que esses hospitais eram bastante precários, com excesso de doentes, más condições higiênicas com grande risco de mortes e pessoal pouco qualificado.

Ressaltamos de acordo com as idéias de Carapineiro (1993) que a partir do momento em que se conseguiu destacar uma função hospitalar definida, tecnicamente separadas das funções antigas, asilares e de vigilância e de controle social, estabeleceram-se novas articulações técnicas econômicas e sociais entre o hospital e os

restantes dos estabelecimentos de cuidados e entre as estruturas globais de cuidados e as estruturas sociais.

A palavra hospital, segundo Bittar (1997) tem origem do latim “hospes” que significa hóspede, onde eram hospedados na antigüidade enfermos, viajantes e peregrinos. Ao longo do tempo, essa concepção foi ressignificada, uma vez que, o hospital não funciona apenas como abrigo de doentes, mas como um local de prevenção e de informação.

Nessa perspectiva, o hospital insere-se num espaço dinâmico, de acolhimento de pacientes que tem como finalidade a preocupação não apenas com o biológico, mas com a saúde mental e emocional dos pacientes. Soares e Zamberlan (2001) explicitam que o hospital deve funcionar a partir de uma noção muito ampla do ser humano, buscando considerar sentimentos nas relações profissionais com os pacientes.

Carapinheiro (1993) de maneira interessante faz uma análise crítica e enfatiza a prestação de serviços médicos com finalidades múltiplas, compatibilizando três funções principais: a função de controle social, que permanece ancorada no hospital como lugar de acolhimento e guarda dos doentes aos quais se impõe um modelo de disciplina e de regulação das atitudes e comportamentos hospitalares; a função de produção do saber médico, sendo o hospital na atualidade a sede principal do desenvolvimento e prática da medicina moderna e especializada e tecnizada; a função de reprodução da força do trabalho, pela atribuição à medicina hospitalar da tutela das doenças para a rápida reposição das condições físicas para o trabalho, ou seja, para a manutenção dos estados de saúde da força de trabalho.

Se pensarmos nessas três funções principais podemos estabelecer algumas reflexões:

➤ O hospital enquanto instituição responsável para acolhimento de doentes, seleciona e organiza em enfermaria os sujeitos tendo em vista a sua patologia. Nessa estrutura organizacional delimita uma série de comportamentos aos indivíduos: horário do banho que normalmente é pela manhã, roupas padronizadas, horários determinados para receber visitas, delimitação do espaço a ser circulado pelo sujeito, alimentação de acordo com o cardápio da instituição, quartos coletivos, banheiros coletivos e normas a serem seguidas tendo em vista a prescrição médica.

➤ A produção do saber médico pode ser visivelmente presente em hospitais universitários que por excelência são espaços de pesquisa. Há que se ressaltar que nesses espaços são convalidadas e utilizadas as tecnologias aliadas ao conhecimento médico para promover uma melhor recuperação dos sujeitos. Dentre dessa função cabe destacar o viés econômico pelo qual o hospital através de suas práticas avaliza e mobiliza uma grande fatia de seus recursos equipamentos cada vez mais sofisticados que de maneira quase precisa auxilia os médicos a darem os diagnósticos.

➤ A última proposição que a autora coloca como função do hospital é a manutenção dos estados de saúde da força de trabalho e ao retomar o período do Império em que as Valentudinarias eram instituições que serviam de local que cuidavam dos doentes com o objetivo de devolver os sujeitos a atividade das guerras. Ao estabelecer uma analogia em relação aos hospitais que temos hoje, podemos perceber que este ainda se propõe a restaurar os indivíduos ao retorno de suas atividades cotidianas.

Ressalto um conceito elaborado por Goffman (2001) em relação à instituição total que pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de pessoas em situação semelhante ficam separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.

Nesse conceito cabe lembrar o hospital enquanto uma instituição total que dentre as características do autor se enquadra em três preposições: a primeira é que todos os aspectos da vida são realizados num mesmo lugar e sob uma única autoridade; a segunda é que cada atividade diária é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande, onde todos são tratados da mesma forma; a última característica se fundamenta na realização de atividades diárias em tempo predeterminado com rigorosidade em relação aos horários.

A análise empreendida até o presente momento nos fez compreender que houve uma trajetória de cunho social, econômico e político na configuração da instituição hospitalar que temos hoje. Recentemente na década de 90 várias discussões foram promovidas no cenário social com o intuito de repensar as relações entre os

profissionais e pacientes na perspectiva de conceber o sujeito não apenas pela sua patologia.

O Programa Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde propõe um conjunto de ações integradas que visam melhorar a qualidade e eficácia dos serviços nessa instituição. Tal perspectiva defende a existência de uma maior interação entre os profissionais de saúde e os pacientes para que esse ambiente seja mais acolhedor e de respeito quanto às informações dadas aos pacientes. Os projetos de humanização que têm sido desenvolvidos pelos hospitais têm rompido com as abordagens tradicionais que viam o sujeito como ser passivo e apático com possibilidades limitadas, buscando valorizar a dimensão humana e subjetiva.

Essa nova concepção traz implícito um novo conceito de hospital, que segundo Bittar (1997) trata de uma instituição complexa e completa, tendo como membros uma organização médica e social, buscando proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, estendendo o atendimento ao domicílio do paciente. Também funciona como um centro de educação, com capacidade para recursos humanos.

Dessa forma tem se desenhado um novo mapa organizacional em torno da instituição hospitalar, rompendo o seu caráter inicial de segregação, um espaço aberto a tecnologias que se define não só pelo atendimento a uma patologia, mas percebe o ser humano dentro da sua dimensão biológica, social, emocional e cultural.

1.3 A problemática no atendimento hospitalar

No cenário atual assistimos uma problemática em relação ao atendimento médico nos hospitais, pois o que se constata é uma grande demanda de sujeitos para uma pequena quantidade de leitos o que acarreta a formação de corredores com várias macas e óbitos de muitas pessoas que não conseguem obter atendimento. Embora o sistema de saúde tenha buscado a municipalização para tratar os casos menos complexos nos postos de saúde, ainda não foi possível resolver a problemática de demanda nos hospitais brasileiros.

Há que ressaltar que nas políticas de saúde existe uma grande preocupação no que se refere ao tempo de internação dos indivíduos, os hospitais precisam gerenciar o

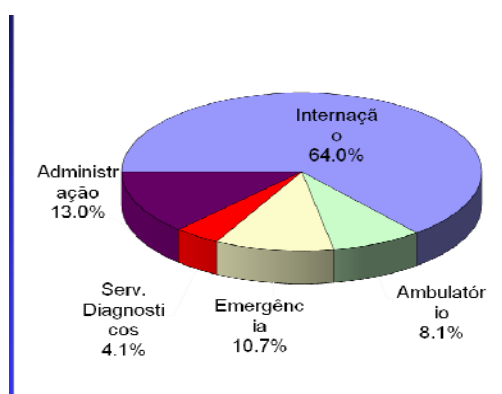
tempo de permanência de cada indivíduo, pois a partir desses dados podemos diminuir o custo do hospital e levar de forma mais rápida os indivíduos para o seu trabalho.

Almeida et al. (2002) em pesquisa demonstrou que as pessoas mais pobres usaram mais postos e centros de saúde e serviços de emergência e internações hospitalares e menos serviços ambulatoriais especializados e consultórios médicos. Os indivíduos mais ricos, de classe social mais alta, de maior escolaridade, que possuíam planos e serviço de saúde usavam regularmente as consultas médicas.

Esses dados nos permitem refletir sobre a lacuna do estado em prover acesso à população brasileira que não dispõe de plano de saúde aos consultórios médicos para que possam ser diagnosticadas doenças e possíveis problemas de saúde sem que seja necessária a utilização dos serviços de emergência e conseqüentemente internamentos.

Dados fornecidos por La Forgia e Couttolenc (2009) explicitam que o investimento destinado ao setor hospitalar refere-se em grande parte ao setor de internação, quando temos uma pequena parcela destinada ao serviço de ambulatório que poderia ser ampliado para a população no sentido de prevenir possíveis patologias que possam levar os indivíduos ao setor de internamento. Essas patologias quando tratadas e prevenidas mediante acompanhamento em consultas médicas de diferentes especialidades podem proporcionar ao indivíduo uma qualidade melhor de vida e possibilitá-lo a continuidade de seus afazeres cotidianos.

Figura 1- Investimento dos diferentes setores hospitalares.



Fonte: http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_167951076.ppt

Outros dados fornecidos por Castro et al (2002), demonstrou que os principais determinantes de internações hospitalares no Brasil, segundo dados da PNAD 1998, foram condições de saúde dos indivíduos e que as pessoas de menor renda tiveram mais chance de ser internadas, quando ajustado por necessidades de saúde e fatores capacitantes.

O livro Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca de excelência, escrito por La Forgia e Cottolenc (2009) revela ainda que o Sistema Único de Saúde (SUS) destina quase 70% dos recursos para os hospitais e que parte desses recursos é desnecessário. Trinta por cento das internações poderiam ser evitadas, se os casos fossem tratados na rede básica de saúde. Isso mostra a ineficiência dos serviços de atenção à saúde, que encaminham muitos casos para a rede hospitalar.

De acordo com os dados do IBGE, houve uma redução nos estabelecimentos com internação, os leitos também tiveram redução de oferta em 11.214 leitos na comparação entre 2005 e 2009. No total, foram registrados 432 mil leitos, sendo 152,9 mil (35,4%) públicos e 279,1 mil (64,6%) privados. De acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde são de 2,5 a 3 leitos por mil habitantes. A taxa nacional em 2009 foi de 2,3 leitos/mil habitantes.

Esses dados nos apontam para uma crise no setor da saúde e um grande “inchaço” dentro das instituições hospitalares o que acarreta corredores lotados, atendimento precário aos usuários e muitas vezes a negação do princípio constitucional de garantia à saúde que é preconizada pela Constituição Federal de 1988. Os dados do IBGE evidenciam que os números dos leitos vêm diminuindo gradativamente e as políticas de saúde não tem propiciado uma ampliação de atendimento dos indivíduos aos consultórios médicos, resultando em uma mutilação dos direitos e falência no trato da questão da saúde no Brasil.

O que de fato precisamos compreender é que a ampliação de hospitais não é a grande necessidade para se viver melhor e se resolver os problemas no campo da saúde, mas o Estado precisa garantir direitos como educação, trabalho, moradia e saúde para que as pessoas tenham uma melhor qualidade de vida, além de promover a prevenção e os diagnósticos antecipados para a cura.

Um aspecto que vem sendo muito discutido no campo da saúde e mais especial em relação às instituições hospitalares é o sistema de Acreditação que tem um importante papel ao promover a avaliação da instituição mediante a empregabilidade dos recursos, na qualidade do atendimento aos usuários e na imagem positiva da instituição.

As organizações de saúde parecem ser afetadas pelas mesmas mudanças que ocorrem em diversas instituições, tais como: escola, universidades, igrejas e empresas que sofrem também pelo descrédito em relação à imagem diante da sociedade. Observamos um crescente aumento da exigência dos clientes, dos novos padrões impostos pelo governo e com o policiamento mais intenso da mídia em relação a casos de omissão ou negligência, os hospitais e outras instituições equivalentes que procuram assumir uma postura de zelo com seus pacientes e demais públicos a fim de sanar esse problema.

O Governo Brasileiro, através do Ministério da Saúde - MS está desenvolvendo o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar com base no Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria GM/MS 1.107, de 14 de junho de 1995. O processo de Acreditação Hospitalar no Brasil está sendo operacionalizado pela Organização Nacional de Acreditação - ONA, com reconhecimento do MS através da Portaria 538, de 17 de abril de 2001.

Segundo Novaes (1999) este programa tem a seguinte definição:

A Acreditação Hospitalar é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos. São estabelecidos padrões, em grau de complexidade crescente, os quais orientam a avaliação dos diversos serviços do hospital. O *status* de acreditado conota sempre confiança no hospital por parte dos clientes internos e externos, bem como da comunidade em geral. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais, uma forma de fiscalização.

O objetivo do instrumento e do processo de avaliação é permitir a qualquer hospital o engajamento no processo de busca da qualidade, mesmo que em diferentes regiões geográficas do país, com distintas complexidades e em diferentes estágios evolutivos de ciência e de administração de serviços. A intenção é provocar nos profissionais, de todos os níveis e serviços, um novo estímulo para avaliar os pontos

fortes e fracos da instituição, estabelecendo metas claras para a garantia da qualidade da atenção médica prestada aos pacientes (clientes).

Em um setor como o da saúde, em que os recursos não são abundantes, a variável custo torna-se extremamente importante, pois somente a sua contenção permitirá atender o maior número de pessoas, além das implicações na qualidade. Os processos, a partir dos programas e serviços, necessitam serem avaliados e controlados quanto à sua efetividade, eficácia, eficiência, produção, produtividade, qualidade e quanto à prevenção e redução da morbimortalidade, além da imagem que apresenta aos usuários ou clientes. (BITTAR, 1997)

Baseada nos padrões definidos pela Organização Nacional de Acreditação (2001), de acordo com requisitos de complexidade, a organização pode ser classificada em três níveis: Nível 1 - segurança, que é a referência básica isto é, o limite essencial da qualidade com o qual deve funcionar um serviço hospitalar; Nível 2 - organização, demonstra evidências da adoção de planejamento na organização da assistência hospitalar; Nível 3 - práticas de gestão e qualidade, evidências de políticas institucionais globais e sistêmicas de melhoria contínua. A avaliação é feita por meio de uma lista de itens de verificação, da observação do local, do contato com os profissionais dos diversos serviços e cargos e com clientes e familiares. Baseados nos dados, os avaliadores podem considerar o hospital como não acreditado, acreditado, acreditado pleno ou acreditado com excelência.

Bittar e Nogueira (2000) distingue o termo Certificação do termo Acreditação: Certificação é um processo pelo qual uma agência governamental ou uma associação profissional reconhece oficialmente uma entidade ou indivíduo como tendo encontrado certas qualificações predeterminada e a Acreditação é um processo de avaliação dos recursos institucionais; voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência mediante os padrões previamente aceitos.

Desse modo tem se buscado uma nova ressignificação da instituição hospitalar como espaço necessário a sociedade e que precisa retomar a sua função social a partir de um atendimento pautado na qualidade, eficiência e bem estar dos usuários. É claro, que o sistema de Acreditação que vem sendo veiculado nas instituições hospitalares do Brasil, por si só não possibilita a resolução dos problemas enfrentados pelos usuários do Sistema Único de Saúde, pois existem aspectos externos, tais como: ampliação da política de financiamento, ampliação de vagas para que os sujeitos possam ter acesso às

especialidades médicas para prevenir futuras internações, ampliação de leitos e exames para melhor diagnóstico e melhor gestão hospitalar que vem gerando uma crise em todas as regiões do Brasil.



O valor de nossas diferenças, que enriquecem o mundo que habitamos em conjunto e assim o tornam um lugar mais fascinante e agradável, aumentando a cornucópia de suas promessas.

(Zygmunt Bauman)

CAPÍTULO 2

2 O trabalho médico

Nesse capítulo temos a intenção de caracterizar o trabalho médico evidenciando aspectos ligados ao seu saber, sua formação e a especificidade do campo da Pediatria. Sistematizar a escrita deste capítulo foi uma experiência difícil, pois mergulhar em um campo desconhecido e com literatura escassa impede uma análise mais minuciosa e aprofundada. Contudo, configura-se como um espaço necessário, visto que os sujeitos desta pesquisa são médicos pediatras que possuem saberes específicos e contribuirão com as suas representações sobre o trabalho do pedagogo no hospital.

2.1 Profissão médica: os saberes e o prestígio social

As profissões em geral têm se deparado com crises em torno de sua perda de autonomia, as constantes necessidades de qualificações em torno do conhecimento, relações pautada no modelo neoliberal que enfatiza a eficiência e produtividade, além dos limites impostos aos profissionais e o aumento da sua carga de trabalho.

Neste trabalho, nosso foco está voltado para a profissão do médico pediatra, pois será a partir da interação deste com o sujeito da pesquisa, que compreenderemos a concepção do trabalho do pedagogo no ambiente hospitalar. Esse profissional possui dentro do contexto social e do hospital um alto prestígio e se constitui como uma das profissões que mesmo diante de alguns problemas (modelo de formação técnica, distanciamento na relação médico-paciente e burocratização do trabalho) ainda se configura como a opção de muitos jovens no ingresso a universidade. É necessário, portanto, abordar aspectos relacionados à sua profissão e especificidades de sua clientela que acaba sendo a mesma que o Pedagogo trabalha na classe hospitalar.

Importa ressaltar que mesmo diante de um cenário de desvalorização pelas quais algumas profissões estão vivenciando, ainda existem profissões que em geral gozam de certo prestígio, tais como: advogados, engenheiros, médicos e outros profissionais liberais que detém mesmo em meio às crises, certo grau de status e prestígio social.

Tal reflexão pode ser evidenciada na recente pesquisa realizada pela Fundação Carlos Chagas no ano de 2009 intitulada de Atratividade da Carreira Docente no Brasil

que ao fazer entrevistas com alunos concluintes do Ensino Médio de escolas públicas e privadas de algumas regiões do Brasil pode verificar as profissões mais idealizadas:

Quadro 1. Posicionamento das carreiras mais citadas pelos alunos como primeira opção para prestar vestibular

	Posição	
	Pública	Particular
Direito	1º	1º
Administração	2º	5º
Engenharia	3º	2º
Medicina	4º	3º
Educação Física	5º	17º
Enfermagem	8º	16º
Ciências Contábeis	10º	29º
Arquitetura	13º	4º
Relações Internacionais	30º	10º

Nesse quadro é possível evidenciar que os cursos de Direito, Engenharia e Medicina aparecem como uma das profissões mais projetadas pelos alunos em relação à realização do vestibular para ingressar em uma universidade. A medicina nesse cenário está ancorada no imaginário social como aquela que é respeitada, dotada de prestígio social e que poderá possibilitar ascensão social. Segundo Carapinheiro (1993) foi dado aos médicos um poder de curar como um poder técnico e um poder social, inacessível e inatingível, logo mágico.

Esse constructo social em torno do médico como sendo uma suprema autoridade que não deve ser questionada em seu saber, decorre em muito pelo fato dele curar e salvar vidas. As outras profissões da área de saúde parecem viver uma relação de submissão ao trabalho médico e seus saberes.

Utilizando o conceito de Starr (1993) podemos afirmar que uma profissão é uma ocupação auto-regulada, que exerce uma atividade especializada, fundamentada em uma capacitação ou formação específica, com forte orientação para servir o ideário da coletividade, norteadas dos princípios éticos profissionais definidos por ela mesma.

Há que ressaltar que o exercício do trabalho médico não se realiza espontaneamente, mas pela existência de doentes. Desse modo, o exercício do trabalho médico ocorre mediante as interações humanas. Ribeiro (1993) enfatiza que é sempre através do médico que a doença passa a existir e o doente é aceito como tal. Quem se

sente doente e não recorre a um médico, não é considerado como tal, posto que não classifica a doença e seu portador.

A noção dessa profissão está intrinsecamente vinculada à idéia de uma atividade humana que mediante os seus saberes atua em uma realidade com sujeitos, visando interpretá-la, modificá-la e transformá-la para um determinado fim social. Nesse sentido, poderíamos nos questionar: se a profissão docente também é uma atividade que atua com os seus saberes, interação de sujeitos, interpretação e transformação social, por que é tão desvalorizada? Não é a nossa intenção neste capítulo refletir sobre tal problemática, pois em um dos capítulos posteriores trataremos dessa questão, enfocando alguns problemas centrais dos cursos de formação.

A profissão médica historicamente buscou restringir os conhecimentos de sua área para fortalecer o processo de monopólio do saber mediante estratégias para controlar a situação do seu trabalho.

Ao longo da história a profissão médica diferentemente da profissão docente buscou segundo Machado (1997) primeiramente produzir crédito social, validando seus serviços como bens sociais capazes de promover o desenvolvimento social da coletividade; segundo, fundar seu conhecimento e sua prática profissional na racionalidade científica; terceiro, basear a autoridade técnica do médico na expertise técnica, no conhecimento especializado, da mesma forma que seu trabalho tem, em si mesmo, um forte apelo ético, alicerçado em um código de atitudes profissionais que rege o ato médico.

O conhecimento médico e conseqüentemente a prática profissional adquiriram feições científicas, imprimindo a racionalidade objetiva mediante os avanços tecnológicos. Assim a atividade médica se coaduna, de acordo com a utilização dos conhecimentos, do empirismo, experiência cotidiana e pela fragmentação em torno das especializações. (BITTAR, 1997)

Há que ressaltar que a área médica vem sofrendo intensas transformações por conta dos avanços tecnológicos e científicos. O exercício da medicina dentro da organização hospitalar impôs ao trabalhador médico a revisão da organização do seu processo de trabalho, pela necessidade da racionalização (financeira e organizacional)

vigente nas organizações atuais e também pelo processo de trabalho hospitalar, que envolve além da intervenção médica, outras intervenções complementares, realizadas por outros profissionais especializados (GRAÇA, 2000).

Esse processo de especialização tem uma relação direta com a crescente fragmentação dos saberes e práticas médicas que na visão de Machado (1997) se isolam e desenvolvem formas organizativas próprias em sociedades distintas que ainda segundo a autora:

recursos técnicos científicos, até pouco tempo imagináveis, passaram a ser usados com frequência. No entanto, pelo fato de envolver tecnologia de ponta e grandes investimentos financeiros, esses serviços chegam ao consumo com altos custos para os usuários, inacessíveis para muitos, tornando-se inevitável o agenciamento através de empresas de saúde, convênios, seguros. Este é um dos pontos frágeis da revolução tecnológica, produzida nas ciências médicas: medicina complexa, de alta precisão tecnológica, porém de alto custo operacional e de acesso restrito, tanto para os médicos que utilizam os equipamentos sofisticados, como para os usuários deste serviço. (MACHADO, 1997)

O médico embora detenha um saber próprio de sua profissão para exercer o seu trabalho, necessita de recursos para resolver de forma mais rápida a queixa do paciente. Existem, portanto algumas variáveis, tais como: exames clínicos, liberação de procedimento dos planos de saúde e de algumas instituições, normas das instituições hospitalares que podem interferir o trabalho médico e em sua autonomia na tomada de decisões.

Cabe ressaltar que tais variáveis não caracterizam o trabalho do médico como desprovido de autonomia, pois conforme relata Carapinheiro (1993) existe na profissão médica uma autonomia elástica que se define como a aptidão que os indivíduos dispõem numa situação de trabalho para determinar a natureza dos problemas com que se confrontam e para saber resolvê-los.

Esse conceito de autonomia elástica principalmente no âmbito das profissões consiste na idéia de que um profissional só possui autonomia mediante o poder de controlar o seu trabalho e decorrente deste controle é responsável pelas ações encadeadas.

Machado (1997) afirma que a profissão médica é um estereótipo de profissão com alto grau de autonomia técnica (saber) e econômica (mercado de trabalho). Em outros termos, uma profissão auto-regulada, com elevado e complexo corpo de conhecimento científico e controle sobre o processo de trabalho.

Desse modo a prática médica se constitui a partir de mecanismos ideológicos que apresenta o médico como profissionais essenciais ao sistema de saúde e que qualquer prática dessa profissão exercida por pessoas não habilitadas (sem diploma) é reconhecida pela justiça como prática ilegal e passível a penalidades. Nesse aspecto, a institucionalização da autonomia, o projeto de controle da profissão médica ocupa um lugar de soberania sobre as categorias de profissionais que estão em sua órbita.

Carapineiro (1993) explicita que são as formas de funcionamento e de circulação do saber médico que constituem o saber dos profissionais de enfermagem como um saber periférico e o saber do doente como um saber profano, restringindo e delimitando de forma precisa o poder dos enfermeiros como um subpoder ou seja, um poder cujo alcance, condições de exercício e estratégias são definidos pelo poder médico.

O mesmo ocorre com os profissionais que embora sejam da área de saúde, mas não estão dentro do cenário de formação no campo da medicina, tais como os fisioterapeutas, odontologistas, enfermagem e a Psicologia estão constantemente nessa relação de conflito e numa escala de subpoder dentro das instituições hospitalares em relação à profissão médica. Pitta (1999) aborda que a Medicina assume um caráter sagrado\profano.

Dentro desse contexto o Ato Médico tem sido amplamente discutido em âmbito de aprovação em nível de lei federal, pelos profissionais da área da saúde e em especial pelos médicos que pressionam o projeto para que seja aprovado. Ato Médico é um nome usado popularmente, que se refere ao projeto de Lei 7.703/2006 (PL:7.703/2006). Essa lei tem como objetivo regulamentar a profissão de Medicina no Brasil e especificar quais as áreas de atuação de um médico, ou seja, essa lei tem como objetivo definir o que exclusividade de um médico e o que é exclusivo de outras profissões da área da saúde.

O ato médico busca restringir as práticas nos hospitais ao condicionamento da autorização desse profissional. As intervenções realizadas pelos profissionais da área de nutrição, terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia e serviço social deveriam ser previamente autorizadas e prescritas a figura do médico.

O ato médico busca uma limitação da ação dos profissionais que reconhecidamente já tem autonomia no hospital, desse modo, “a profissão médica exerce um controle cerrado sobre os territórios de trabalho dos grupos profissionais (...)” com o intuito de fortalecer o seu status. (CARAPINHEIRO, 1993)

2.2 A Pediatria: seu campo de intervenção e outras reflexões.

“A Pediatria, como especialidade médica, surge no final do século XVIII, no rastro das modificações sócio-culturais próprias da Modernidade e das Luzes. Não foi possível pensar uma especialidade médica para as crianças sem que estas tivessem um estatuto que lhes desse um lugar social específico.” (RIVORÉDO, 1998: 38)

A pediatria surge de uma polêmica estabelecida entre a defesa da delimitação de um campo de atuação profissional específico no atendimento clínico voltado para as crianças, e a defesa do atendimento clínico voltado para pacientes de qualquer faixa etária. No primeiro caso, os argumentos em defesa desta especialidade médica eram legitimados pelo estatuto social específico da infância. (CASTELLANOS, 2002)

Pediatria, do grego *pais*, *paidos*, "criança", e *iatreia*, "Medicina", é a Medicina da criança. Na perspectiva de Gusson e Lopes (2010) o trabalho do pediatra, além do cotidiano médico de aliviar, confortar e curar traz encravado em sua prática, com forte cooperação da Puericultura, uma perspectiva de esperança para a criança que está se desenvolvendo na direção de vir a ser, pois o nível final desse desenvolvimento está estreitamente ligado às condições de vida e cuidados que recebe

Segundo Nascimento Sobrinho (2004) o objeto do trabalho médico constitui-se no corpo humano em sua composição anatomofisiopsicológica. Nesse aspecto, este corpo não é simplesmente, um amontoado de células e tecidos ou reações bioquímicas, trata-se de um corpo humano, que vivendo em sociedade é investido de significados e

história. Falar do profissional da área de Pediatria é também identificar os sujeitos que fazem parte do seu mundo interacional e, portanto áqueles que fazem de fato a existência do exercício de sua profissão: a criança

Em diferentes épocas, a infância como construção social mobiliza um conjunto de representações, concepções e crenças, mediante a perspectiva das condições estruturais da existência humana. Ao longo da história, o tratamento e a atenção que são imprescindíveis à criança, foram sendo modificados, devido às mudanças socioculturais e o crescente movimento político-econômico da sociedade.

Sobre a história da infância, Ariès (1981) afirma que “... até por volta do século XII, a arte medieval desconhecia a infância ou não tentava rerepresentá-la...”, possivelmente por não haver espaço para a idealização da infância como protagonista desse tempo, onde a mortalidade infantil assumia nível muito elevado. Esse sentimento de indiferença e insensibilidade estava relacionado, também, à concepção de uma infância demasiadamente frágil e de total dependência de cuidados.

Os indicativos de uma provável mudança ocorreram por volta dos séculos XIII e XIV, onde as crianças não eram caracterizadas por uma expressão particular e realista, mas por homens em miniatura. As crianças freqüentavam o meio social dos adultos acompanhando-os em suas atividades, assim que desenvolviam algum domínio ou controle físico e independiam da presença constante de suas mães, devendo logo após cinco ou sete anos de idade, aprender os ofícios.

Kramer (1997) coloca que “A criança não é um adulto incompleto, não é um pedaço inacabado de uma seqüência de etapas. Ela é um sujeito social e histórico, hoje, desenvolvendo-se sim, mas alguém real, cidadã, pessoa, gente”.

A Pediatria no Brasil teve grande impulso a partir de 1910, quando foi criada a Sociedade Brasileira de Pediatria, uma associação científica voltada para o estudo dos problemas e doenças infantis. Essa especialidade atende os problemas das crianças por meio de duas formas: a Puericultura, que cuida de prevenção e manutenção das condições de normalidade e a Clínica pediátrica ou Pediatria curativa, que cuida de sua restauração, quando alterada. Dentre os cinco setores da Pediatria (preventiva ou Puericultura, clínica, cirúrgica, neonatal e social). (GUSSON E LOPES, 2010)

O trabalho do pediatra possui características peculiares: lidar com a criança, com a mãe e familiares, especialmente a partir da idéia de *desenvolvimento*. A relação médico-paciente na pediatria é assim pautada por três termos: a criança, a mãe e o médico.

Castellanos (2002) explicita essa relação médico-paciente no campo pediátrico, mediado pela requisição da presença da mãe no atendimento clínico-pediátrico e aponta para a existência de uma “lacuna” na aproximação do médico em relação à criança. A instauração do saber médico sobre o corpo infantil é intermediada pelo lugar da interpretação localizado na família da criança. A mãe surge como evidência deste vazio existente entre o adulto médico e o corpo infantil da criança; mas surge também como uma solução possível para esta situação.

O Pediatra desse modo deve investir o máximo que puder na dimensão da relação médico-paciente-responsável para que possa desenvolver o seu trabalho com competência e mobilizar os seus saberes para tratar o paciente. Deverá articular a sua dimensão relacional, a tecnologia e o diálogo entre mãe e filho.

Essa tensão no campo da pediatria ainda se instaura de maneira mais visível, pois o pediatra necessita de um investimento maior, tendo em vista que para realizar o diagnóstico e intervir necessita da interação da mãe ou o responsável para intermediar o diálogo.

É nesse contexto que Nascimento Sobrinho (2004) afirma que “o trabalho médico na atualidade, apresenta-se tensionado, entre uma dimensão social-relacional e uma dimensão científica tecnológica”. A valorização e o nível de exigência da dimensão científico-tecnológica fazem com que o trabalhador médico necessite dedicar muito tempo a esta dimensão como forma de se manter atualizado, muitas vezes em detrimento do investimento na dimensão social-relacional que possibilitaria uma maior sensibilidade em relação às necessidades do paciente, sua família e o diálogo entre os diferentes profissionais.

Problematizar a dimensão relacional requer também discutir a formação desses profissionais de saúde que ainda está situado mediante o caráter técnico e fragmentado que desvaloriza a dimensão relacional.

Na visão de Araújo, Miranda e Brasil (2007) o modelo tradicional de formação, dito biomédico, baseia-se numa visão cartesiana de divisão corpo e mente, desqualificando assim aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no

processo de adoecer. Em função desse modelo, reduz-se o indivíduo a um organismo biológico e se gerou uma visão fragmentada e distanciada do ser humano.

Diante de tal aspecto, algumas críticas que têm sido direcionadas ao modelo hegemônico de formação das profissões de saúde, dentre elas a formação do médico. Tais críticas buscam discutir a formação desses profissionais e geraram movimentos organizados que culminaram na organização das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde (2001). Essas diretrizes representam uma tentativa de se romper com um modelo tradicional de formação biologicista e introduzir o paradigma da integralidade.

O paradigma da integralidade se contrapõe ao modelo biologicista que tem como centro da atenção indivíduo doente. As ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações da promoção e proteção à saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde a integralidade é o reconhecimento na prática dos serviços de que: 1. Cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; 2. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; 3. As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral; 4. O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde integral, voltado a promover, proteger e recuperar a saúde.

Pensar na perspectiva da integralidade é congrega a classe hospitalar e o profissional que atua nela como sujeito que deve promover a saúde no âmbito hospitalar, com práticas educativas que se traduza no cuidado do tripé bio-psico-social. O pedagogo interagi-se-a com outros profissionais da área de saúde, dentre eles o médico que necessita ter essa visão ampliada e compreenda a dimensão relacional, reconheça o paciente como um sujeito que deve ter preservado não apenas o seu biológico, mas o emocional e social.



Sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere
na busca, não aprendo nem ensino.
(Paulo Freire)

CAPÍTULO 3

3. Classe hospitalar: espaço em movimento

O presente capítulo tem a intenção de detalhar o movimento da educação especial e inclusiva como elementos presentes no cenário internacional a partir da Declaração de Salamanca e Jontien que influenciaram o Brasil no campo das discussões teóricas e na regulamentação de legislação educacional. Esse capítulo busca também analisar o impacto da hospitalização para crianças e adolescentes, bem como enfatizar o surgimento da classe hospitalar no mundo e seus dados quantitativos no Brasil, desde a criação dessa modalidade de ensino. As duas últimas discussões pretendem abordar as especificidades do trabalho pedagógico realizado na Classe Hospitalar do Hospital Universitário Professor Edgar Santos – HUPES/UFBA a fim situar o leitor sobre a organização do trabalho pedagógico desenvolvido nesse espaço que também se constituiu enquanto lócus dessa pesquisa.

3.1 Educação especial e educação inclusiva: elementos que se entrecruzam

O momento atual tem sido de significativas transformações, o que tem exigido novas propostas sociopolíticas na busca de soluções para problemas que, cotidianamente, estão impedindo a participação de todos os agentes sociais na garantia de direitos sociais como saúde e educação. Nesse contexto, cada vez mais a diversidade vem sendo concebida como algo imprescindível na construção de uma sociedade planetária.

Inclusão é o termo que se encontrou para definir uma sociedade que considera todos os seus membros como cidadãos legítimos. A discussão sobre a inclusão não é um "produto" novo ou um modismo, nem é um novo rótulo denominado: "pessoas incluídas", mas deve se basear em concepções filosóficas que consideram os homens como iguais em direitos e em valor.

Ao falar sobre inclusão é necessário antes de qualquer coisa abordar sobre a exclusão, uma vez que a primeira ocorre em detrimento da segunda, mas estão intrinsecamente relacionadas ao direito ou não da igualdade.

Nessa perspectiva, levantamos alguns dados históricos sobre a educação e mais precisamente, o espaço que a educação ocupava em diferentes períodos históricos. Para tanto, nos apoiamos nos estudos desenvolvidos por Carvalho (2004), a saber:

- Na antiguidade primitiva, a educação era voltada para o cotidiano, para a satisfação das necessidades. Era uma educação essencialmente prática espontânea, calcada na imitação e na verbalização. Todos eram alunos e todos eram educadores; a educação era igual para todos.

- Na antiguidade clássica, o pensamento pedagógico grego destacou-se e, até hoje, é apontada como singular avanço para a época. No entanto, a educação se restringia apenas aos homens livres, enfocando a importância do corpo.

- Na Idade Média, a cultura clássica cedeu espaço a uma nova ideologia inspirada no cristianismo. As idéias pedagógicas medievais conciliaram a fé cristã com a enorme e valiosa bagagem greco-romana, sendo que as obras clássicas eram reproduzidas pelos copistas, nos conventos. A educação era voltada para o clero e para nobreza.

- No período subsequente, chamado Renascimento, houve uma verdadeira revalorização das idéias pedagógicas greco-romanas, o que tornou a educação mais prática e restabeleceu a cultura do corpo. Mas o acesso a educação permanecia como privilégio do clero, nobreza e a burguesia que estava emergindo.

- A Idade Moderna caracterizou-se segundo Gadotti (1992), pela ascensão de uma nova e poderosa classe que se opunha aos modelos vigentes. O homem se tornou mais interessado pela astronomia, pela matemática, ao lado da técnica, das artes, da medicina, da biologia, dentre outras áreas do conhecimento.

Nesses períodos, as pessoas que possuíam necessidades especiais não eram tratadas como aprendizes e muitas eram mortas, pois as consideravam como encosto ou quando muito direcionavam a um espaço que desenvolviam práticas assistencialistas. O caráter emancipador e de respeito às diferenças é algo recente se compararmos ao período histórico que delimitava a educação apenas a uma minoria.

A concepção de uma educação inclusiva e não apenas vinculada ao contexto da educação especial como espaço que possibilita e inserção de alunos com necessidades educativas especiais apenas ao contexto regular começa a ser debatida a partir de documentos oficiais como a Declaração Mundial de Educação para Todos (Tailândia,

1990), Declaração de Salamanca (Espanha, 1994) e a LDB (lei 9493/96) que concebem essas pessoas como sujeitos possuidores de direitos.

O Brasil esteve presente como signatário e firmou compromisso com os países em melhorar a qualidade de educação e incluir milhares de alunos que por diferentes motivos estão afastados do processo educativo. Depois de firmado o compromisso várias políticas foram implementadas no intuito de ampliar e incluir crianças e adolescentes no cenário educativo.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela ONU em 2006, da qual o Brasil é signatário, estabelece que os Estados Parte devem assegurar um sistema de educação inclusiva em todos os níveis de ensino, em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social.

A Educação Especial está, na LDBEN (1996), conceituada como modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais e, nas Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (2001):

Processo educacional escolar definido por uma proposta pedagógica que assegure recursos e serviços educacionais especiais, organizados institucionalmente para apoiar, complementar e, alguns casos, substituir os serviços educacionais comuns de modo a garantir a educação escolar e promover o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentam necessidades educacionais especiais, em todas as etapas e modalidades da educação básica.

Essas conceituações em torno da Educação Especial como modalidade de educação nos faz refletir sobre a limitação pela qual os documentos oficiais têm a compreendido, como sendo um sistema paralelo ao de educação regular. Importa ressaltar que a educação inclusiva não se coloca como superior a educação especial, mas busca ampliar ao entendê-la como processo que não fragmenta e perpassa por todos os níveis de ensino.

A recente Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008) traz uma crítica em relação ao entendimento da educação especial que durante muito tempo perdurou, sendo compreendida de forma paralela à educação comum e mais apropriada para a aprendizagem dos alunos que apresentavam deficiência, problemas de saúde, ou qualquer inadequação com relação à estrutura

organizada pelos sistemas de ensino. Essa concepção exerceu impacto duradouro na história da educação especial, resultando em práticas que enfatizavam os aspectos relacionados à deficiência, em contraposição à dimensão pedagógica.

Carvalho (2004) explicita a necessidade do princípio da inclusão deixar de ser compensatória ou assistencialista para integrar melhor os alunos que por diversos motivos (dificuldade de aprendizagem, problemas patológicos, necessidades especiais, entre outros) não conseguem conviver em uma instituição escolar seletiva, desigual e leiga no tratamento necessário com a diversidade.

Diante desse embate pedagógico em relação a uma educação que respeite as diferenças, alguns questionamentos sobre educação inclusiva têm aumentado as discordâncias entre os estudiosos no que diz respeito aos conceitos de integração e inclusão.

Para situar esses termos em nossas discussões, utilizamos os estudos de Carvalho (2004) que explicita a divergência entre esses dois termos. Segundo essa autora “o modelo organizacional” que se constituiu sobre o princípio da integração, os alunos deveriam adaptar-se as exigências da escola, já no da inclusão a escola é que deve adaptar-se às necessidades dos alunos (p.67)”.

Com base nessa perspectiva, utilizamos o termo inclusão para representar uma proposta educativa que oferece diferentes modalidades de atendimento educacional e que permite o êxito na aprendizagem de qualquer aprendiz.

O conceito de escola inclusiva, ainda segundo Carvalho (2004), pressupõe uma nova maneira de entendermos as respostas educativas com vistas à efetivação de uma ação didática diferenciada e que possa atender a diversidade, levando em consideração a garantia dos direitos como: acesso, ingresso e permanência com sucesso em escolas de boa qualidade (onde se aprende a aprender, a fazer, a ser e a conviver); no direito de integração com os colegas e com os educadores; de apropriação e de construção do conhecimento. Esses direitos implicam, necessariamente, em previsão e provisão de recursos de toda a ordem.

O paradigma da inclusão dessa forma envolve um repensar da política e das práticas educativas com vistas a formulação e efetivação das propostas educativas. Sasaki (1997) enfatiza que uma nova ética se impõe, conferindo a todos igualdade de

valor, igualdade de direitos – particularmente o de equidade – e a necessidade de superação de qualquer forma de discriminação por questões étnicas, sócio-econômicas, de gênero, de classes sociais ou de peculiaridades individuais mais diferenciadas.

O grifo da citação acima foi adotado para chamar a atenção do leitor, pois essas peculiaridades individuais na qual o autor coloca, trata-se também da exclusão de muitas crianças que por motivo de imposição da doença acabam se afastando da escola. As crianças hospitalizadas se traduzem como alunos temporários da educação especial que devem ter uma assistência educativa que respeite as suas especificidades

3.2 O impacto da hospitalização no cotidiano das crianças e dos adolescentes.

A doença é vista pela maioria das crianças como um castigo, principalmente quando são afastadas de seu lar, de seus amigos, de seus familiares para se submeterem a processos clínicos, às vezes agressivos e dolorosos. Esses procedimentos em alguns casos desenvolvem a depressão, muitas vezes não entendida pela sociedade e pela família, levando a criança a reprimir os seus sentimentos de medo e de tristeza.

Desse modo, a hospitalização em determinadas situações constitui um risco igual ou maior do que a própria patologia da criança. Esse risco é compreendido a partir das diferentes reações, incluindo o choro excessivo, negativismo, mau-humor ou uma grande passividade, trazendo prejuízos a sua subjetividade.

Spitz (1972) formulou o conceito de “síndrome do hospitalismo” para designar um conjunto de distúrbios e efeitos prejudiciais que a hospitalização prolongada traz ao desenvolvimento emocional das crianças hospitalizadas privadas dos laços afetivos. Enfatizou-se o aspecto do vínculo que a criança estabelece seja com quem cuida dela ou com quem interage de forma sistemática. Goffman (2001) aponta em sua obra a perda de autonomia imposta ao indivíduo por instituições como o hospital

Espaços alternativos como as brinquedotecas têm sido incorporadas no hospital com o intuito de tornar o hospital menos hostil, com mais diversão nas enfermarias pediátricas para o acolhimento infantil e familiar.

Uma grande conquista pode ser evidenciada no que se refere à forma de acolhimento as crianças que ficam internadas e têm o direito garantido a um acompanhante 24 horas. Essa conquista está expressa mediante a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) que institui a permanência obrigatória de acompanhante durante todo o internamento nos hospitais que atendem o público infantil.

No momento em que a criança tem reações como: choro, medo, angústia e outros, os familiares têm igual reação emocional. Sentem raiva da equipe de saúde por ter feito o diagnóstico e por acreditar que não os tratarão adequadamente, se culpam e, ao mesmo tempo, sentem vontade de recuperar as oportunidades perdidas, tentando se dedicar, integralmente, às crianças.

Discorrer sobre a hospitalização infantil é um desafio, já que a criança é por natureza, alegria, crescimento e vida, em contraposição a doença que implica em tristeza, remédio e impotência em realizar as atividades que são corriqueiras no seu dia-dia como correr, brincar, ir à escola, passear e outros. Não é fácil explicar para uma criança o que é a “doença”, mas a realidade não pode ser ignorada, pois a internação não é algo fácil de aceitar imediatamente, uma vez que a criança passa a viver em um ambiente que é desconhecido e que lhe impõe limites.

Lindquist (1993) descreve a importância de cada paciente receber informações sobre sua enfermidade e procedimentos médicos, para diminuir a frequência de respostas ao medo e à ansiedade, fazendo com que as crianças colaborem com tais procedimentos. Conversar honestamente com a criança utilizando termos compreensíveis que seja fácil sobre a sua patologia favorecerá a sua compreensão, pois é capaz de observar na expressão do adulto o que muitas vezes lhe é ocultado.

Segundo Cavalcante (1977) durante a internação a criança apresenta diferentes reações e, às vezes, vivenciam situações difíceis de serem amenizadas, ficam irritáveis e agressivas. A doença na criança gera desajustamento e desequilíbrio na estruturação do seu dia-dia e da família percebendo na maioria das vezes a enfermidade como a agressão.

Uma criança que experiencia a hospitalização e o adoecimento, inevitavelmente estabelece contato com os sentimentos de morte, negação e solidão, por isso é necessário ajudá-la com atitudes que minimize essas sensações.

Existem alguns fatores orgânicos que são reflexos decorrentes da internação, dentre eles, se encontram alguns sintomas explicitados por Cavalcante (1977), como: agitação, depressão, insônia e agressividade.

- agitação: tem como reflexo principal a ansiedade, normalmente, nos traz a sensação de preocupação, inquietude e acaba nos assustando de algum modo.

- depressão: esse estágio é caracterizado pela tristeza, melancolia, perda de apetite, choro e movimentos atípicos. A depressão não é algo considerado como uma particularidade apenas do adulto, pois esses sintomas demonstram que a criança também é um alvo da depressão.

- agressividade: no ambiente hospitalar esse estágio poderia ser interpretado como uma forma do paciente tentar proteger-se, não só das agressões que a doença e os procedimentos clínicos estão lhe causando, mas também da sensação de perda que aquele ambiente lhe traz. Basicamente nesse ambiente a agressividade é entendida como um escudo de proteção do paciente.

- insônia: esse é um dos sintomas mais visíveis, pois na maioria das vezes o sono se torna um inimigo para a pessoa que está internada, pois o ato de dormir lhe causa medo, esse medo é proveniente da sensação de que dormindo a pessoa esteja vulnerável a morte.

Esses sintomas que são desencadeados pela hospitalização trazem enormes prejuízos para a criança. Salientamos que a hospitalização afasta a criança do seu espaço social – *locus* imprescindível para a construção de suas relações com o mundo, inserindo-a em hábitos diferentes do seu cotidiano, seus movimentos e procedimentos que não dependem mais de suas escolhas.

Ainda segundo Barros (2007), o processo de escolarização no hospital é um fator que contribui para o enfrentamento do estresse da hospitalização. Essa contribuição é em parte alcançada graças ao significado da escola na composição das experiências infantis e juvenis.

Segundo Angerami-Camon (1994), ao ser hospitalizado, o paciente sofre um processo de despersonalização, passando a ser identificado com um número ou uma patologia. A criança ao ser hospitalizada também sofre esse processo de despersonificação e não é mais conhecido pelo seu nome, mas como o paciente do “quarto A”, “leito 21” ou

caracterizado pela sua própria patologia. Esse fator contribui para que a criança não se sinta a vontade no hospital, além de promover um desequilíbrio em sua identidade.

A síndrome do hospitalismo é caracterizada por Garijo (1998, p.3) da seguinte maneira:

... é atribuído a transtornos que a criança apresenta devido a ausência prolongada do ambiente familiar e à falta de relações afetivas próprias do indivíduo, essenciais durante a infância, já que é neste período que começam a ampliar-se as relações sociais. Por outro lado, sua sensibilidade está mais aguçada.

Essas relações afetivas próprias do indivíduo se referem à socialização na escola, relações interpessoais com os amigos e demais agentes da sociedade.

Ceccim e Fonseca (1999) trazem uma importante reflexão em relação ao rompimento desses vínculos e a subjetividades dos sujeitos, explicitando que a partir dos quatro anos de idade para a grande maioria das crianças das sociedades letradas ou escolarizadas, o desejo de pertencer a uma escola, de integrar a um grupo de alunos e ter uma professora faz parte da construção saudável da subjetividade. Entretanto, a perda ou risco desse corte representa ameaça de dano psíquico.

Ao estruturar o seu processo de desenvolvimento e construir a identidade, as crianças precisam de constantes interações e de condições emocionais para construção de si e dos elementos significativos que estão ao seu redor, já que o homem se constrói na relação com o meio, visto que a ação significativa dos grupos ou comunidades atua em qualquer sociedade como marco de referência para as pessoas.

De acordo com dados retirados do artigo Panorama da classe hospitalar no mundo de autoria da Professora Alessandra S. S. Barros, no Brasil existem cerca de 400 mil crianças entre 5 e 9 anos e quase um milhão e meio de adolescentes entre 10 e 19 anos foram internados em hospitais públicos no ano de 2005. As causas de hospitalização mais frequente de criança entre 5 e 9 anos, são as doenças do sistema respiratório (que representa quase 30% das hospitalizações nessa idade) seguidas pelas doenças transmissíveis (representando 18%), com ênfase para diarreia e outras doenças infecciosas intestinais. Para adolescentes do sexo feminino, as causas mais frequentes são complicações na gravidez ou no parto (70%), doenças do aparelho geniturinário (5%) e doenças do aparelho respiratório. Adolescentes do sexo masculinos são

internados em razão de lesões, fraturas e envenenamentos, provenientes de acidentes e violência (30%). Em razão de doenças do aparelho respiratório (12%) e de doenças do aparelho digestivo (10%).

Esses dados nos apontam que uma grande parcela da população, dentre elas representadas por crianças e adolescentes acabam ficando afastadas do seu contexto escolar e tem o seu emocional abalado pelo processo de internação, tendo que seguir as orientações dos profissionais de saúde, ficam privados do seu lar, separados de amigos, irmãos e dos seus objetos pessoais (brinquedos, games, roupas).

Ao contrário do cliente do consultório, que se mantém com o direito de acatar ou não o tratamento, o cliente hospitalizado tem sua vontade, sua individualidade e sua intimidade desconsideradas e invadidas, deixando de ser sujeito para ser apenas objeto da prática dos profissionais que atuam no hospital (ANGERAMI-CAMON, 1994).

Tendo em vista tais aspectos, algumas leis tem sido implementadas no âmbito hospitalar a fim de tornar-lo um ambiente mais acolhedor para crianças e adolescentes. Dentre essas leis podemos citar em termos constitucionais a lei 11.104/2005, de autoria da Deputada Luiza Erundina (PSB - SP), no ano de 2005, tornou obrigatória a instalação de brinquedotecas em hospitais públicos e privados que possuem unidades pediátricas no Brasil.

É bem verdade que esses espaços também sofrem de carência humana com profissionais especializados e com investimentos de brinquedos e materiais em geral para possibilitar um ambiente atrativo e diverso a todas as faixas etárias.

3.3 Classe hospitalar: panorama internacional, nacional e local

As iniciativas educativas no cenário hospitalar não é um movimento recente e nem tem como pioneiro o Brasil. A sua existência se difundiu em muito após a segunda guerra mundial e ao longo do tempo foi se transformando em ações mais sistematizadas e respaldadas mediante estudos na área de educação.

Segundo Vasconcelos (2006), a classe hospitalar teve seu início em 1935, quando Henri Sellier criou a primeira escola para crianças inadaptaadas nos arredores de

Paris. Seu exemplo foi seguido por outros países como Alemanha e Estados Unidos, com o objetivo de atender às dificuldades escolares das crianças portadoras de tuberculose. O grande marco para a existência das classes hospitalares se deu após a segunda guerra mundial. Havia um número expressivo de crianças e adolescentes mutilados e impossibilitados de frequentar a escola.

Experimentada pelo pioneirismo de Merie-Louise Imbert, em 1929, ‘A escola no hospital’, funcionava junto a sanatórios em que as crianças ficavam hospitalizadas por muito tempo. Outras iniciativas como a de Marguerite Perrin, em 1945, com as *dames de jeu* (senhoras que entretêm), denominadas ainda de *les blouses roses* (as blusas cor-de-rosa), são referências de serviço para crianças enfermas.

Surge em 1939, o C.N.F.E.I. – Centro Nacional de Estudos e de Formação para a Infância Inadaptada de Suresnes, com o objetivo de formar professores, num tempo regular de dois anos, para o trabalho em institutos especiais e em hospitais, sendo criado o cargo de Professor Hospitalar junto ao Ministério de Educação na França. Este centro de estudos promove estágios em regime de internato dirigido a professores e diretores de escolas; aos médicos de saúde escolar e a assistentes sociais (VASCONCELOS, 2006).

Na França, estas experiências se amplificaram, dando origem a outras iniciativas, como a Associação para a melhoria das condições de hospitalização das crianças (Apache), criada na década de 40. A experiência desta associação se deve a outras experiências estrangeiras. Pertencente a uma associação europeia, *European Association for Children in Hospital* (Associação Europeia para Criança em Hospital) – EACH, a Apache vem mantendo relações regulares com outras que buscam os mesmos objetivos em outro dezesseis países europeus.

No Brasil, Menezes (2004) descreve alguns fatos históricos que ilustram o caráter social e humano integrados aos hospitais relativos à Educação. A história da educação no hospital começa por volta de 1900 no Brasil no atendimento a pessoas deficientes físicas na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

As classes com mais tempo de atuação foram criadas no município do Rio de Janeiro (1950 e 1953), onde existe a classe hospitalar do Hospital Municipal de Jesus (hospital público infantil), que é a mais antiga classe hospitalar em funcionamento no país. Suas atividades foram iniciadas, oficialmente, em 14 de agosto de 1950 (MENEZES, 2004, p.7).

Importa destacar que os atendimentos realizados nessa época estavam pautados mediante um caráter assistencialista e espontaneísta, ou seja, desvinculados da ação educativa, mediante a escolarização. À medida que foram ampliando a quantidade de classes no hospital e investigações científicas na área começaram a sistematizar o atendimento na classe hospitalar.

Fonseca e Ceccim (1999) abordam que a criação de classes hospitalares não é um fenômeno recente e esclarecem que, a partir da segunda metade do século XX, observou-se que, em países desenvolvidos, como Inglaterra e Estados Unidos os orfanatos, asilos e instituições que prestavam assistência a crianças violavam aspectos básicos do desenvolvimento emocional das mesmas, por falta de atendimento integral, decorrendo daí, a iniciativa de implementar experiências educativas para crianças e jovens internados em instituições hospitalares.

Na atualidade temos por volta de 110 classes hospitalares espalhadas em todas as regiões do Brasil, conforme dados do mapa abaixo apresentado pela pesquisadora Eneida Simões da Fonseca no ano de 2008 em evento sobre classe hospitalar.

Figura 2 – Localização das classes hospitalares no Brasil.



Fonte: Fonseca, E. 2008. In:<http://www.fundacioncarolinabrasil.org.br>

Na região nordeste, a Bahia se destaca com um número significativo em comparação a regiões como Norte, Centro-Oeste e Sul. Esse número tem dentro de sua parcela uma quantidade razoável de classes hospitalares na cidade de Salvador, pois a

prefeitura mediante parceria com o Instituto Criança Viva consegue atender a inúmeros hospitais públicos, fazendo valer o direito dessas crianças.

Embora tenha sido expressivo o aumento das classes hospitalares em todas as regiões do Brasil há que considerar que esse número se torna irrisório diante das instituições de saúde presentes no país. Dados do IBGE (2010) demonstram que estabelecimentos de saúde em atividade total ou parcial aumentaram de 77 mil em 2005 para 94 mil em 2009 (22,2%). Das 52 mil unidades assistenciais públicas em atividade, 95,6% são municipais e, das 42 mil unidades particulares, 90,6% têm fins lucrativos.

Considerando que segundo dados do IBGE (2010) têm 52 mil unidades públicas de saúde e apenas 110 delas possuem classe hospitalar, indica o descaso perante a lei que garante e reconhece o direito a educação da criança hospitalizada. Tais números explicitam a falência das políticas voltadas para inclusão e as lacunas do estado em prover financeiramente os espaços voltados para a escolarização das crianças e adolescentes no âmbito hospitalar.

Fonseca, pesquisadora da UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), ao realizar mapeamento das escolas hospitalares existentes no Brasil verifica que muitas classes têm vínculos de pesquisa e extensão universitárias com faculdades de educação ou medicina e seguem roteiros próprios, orientados por teorias específicas do saber em educação ou em saúde.

Desse modo, estão mais ligadas aos centros de pesquisa, no caso as universidades e não possuem financiamento do MEC ou Ministério da Saúde quanto a recursos destinados a setor humano (professores, coordenadores e equipe de apoio), equipamentos e mobiliários, material de consumo e suprimentos necessários a manutenção do espaço.

Existem em Salvador cerca de treze classes hospitalares distribuídas entre hospitais e em casa de apoio coordenada pela Secretaria Municipal de Educação de Salvador através do programa Criança Viva, 01 classe do Hospital Universitário Professor Edgar Santos gerida pela Faculdade de Educação\UFBA, 02 classes hospitalares lotada no Hospital Irmã Dulce e outra de instância Federal da rede SARA. Desse modo, temos em média de 17 classes hospitalares na cidade de Salvador conforme dados oficiais.

Ressaltamos não ser possível caracterizar e quantificar os dados em relação a essa modalidade de atendimento em nossa cidade, pois não existem dados atualizados no site da Secretaria Municipal de Educação do nosso município. Não é intenção dessa pesquisa fazer constar o número exato de classes hospitalares no município de Salvador, mas gostaríamos de ressaltar o crescimento desse atendimento como um interessante aspecto a ser observado. Existe nessa área dificuldades na precisão de números de classes hospitalares, pois muitas vezes temos estudiosos que buscam quantificar esses dados, mas não publicam o que dificulta o acesso a outros pesquisadores.

Importa ressaltar que ao comparar com os dados apresentados por Fonseca no mapa da página 54 é possível evidenciar que já houve um aumento do quantitativo de classe hospitalar na Bahia, ou seja, em 2008 era um total de 13 e atualmente se estenderam para 17 classes. Em termo de representatividade a Bahia em comparação aos outros estados da região Sudeste e Sul tem um numero expressivo e aparece em 2º lugar como o estado que mais possui classe hospitalar. Cabe ressaltar que as 17 classes hospitalares que são enfatizadas nesse texto se referem à cidade de Salvador, pode ser que outras cidades do interior da Bahia possuam esse tipo de atendimento, mas ainda não entraram no mapeamento.

É bem verdade que existem dificuldades no mapeamento dessas classes, pois não existe nenhum órgão responsável para supervisionar e acompanhar o seu funcionamento. Embora o MEC ter sistematizado as orientações desse atendimento, deixa uma lacuna em relação ao financiamento e acampamento desses espaços. As iniciativas para mapear ficam a cargo de pesquisas científicas de estudiosos da área que buscam fazer caracterização do quantitativo e do perfil dos profissionais que atuam nesse espaço.

3.4 Aspectos legais da classe hospitalar

As ações governamentais que dizem respeito à educação, os programas que tenham por objetivo atingir a área educacional, podem ser entendidas como políticas educacionais. Neste caso, o termo política deve ser entendido como projeto, não como exercício de alguma forma de poder. As políticas educacionais são estratégias

promovidas a partir do nível político com o objetivo de desenvolver um determinado modelo social.

As Políticas educacionais têm desse modo o objetivo de institucionalizar ações em diversos âmbitos sociais a fim de garantir direitos a toda população. As Políticas não se traduzem como documentos estáticos, pois ao longo da evolução social, vai se modificando tendo em vista o projeto social de cada país.

Com a evolução da sociedade, a educação que antes se processava sem seriação escolar, sem classes de alunos e sem professores especialistas, foi se constituindo aos poucos em um processo que envolve escolas, salas, docentes e métodos pedagógicos. Um processo que exige objetivos e certa direção (definição do caminho a seguir, das etapas a percorrer) para atingi-los. É nesse momento que surge a política educacional. (MARTINS, 2002, p.15).

Em 1969, a legislação brasileira garante o processo educativo aos portadores de doenças, sancionando a Lei 1.044\69 (BRASIL, 1969), que “dispõe sobre tratamento excepcional para os alunos portadores das afecções, traumatismo ou outras condições mórbidas, determinando distúrbios agudos ou agonizados”. No ano de 1975 as gestantes adolescentes passam a ter a garantia de continuidade do processo educativo em domicílio e após o parto através da Lei 6.202\75.

Essas leis foram as primeiras iniciativas oficiais no Brasil em relação ao atendimento de indivíduos em processo de hospitalização e de atendimento domiciliar que garantem direitos na legislação brasileira. Ao decorrer do texto elencaremos outras leis que foram ampliando a garantia de direitos e legalmente institucionalizaram a classe hospitalar.

Posteriormente o direito da criança e do adolescente hospitalizado tem suas necessidades educacionais reconhecida, inicialmente, a partir da Constituição de 1988 que em seu artigo 205 estabelece: “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”.

A expressão “direito de todos” nos remete a pensar num modelo educacional que atende indistintamente ao ser humano, independente de sua especificidade ou dificuldades de se locomover num espaço formal, como a escola.

Esse direito à educação, defendido em diferentes espaços, também é preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Lei 8.069/1990, quando afirma que a proteção integral implica na garantia ética, moral e legal de garantir as crianças e adolescentes todas as oportunidades que lhes possibilitem o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade. As recomendações explicitadas nesse documento convergem para a afirmação de que a educação ultrapassa os muros da escola e implica na busca de alternativas e provisão dessas demandas.

Legalmente, a Declaração dos Direitos das Crianças e do Adolescente Hospitalizado, Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995, reconhece o direito da continuidade da escolarização as crianças e adolescentes que se encontram hospitalizadas. Essa resolução defende que a criança ou o adolescente hospitalizado deve estar vinculados a programas de educação com acompanhamento do currículo escolar de acordo com sua fase cognitiva, tendo em vista a permanência no hospital.

É importante ressaltar que nesse trabalho nos apropriamos do termo classe hospitalar entendida como atendimento pedagógico educacional prestado a crianças e adolescentes que se encontram em processo de hospitalização. Tal terminologia encontra subsídios no documento MEC/SEESP (1994).

No ano de 2002 o Ministério da Educação e Cultura publica um documento intitulado de “Classe Hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações” com o objetivo de regulamentar o trabalho pedagógico, espaço físico, recursos humanos, formação de professores e integração entre os sistemas de saúde e educação para atuar no cenário hospitalar

Conforme preconiza o documento “**Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar**: estratégias e orientações (2002) elaborado pelo MEC denomina-se a classe hospitalar como:

o atendimento pedagógico-educacional que ocorre em ambientes de tratamento de saúde, seja na circunstância de internação, como tradicionalmente conhecida, seja na circunstância do atendimento em

hospital-dia e hospital-semana ou em serviços de atenção integral à saúde mental.

A Classe Hospitalar desse modo é uma modalidade de atendimento prestada a crianças e adolescentes internados e parte do reconhecimento de que esses jovens pacientes, uma vez afastados da rotina acadêmica e privados da convivência em comunidade, vivem sob risco de fracasso escolar e exclusão. Nos termos da política de educação especial do Ministério da Educação, crianças e adolescentes hospitalizados são portadores de necessidades especiais.

As Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica 2001 considera as classes hospitalares “como trabalho desenvolvido por professor de Educação Especial, com alunos que estejam hospitalizados e atendimento domiciliar – atendimento prestado no âmbito familiar” (BRASIL 2001, P. 35).

No que concerne ao objetivo das classes hospitalares esse documento expressa como pressuposto “manter o aluno atualizado com referência ao currículo desenvolvido na escola em que estiver matriculado; em desenvolver currículo flexibilizado com crianças e jovens não matriculados no sistema educacional local” (BRASIL 2001, p. 35).

Embora as classes hospitalares estejam respaldadas por documentos legais ainda existe a problemática da institucionalização destas nos espaços hospitalares, bem como uma melhor definição quanto aos recursos financeiros que possam conferir a essa modalidade de educação a aquisição de bens (humanos e materiais) na concretização dessa modalidade.

Barros (2007) relata que o trabalho pedagógico no hospital ocorre mediante a escassez de recursos de variadas ordens, muito próprio daquela já comum no financiamento da educação e da assistência de caráter público. Essas classes enfrentam algumas dificuldades como: a falta de livros, jogos, brinquedos, artigos de papelaria, mobiliário que devem ser prioridade para as políticas públicas.

As Diretrizes da Educação Especial (2001) são claras ao enfatizar a articulação entre o sistema de ensino com os sistemas de saúde a fim de garantir parcerias que garantam os direitos dessas crianças e adolescentes.

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

Ceccim e Fonseca (1998) afirmam que dispor do atendimento em classe hospitalar, mesmo que por um tempo mínimo, talvez pareça não significar muito para uma criança que vai a escola regular. No entanto, tem caráter importantíssimo para a criança hospitalizada, uma vez que ela pode atualizar suas necessidades, desvincular-se mesmo que momentaneamente das restrições que um tratamento hospitalar impõe e assim, adquirir conceitos importantes para sua vida escolar e pessoal.

A internação hospitalar desse modo em nada impede que novos conhecimentos e informações possam ser adquiridos, contribuindo assim para a garantia do direito à educação. A criação da escola em hospitais é resultado do reconhecimento formal de que crianças hospitalizadas, independentemente do período de permanência na instituição ou de outro fator qualquer, têm necessidades educativas e direito a cidadania, onde inclui a escolarização.

Barros (1999) traz importante contribuição ao considerar que o ambiente do hospital não é *a priori* um local estimulador de aprendizagem no grau de sistematização e acumulação sequenciada de conhecimento como é o caso da escola. Por isso, a classe escolar nesse ambiente deve priorizar não apenas um aspecto de escolarização que trabalha com o conteúdo formal e curricular estático, mas incorporar ações didáticas diferenciadas para os sujeitos que nesse momento estão afastados da convivência escolar

Sob esse prisma há de se romper as barreiras atitudinais, conceituais, políticas e sociais que têm impedido a “classe hospitalar”, desde sua origem até o momento atual em expandir e concretizar-se como espaço essencial para promover a educação de milhares de crianças e adolescentes hospitalizados no país.

Se já temos documentos que regulamentam a modalidade de ensino da classe hospitalar, pesquisas que enfatizam a relevância desse atendimento, as diretrizes do curso de formação em Pedagogia revelando a autenticidade de espaços de aprendizagem que não só a escola e os próprios espaços formativos (universidades e faculdades) reconhecendo esse atendimento, o que falta para de fato institucionalizar esse atendimento em todos os hospitais?

Gil (2004) em relação ao afastamento de crianças em processo de internação aborda que tratamentos hospitalares longos, levam ao afastamento escolar, privando muitas crianças do acesso à escola, provocando sérios problemas globais de desenvolvimento infantil, podendo ocasionar inclusive, graves problemas de natureza psicopatológica.

A criança que se vê ou se sente obrigada a se afastar, mesmo que temporariamente de sua escola por problemas de saúde, pode passar por um processo de desmotivação ou estigmatização de sua doença, daí a necessidade de ser inserida na educação inclusiva.

A classe hospitalar tem o papel de promover uma escuta pedagógica às necessidades e interesses da criança hospitalizada, se constituindo como um *lócus* de aprendizagem e desenvolvimento, o que contribuirá ainda para que não fiquem em defasagem com conteúdos e programas referente ao processo de escolarização.

Nesse sentido, defendemos uma escola para todos, conforme preconiza a legislação em vigor, lembrando que a escola deve se adequar aos interesses e necessidades dos indivíduos mediante a troca entre os pares e as pessoas que envolvidas aprendem juntas (FONSECA, 2003).

3.5 Educação e saúde: tecendo diálogos em torno da escolarização de alunos-pacientes em enfermarias pediátricas

O espaço hospitalar tradicionalmente se constituiu como *lócus* de trabalho dos profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros. Vasconcelos (2006) relata que só a partir do século XX que profissionais como Psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais começam a ingressar nesse espaço para trabalhar com aspectos terapêuticos e sociais.

Dentre os novos profissionais que atuarão no cenário hospitalar está o professor como responsável pela continuidade do processo de escolarização de alunos-pacientes da enfermaria pediátrica que por motivos ligados a doença necessitam se afastar de sua escola de origem.

Silva (2001) tem discutido a necessidade de ações interligadas no campo da educação e saúde, enfatizando a necessidade de diálogo entre as áreas, de maneira a favorecer uma abordagem interdisciplinar. Na percepção desse autor a Escola Promotora de Saúde trás uma proposta inclusiva e deve estimular e garantir uma participação ativa de cada ator envolvido: alunos e seus familiares, professores, funcionários, profissionais de saúde -particularmente o pediatra -, grêmios, associações e outros membros e setores da comunidade. É preciso, portanto priorizar o diálogo, evitando monólogos autoritários de propostas verticais, com soluções prontas e isoladas e assim aprimorar a escuta e dar voz à comunidade escolar, garantindo-se o seu “empoderamento”.

O diálogo entre a equipe de saúde e o professor que atua em uma enfermaria também se faz imprescindível, visto que o indivíduo hospitalizado deixaria de ser concebido como uma parte doente que deve ser tratada tão somente pelo saber médico, devendo ao contrário, ser considerado como um “todo” multifacetado em que diversos aspectos- sociais culturais e afetivos estão em permanente interação. (NUNES, 2010).

Para dar conta dos processos educativos em vários contextos sociais a Pedagogia tem buscado o seu lugar como ciência que estuda a educação e busca seus pressupostos em diferentes áreas do conhecimento.

Encontramos em Mazzotti (1998) e Libâneo (2000) o conceito de Pedagogia mediante uma concepção ampla. Segundo Mazzotti (1998) pode ser considerada como Ciência da educação, ou seja, como uma ciência do fazer educativo, que não se efetiva como uma tecnologia, mas como uma reflexão sistemática sobre a técnica particular que é a educação.

Na visão de Libâneo (2000) essa ciência se traduz como um campo do conhecimento que se ocupa do estudo sistemático de educação isto é, do ato educativo, da prática educativa concreta que se realiza na sociedade como um dos ingredientes básicos da configuração da atividade humana.

Há portanto nessas citações uma evidência em relação ao objeto de estudo da Pedagogia como uma ciência mais ampla que se ocupa das ações educativas desenvolvidas no cenário social e ultrapassam os muros da escola se estendendo a diferentes contextos, tais como: penitenciárias, hospitais, acampamento de sem terra e em instituições não governamentais.

A Pedagogia adquire assim tem contribuído com uma nova experiência que contribui no acervo teórico-prático de atenção pedagógica aos sujeitos hospitalizados. Gonzales Simancas e Polaino Lorente (1990, p.126) exemplificam essa pedagogia no hospital como Pedagogia Hospitalar e tenta conceituar:

(...) que se pode entender, por Pedagogia Hospitalar, aquele ramo da pedagogia cujo objeto do estudo, investigação, dedicação é a situação do estudante hospitalizado, a fim de que continue progredindo na aprendizagem cultural, formativa e, muito especialmente, quanto ao modo de enfrentar a sua enfermidade com vistas ao auto cuidado e a prevenção de outras possíveis alterações de saúde.

Nessa perspectiva, essa Pedagogia Hospitalar se propõe a contribuir como uma ação educativa que se refere a um saber pautado nos princípios da Pedagogia e não se opõe e nem se confunde com a ação e finalidade da Medicina. Nessa lógica, a Pedagogia insere-se num pluralismo de ações educativas inclusivas, em cujo âmbito hospitalar muito se tem a investigar e a contribuir. Mattos e Muggiatti (2001, p.60) afirmam que nesse tipo de Pedagogia:

(...) as modalidades da sua ação e intervenção devem ser muito bem programadas e adaptadas frente às capacidades e disponibilidades do enfermo. Não é tarefa das mais fáceis tal adequação, pois se na atual realidade do país ainda há grande retraimento na educação formal, que pensar, então, de uma educação descompartmentada dos ambientes escolares, incluídos em realidades diferenciadas?

Tal citação explicita a importância do planejar ações nesse contexto, já que educar nesse espaço pressupõe pensar nos limites e possibilidades de crianças com rotina e procedimentos clínicos diários que em alguns casos afetam o seu aspecto emocional.

Algumas críticas têm sido direcionadas a Pedagogia Hospitalar pelo fato de não constar nos documentos legais e por se caracterizar como uma proposta que ao garantir aspectos físicos, emocionais e psíquico pode instituir um caráter psicologizante ou puramente recreacionista da educação. A inexistência do termo Pedagogia Hospitalar perante os documentos oficiais não exclui nesse trabalho a utilização de tal conceito e compreensão deste como campo de investigação, pois nem sempre a formulação das leis conseguem abranger os anseios de diferentes pesquisadores em relação as terminologias.

Ao comungar da concepção de Fontes (2005) e Menezes (2004) que compreendem que a classe Hospitalar estaria contida na Pedagogia Hospitalar, desse modo, uma não substitui a outra e ambas tem natureza distintas. Como podemos ver em Fontes (2005), quando ressalta que:

Podemos entender a Pedagogia Hospitalar como uma proposta diferenciada da pedagogia tradicional uma vez que dá em âmbito hospitalar e que busca construir conhecimento sobre esse novo contexto e aprendizagem que possam contribuir para o bem estar da criança hospitalizada... Essa definição não exclui o conceito de classe hospitalar. Pelo contrário parece mais abrangente, pois não exclui a escolarização da criança que se encontra internada por várias semanas ou meses, mais a incorpora dentro de uma nova dinâmica educativa.

A Pedagogia Hospitalar se propõe a investigar os processos educativos ocorridos na classe hospitalar, podendo investigar elementos que se referem a prática educativa, a formação de professores, aspectos referentes ao currículo, a avaliação e tecer diálogos entre a saúde e educação.

A educação não deve ser apenas vivenciada no ambiente restrito a escola e circunscrita aos professores, alunos e conteúdos conceituais. Cotidianamente escutamos que a escola deve ser promotora de saúde e desse modo o hospital pode e deve ser promotor de educação (NASCIMENTO, 2006)

Nesse cenário teremos o encontro entre saúde e educação mediante a articulação das relações intersetoriais e interinstitucionais com alguns desafios em torno do diálogo e delimitações de espaço, conhecimentos de diferentes áreas e a superação de barreiras comunicacionais.

Arosa e Ribeiro (2008) compreendem que no processo da intersectorialidade resulta e se constrói na articulação entre os diversos agentes sociais, que mobilizam saberes, fazeres e valores ético-políticos no enfrentamento de questões sócio-econômicas, políticas, culturais na busca pelo atendimento das diversas demandas da sociedade, objetivando superar a fragmentação que vem caracterizando muitas ações do governo.

Nesse sentido há que ressaltar a importância dos profissionais que trabalham na classe hospitalar buscarem e articular seus saberes, fazeres e valores com os demais profissionais da área de saúde e de outros setores do hospital que estejam ligados ao seu cotidiano. Os setores como a hotelaria, equipe de psicólogos, serviço social, terapeuta ocupacional e outros com o intuito de romper o monopólio do saber e permitir a troca de conhecimentos para uma melhor intervenção educativa que permita o diálogo entre as diferentes áreas.

Para Pedroso (2003) a formação profissional em geral segue nos moldes tradicionais de divisão do conhecimento e do trabalho, delimitando espaços de poder, favorecendo o sentimento de onipotência de alguns profissionais e dificultando a troca de informações e conhecimentos entre os setores envolvidos, assim como entre estes e a comunidade. Os limites tradicionais de cada área não implicam na perda da especificidade das ações, mas gera conflitos e dificuldades que devem ser equacionados de maneira a promover o diálogo e a construção de um saber comum, com definição clara de objetivos, funções e responsabilidades

O diálogo entre educação e saúde no âmbito do hospital, em especial na classe hospitalar permite a congregação de saberes oriundos da saúde e da educação ao permitir uma ação interdisciplinar que agrega diferentes profissionais. Essa troca de saberes entre as diferentes áreas tem sido uma prática constante entre os hospitais que ao formar uma equipe multiprofissional de estudantes de fisioterapia, nutrição, enfermagem, serviço social, médicos e outros profissionais possibilitam um olhar baseado em diferentes dimensões.

A relação entre educação e saúde pode ser explícita nos estudos de Silva (2003) que explicita a necessidade do campo da saúde realizar parceria com as escolas, para manter cursos de atualização em educação sanitária e promoção de saúde dirigida aos professores, assim como o estabelecimento de sistemas de referências e contra-

referências entre escolas e unidades de saúde, permitirá identificar as crianças que necessitam de tratamento, que podem ser encaminhadas pela própria escola e que poderiam ter prejudicado o processo de inclusão, o aprendizado e a saúde futura.

Tal prática tem sido fomentada através da Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que tem como princípios básicos:

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.). Fortalecimento de trabalho em **equipe multiprofissional**, fomentando a transversalidade e a grupalidade.

Tal pressuposto permite compreender o trabalho multiprofissional tendo em vista o destaque para práticas plurais de respeito às especificidades dos sujeitos e baseado na colaboração de várias áreas do saber. Importa ressaltar da necessidade de diálogo não apenas entre os profissionais envolvidos, mas também entre as instituições, conforme preconiza o documento de orientações da classe hospitalar.

O atendimento educacional em ambiente hospitalar deve estar vinculado aos sistemas de ensino como uma unidade de trabalho pedagógico da Secretaria Estadual, do Distrito Federal e Municipal de Educação, como também as direções clínicas dos sistemas e serviços de saúde em que se localizam. Compete à Secretaria de Educação atender à solicitação dos hospitais para o serviço de atendimento pedagógico através de parcerias e convênios, a capacitação dos professores, a provisão de verbas e materiais para o referido atendimento, assim como sua manutenção (BRASIL, 2002, p.15)

Com base nesse documento percebemos a necessidade de comunicação entre as instituições educativas e de saúde no que diz respeito ao atendimento pedagógico-educacional das crianças e adolescentes que se encontram hospitalizados no sentido de garantir os direitos, dentre eles, a saúde e educação.

Os estudos empíricos desenvolvidos por Fonseca e Ceccim (1999) demonstram a estreita ligação entre saúde e educação. Com a utilização de um grupo de intervenção pedagógico-educacional e um grupo-controle sem atendimento na classe hospitalar por falta de professor no hospital (os motivos de internação e as características da população eram equivalentes), realizada na cidade do Rio de Janeiro/RJ, detectou-se que o tempo

de hospitalização das crianças que participaram do grupo de intervenção foi 30% mais curto do que para as crianças que não receberam atendimento semelhante (grupos-controle).

Tal pesquisa evidencia a urgente necessidade da implementação dessa modalidade de ensino no hospital e coloca em pauta o diálogo entre a saúde e educação como áreas que devem contribuir e buscar remover as barreiras que impedem dar assistências a inúmeras crianças e adolescentes que se encontram hospitalizadas e afastadas do cenário educacional.

É uma barreira complexa a ser removida, entretanto para que a educação inclusiva se concretize na plenitude de sua proposta, é indispensável que sejam identificadas e removidas barreiras conceituais, atitudinais e político-administrativas, cujas origens são múltiplas e complexas.

3.6 Especificidades na ação pedagógica na classe hospitalar.

A educação é um processo social que ocorre em toda a sociedade, através de diferentes meios e em distintos espaços sociais, pois à medida que a sociedade se complexificou, há que se expandir a intencionalidade educativa para diversos contextos, abrangendo diferentes tipos de formação necessária ao exercício pleno da cidadania. Dessa maneira, a educação é um progresso integral entranhado na prática social, que ocorre numa variedade de instituições, nas quais os indivíduos estão envolvidos de modo necessário e inevitável, pelo fato de pertencerem a uma sociedade (LIBÂNEO, 2000)

Uma discussão sempre presente quando se fala sobre educação no hospital é a caracterização desta no que concerne o aspecto formal e não formal. Ainda é meio confuso nos estudos publicados nessa área quanto à natureza dessa ação pedagógica em relação ao seu caráter: formal, não-formal e informal. Para uma melhor compreensão destes termos foi necessário buscar em Libâneo (2000) algumas considerações que enfatizam as ações educativas como diferentes manifestações e modalidades situadas mediante educação formal e informal.

Na perspectiva do autor a educação informal ocorre no processo de espontaneidade, destituída de uma sistematização e intencionalidade. Já a educação considerada como formal traz características próprias do seu fazer educativo, tais como: intencionalidade pedagógica, respaldo mediante os documentos oficiais e a utilização de um espaço reconhecido institucionalmente.

Gohn (1999) aborda que a educação não-formal apresenta “um processo com diferentes dimensões, entre elas, uma que abarca aprendizagem dos conteúdos da escolarização formal, escolar, em espaços diferenciados” (p. 98), o que inclui a classe hospitalar. Ainda segundo essa autora, no espaço de educação não-formal existe a preocupação de se transmitir os mesmos conteúdos da escola formal, entretanto esse ensino é desenvolvido em espaços alternativos e com metodologias e com seqüências cronológicas diferenciadas.

A educação não formal tem aspectos que se aproxima da educação formal, pois se desenvolve com uma sistematização e estruturação, mas não esta inserida nos marcos institucionais. Esse tipo de educação ocorre em organizações religiosas, movimentos sociais, ONG'S e demais organizações da sociedade civil.

A educação vivenciada no espaço hospitalar diante de tais denominações parece não se enquadrar no que se chama de educação informal pelo fato de possuir uma intencionalidade e necessitar de uma sistematização (planejamento, avaliações e intervenções). Na concepção de Gohn (1999) esse tipo de educação seria denominada de não-formal, contudo o presente estudo não a concebe dessa maneira, por entender que está pautada mediante documentos oficiais, orientações didáticas e concretiza o seu fazer pedagógico no espaço hospitalar, seja no ambiente físico específico, nas enfermarias, nos leitos ou em refeitórios.

De encontro a essa mesma concepção Schilke e Arosa (2007) explicita que o processo pedagógico desenvolvido no espaço hospitalar não pode ser identificado nem com a educação informal nem com a denominada de não formal, pois seus pressupostos teóricos, sua organização, intencionalidade e regulamentação ganham cunho de formalidade tanto quanto o do espaço escolar *stricto sensu*.

Com base nesse argumento não resta dúvida acerca do caráter formal da ação pedagógica desenvolvida no hospital, ainda mais pelo fato dessa ação possuir a

orientação de uma pedagogia que leva em consideração as especificidades do ato educativo realizado nesse espaço. “O que não significa uma transposição direta de toda e qualquer prática educativa desenvolvida na escola para o interior do hospital” (SCHILKE e AROSA, 2007)

Outro aspecto a ser ressaltado no que se refere à proposta de atendimento da classe hospitalar é a tensão que ocorre em relação acompanhamento do currículo da escola de origem da criança, pois na prática temos um longo e difícil caminho a trilhar, por conta de vários empecilhos no acompanhamento desse currículo. A discussão em torno dessa tensão caberia outra pesquisa, mas nesse momento não adentraremos nesse viés.

Contudo, ressalto que o acompanhamento dessas atividades está proposto nos documentos oficiais e é defendida pelos pesquisadores da área, mas sabemos e falo como professora de classe hospitalar que tentamos acompanhar, mas as circunstâncias de estar doente, ser residente de outras cidades diferente daquela em que o hospital se localiza, a dificuldade em manter contato com as escolas dos pacientes e às vezes o curto espaço de tempo que a criança fica no hospital são elementos que impedem essa efetivação dos conteúdos trabalhados pela escola de origem.

Cabe destacar que essa tensão não impede que a classe hospitalar possua o seu currículo com base nos Parâmetros Curriculares Nacional, respeitando as habilidades e conteúdos a serem trabalhados em cada faixa etária, mediante uma turma multiseriada com atividades pedagógicas diversificadas.

Cabe ressaltar as críticas em relação ao termo classe hospitalar que é utilizado constantemente nos documentos oficiais que regem essa modalidade educativa. A palavra classe, adotada na educação, aparece em nosso imaginário como sendo espaço físico onde acontece a ação pedagógica. Para sua organização, a escola utiliza critério de divisão onde os alunos são hierarquizados por características semelhantes, na maioria das vezes, definida por sua faixa etária e seu desempenho intelectual.

Essa nomenclatura carrega consigo limites, pois a realidade pedagógica vivenciada no hospital não se define por um espaço físico para o seu desenvolvimento, pois ocorre mediante a utilização de espaços como leitos, corredores de enfermaria e

não se caracteriza mediante uma composição etária ou seriada, mas se constitui pela lógica multiseriada.

Partilhando dessa lógica Shilke (2007) problematiza que o termo classe está organizado conforme o espaço físico que organiza a escola a partir de uma dinâmica de classificação\enturmação. Os alunos são hierarquizados por categorias semelhantes, na maioria das vezes pelo que se considera ser seu desempenho intelectual.

Essa discussão de conceitos não se finda apenas pela terminologia, mas tem o intuito de refletir sobre um conceito que possa retratar a prática educativa que é desenvolvida no hospital, buscando dar conta dos diferentes elementos que compõe esse cenário.

A compreensão de uma prática educativa desenvolvida na classe hospitalar implica na negação da homogeneização dos sujeitos participes, pois nesse contexto não sabemos as idades dos nossos alunos, os seus níveis de conhecimento, as suas dificuldades ou a sua série de origem. Teremos, portanto em uma mesma ação pedagógica, diferentes elementos que torna os sujeitos singulares e múltiplos ao mesmo tempo.

Morin (2004) enfatiza que cabe a educação do futuro cuidar para que a idéia de unidade da espécie humana não apague a idéia de diversidade e que a idéia de diversidade não apague a da unidade, pois o ser humano é singular e múltiplo ao mesmo tempo.

A assistência a criança hospitalizada tem sido direcionada sob diferentes enfoques. Nessa direção podemos citar algumas reflexões trazidas por Ortiz e Freitas (2001):

As ações pedagógicas poderão pautar-se em dois enfoques básicos: o enfoque educativo-escolar: atendimento direcionado à atenção ao cumprimento dos programas do ensino regular e conteúdos encaminhados pela escola. O enfoque lúdico-educativo: oferta de atividades com foco educativo nos pré-requisitos fundamentais (ler, escrever, contar) a partir do viés lúdico e contextualizado.

No entendimento deste trabalho o enfoque se dá a partir da realização de ações pedagógicas vinculados aos programas do ensino da escola regular das crianças sem

perder de vista o viés lúdico. O que não concordamos é reduzir a proposta do trabalho pedagógico das classes hospitalares ao caráter puramente recreacionista, pois a realização de uma atividade objetivando apenas o lúdico pode ser contemplada mediante a utilização de brinquedotecas.

É extremamente necessário compreender a brinquedoteca e a classe hospitalar como ambientes distintos, tanto pela atuação dos profissionais, quanto pela proposta desenvolvida. Esses espaços têm um enorme significado a infância e se constituem como necessários dentro de uma enfermaria pediátrica.

Segundo Friedmann (1999) brinquedoteca é um espaço especialmente preparado para que a criança seja estimulada a brincar, por meio do acesso a uma variedade de brinquedos, dentro de um ambiente lúdico. É um espaço que convida a criança a sentir, experimentar e explorar.

Esse conceito evidenciado pela autora retrata explicitamente a diferença entre a classe hospitalar e a brinquedoteca, mas ambos podem se complementar no espaço hospitalar ao favorecer a aprendizagem e desenvolvimento da criança. A classe hospitalar inclusive pode propor atividades educativas utilizando a brinquedoteca como espaço de aprendizagem.

3.6.1 A classe hospitalar do HUPES: caracterizando ações do lócus da realização da pesquisa

A Classe Hospitalar do Hospital Universitário Professor Edgar Santos/ UFBA, atende crianças e adolescentes internados, prestando atendimento pedagógico – educacional no período vespertino. Essa modalidade de educação está respaldada pelo Ministério da Educação e Desporto desde 1994, através da Política Nacional de Educação Especial (MEC/SEESP, 1994) que preconiza as classes hospitalares como uma modalidade de ensino a ser empregada quando a criança ou adolescentes estiverem hospitalizados, seja por curto ou longo período

O atendimento educacional prestado nessa unidade foi implantado desde 1999, mas atualmente a classe hospitalar do hospital das clínicas, denominada “Classe Hospitalar do Hospital Universitário Professor Edgar Santos” está vinculada a

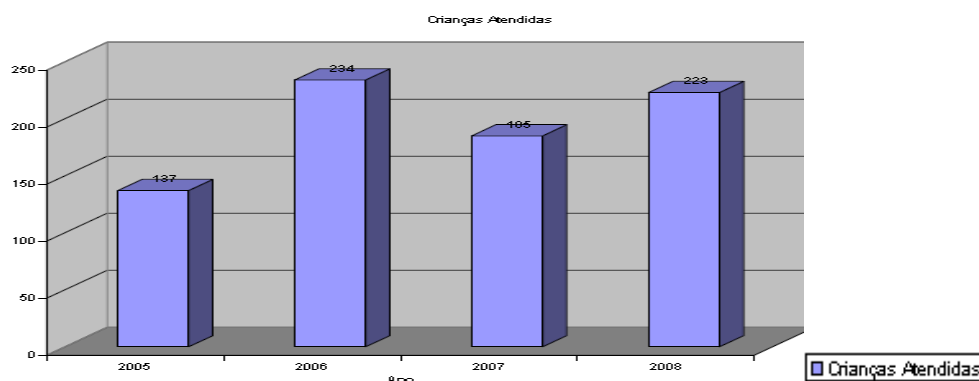
Faculdade de Educação/ UFBA que incorporou através do Programa Assistência estudantil a presença de estagiárias graduandas em Pedagogia e mestrandas da pós-graduação em Educação, que atuam como preceptoras das estagiárias graduandas, além de exercerem a docência.

A Classe Hospitalar do HUPES está situada na enfermaria pediátrica do hospital que está localizado no 1º andar deste prédio. Realiza atendimento a crianças internadas e aquelas que realizam tratamento de doenças crônicas como é o caso das crianças com Osteogênese e Mucopolisacaridose.

O setor de Internação de Pediatria do Hospital Universitário Professor Edgar Santos possui 49 leitos, sendo composto por uma equipe de saúde de médicos com diferentes especialidades, equipe de enfermagem, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social e recentemente com pedagogas que atuam na classe hospitalar da referida instituição.

Dados de uma pesquisa intitulada de “Estudo do perfil sócio-educacional dos pacientes em idade escolar e de seus acompanhantes, internados na enfermaria pediátrica do Hospital das Clínicas da UFBA” que foi coordenada pela Professora Alessandra Santana Soares e Barros no período de 2008 a 2009 buscou descrever o perfil da clientela atendida na enfermaria pediátrica segundo parâmetros sócioeducacionais entre o período de 2005 a 2008. Essa pesquisa caracterizou o quantitativo de crianças que foram atendidas pela classe hospitalar, conforme tabela abaixo:

Gráfico 1 – Crianças atendidas na Classe Hospitalar do HUPES



Fonte: Barros (2009). Estudo do perfil sócio-educacional dos pacientes em idade escolar, internados na enfermaria pediátrica do Hospital das Clínicas da UFBA em www.cerelepe.faced.ufba.br/

Os resultados explicitaram que o total de crianças atendidas pela classe hospitalar no HUPES, dentro do perfil analisado no ano de 2005, foi de 137 crianças; já em 2006, foi de 234 sendo que em 2007, esse número caiu para 185 crianças atendidas e em 2008 subiu para 223 atendimentos. Sendo assim, 779 crianças dentro do perfil estipulado, tiveram a experiência e oportunidade de dar continuidade aos seus estudos mesmo em situação de enfermidade. Essa oscilação em relação à quantidade de atendimento de um ano para o outro ocorre em razão dos recursos humanos do hospital, a época do ano e a problemas epidêmicos. As variações em termos quantitativos de internação dos pacientes da enfermaria determinam também os alunos que serão atendidos pela classe hospitalar.

Outro dado importante se refere à diversidade encontrada no setor da Enfermaria da Pediatria deste hospital em relação à origem dos pacientes. A maioria das crianças atendidas advém de cidades do interior da Bahia e trazem aspectos culturais específicos de cada localidade.

Com base nesse aspecto as propostas metodológicas são desenvolvidas com base nas diferentes séries, visto que a classe hospitalar é um espaço multisseriado que conta com crianças que possuem diferentes níveis de desenvolvimento proximal e precisam de atividades diversificadas.

Segundo Oliveira (1992), a intervenção pedagógica provoca avanços que não ocorreriam espontaneamente, então o professor assume o papel de mediador da construção do conhecimento no hospital. Pautado nessa concepção, o docente deve ser um agente que mobilize os seus saberes, reconhecendo acima de tudo a condição de diversidade, de alteridade, a fim de garantir a participação de qualquer aprendiz no processo educativo, superando qualquer forma de discriminação por questões físicas, étnicas, sócio-econômicas, de gênero ou de classe social.

A inserção das crianças nas atividades não é obrigatória, pois deve partir do desejo e da motivação delas, mas é claro que para despertar esse desejo e interesse as professoras passam nas enfermarias fazendo o convite e seduzindo-as quanto aos procedimentos didáticos que farão parte da aula. Normalmente, após o primeiro contato, as crianças acabam retornando nos dias subsequentes sem que precisemos passar para

fazer o convite, pois no horário marcado elas já se encontram na sala e levam os coleguinhas.

No período matutino de segunda a quarta-feira, prestamos atendimento nos leitos a crianças que tomam infusão para o tratamento da Mucopolisacaridose. Esse atendimento é realizado no turno matutino no período de 9:00 às 12:30 h - período em que elas ficam com acesso recebendo a infusão e realizam as atividades. O professor que atua com essas crianças, faz parte de uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, médicos, fonaudiólogo e técnicos de enfermagem que fazem o acompanhamento clínico.

No turno vespertino as aulas são para as crianças que ocupam a enfermaria pediátrica e se inicia às 13:30 e termina às 16:30h. Inicialmente as professoras visitam as enfermarias para fazer o mapeamento das crianças que podem se locomover para ir para o espaço da classe e aquelas que se encontram impossibilitada e precisarão receber atendimento no leito. No retorno para a sala as professoras se dividem para atender as crianças presentes nos leitos e nas salas.

É realizado um acompanhamento diário após término da aula com o preenchimento da ficha individual e com informações das atividades realizadas por cada aluno, contém ainda o diagnóstico pedagógico dos alunos e os registros do professor. Essa ação possibilita um estudo a cerca das adaptações curriculares e a socialização entre os demais professores que podem acompanhar o desenvolvimento do aluno.

Importa ressaltar que a prioridade de atendimento da classe hospitalar destina-se as crianças que se encontram em idade escolar, que possuem em média a idade entre cinco e doze anos. Tal prioridade no atendimento não ocorre de maneira intencional a excluir as outras crianças, mas pelo fato de não dispormos de profissionais suficientes para atender toda a enfermaria.

As crianças com alguns meses até os três ou quatro anos, necessitam de uma atenção pedagógica diferenciada, com um ambiente também adaptado, pois a sua finalidade é a estimulação, motricidade, estímulo visual e do tato, enfim habilidades específicas a essa faixa etária, propostas nos referenciais da educação infantil. Desse modo, a prioridade é dada às crianças em idade escolar que está assegurada pelas leis e precisam ter garantido a continuidade aos seus estudos.

Esse extremo de faixa etária ocorre pelo fato de trabalharmos sem uma definição pelos órgãos de saúde. Sabemos ainda que existe outro contingente de pacientes que não tem acesso a enfermaria pediátrica, como por exemplo: adolescentes que ficam no setor da Ginecologia, crianças e adolescentes que ficam em setores de hemodiálise e diversos adolescentes que ficam alocados em enfermarias específicas da área de urologia, cardiologia e ortopedia. Esperamos que o mais breve possível essa demanda seja suprida com alocação de mais classes hospitalares.

Na enfermaria 1A da pediatria do HUPES, para obter a composição de turmas que se iniciarão a cada semana, são realizadas anotações com base no sistema do hospital que disponibiliza dados dos pacientes internados na enfermaria pediátrica. Ao acessar o prontuário eletrônico dos pacientes podemos compor uma ficha cadastral com dados individuais de cada criança e compor um “mapa” da ocupação semanal da enfermaria. As sistematizações dos registros explicitam para as estagiárias e mestrandas o tipo de composição mais freqüente dos grupos de pacientes-alunos. Este registro de regularidade possibilita antecipar melhor os formatos possíveis das “turmas” de pacientes-alunos a serem trabalhadas nas semanas subseqüentes.

Diante das informações explicitadas no mapa de ocupação da enfermaria, as professoras (graduandas e mestrandas) se encontram uma vez por semana, para realizar o planejamento semanal nas diversas áreas do conhecimento (Matemática, Português, Ciências, História e Geografia). São realizadas, também, oficinas para confeccionar brinquedos com sucatas, construção de maquetes com conteúdos na área de história e geografia, bingo numérico para exercitar o conhecimento e escrita numérica.

Em um cenário bem diferente das turmas inseridas na escola regular, as da classe hospitalar contam às vezes com a presença dos acompanhantes (pai, mãe, tio ou outros) que participam das discussões e ajudam na realização das atividades dos educandos. Esses acompanhantes por diferentes motivos, tais como: a insegurança de algumas crianças no primeiro dia de contato com a escolinha, a ociosidade no hospital ou a curiosidade de saber como funciona esse espaço permanecem e observam as aulas contribuindo com a socialização das crianças

Schilke e Arosa (2007) afirmam que compreender a escola no espaço hospitalar não é uma escola compreendida como uma edificação o e como estrutura física

somente. No caso da educação no hospital, uma escola que rompa com os limites arquitetônicos, pois as práticas educativas são realizadas em enfermarias, refeitórios, corredores, sala de espera, pátio e outros. Enfim, a educação é um processo que ultrapassa os limites físicos, paredes e territórios; imposto por hierarquização.

Nessa classe hospitalar como em qualquer outro espaço que desenvolva essa atividade, existe um fator característico que é a rotatividade de alunos, onde se evidencia uma composição de turma sempre variável, pois para cada paciente o tempo de permanência no hospital é diferente, tendo em vista a sua patologia. Assim, constantemente ocorre a formação de novos grupos e por isso a necessidade das atividades terem início, meio e fim.

Esta heterogeneidade das Classes Hospitalares ocorre não apenas pelo agrupamento de crianças de diferentes estratos econômicos, faixas etárias e estágios de desenvolvimento (os quais, devido às enfermidades de origem e à extrema privação social, freqüentemente não correspondem às idades cronológicas), mas principalmente, pelo caráter descontínuo da freqüência das crianças à “turma”.

Esta descontinuidade por sua vez, acontece tanto por eventuais indisposições físicas e emocionais daquelas crianças internadas na enfermaria elegíveis para a participação nas atividades da classe, quanto pelas suas saídas por alta hospitalar. Como a cada saída de uma criança segue a entrada de outra por nova admissão, a composição das “turmas” de uma classe hospitalar é bastante flutuante.

Os trabalhos com projetos e com temas transversais são essenciais no desenvolvimento do currículo de uma classe hospitalar, pois eles permitem trabalhar com temáticas que emergem da própria necessidade (higiene com o corpo, alimentação saudável, cuidado com os dentes) dos alunos de forma interdisciplinar entre as áreas de conhecimento.

Atualmente na Classe Hospitalar do HUPES contamos com um projeto pedagógico intitulado “Conhecendo o Corpo Humano” que nos permite trabalhar com o sistema digestivo, os sentidos do corpo humano, sistema circulatório e outros conteúdos ligados a estrutura corporal. Nesse projeto trabalhamos com as diferentes áreas,

privilegiando atividades de escrita, leitura e interpretação, observação, escrita numérica e habilidades específicas de cada série.

A classe hospitalar possui uma estrutura física diferenciada composta por mesas apropriadas, computadores com teclados infantil, estante com livros de estórias, aparelhos de TV integrados com DVD para possibilitar o acesso às crianças que estão nos leitos, notebooks para realização de atividades, jogos de videogame a exemplo do Wii que permite o lúdico aliado a capacidade de concentração, espacialidade e aspecto motor, jogos educativos, livros ilustrados e materiais diversos.

Esse espaço se constitui em um local de sedução para as crianças que muitas vezes no seu cotidiano escolar não tem acesso a esses materiais, encontrando apenas na sala de aula cadeiras, mesas e um quadro. Essas crianças que participam da classe hospitalar em sua maioria advêm do contexto da escola pública que possuem limitações na estrutura física e não tem nenhum atrativo para os alunos no que diz respeito aos materiais utilizados e as tecnologias assistivas.

De acordo com o MEC, a tecnologia assistiva é uma expressão utilizada para identificar todo o arsenal de recursos e serviços que contribuem para proporcionar ou ampliar habilidades funcionais de pessoas com deficiência e, conseqüentemente promover vida independente e inclusão (MEC, 2006, p. 18).

Utilizar as tecnologias assistivas na classe hospitalar ou na escola é buscar com criatividade uma alternativa para que o aluno realize o que deseja ou precisa. É encontrar uma estratégia para que ele possa “fazer” de outro jeito. Desse modo é possível valorizar o seu jeito de fazer e aumentar sua capacidade de ação e interação, a partir de suas habilidades, criando novas alternativas para a comunicação, escrita, mobilidade, leitura, brincadeiras e artes, com a utilização de materiais escolares e pedagógicos especiais.

Alves (2006) nos relata alguns exemplos de tecnologia assistivas utilizadas no contexto da aprendizagem dos alunos são elas: os lápis, canetas e pincéis engrossados; adaptações que facilitam virar páginas; mobiliário adequado e personalizado; pranchas de comunicação alternativa; material pedagógico ampliado ou em relevo; textos em braille; lupas; máquina braille; teclados especiais que facilitam acesso na deficiência física, *mouses* alternativos, *softwares* com acessibilidade, entre outros.

No atendimento educativo realizado com as crianças com MPS e as que não podem sair do leito é muito comum o uso de tecnologias assistivas, pois a mucopolissacaridose está relacionado a erros inatos metabólicos que causa comprometimento de ordem orgânica e prejudicam o organismo, tendo como conseqüências alterações faciais, articulares e ósseas, hérnia umbilical, aumento do perímetro do crânio, desaceleração do crescimento levando a baixa estatura, opacidade da córnea, problemas respiratórios, problemas auditivos e outros. (VIEIRA, 2007)

Pensar em tais especificidades da doença se faz importante no trabalho do professor já que ele deve analisar e traçar ações pedagógicas, tendo em vista que essas crianças e adolescentes possuem comprometimento no campo da audição, visão, mobilidade, respiração e a depender da MPS pode possuir atraso cognitivo

Algumas intervenções com tecnologias assistidas são realizadas no cotidiano dessa classe e tem por objetivo potencializar a aprendizagem das crianças. Normalmente utilizamos lupa para ampliar e facilitar a leitura das crianças, livros em Braille, brinquedos que favorecem o tato para crianças com deficiência visual, teclados apropriados com letras ampliadas, pranchetas, mini computadores que expressam áudio das letras no momento em que a criança aperta o teclado e outros elementos.

É nesse espaço que muitas vezes as crianças têm o primeiro contato com o uso computador, vide-game e podem assistir filmes em DVD. Além de se caracterizar como espaço educativo, cabe ressaltar a configuração dessa classe hospitalar como local de democratização do acesso as tecnologias e acesso a diferentes recursos próprios a infância, tais como livros educativos, jogos diferenciados e material físico (cadeiras e mesas apropriadas).

Esse espaço conta com recursos de projetos de pesquisa vinculados a Faculdade de Educação da UFBA e que tem apoio da FAPESB, CAPES e CNPQ, ou seja, financeiramente para sua manutenção necessita receber apoio financeiro das referidas instituições para propiciar um espaço agradável e atrativo para promover a aprendizagem para as crianças.



Ninguém nega o valor da educação e que um bom professor é imprescindível.

Mas, ainda que desejem bons professores para seus filhos, poucos pais desejam que seus filhos sejam professores. Isso nos mostra o reconhecimento que o trabalho de educar é duro, difícil e necessário, mas que permitimos que esses profissionais continuem sendo desvalorizados. Apesar de mal remunerados, com baixo prestígio social e responsabilizados pelo fracasso da educação, grande parte resiste e continua apaixonada pelo seu trabalho.

(Paulo Freire)

CAPÍTULO 4

4. Formação de professores e a complexidade da docência.

A proposta desse capítulo envolve três eixos: no primeiro, nos propomos a analisar a formação de professores e discutir elementos da formação do Pedagogo, tendo como enfoque as Diretrizes Curriculares da Formação do Pedagogo que referenda novos espaços de atuação a esse profissional e enfatiza a importância de uma formação em constante diálogo com outras áreas do conhecimento; no segundo momento destacar a desvalorização da profissão docente a partir das pesquisas produzidas no Brasil e fazer analogia com o imaginário social dessa profissão e como último eixo da discussão, destacar os saberes docentes presentes no cotidiano do exercício do professor, ressaltando tais saberes presentes na prática pedagógica dos professores que atuam na classe hospitalar.

4.1 A formação docente no campo da pedagogia: o olhar a partir das diretrizes curriculares na formação do pedagogo.

Os estudos realizados sobre a formação de professores têm assumido uma importância fundamental no Brasil, no momento em que o atendimento às demandas educacionais exige novas concepções do papel do professor.

Fontana (2000) faz uma abordagem histórica a partir do pós – guerra, afirmando por meio dos seus estudos, que os professores foram colocados em segundo plano nos projetos de pesquisa educacional, tanto como personagens (determinantes) da dinâmica educativa, quanto como participantes da produção do conhecimento sistematizado acerca do seu próprio fazer.

A educação na década de 60 fica sob o impacto do crescente processo de racionalização e uniformização do ensino, resultante do ideário tecnicista implantados no cotidiano escolar e dos estudos teóricos e empíricos, baseados no paradigma da análise dos sistemas que dominaram este período. Buscou-se estabelecer o melhor método de ensino a partir do controle, dos efeitos aleatórios e imprevisíveis do ato educativo (NÓVOA, 1992).

Na década de 70, os estudos sobre a teoria da reprodução pretendiam produzir uma análise crítica do papel social da escola no contexto da sociedade capitalista, com base nos estudos de Althusser acabaram por favorecer uma leitura esvaziadora das possibilidades de alcance político – transformador do ato escolar, fortalecendo as propostas de educação não-formal. (NÓVOA, 1992). Desse modo, os professores foram convertidos em figurantes sem voz na pesquisa e na prática educativa. (FONTANA, 2000).

Somente nos anos 90, passa-se a reconhecer a importância da prática pedagógica de sala de aula e dos saberes docentes, buscando novos enfoques e paradigmas para compreender as práticas docentes e os saberes até então no Brasil pouco valorizado pelas investigações e pelos programas de formação de professores

Assim, a dimensão do trabalho docente tem merecido um importante destaque na produção acadêmica, pelo fato de se constituir como uma atividade complexa que é formada por um conjunto de saberes, conhecimentos, competências, atitudes e valores explicitados no seu fazer pedagógico. Esses estudos lançam luz para um repensar sobre a concepção de formação de professores, que até pouco tempo se centrava apenas em uma formação fragmenta e voltada para o contexto específico da escola.

Essa nova visão redimensiona a educação para além dos muros da escola e redefine o papel do professor como um agente imprescindível nos novos contextos de aprendizagem, conduzindo também a esfera do profissional docente para além dos domínios dos conteúdos das disciplinas e da técnica para transmiti-los.

Pensar na atuação desse profissional diante do contexto social é também problematizar os cursos de formação de professores enquanto espaço que deve congrega conhecimento entre os diferentes campos do saber e possibilitar uma formação que almeje uma sociedade igualitária, respeito à alteridade e a inclusão de milhares de sujeitos que precisam ter garantido o seu direito a educação.

Gatti e Barreto (2009) abordam que a formação de professores não pode ser pensada a partir da forte tradição disciplinar que marca a identidade docente entre nós, e que leva os futuros professores em sua formação a se afinarem mais com as demandas provenientes da sua área específica de conhecimento do que com as demandas gerais da escola básica, leva não só as entidades profissionais como até as científicas a oporem

resistências às soluções de caráter interdisciplinar para o currículo, o que já foi experimentado com sucesso em vários países.

Esse conhecimento interdisciplinar explicitados pelas autoras deve buscar a totalidade, respeitando a especificidade das disciplinas. Desse modo, a interdisciplinaridade implica na idéia de que os diversos campos do saber estabeleçam interações a partir do desenvolvimento das próprias disciplinas, de uma forma reflexiva dialógica e relacional. A postura interdisciplinar é compreendida como o estudo do desenvolvimento de um processo dinâmico, integrador e, sobretudo, dialógico intensificando as trocas entre os especialistas e a integração dos conhecimentos.

Morin (2004) revela que um saber só é pertinente, se é capaz de se situar num contexto. Mesmo o conhecimento mais sofisticado, se estiver totalmente isolado, deixa de ser pertinente. O saber existe primordialmente para ser refletido, meditado, discutido, criticado por espíritos humanos responsáveis.

O paradigma emergente ou os novos paradigmas emergentes batem à porta das ciências e abrem as janelas da educação. Estão chegando para acordar para a idéia de que cada conhecimento só atualiza o seu pleno significado, quando conectado a campos e planos mais e mais integrados de compreensão. (SOUZA FILHO, 2004). Desse modo, não se deve opor e colocar em gavetas à parte os diferentes saberes das áreas didáticas do conhecimento científico, filosófico e artístico.

Na visão de Freire (1996), a finalidade da interdisciplinaridade é estimular uma educação do pensar autêntico, que não se deixa emaranhar pelas visões parciais da realidade, buscando sempre os nexos que prendem um ponto a outro ou um problema a outro.

A Resolução n.1/2006 – CNE/CP, de 15 de maio de 2006, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2006), no artigo 2º, parágrafo 2º, item II, evidencia que a Pedagogia enquanto área do conhecimento que estuda o fenômeno educativo necessita da contribuição de outras áreas do conhecimento como: “[...] filosófico, histórico, antropológico, ambiental-ecológico, psicológico, o lingüístico, o sociológico, o político, o econômico, o cultural”. Isso traduz a compreensão de que a Pedagogia é uma ciência aplicada, o que significa que ela se apóia na contribuição de outras *epistemes* para poder elaborar seu discurso científico.

A utilização de conhecimentos, teorias, meios, instrumentos de outras ciências não altera a cientificidade da Pedagogia, uma vez que se não todas, a maioria das

ciências acabam sempre requerendo saberes e conhecimentos de outras áreas. Segundo Ribeiro (1993) a medicina se exerce a partir de diversos conhecimentos subsidiários de muitas ciências como, por exemplo, a química, a biologia, a física, a psicologia, entre outras, e nem por isso perde a sua identidade. Ao contrário às vezes enriquece-se e qualifica-se.

É diante de tal afirmativa que buscamos caracterizar e valorizar a Pedagogia como ciência que também produz conhecimento sobre os fenômenos educativos e se utiliza das outras áreas do conhecimento com o intuito de analisar a partir de diferentes olhares: social, cultural, político, biológico e emocional. Dessa maneira não faz sentido desqualificar a Pedagogia, subjugando-a como campo do saber que não produz conhecimento, pelo simples fato de se utilizar de outras áreas do conhecimento já que também temos outras ciências e dentre elas a medicina que busca congrega e produzir conhecimento com as teorias de outros campos do saber.

Esse campo de conhecimento específico da Pedagogia tem se apropriado de estudos no cenário educativo e tem dado grandes contribuições ampliando a discussão sobre a inclusão, a avaliação escolar, o financiamento da educação e em relação à aprendizagem em diferentes contextos escolares.

No sentido de dar conta das novas demandas, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Pedagogia (BRASIL, 2006) já inclui a formação também em contextos não-escolares, destacando a formação do Pedagogo para ambiente hospitalar, para atendimentos pedagógicos.

O projeto pedagógico de cada instituição deverá circunscrever áreas ou modalidades de ensino que proporcionem aprofundamento de estudos, sempre a partir da formação comum da docência na Educação Básica e com objetivos próprios do curso de Pedagogia. Conseqüentemente, dependendo das necessidades e interesses locais e regionais, neste curso, poderão ser especialmente, aprofundadas questões que devem estar presentes na formação de todos os educadores, relativas entre outras, a educação a distância; educação de pessoas com necessidades especiais; educação de jovens e adultos; educação étnico-racial; educação indígena, educação nos remanescentes quilombos; educação do campo; educação hospitalar; educação; educação prisional; educação comunitária ou popular. (BRASIL, p.10)

Esse documento enfatiza a discussão necessária nos cursos de formação de professores, em especial o de Pedagogia para a necessidade de um currículo que dê

conta da atuação desses profissionais em novos cenários e respondam as necessidades regionais e locais, tendo em vista os diferentes contextos de aprendizagem.

Apesar de ainda termos uma formação do professor voltada à instância escolar, estudos de Gatti (2009) esclarecem que o Movimento Nacional de Educadores, hoje denominada de Anfope – Associação Nacional pela Formação de profissionais da Educação propõe uma regulamentação mínima para a formação do professor e deve estar centrada em cinco pilares: sólida formação teórica; a unidade teórica e prática, sendo que essa relação diz respeito ao como se dá a produção do conhecimento na dinâmica curricular do curso; compromisso social e a democratização da escola, o trabalho coletivo; a articulação entre a formação inicial e continuada.

Uma análise sobre essas orientações permite compreender o fazer educativo de forma abrangente que contribui para a formação do professor independentemente do seu lócus de atuação. Os profissionais de educação desse modo estariam preparados para atuar em qualquer espaço educacional e não sentiriam tanta dificuldade em exercer a sua profissão em local que não fosse à escola.

Essa concepção mais ampla nos documentos oficiais nos permite pensar de maneira “utópica” numa classe hospitalar alocada em cada enfermaria pediátrica e com professores capazes de assegurar o processo educativo de crianças, em fase de hospitalização no Brasil e integrado a uma equipe interdisciplinar que reconhece esse profissional como membro profissional do espaço hospitalar.

A expressão utópica colocada em aspas é intencional, pois sugere uma proposta ousada e necessária que precisa sair dos limites do papel e se institucionalizar como prática futura do nosso país. Para quem não se identifica com o termo utopia e poderia fazer deste um conceito destrutivo, Boaventura Santos (2000) afirma:

O único caminho para pensar o futuro parece ser a utopia. E por utopia entendo a exploração, através da imaginação, de novas possibilidades humanas e novas formas de vontade, e a oposição a imaginação à necessidade do que existe, só porque existe, em nome de algo radicalmente melhor por que vale a pena lutar e a que a humanidade tem direito

Com base nesse conceito de utopia há que se pensar na “ação do professor como uma atividade que é política e deve interferir no destino da *polis*, superando as contradições, em direção a uma sociedade mais justa”. (VASCONCELLOS, 2006)

Outro aspecto interessante a ressaltar é a maneira pela qual a docência como identidade da profissão do Pedagogo é concebida. A docência nas DCN-Pedagogia não é entendida no sentido restrito do *ato de ministrar aulas*. O sentido da docência é ampliado, uma vez que se articula à idéia de *trabalho pedagógico*, a ser desenvolvido em espaços escolares e não-escolares, assim sintetizados no Parecer CNE/CP n. 05/2006 (p. 7):

Entende-se que a formação do licenciado em pedagogia fundamenta-se no trabalho pedagógico realizado em espaços escolares e não-escolares, que tem a docência como base. Nesta perspectiva, a docência é compreendida como ação educativa e processo pedagógico metódico e intencional, construído em relações sociais, étnico-raciais e produtivas, as quais influenciam conceitos, princípios e objetivos da pedagogia.

Dessa forma, a docência, tanto em processos educativos escolares como não escolares, não se confunde com a utilização de métodos e técnicas pretensamente pedagógicos, descolados de realidades históricas específicas. Constitui-se na confluência de conhecimentos oriundos de diferentes tradições culturais e das ciências, bem como de valores, posturas e atitudes éticas, de manifestações estéticas, lúdicas, laborais. (Parecer CNE/CP n. 05/2006, p. 7)

Ainda ressaltando essa perspectiva da complexidade da formação docente urge a necessidade de inclusão para novos sujeitos que se encontram a margem do processo educativo, Gatti e Barreto (2009) em documento que esboça a situação dos professores no Brasil explicitam que vários fatores interagem na composição dos desafios à formação de professores, cuja análise revela a complexidade da questão. De um lado, temos a expansão da oferta de educação básica e os esforços de inclusão social, com a cobertura de segmentos sociais até recentemente pouco representados no atendimento escolar oferecido nas diversas regiões do país.

Nessa proposta educativa, o professor deve ter clareza do seu papel para atuar com planos e programas abertos, os quais são constantemente reorientados pela situação especial e individual de cada criança, se concretizando em um desafio a ser enfrentado pelo professor.

O trabalho do docente no hospital conforme salienta Fonseca (2003) deve adequar-se a realidade na qual transita, ressaltando as potencialidades do aluno e auxiliando-o no encontro com a vida que, apesar da doença, ainda pulsa dentro da criança.

Na escola regular professores e alunos chegam de ambientes distintos, mas na escola hospitalar o aluno já se encontra no hospital e, é o professor que chega do mundo exterior. Ainda ressaltando Fonseca (2003) é imprescindível ao professor tentar manter os horários da frequência de atendimento aos seus alunos, uma vez que a criança hospitalizada já vive muitas incertezas do ponto de vista médico.

Nesse ambiente, um tanto quanto imprevisível que é o hospital, faz-se necessário coerência no trabalho desenvolvido na classe hospitalar, para que este ocorra de modo interativo onde a criança possa sentir-se como elemento integrador. Essa relação possibilita a sua interferência, fazendo-a ser agente e não apenas paciente que se submete ao tratamento.

Pensar a docência nesse espaço significa entender também o professor como um agente de mudança que de forma crítica e reflexiva, procura compreender os significados sociais que perpassam aquele espaço, mobilizando diferentes saberes em sua prática pedagógica e tendo autonomia para desenvolver o seu trabalho.

Nesse prisma, comungamos da idéia de Freire (1997) quando ele diz que as professoras devem recusar o papel de puras seguidoras dóceis de pacotes que *sabichões* e *sabichãs* produzam de forma autoritária, induzindo o imaginário de que os professores não sabem pesquisar e nem transformar sua prática.

Menezes (2004, p.23) sugere que conteúdos introdutórios sobre ambiente hospitalar, análise das emoções vivenciadas no cotidiano hospitalar em suas relações de dor e perda, metodologia do trabalho em ambientes hospitalares, prática de ensino do trabalho pedagógico em hospital sejam inseridos como sugestão em cursos de Pedagogia. A autora aponta ainda para a importância da introdução de informações científicas acerca dos diferentes tipos de doenças e procedimentos na ação do educador, assim como destaca como necessária a integração com os vários enfoques como Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Desse modo, urge a necessidade de discussões e inclusive a possibilidade de estágios no hospital como campo de atuação do professor, a fim de possibilitar práticas e respaldar a docência na classe hospitalar. É necessário, portanto, um currículo no campo da formação docente que reconheça esse espaço como parte do processo

educativo e favoreça um arcabouço de conhecimentos teóricos e práticos aos futuros professores que poderão atuar na classe hospitalar.

4.2 A desvalorização do trabalho docente e suas implicações no imaginário social

Assistimos nas últimas duas décadas ao aparecimento de uma literatura voltada para se pensar nos professores como pesquisadores e como profissionais reflexivos. Esta tendência representa sem dúvida alguma, a busca por requalificação dos docentes do ponto de vista social e profissional.

Refletir sobre o professor na atualidade é também analisar sobre a crise do sistema educacional e como esse profissional tem sido desafiado a superar os condicionantes que tem causado desgaste no seu exercício profissional. Algumas inquietações têm sido elaboradas no cotidiano desse profissional: O que mudou no cenário educativo que tornou a escola não atraente? O que aconteceu com o prestígio do professor?

As pesquisas de Vasconcellos (2006) mostram alguns indícios ao revelar que há algumas décadas atrás a escola aparecia como instrumento de ascensão social, ocorria o apoio incondicional da família a escola, boa remuneração para os professores, valorização do professor como mediador do conhecimento e a escola e o professor como fontes privilegiadas de informação.

No século XIX, a maioria dos professores fazia parte da população de classe média, com uma situação econômica digna. Alguns fatores começaram a mudar os rumos da visão que se tinha deste professor que, no início da década de 1910, despertava nos pais o orgulho em ter uma ou mais de suas filhas professoras. (NOVOA, 1992)

Com o passar do tempo, mudanças enormes resignificaram o trabalho do professor e o significado da escola ficou marginalizado diante da sociedade. Ainda segundo os estudos de Vasconcellos (2006) houve uma expansão quantitativa versus a deteriorização qualitativa, ou seja, uma deteriorização nas condições de trabalho tendo em vista o número excessivo de alunos por sala falta de instalações e materiais adequados; diminuição drástica do salário dos professores; queda do status social do

professor; tendência em ter o professor como o grande responsável pelos males da educação.

Essas mudanças têm trazido muitos elementos negativos à escola e aos profissionais que a utilizam como espaço de sua atuação e dentre estes podemos citar os professores como àqueles que acabam por sentir de perto esses problemas e convivem com angústia de uma sala de aula com muitos alunos e sem estrutura física, violência e indisciplina, demandas de trabalho superior aos que cabe a sua profissão (cumpre papéis que cabe a família), salários defasados, formação continuada aligeirada e superficial, altos números de repetência e acabam sendo taxados como responsáveis pelos problemas da educação.

Como explica Fanfani (2007), a sociedade espera mais do que a escola pode produzir, ou seja, existe uma distância entre a imagem ideal da função docente e a realidade relacional e temporal da sua prática. No cotidiano da escola o professor, para desenvolver sua atividade de ensinar, precisa lidar com problemas de disciplina e violência, com a falta de interesse dos alunos, com a necessidade de trabalhar com um número maior de alunos e de desenvolver sua tarefa educativa na e para a diversidade.

Esses aspectos alteraram em muito a condição da profissão docente que comporta no imaginário social uma profissão que não consegue dar conta das mazelas da educação, criando a representação de um profissional menos capaz e por isso mal remunerado, além de se configurar em uma profissão na qual poucos sujeitos querem assumir após ingressar no ensino superior. No meio social ao questionar sobre a profissão mais desvalorizada não é difícil que a sociedade acolha o professor como àquele que é importante, mas não tem a valorização que merece.

Em uma pesquisa intitulada de Atratividade da Carreira Docente no Brasil publicado pela Fundação Carlos Chagas (2009), mostrou resultados de uma pesquisa que teve por objetivo investigar atratividade da carreira docente no Brasil sob a ótica de alunos concluintes do ensino médio. Nessa pesquisa constatou-se que a docência vem deixando de ser uma opção profissional procurada pelos jovens e buscou-se considerar o problema e discutir que fatores interferem nesse posicionamento, ou seja, porque tem decrescido a demanda pelas carreiras docentes, especialmente na educação básica. A questão é importante porque o desenvolvimento social e econômico depende da qualidade da escolarização básica, mais ainda na emergência da chamada sociedade do

conhecimento. Depende, portanto, dos professores no seu trabalho com as crianças e jovens nas escolas.

Essa pesquisa teve um importante objetivo ao buscar a partir das falas dos sujeitos de todas as regiões do Brasil demonstrar a não opção dos jovens pela profissão docente, segundo aspectos já citados nesse tópico e que torna a profissão não atrativa. O interessante é que essa situação não é um fenômeno recente e se arrasta há pelo menos algumas décadas, onde vários estudiosos já denunciavam os aspectos que tornam problemáticos a questão do professor Brasil.

Algumas indagações surgem nesse estudo em relação ao seu objeto de estudo: Se a profissão de professor está visivelmente desvalorizada, por que alguns professores ainda buscam espaços que são demarcados pelo sofrimento e pelo dor para trabalhar? Se o professor não é um profissional respeitado no cenário social por que procura o hospital que historicamente tem sido um lugar próprio dos profissionais de saúde para exercer a sua atividade?

Existe um aspecto denominado de sublimação que é focado no livro “Hospital: dor e morte como ofício” da autora Pitta (1999) como um processo postulado por Freud para explicar atividades humanas, sem qualquer relação com a sexualidade ou mesmo com pulsões agressivas, mas encontram seu propulsor na força dessas pulsões. Freud descreve como atividades de sublimação principalmente as artísticas e intelectuais, diz-se que uma pulsão é sublimada desde que ela vise um objeto socialmente valorizado no caso, o trabalho em saúde.

Importa ressaltar que nos estudos psicanalíticos de Freud o conceito de sexualidade tem uma conotação ampla, e não podemos nos enganar ou fantasiar sobre isso de maneira inapropriada ou ligada apenas aos órgãos sexuais de homens e mulheres. O próprio ato de comer na psicanálise pode ser considerado algo vinculado à sexualidade.

Com o intuito de descrever um pouco mais sobre esse conceito psicanalítico, mesmo que não seja o objetivo deste trabalho ampliar as reflexões e os estudos da Psicanálise, foi necessário utilizar as contribuições de Capra(1993) que aborda o discurso científico da química, constituído por Lavoisier no século XVIII, manteve a sublimação em sua retórica e em seu vocabulário, e é evidente a presença desse discurso

no momento em que Freud enuncia o conceito psicanalítico de sublimação. Com efeito, ele concebe como por intermédio do processo de sublimação, a pulsão sexual passaria de sua solidez e consistência diretamente para uma produção vaporosa e espiritual, que é a maneira pela qual o abjeto se transforma no sublime.

O presente estudo parte da premissa que o trabalho realizado por professores na classe hospitalar se constitui em um processo de sublimação e mesmo diante de um quadro de imensa desvalorização do professor, ainda existem profissionais que escolhem trabalhar em uma instituição hospitalar tendo em vista transformar as suas pulsões em processo sublime. Compreendendo que o professor de uma classe hospitalar ao trabalhar com crianças que estão doentes ou em tratamento realizaria uma atividade de solidariedade, conferida de status e que mesmo marcado pela dor se constitui em um lócus de trabalho, no caso o hospital que possui um prestígio social.

Esse caráter de sublimação presente nos profissionais que trabalham no hospital, nesse caso o professor de classe hospitalar não é o único elemento que impulsiona a entrada desses profissionais a prestar atendimento a crianças e adolescentes internados. Essa prática docente não é neutra e impulsionada apenas pela psiquê, mas decorre também de aspectos políticos (leis), social (inclusão), cultural (respeito aos saberes) e mediante ao reconhecimento desse espaço como local de trabalho do professor.

Importa destacar que o cenário de rejeição a profissão docente por parte dos futuros profissionais não está presente só no Brasil, pois segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) no ano de 2008, em pronunciamento conjunto por ocasião do Dia Internacional do Professor, revelaram preocupação com a valorização do magistério e com a falta de interesse dos jovens por essa profissão. Tem sido divulgada não só a queda na demanda pelas licenciaturas e no número de formandos, mas também a mudança de perfil do público que busca a docência. Esse conjunto de pesquisas e artigos discute a necessidade de tornar a carreira de professor mais atrativa. (GATTI et al, 2008; GATTI E BARRETTO, 2009)

Alguns dados retirados do relatório da UNESCO no ano de 2009 com título de Professores do Brasil: impasses e desafios que foi coordenado por Bernadete Angelina Gatti e Elba Siqueira de Sá Barreto indicam que esse fenômeno de desvalorização de professores tem ocorrido em diferentes países e têm sido enfrentados a partir de

políticas de valorização do magistério. Desse modo, é possível evidenciar que o problema não está circunscrito ao Brasil, é um tema debatido mundialmente.

Os dados apresentados pela Fundação Carlos Chagas (2009) traz grandes preocupações ao Ministério de Educação e da Cultura, aos dirigentes do país e a sociedade em geral, pois no Brasil, por dados da PNAD/IBGE (2006), 24% dos docentes da educação básica tinham mais de 46 anos; considerando que também por esses dados, a maioria dos docentes começou a trabalhar por volta dos 18 anos. A aposentadoria desse grupo é bem previsível para breve, o que coloca a necessidade de sua substituição nas redes de ensino. Esses 24% representam mais de quinhentos mil professores. Pelos resultados do Censo Escolar da Educação Básica de 2003 (INEP/MEC) e, mais recentemente o Censo de 2007, apresenta evidências de que o número de aposentadorias tende a superar o número de formandos nos próximos anos, se considerarmos o número de professores em cada faixa etária no Brasil.

No censo de 2007, por exemplo, em um universo de 1.882.961 educadores, cerca de 40% estão mais próximos da aposentadoria que do início de carreira. Outro dado importante levantado pelo Censo de 2007 é o baixo percentual de professores com formação inicial específica na disciplina que lecionam no ensino médio. A situação mais crítica de professores atuando em disciplinas específicas sem adequação de sua formação inicial ocorre nas ciências exatas. Na disciplina de Física, apenas 25,2% dos docentes em atuação têm licenciatura na disciplina ministrada; na de Química esse percentual é de 38,2%.

Esses dados se tornam preocupantes quanto ao futuro de nossa sociedade e a preocupação sobre quem estará educando as futuras crianças e jovens no processo de escolarização. Demonstra ainda que esteja ocorrendo um decréscimo em relação à procura de cursos de licenciatura e o surgimento de uma grande demanda nessa área profissional tendo em vista o número significativo de professores que deverão se aposentar.

Jesus (2004) referindo-se a essas perspectivas de desconforto na atividade docente fala em “crise das motivações” da atualidade. O autor utiliza-se de dados de uma pesquisa sobre a situação do professor em Portugal para analisar a perda de prestígio social da profissão docente, e seu sentimento de desvalor. Segundo os dados obtidos com 1.500 pessoas representativas da opinião pública, identificou-se que é atribuído um baixo estatuto à profissão docente, inclusive pelos próprios professores,

em comparação a outras profissões nas quais é requerido o mesmo nível de formação acadêmica. O autor considera que a imagem social do professor em declínio pode estar ligada à alteração do papel tradicional dos professores no meio local, ou seja, a escola está deixando de ser o principal espaço de acesso ao conhecimento e um meio de ascensão econômica e social para certas camadas sociais. Muitas pessoas exercem a docência sem formação específica e preparo profissional, ou com preparo precário. Essa situação contribuiu para a base do estereótipo de que “qualquer um” pode ser professor. Essa idéia de “qualquer um” traz implícito o significado de desqualificação.

Esse elemento trazido pelo autor em relação ao contexto português parece não estar muito distante do imaginário social brasileiro de “que todo mundo é um pouco de professor” o que acaba por mostrar certo descompromisso, contribuindo para uma imagem social de profissão secundária e simplista, não leva em conta a especificidade do trabalho docente e os saberes necessários ao exercício dessa profissão.

Tal aspecto foi evidenciado na pesquisa da Fundação Carlos Chagas (2009) em relação à imagem da docência no que diz respeito a certas idéias preconcebidas de que para ensinar não é preciso ter uma formação específica. Apesar dos estudantes da pesquisa reconhecerem a complexidade e a exigência da carreira, a docência não é vista como uma profissão que detém um saber específico que a caracterize e a diferencie de outras profissões e que precisa ser aprendido. E quanto maior a proximidade das séries iniciais, maior a percepção de que não é preciso preparo; apenas basta o cuidado.

Rubem Alves (1982) em seu artigo intitulado de “O preparo do educador” faz uma importante observação ao abordar que a caracterização dos docentes como “simples professores” e não como especialistas da educação funciona como um pretexto para sua subordinação à burocracia escolar, bem como para a desqualificação de seu trabalho e a degradação do seu salário.

O livro intitulado de O educador: vida e morte (1982) que foi organizado por Carlos Brandão já denunciava outros aspectos em relação à desvalorização da profissão docente que se feito analogia com o tempo atual parece ser os problemas enfrentados pelo professor no seu cotidiano. Segundo Brandão (1982) se concebe de maneira errônea os graves e complexos problemas que se manifestam a nível educacional que ficam reduzidos a condição de problemas meramente técnicos no contexto da sala de aula e tem como ator principal o professor.

Nessa citação de Brandão é possível evidenciar que desde a década de 80 já se estava institucionalizado o professor como culpado pelos problemas educativos da época. O autor coloca mais adiante que os problemas educacionais não podem ser exclusivos do professor, tendo em vista que a educação é perpassada de ponta a ponta por processos bem mais amplos e abrangentes: processos culturais, econômicos, sociais e políticos.

Desse modo, a profissão docente vem sofrendo, visivelmente, um processo de crescente desprofissionalização e depreciação principalmente na separação entre concepção e execução, padronização de tarefas, salários ínfimos e desvalorização de *status*.

Outro fator que merece destaque é o crescente número de cursos de formação de professores que tem caráter de aligeiramento, com custo baixo e uma formação profissional com pouco caráter reflexivo. Assistimos uma explosão nos últimos anos em relação aos cursos de licenciatura, esse aumento pode ser explicado a partir da LDB de 1996 que estipula a exigência de nível superior para os professores da educação básica. Nos artigos 62 e 63 dispõem:

Art. 62 – A formação de docentes para atuar na educação básica far-se-á em nível superior, em curso de licenciatura, de graduação plena, em universidades e institutos superiores de educação, admitida como formação mínima para o exercício do magistério na educação infantil e nas quatro primeiras séries do ensino fundamental, a oferecida em nível médio, na modalidade Normal.

Art. 63 – Os Institutos Superiores de Educação manterão:

- I. cursos formadores de profissionais para a educação básica, inclusive o curso normal superior, destinado à formação docentes para a educação infantil e para as primeiras séries do ensino fundamental;
- II. programas de formação pedagógica para portadores de diplomas de educação superior que queiram se dedicar à educação básica;
- III. programas de educação continuada para os profissionais de educação dos diversos níveis.

A rapidez com que acontece os cursos de formação, possibilita uma boa fatia de lucro às instituições privadas e alargam a demanda de vagas para esses cursos. Contudo esse estudo não tem a intenção de aprofundar a discussão em relação aos lucros das instituições privadas e a mercadologização da educação no ensino superior.

Com respeito ao aumento de vagas podemos utilizar uma tabela divulgada pelo MEC no ano de 2006:

Quadro 2 – Crescimento dos cursos presenciais de Licenciatura – Brasil 2000 a 2006.

	Período	Cursos	Matrículas
Licenciatura I	2001	1.224	259.575
	2006	2.415	356.168
	% Cresc.	(97,30)	(37,21)
Licenciatura II	2001	3.307	575.809
	2006	5.041	805.947
	% Cresc.	(52,40)	(40,00)
Total	2001	4.531	835.384
	2006	7.456	1.162.115
	% Cresc.	(64,60)	(39,10)

Fonte: MEC / Inep, Síntese Estatística da Educação Superior 2001 e 2006.

Fonte: MEC \ INEP

Neste estudo conforme explicações do MEC, denominaremos Licenciatura I os cursos destinados à formação de professores para a educação infantil e séries iniciais do ensino fundamental (Pedagogia, Normal, Superior e similares). Licenciatura II os cursos dedicados à formação de professores das disciplinas específicas do magistério da educação básica

Esses dados revelam a quantidade de cursos de licenciatura existentes no Brasil e coloca em pauta a discussão em torno da qualidade da formação nessas instituições e no encaminhamento de práticas formativas extremamente mecânicas com um caráter puramente instrumental. Esse tipo de formação pode contribuir para a construção de um profissional dissociado de uma visão crítica e implica também para o processo de desprofissionalização, principalmente porque ele não se apropria do seu trabalho, pela separação existente no âmbito da educação: quem pensa e quem executa.

Segundo Freire (1997) essa separação não é um fenômeno ingênuo, mas com um viés ideológico, onde os docentes não apenas são excluídos do processo de concepção de educação, mas também permanecem à margem do debate público sobre a prática do ensino da qual são seus protagonistas mais imediatos.

Nessa linha de raciocínio, claramente percebemos a necessidade de um profissional reflexivo que construa cotidianamente novas formas de agir e pensar no cotidiano do fazer educativo, considerando a complexidade dos fenômenos educativos.

Esse tipo de formação uniforme e simplista não problematiza os problemas educativos, já que a realidade educacional comporta aspectos que vão além dos problemas instrumentais, assim como afirma Pérez- Gomes (1992):

Os problemas da prática social não podem ser reduzidos a problemas meramente instrumentais, em que a tarefa profissional se resume a uma acertada escolha e aplicação de meios e procedimentos. De um modo geral, na prática não existe problemas, mas sim situações problemáticas, que se apresentam freqüentemente como casos únicos que não se enquadram nas categorias genéricas identificadas pela técnica e pela teoria existente. Por essa razão, o profissional prático não pode tratar essas situações como se fossem meros problemas instrumentais, susceptíveis de resolução através de regras armazenadas no seu próprio conhecimento científico-técnico. (p.100)

Desse modo, surge à necessidade de uma nova abordagem nos cursos de formação de professores que considere o processo educativo como um ato complexo que tem base em atitudes, habilidades, competências e se baseia a partir de um viés crítico que situe a docência imbricada nos aspectos sociais e políticos presentes na sociedade.

Diante dos dados apresentados pelos órgãos oficiais sobre o desprestígio da profissão docente e pela própria pesquisa encomendada à Fundação Carlos Chagas (2009), o Ministério da Educação e Cultura começou a veicular propaganda no sentido de valorizar a profissão docente e conclamar os jovens ao ingresso da profissão. Nessa propaganda veiculada aparecem diversas pessoas de diferentes países considerando como uma das profissões fundamentais a sociedade: o professor. Ao final da propaganda aparece uma professora brasileira com a seguinte afirmativa: “*Venha construir um Brasil mais desenvolvido, mais justo, com oportunidade para todos. Seja um professor*”.

Reis (2010) analisa que o uso do *advérbio* (mais) e predicados (desenvolvido; justo) em “*Venha construir um Brasil mais desenvolvido, mais justo*”, faz supor que o Brasil já porta essas qualidades: desenvolvimento e justiça. O mesmo enunciado recorre mediante a estratégia de alcance através da adesão à profissão docente.

A autora acima ainda reflete que num país “com oportunidade para todos”, seria o texto do MEC uma mensagem para valorizar a profissão docente ou para recrutar professores, diante de um panorama de pouca procura por essa atividade econômica? Seria o texto do MEC uma ação à distância para contornar o problema da pouca atratividade da profissão docente, sem encarar os fatores que contribuem para essa tendência?

Importa ressaltar que a propaganda veiculada pelo MEC como uma estratégia de valorização por si só não dará conta de ressignificar a profissão docente, pois está ligada a fatores sociais externo, tais como: precariedade da estrutura física das escolas, salas lotadas em média com 40 alunos, problemas de indisciplina e violência, baixos salários, lacunas na formação inicial e continuada para dar conta dos processos escolares. Desse modo há que ampliar as estratégias de valorização e fazê-las sair da sistematização escrita para a efetivação na prática.

É necessário rever toda a estrutura da escola, o seu significado social, os aspectos familiares dos alunos, a parceria entre família e escola, um número de alunos menor por sala para que o professor possa acompanhar, dar autonomia ao professor, repensar a formação inicial dos cursos de formação de professores, possibilitar a constante formação continuada dos profissionais da educação de uma maneira mais aprofundada e ligada as demandas locais, aumentar as verbas destinadas a educação, fiscalizar as instâncias municipais, estaduais e federais que compõe o sistema educativo para ver a aplicação de verbas e a que considero principal: efetivar as políticas educacionais para além dos papéis.

4.3 Saberes docentes na ação pedagógica com crianças hospitalizadas.

Atualmente, verificamos um aumento significativo de estudos que procuram investigar as especificidades e a natureza dos processos de conhecimentos dos saberes dos professores. A compreensão desses saberes implica numa visão multifacetada que revela toda a complexidade da prática educativa.

Segundo Tardiff; Lessard; Lahaye (2002), os professores possuem saberes específicos que são constituídos pelos saberes da formação profissional. O autor

entende estes, como o conjunto de saberes provenientes das ciências da educação e transmitidos institucionalmente na formação docente. São eles:

Os saberes pedagógicos, responsáveis tanto pelas orientações ideológicas da atividade educativa (doutrinas, sistemas), como pela transmissão de técnicas e formas de saber fazer.

Os saberes das disciplinas correspondentes aos vários campos de conhecimentos, tradicionalmente transmitidos em forma de disciplinas nas universidades.

Os saberes curriculares correspondentes aos discursos, objetivos, conteúdos e métodos que os professores devem aprender e aplicar na forma de programas escolares.

Os saberes da experiência, aqueles desenvolvidos pelos próprios professores em sua atuação prática profissional, pautados no trabalho cotidiano e no conhecimento cultural.

Esses saberes decorrem da formação, mas não se resumem apenas aos aspectos de conhecimentos e técnicas; eles vão se ampliando mediante ao cotidiano da ação do professor. Em outras palavras, os saberes dos professores são plurais e compostos “(...) uma vez que provém da história de vida, da cultura escolar anterior, dos conhecimentos disciplinares e pedagógico-didáticos, adquiridos através da formação de professores, livros didáticos (...) e da experiência pessoal.” (GUIMARÃES, 2006 p. 51).

Esse tipo de saber está implícito na nossa ação e é adquirido mediante o exercício de uma determinada atividade. O professor de classe hospitalar é um profissional altamente flexível, explicitando que o seu fazer pedagógico cotidiano decorre em sua maioria do reflexo do seu saber experiencial.

Assim, a preparação para uma atividade multifacetada que é o processo de ensino torna-se cada vez mais um desafio, Mizukami (2002) diz que se trata da formação de um profissional que vai atuar no mundo dominado pela mudança, incerteza, complexidades crescentes, cujas situações e problemas não são solucionáveis com a simples aplicação de conhecimentos técnico-teóricos disponíveis.

O saber experiencial mobilizado na ação educativa com o aluno/paciente de uma enfermaria pediátrica tem um destaque especial nesse tópico, já que a produção desse saber necessita ser construído e reconstruído, conforme a necessidade das situações,

pautada na imprevisibilidade e na rapidez das decisões para a resolução dos conflitos existentes.

O professor como mediador deve procurar romper qualquer distanciamento, valorizando e enxergando os atores envolvidos no processo educativo como seres construtores de cultura e conhecimento. Esse aspecto se torna necessário pelo fato de existir em uma classe hospitalar crianças que advêm de diferentes localidades e com códigos e hábitos culturais mais diversos. Entender o conhecimento também como trajetória de vida, é reconhecer os alunos como sujeitos que dominam saberes e que valorizados, contribuirão significadamente para a relação ensino-aprendizagem.

Freire (1997), ao falar dos saberes necessários à prática educativa, explicita o professor como um profissional que deve produzir uma prática pedagógica rica e significativa, levando em consideração os saberes que dizem respeito às ações educativas.

Situamos assim o saber da experiência como um elemento que abarca os múltiplos saberes e que embora sejam identificados de modo fragmentado, na prática são articulados nos diferentes contextos. É nesse sentido que o professor imprime a marca de sua identidade, apropriando-se do reservatório de saberes que ele domina e que construiu na sua experiência docente, dando ao curso de sua ação características que lhe são próprias.

Importa pois destacar a problemática do ensino universitário, uma vez que a universidade precisa refletir sua inserção sócio-política e cultural, redefinindo a sua missão no tempo e no espaço. Assim, emerge o seguinte questionamento: a universidade, um lugar por excelência de produção de conhecimento, estaria legitimando nos seus cursos de formação de professores a produção de saberes voltados a um processo educativo homogêneo?

Essa dificuldade que os professores possuem em articular os seus saberes no cotidiano de uma prática pedagógica diferenciada, decorre principalmente da ausência de discussões no curso de formação. É necessário assim, reivindicar uma nova relação da universidade em seu projeto de organização, em virtude das múltiplas e diversificadas formas de aprendizagem institucionalizada nas práticas formativas, contemplando a formação de atitudes e convicções que induzam uma concepção de vida e de mundo.

O profissional da educação que trabalham com alunos que estão em processo de hospitalização, necessita além dos conhecimentos técnicos profissionais oriundos dos cursos de graduação e formação continuada, também, compreender:

a dimensão relacional, isto é a qualidade e a habilidade pessoal na relação com o outro, as habilidades e conhecimentos (competência sobre determinadas áreas, pessoas ou processos específicos e globais) tanto na reflexão quanto na ação...” (GRACIANI, 2005, p.199).

Nessa perspectiva, enfatizamos a necessidade dos professores evocarem em suas práticas a solidariedade, o aspecto relacional aliado ao rigor científico. A esse respeito, Freire (1996, p.51) enfatiza que:

Nenhuma formação docente verdadeira pode fazer-se alheada, de um lado do exercício da criticidade que implica a promoção da curiosidade ingênua a curiosidade epistemológica, sem o reconhecimento do valor das emoções, da sensibilidade, da afetividade (...).

O potencial de afetividade e a relação de segurança com a criança e adolescente é um importante elemento para que o educador consiga adentrar no mundo desses sujeitos, ao lidar também, com os conflitos que emergem nesse espaço de aprendizagem. Nesse sentido as professoras revelam que:

Nessa perspectiva, Tardif; Lessard; Lahaye (2002, p.35) enfatizam que “a docência é um trabalho cujo objeto não é constituído de matéria ou de símbolos, mas de relações humanas com pessoas capazes de iniciativa (...)”.

Assim, a promoção da aprendizagem deve ser uma tarefa co-política fundamental em uma ação pedagógica consciente situada em contexto histórico. Esse processo é essencialmente complexo, principalmente pelo fato dos cursos de formação inicial não preparar adequadamente o professor para trabalhar com as questões relacionadas a crianças e adolescentes em processo de internamento.

Por isso é que Freire (1996, p.90) defende que “não posso de maneira alguma, nas minhas relações político pedagógicas com os grupos, desconsiderar seu saber da experiência feito. Sua explicação do mundo de que faz parte a compreensão de sua própria presença no mundo”.

Esse modelo educacional precisa de um profissional com formação, que possibilite antes de tudo, reconhecer os saberes que provêm de seus alunos, seu universo vocabular, suas histórias de vida e a sua cultura.

Muitas das crianças que são atendidas no hospital possuem uma trajetória escolar dificultada por conta do processo constante de internação, pela desmotivação por conta de sua patologia, desesperança, estigmatizados pelo rótulo de coitadinho e incapaz, bem como pelas intercorrências das doenças crônicas.

Nesse sentido, é importante ressaltar que não existem “receitas metodológicas” ou “fórmulas pedagógicas”. Trata-se de uma postura que possa contribuir na educação formal e não-formal, sendo necessário um profissional competente, aberto às inovações, consciente de seu papel de mediador.

Ceccim (1999) aborda que a prática pedagógica educacional no hospital, visa à continuidade do ensino de conteúdos da escola de origem da criança e/ ou trabalho educativo com conteúdos programáticos próprios a cada faixa etária das crianças hospitalizadas, pois a prática pedagógica nesse espaço exige profissionais com maior flexibilidade, por tratar-se de uma clientela que se encontra em constantes modificações e em diferentes patologias. Logo, a atuação de professores em classe hospitalar requer compreensão das peculiaridades de cada criança, uma vez que não existe uma receita pronta, um planejamento perfeito ou estratégias educativas mágicas.

A ruptura dos moldes tradicionais deve se constituir em ações pedagógicas integradas, com vistas às novas soluções que auxiliem as propostas sócio-educativas visando o alcance do compromisso social. De acordo com esse pensamento Freire (1979) explicita que “quanto mais me capacito como profissional, quanto mais sistematizo minhas experiências, quanto mais me utilizo do patrimônio cultural, que é patrimônio de todos o qual todos devem servir, mais aumento minhas responsabilidades com os homens. Não posso, por isso mesmo, burocratizar meu serviço de profissional e servidor, numa inversão de valores.”

Destacamos a importância do professor ter clareza do seu papel para atuar com planos e programas abertos, os quais são constantemente reorientados pela situação especial e individual de cada criança. Como salienta Fonseca (2003) o perfil pedagógico-educacional do professor deve adequar-se a realidade na qual transita,

ressaltando as potencialidades do aluno e auxiliando-o no encontro com a vida que, apesar da doença, ainda pulsa dentro da criança.

Nesse ambiente, um tanto quanto imprevisível que é o hospital, faz-se necessário coerência no trabalho desenvolvido na classe hospitalar, para que este ocorra de modo interativo onde a criança possa sentir-se como elemento integrador. Essa relação possibilita a sua interferência, fazendo-a ser agente e não apenas paciente que se submete ao tratamento. Pensar nesse processo inclusivo no hospital requer do professor uma ação sistematizada como: planejar, avaliar, registrar, dar continuidade aos seus estudos e uma escuta pedagógica que possibilite ver além dos conteúdos.

Ceccim (1997) defende plausivelmente a questão da escuta pedagógica, diferenciando a escuta da audição, uma vez que a audição se refere à apreensão / compreensão de vozes e sons audíveis e, a escuta refere-se a apreensão / compreensão de expectativas e sentidos, ouvindo a partir das palavras, as lacunas do que é dito e os silêncios, ouvindo expressões e gestos, condutas e posturas (p. 31).

Dentre essas ações, acreditamos que o planejamento e o registro se constituem como elementos cruciais ao desenvolvimento do trabalho nesse espaço. O planejamento deve ser focado nos objetivos vinculando as diferentes alternativas didáticas para mediar os conteúdos. O registro deve ser encarado como um lugar onde o professor deve compor suas impressões e observações sobre o desenvolvimento das crianças nas atividades, se concretizando em observações necessárias para o relatório da criança após alta.

É nessa perspectiva que os profissionais da educação que estão inseridos no contexto da educação com crianças e adolescentes internados devem contrapor o caráter burocrático da escola formal que, na maioria das vezes, possui uma proposta curricular inflexível.



As palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios. É portanto claro que a palavra será sempre o indicador mais sensível de todas as transformações sociais, mesmo daquelas que apenas despontam, que ainda não tomaram forma, que ainda não abriram caminho (...).

(M. Bakhtin)

CAPÍTULO 5

5. A Teoria das Representações Sociais: significando conceitos

Este capítulo tem como tema de estudo as representações sociais, para tanto busca possibilitar ao leitor conhecimento em torno do seu surgimento e como são elaboradas as representações no pensamento humano. É a partir dessa teoria que este estudo se propõe a compreender a concepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho do pedagogo, tendo em vista que tais percepções não decorrem apenas de uma opinião pessoal, mas de um constructo social que é partilhado dentro dos significados culturais de uma sociedade.

5.1 Teoria das Representações Sociais

A complexidade dos fenômenos sociais, as interações entre os indivíduos, a necessidade do homem produzir tecnologias diferenciadas, o aparecimento de novas doenças e as implicações da atitude humana em relação à transformação do espaço têm permitido alternativas diferenciadas na realização de pesquisas com o objetivo de solucionar e dar respostas ao desconhecido ou confirmar hipóteses. A produção científica, nessa perspectiva é influenciada e relacionada com a história do homem e sua produção cultural, material, social e política.

O cenário acadêmico começa a repensar aspectos até então vistos como inquestionáveis, dentre eles, a concepção do conhecimento como algo imutável no processo de construção do ser humano e o reconhecimento no cenário científico da pluralidade de concepções metodológicas, tendo em vista as novas produções no meio acadêmico que pressupõem análises diferenciadas no campo da pesquisa.

Capra (1993) destaca que a partir de um ponto de vista sistêmico, as únicas soluções viáveis são as sustentáveis. Uma sociedade sustentável é aquela que satisfaz suas necessidades, sem diminuir a perspectivas das gerações futuras.

É nesse sentido que os estudos científicos têm produzido pesquisas no campo individual ou coletivo a partir da objetividade/subjetividade ou na explicação/compreensão com a preocupação de satisfazer as necessidades humanas. Nessa pesquisa utilizaremos um grupo de médicos\ pediatras para entender como estes

profissionais concebem o trabalho do pedagogo no hospital e se identificam a classe hospitalar como instrumento necessário em uma enfermaria pediátrica.

Tais concepções longe de serem neutras traduzem o que um grupo (médicos) pensam por si mesmo de uma classe geral de idéias em relação ao trabalho do pedagogo no hospital e denunciam uma relação positiva ou negativa com o objeto investigado. Moscovici (2001) afirma que categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele.

Nos últimos anos, o conceito de Representação Social tem aparecido com grande frequência em trabalhos de diversas áreas, dando subsídios a uma compreensão de análise que privilegia os processos sociais na forma de construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Com base nesse aspecto há que destacar como o pensamento individual se enraíza no social (remetendo, portanto, às condições de sua produção) e como um e outro se modificam mutuamente.

Na visão de Domingos Sobrinho (1998) a teoria conduz um novo olhar aos objetos a que se propõe compreender, traz a tona elementos importantes para a compreensão das contribuições sociais, além de preencher lacunas abertas pela chamada crise dos paradigmas, contribuindo para a formulação de várias hipóteses sobre os vários problemas presentes na sociedade.

O termo “social” veiculado pela representação social vem em substituição ao termo “coletivo” de Durkheim, segundo esse autor as representações coletivas traduzem a maneira como a sociedade pensa nas suas relações com os objetos que a afetam (MINAYO, 1997).

O conceito de Representações Coletivas de Durkheim foi substituído por que ignorava a heterogeneidade das crenças e dos conhecimentos dentro de uma comunidade e também explicava um extenso rol formas intelectuais (mito, ciência e religião). Ao formular o conceito de representação, Moscovici modernizou a ciência social .

Farr (1995) explicita que estudar as representações sociais é também compreender como a sociedade pensa, age e se comunica, pois os seres humanos em suas relações cotidianas criam e transmitem as representações dos objetos (idéias, conceitos e fenômenos) com os quais interagem.

As representações sociais surgem dos processos de comunicação da vida cotidiana, reconhecidas como um saber prático que liga um sujeito a um objeto. São, assim, qualificadas como conhecimento da prática, pois se referem à construção de saberes sociais que envolvem as dimensões cognitivas, afetivas e sociais, produzindo e determinando comportamentos estabelecidos coletivamente.

De acordo com os estudiosos da teoria, Moscovici sempre resistiu a apresentar uma definição precisa das representações sociais por julgar que uma tentativa nesse sentido poderia acabar resultando na redução do seu alcance conceitual. Porém, ainda assim, Moscovici (2001) tentou sistematizar um conceito:

Por representações sociais designamos um conjunto de conceitos, enunciados e explicações originado na vida cotidiana. Elas são ao equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e aos sistemas de crença das sociedades tradicionais. Elas circulam, entrecruzam-se e cristalizam-se sem cessar por meio de uma fala, um gesto, um encontro em nosso universo cotidiano.

Este conceito atravessa as ciências humanas e não pode ser considerado um patrimônio de uma área em particular, pois ele tem raízes na sociologia, na Psicologia Social e uma presença marcante na Antropologia.

A Psicologia Social aborda as Representações Sociais no âmbito do seu campo, do seu objeto de estudo: a relação indivíduo-sociedade e reflete por um lado sobre como os indivíduos, os grupos, os sujeitos sociais, constroem seu conhecimento a partir da sua inscrição social, cultural e por outro, como a sociedade se dá a conhecer e constrói esse conhecimento com os indivíduos. Em suma, como interagem sujeitos e sociedade para construir a realidade, como terminam por construí-la numa estreita parceria que, sem dúvida, passa pela comunicação.

A Teoria das Representações Sociais tem sido uma interlocutora no processo de compartilhamento de saberes partilhados pelos grupos sociais. Várias áreas do saber tem se utilizado de tal representação como um campo de pesquisa que favorece a

compreensão da realidade social e amplia as possibilidades do pesquisador em realizar estudos pautados no pluralismo metodológico.

Conforme explicita Jodelet (1988) representar ou se representar é um ato de pensamento pelo qual um sujeito se reporta a um objeto. Portanto, não existe representação sem objeto e sujeito, pois a representação se estabelece em torno de uma pessoa, uma coisa, um fenômeno natural, uma idéia, uma teoria, o real ou imaginário.

Desse modo, as representações são elaboradas mediante o diálogo entre o indivíduo e o objeto não só como uma característica eminentemente discursiva em relação a um juízo de valor, mas pautada no processo histórico estabelecido pela inserção do indivíduo dentro dos códigos culturais de uma sociedade.

As representações se fundamentam como atos de pensamento que direcionam as práticas e ao mesmo tempo são determinadas por elas. Conforme diz Abric (1994) não se pode dissociar o tripé: representação ↔ discurso ↔ prática.

No contexto desta pesquisa a representação forma uma síntese cognitiva dotada de globalidade, coerência, constância e estabilidade., sendo um processo de construção individual a partir da ação do real sobre nossos sentidos, das dimensões afetivas ou ambientais que agem tanto no processo de memorização quanto na organização e na ativação dos esquemas cognitivos que formam as representações do real.

A Teoria das Representações Sociais envolve a subjetividade como um processo que se revela nas tensões cotidianas, na dinâmica de interação entre sujeitos históricos que se apropriam dos significados sociais para direcionar a sua prática, o seu agir no mundo. Há que se ressaltar que as Representações Sociais são construções de ordem afetiva, cognitiva, social, política, psíquica e cultural, pois elas são compostas por concepções individuais e coletivas.

Nessa concepção, Moscovici (2001, p.63) afirma que ao representar alguma coisa não produzimos unicamente nossas próprias idéias e imagens: criamos e transmitimos em produto gradativamente elaborado em inúmeros lugares segundo regras variadas.

A representação dos médicos em relação ao objeto investigado se dará não apenas pelo fato de trabalharem no hospital selecionado, mas está emaranhada de significados, memórias comuns, valores comuns e ultrapassam uma simples descrição.

Para Heller (1989) o sujeito já nasce na cotidianidade. É no cotidiano que ele começa o processo de iniciação das tarefas do mundo, tarefas estabelecidas a partir da interação social onde o sujeito atua e sofre mudanças, onde estabelece raízes. A vida cotidiana envolve características de construção (atuar, pensar e sentir) de sua subjetividade, a vida cotidiana é para o sujeito onde se colocam fundamentado os sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades, seus sentimentos, idéias e ideologias.

Pensar em Representações Sociais é interligar sujeito-objeto-meio social, pois os sujeitos só emitem impressões, significados e juízo de valor mediante os seus constructos sociais na relação com o mundo a partir dos seus códigos culturais.

Na visão de Marková (2006, p.191)

Os humanos nascem num fenômeno simbólico e cultural, e não inventam nada por eles mesmos em suas experiências individuais. Estes fatos precisam ser trabalhados. O fenômeno cultural, no qual nascemos, como os módulos de pensamento social, as cerimônias coletivas, as práticas sociais e a linguagem, são transmitidos de geração em geração através de experiências diárias de comunicação, da memória coletiva e das instituições, muitas vezes sem muito esforço individual e sem muita mudança cognoscível. Estes fenômenos formam um enorme panorama das nossas realidades sociais e ficam impressos em nosso conhecimento do senso comum cultural.

Nessa citação podemos inferir que as Representações Sociais têm como alicerce o “senso comum” pelo fato de serem produzidos e adquiridos pelos indivíduos em processo de conversação, gestos e interações que vão circulando e se cristalizando num grupo social.

Ressaltamos, portanto a importância da compreensão do objeto deste estudo, pois os médicos entrevistados são professores do curso de medicina e partilham de um saber científico e do senso comum que será socializado com os futuros médicos. Sendo que partir da representação que tenham em torno da classe hospitalar e do

pedagogo no hospital poderão veicular representações distorcidas e negativas do pedagogo e da classe hospitalar.

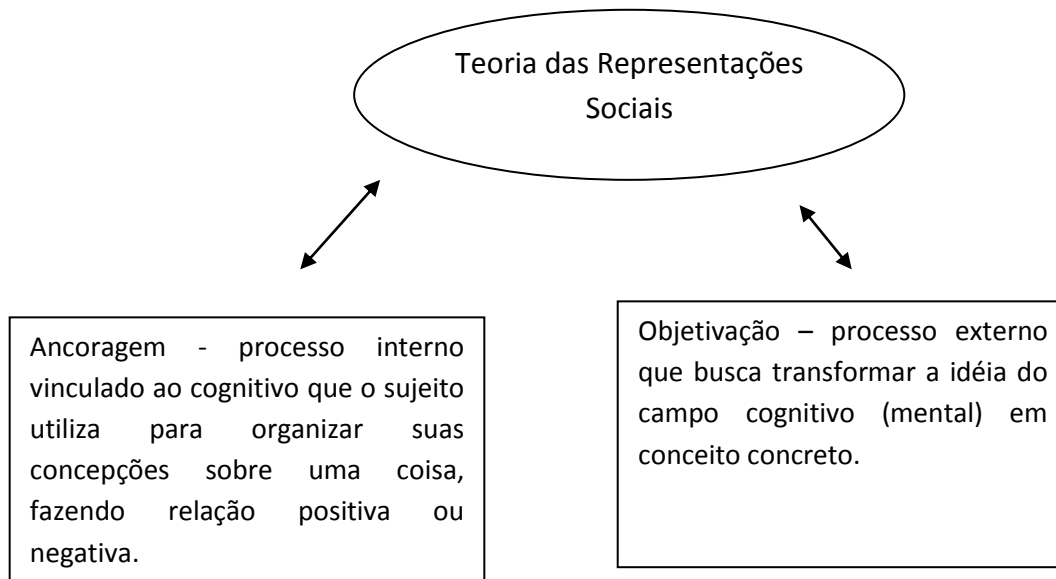
Jodelet (2001) mostra que embora essa forma de conhecimento se diferencie do saber científico, também tem a sua importância na vida social e nos processos cognitivos e nas estruturas sociais, devendo ser reconhecido como legítimo.

Compartilhando dessa mesma perspectiva, Moscovici (1978) denomina esse conhecimento como “prático”. Explica que ele se constitui a partir de nossas experiências, das informações, dos conhecimentos e modelos de pensamentos recebidos e transmitidos por intermédio da cultura, da educação e da comunicação social.

Esse é um processo que não é simples, exige do sujeito a mobilização de recursos cognitivos, de um processo de pensamento que tem na base a memória e os conhecimentos anteriores oriundos de experiência, de vivência, de desenvolvimento intelectual, afetivo e físico.

Ainda na visão de Moscovici (2001) nesse processo dois mecanismos se encontram relacionados: a ancoragem e a objetivação. **A ancoragem** é um processo interno de integração cognitiva em que um objeto novo se "ancora" num pensamento social pré-existente, é dá um significado conhecido ao desconhecido. Segundo Moscovici (2001), ancorar é classificar, categorizar e dar nome a alguma coisa, escolhendo um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecendo uma relação positiva ou negativa. Quando classificamos, estamos sempre fazendo comparações com um “protótipo” ou modelo pré-estabelecido. A ancoragem promove o movimento da memória, trazendo para dentro objetos, pessoas, acontecimentos, que são classificados, categorizados ou rotulados.

Ao contrário da ancoragem, a objetivação, como um processo externo, é a transformação de uma idéia em algo concreto, sendo também a cristalização de pensamentos. Este processo está diretamente ligado ao icônico de uma idéia, ou seja, transformar um conceito em uma imagem. A objetivação tem o propósito de unir a idéia de não-familiar com a idéia de realidade, tornando-se, dessa forma, a essência da realidade.



Podemos entender que a ancoragem e a objetivação são dois processos que geram as representações de maneiras diferentes dependendo da memória.

Abrie apud Mazzotti (2002) destaca cinco funções da ancoragem ou do sistema periférico, no funcionamento e na dinâmica das representações:

- A concretização do núcleo central em termos ancorados na realidade, imediatamente compreensíveis e transmissíveis;
- A regulação, que consiste na adaptação da representação às transformações do contexto, integrando novos elementos ou modificando outros em função de situações concretas com as quais o grupo é confrontado;
- A prescrição de comportamentos: os elementos do sistema periférico funcionam como esquemas organizados pelo núcleo central, garantindo o funcionamento instantâneo da representação com grade de leitura de uma dada situação e, conseqüentemente, orientando a tomada de posições;
- A proteção do núcleo central: o sistema periférico é um elemento essencial nos mecanismos de defesa que visa proteger a significação central da representação, absorvendo as informações novas suscetíveis de pôr em questão o núcleo central;

- As modulações individualizadas: é o sistema periférico que permite a elaboração de representações relacionadas à história e às experiências pessoais do sujeito.

Assim, é sempre conhecimento prático fazendo e dando sentido às práticas sociais. É também individual e coletivo por ser uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, não havendo separação entre sujeito-objeto-meio em sua produção.

O núcleo central é o elemento fundamental para a compreensão de uma Representação Social e está ligado à história (memória coletiva), ao social (valores do grupo) e à ideologia que contribui bastante para a formação da Representação Social. Tem como características: dimensão normativa, moral, ideologia; determina a homogeneidade do grupo; tem dimensão prática e funcional. Suas funções são gerar significado básico da representação e determinar a organização global de todos os elementos (hierarquia).

Com muita pertinência, Mazzotti (2002, p.23) resume no quadro abaixo as características desses dois sistemas.

QUADRO I
CARACTERÍSTICAS DO NÚCLEO CENTRAL E DO SISTEMA PERIFÉRICO

Núcleo Central	Sistema Periférico
Ligado à memória coletiva e à história do grupo	Permite a integração das experiências e das histórias individuais
Consensual: define a homogeneidade do grupo	Suporta a heterogeneidade do grupo
Estável, coerente e rígido	Flexível, suporta contradições
Resiste à mudança	Transforma-se
Pouco sensível ao contexto imediato	Sensível ao contexto imediato
Gera a significação da representação e determina sua organização	Permite a adaptação à realidade concreta e a diferenciação do conteúdo: protege o sistema central

Conforme explicita Abric (1994): o **núcleo central** diz respeito àquelas representações construídas a partir de condições históricas particulares de um grupo social, ou seja, representações construídas pelo grupo em função do sistema de normas no qual está sujeito que por sua vez, estão relacionadas às condições históricas, sociológicas e ideológicas desse grupo; os **elementos periféricos** dizem respeito às adaptações individuais destas representações, em função da história de vida de cada membro desse mesmo grupo. Assim, o núcleo central atua como elemento unificador e estabilizador das Representações Sociais construídas por um determinado grupo, enquanto os elementos periféricos constituem-se em verdadeiros sistemas que atuam no

Nesta perspectiva, as representações sociais enquanto entidades unitárias são regidas por um sistema interno duplo, a saber: núcleo central e sistema periférico. Estes dois sistemas apresentam caráter de complementaridade e, simultaneamente, papéis específicos na constituição das representações.

Importa ressaltar a interdependência desse sistema e compreender que a Representação Social é organizada sobre um núcleo central - que unifica e dá sentido ao conjunto de uma representação - e de alguns elementos periféricos, que permitem certa flexibilidade à mesma.



Da minha aldeia vejo quanto da terra se pode ver no Universo. Por isso a minha aldeia é tão grande como outra terra qualquer. Porque eu sou do tamanho do que vejo, e não do tamanho da minha altura...

(Fernando Pessoa)

6. Metodologia da pesquisa

O objetivo deste capítulo é discorrer sobre os caminhos metodológicos que conduziram à construção deste trabalho. Para tanto, retomamos os postulados teóricos que orientaram o nosso objeto de estudo, procurando validá-los junto aos sujeitos entrevistados. Apresentamos dessa maneira, o mapa organizacional deste trabalho, o qual permitiu apresentar os resultados decorrentes da análise, no sentido de responder as questões norteadoras do estudo.

6.1 Tipo da pesquisa

No âmbito das preocupações nos propomos a analisar mediante a concepção dos médicos pediatras a compreensão em relação ao trabalho da classe hospitalar e do Pedagogo nesse espaço que tradicionalmente se constitui no lócus de atuação dos profissionais de saúde e de práticas efetivadas apenas no contexto biológico dos pacientes.

Ao levar em consideração a problemática, objetivos e pela natureza do trabalho, a opção foi a realização de uma abordagem qualitativa, visto que esta ultrapassa a legitimação de um conhecimento fundamentado apenas nos processos quantificáveis, se reduzindo a dados isolados, mas utiliza-se da existência da relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito.

Concordamos com Chizzotti (2005, p.79) quando afirma que na pesquisa qualitativa “o conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito observador é parte integrante do conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado”.

É nessa perspectiva que concebemos os médicos pediatras não apenas como “objeto” que tem a funcionalidade de obtenção de dados, mas como sujeitos possuidores de significados e relações concretas que criam suas ações cotidianas.

Ainda na visão de Chizzotti (2005, p. 79), a abordagem qualitativa “parte do fundamento de que há uma relação entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”.

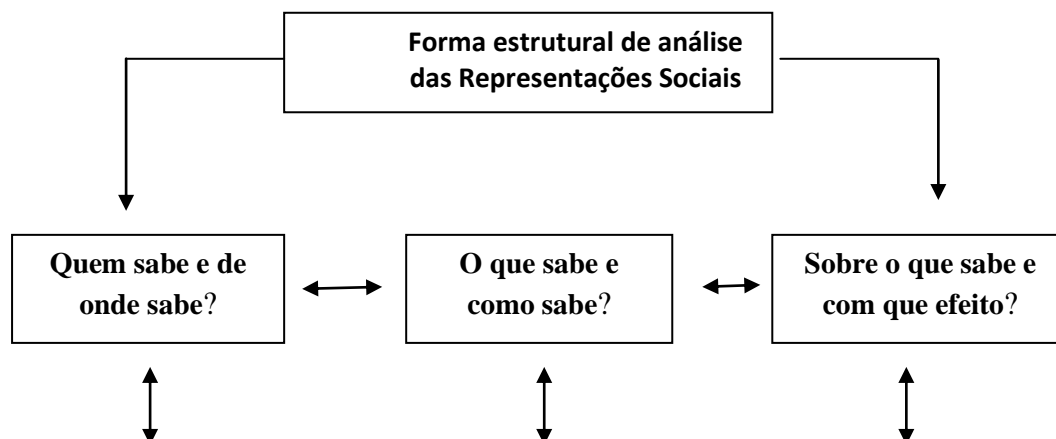
Essa pesquisa por se caracterizar como uma forma de estudo que busca compreender as concepções e as crenças dos profissionais de saúde, ou seja, a representação de uma coletividade sobre o trabalho do Pedagogo no hospital se constitui como uma pesquisa pautada na Teoria das Representações Sociais com cunho qualitativo.

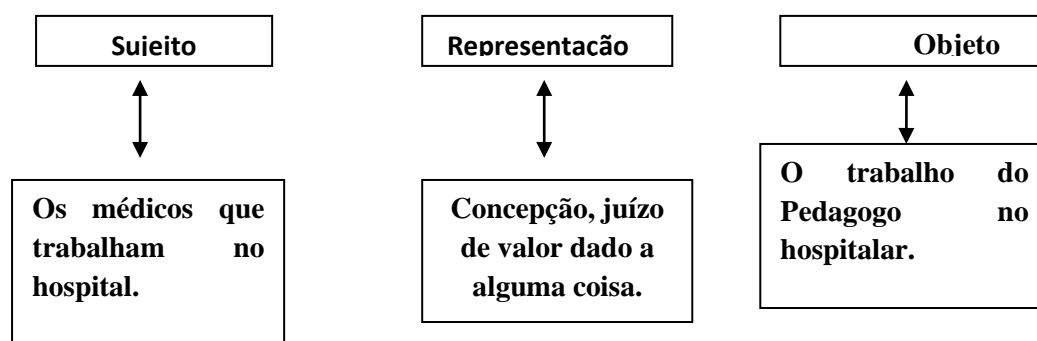
Nessa linha de entendimento, a nossa pesquisa se concretiza a partir da Teoria das Representações Sociais, pois busca compreender como são partilhadas as concepções entre os profissionais de saúde em relação ao trabalho do Pedagogo no âmbito hospitalar.

Moscovici (2001) explicita que esta teoria por promover a ruptura da dicotomia objeto/sujeito do conhecimento e articular o social com o cognitivo será fundamental para a compreensão das representações dos profissionais de saúde sobre o Pedagogo, dando voz aos sujeitos que constituem a representação, que pode ser determinada pelo contexto social, que diz respeito aos aspectos ideológicos, a cultura e ao lugar onde está inserido.

Jodelet (2001) levanta algumas questões pertinentes referentes aos elementos produtores de uma análise em Representações Sociais: Quem sabe e de onde sabe? O que e como sabe? Sobre o que sabe e com que efeitos?

Pensando em tais questionamentos e com o intuito de situar a nossa pesquisa no âmbito de análise das Representações Sociais, faremos de maneira sistemática, a partir do objeto de estudo da nossa pesquisa, um quadro teórico que norteará nosso estudo em relação ao pedagogo no âmbito hospitalar:





Quadro baseado em Jodelet (2001); Brito (2006) e Maheu e Cardoso (2009)

Importa ressaltar que está idéia de juízo de valor expressas pelos médicos pediatras está impregnada de uma cultura social e imersa do significado do Pedagogo como profissional que tem um papel no constructo social, ou seja, a depender do que foi construído socialmente. As falas dos sujeitos imprimirão uma validade ou não ao trabalho desse profissional no hospital.

Ainda segundo Souza Filho (1993), ao se referir aos procedimentos e posturas técnico-metodológicas comumente adotadas por estudiosos de Representações Sociais, destaca o método sistemático de observação por ser pré-requisito fundamental para esse tipo de estudo e por ser o mais adotado pela maioria dos pesquisadores. Esse autor afirma que a primeira ação para esse tipo de estudo é a reunião de material simbólico a respeito de um tema, o que pode ser feito por meio de observação participante e/ou entrevistas com roteiros abertos.

6.2 Lócus da pesquisa

O espaço pesquisado foi o Hospital Universitário Professor Edgar Santos\ UFBA. que se concretiza como um campo de ensino, assistência, pesquisa e conforme recomendações recentes do MEC/MS deve haver maior comprometimento dos hospitais-escola com outros cursos superiores.

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

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

De acordo com os dados do DATASUS, esse hospital possui o total de 271 leitos destes, 23 são reservados para hospital dia e 49 destinados a pediatria clínica e cirúrgica. Atende diferentes especialidades tais como Psiquiatria, neurologia, cardiologia, pneumologia, nefrologia, cirurgia geral, pediatria clínica e cirúrgica.

A escolha pelo local da pesquisa foi intencional, pois a UFBA como espaço de formação de profissionais de medicina se traduz como um local onde se discute teorias e conhecimentos e se veiculada a identidade profissional dos médicos. Desse modo, os médicos entrevistados são professores do curso de medicina que mediante o compromisso do ensino, a assistência e a pesquisa ajudam os futuros médicos a possuírem saberes em relação a sua área de atuação, reconhecimento do hospital como instituição complexa e aberta ao ingresso de diferentes profissionais

Esse hospital possui em sua estrutura a UDAP – Unidade Docente Assistencial de Pediatria que fica no primeiro andar e atende crianças e adolescentes de diferentes localidades. A enfermaria pediátrica conta com uma classe hospitalar que tem como objetivo prestar atendimento educacional a alunos-pacientes hospital. Dispõe de estagiárias graduandas do curso de Pedagogia e alunas do Mestrado e Doutorado vinculadas ao programa de educação da UFBA, que além de atuarem como professoras são pesquisadoras na área de atendimento escolar hospitalar.

O atendimento pedagógico educacional ocorre diariamente em uma sala e nos leitos, onde se encontram as crianças impossibilitadas de se locomoverem ou que não podem ter contato com outras crianças. Atualmente a Classe Hospitalar do HUPES é coordenada pela Faculdade de Educação, sob orientação da professora adjunta da UFBA Dr^a Alessandra Santana Soares e Barros que realiza também pesquisas neste espaço.

6.3. Sujeitos da pesquisa

Para a realização dessa pesquisa os sujeitos são profissionais da área de saúde, médicos do HUPES que atuam na área de pediatria e que compõe o quadro em exercício. Dentro desse quadro de profissionais estão os médicos Pediatras que prestam

atendimento em diferentes enfermarias inclusive a enfermaria pediátrica e no ambulatório.

Tais profissionais foram escolhidos pelo fato de estarem no cotidiano com as crianças hospitalizadas que participam da classe hospitalar e se constituem na categoria profissional mais tradicional no campo da área da saúde, visto que outros profissionais como o Psicólogo e o Assistente Social, inseridos na enfermaria pediátrica, acabam realizando atividades próximas ao trabalho do Pedagogo.

Dessa maneira, apresentamos as características dos sujeitos entrevistados, estabelecendo o seguinte quadro:

- a) A nossa amostra foi formada de sete médicos, sendo cinco do sexo feminino e dois do sexo masculino. Vale ressaltar que esses sete médicos fazem parte do quadro efetivo do HUPES e são professores da UFBA do curso de medicina.

- b) Dos sete médicos entrevistados, obtivemos amostras de cinco pediatras e dois geneticistas que atuam na área de Pediatria. Os entrevistados possuem de cinco a quarenta anos de experiência.

No total houve sete médicos pediatras que contribuíram com a pesquisa. Os sujeitos foram caracterizados mediante dados coletados por meio de questionário socioprofissiográfico.

6.4. Coleta de dados (Instrumentos)

Para responder ao nosso questionamento, utilizamos uma coleta sistemática de dados que favoreceram uma maior fidelidade nas informações. A organização do material coletado teve início no ano de 2010, nos meses de maio, junho e julho para a observação em campo e no período de outubro a dezembro aconteceram as entrevistas, objetivando levantar informações sobre a concepção dos médicos pediatras em relação a classe hospitalar e o trabalho do pedagogo no hospital. Nessa fase, a partir da análise em conjunto com a literatura, classificamos e organizamos os dados numa trajetória mais complexa.

Desse modo, utilizamos os seguintes procedimentos de pesquisa: A observação na classe hospitalar que foi registrada em diário de campo que funciona como um registro escrito das ações vivenciadas e captadas no cotidiano do espaço investigado. As observações ocorriam no turno matutino. Desse modo, oportunizou ao pesquisador um arquivo de informações para a análise dos acontecimentos que permeariam a pesquisa de campo. Essas observações tiveram o objetivo de descrever os fatos, bem como de conhecer o trabalho realizado nas classes hospitalares e de aproximação dos profissionais que foram entrevistados.

Roteiro de entrevista baseado em questões abertas e específicas sobre: 1. A classe hospitalar (conhecimento sobre os objetivos e importância desta no hospital); 2. O trabalho do Pedagogo no hospital; 3. Contribuições do trabalho educativo no hospital para as crianças hospitalizadas.

Duarte (2004) afirma que entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados.

As entrevistas foram realizadas com os sujeitos da pesquisa no próprio local de trabalho e posteriormente transcritas para proceder à análise dos depoimentos dos participantes em relação ao problema de pesquisa. Para a realização das entrevistas, fizemos questão de manter contato com os sujeitos explicando sobre o objetivo do trabalho e a importância da participação deles como co-parceiros.

Durante o processo das entrevistas, não adotamos nenhum tipo de indução ou estímulo para que os sujeitos da pesquisa respondessem às questões. A entrevista foi composta por trinta e uma questões abertas, no sentido de orientar o entrevistado a se comportar de maneira livre e natural para expor seu ponto de vista sobre o que lhe seria perguntado. Para realização das entrevistas foi explicado aos entrevistados que caso fosse necessário seria repetida as perguntas a quantidade de vezes suficiente para que eles pudessem compreender. Explicitava que poderia ser utilizada a função de stop do gravador em caso de necessidade de parar temporariamente.

Ainda segundo Gaskel (2002) a entrevista na pesquisa qualitativa, ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, sendo apropriada

para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo. Em outras palavras, a forma específica de conversação que se estabelece em uma entrevista para fins de pesquisa favorece o acesso direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante.

6.5 Descrição das visitas: observação participante

Na pesquisa qualitativa o que se faz importante é a observação ativa na coleta de dados (BAUER, 2003), portanto, na elaboração das perguntas para este estudo também foram consideradas a realidade do hospital. Desse modo foi necessário conhecer a realidade do local pesquisado para compreender a inter-relação dos médicos com a classe hospitalar e com os Pedagogos que atuam nesse espaço.

Nesse período de observação tive a oportunidade de participar de reuniões de estudo de caso clínico e atuava como professora atendendo no leito as crianças com a doença de mucopolissacaridose que tomavam infusão. A possibilidade de trabalhar no hospital ao mesmo tempo em que realizava minha pesquisa a partir da observação participante possibilitou-me na prática observar os ajuizamentos dos médicos em relação a presença do pedagogo e do trabalho deste no espaço hospitalar que constantemente se viam incomodados com a nossa presença na enfermaria.

Há críticas em relação ao pesquisador que escolhe como lócus de pesquisa o seu espaço de atuação para coletar os dados, contudo ressalto que apesar de conhecer essa fragilidade metodológica que é própria da pesquisa qualitativa, não houve indução de respostas na pesquisa e muitos dos médicos que embora fossem pediatras, atuavam em diferentes espaços do hospital; enfermaria, ambulatório, projetos de genética e nunca haviam tido contato com a pesquisadora.

A observação participante foi um instrumento extremamente rico ao permitir o confronto das falas dos pediatras em torno do problema de pesquisa e a maneira pela qual ocorria interação destes profissionais com os pedagogos que trabalhavam na classe hospitalar, percebendo se havia reconhecimento e respeito em relação a esta atividade educativa.

Freire (2008, p.14) sugere que o pesquisador não deva ser um observador acinzentado, pois todo aquele que observa o faz diante de um ponto de vista e esse fato

não situa o observador em uma condição de erro, seria erro absolutizar o ponto de vista, como frisa o autor.

Os registros foram realizados com o intuito de perceber como ocorriam as relações e o cotidiano dos médicos, registrando em diário, elementos ligados a organização do hospital, o funcionamento da classe hospitalar, a relação entre médicos e pedagogos que trabalham na classe hospitalar com o objetivo de ajudar na triangulação dos dados, mas não com o intuito de registrar apenas um ponto de vista, pois a observação era pautada em critérios.

De acordo com Minayo (1993), a observação-participante pode ser considerada não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, ma como um método em si mesmo, para a compreensão da realidade. “Essa técnica supõe uma convivência direta entre observador e observado que, em ocupando ao mesmo tempo o mesmo espaço, modificam e são modificados pelo contexto no qual estão envolvidos” (p.135)

6.6 Aspectos éticos da pesquisa

De acordo com as diretrizes definidas pela Resolução 196/96 todas as pesquisas que envolvam seres humanos, em qualquer área do conhecimento, deve submeter à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Na impossibilidade dessa medida, a Resolução 196/96 prevê que os projetos de pesquisa de uma instituição sejam apreciados pelo CEP de outra instituição, de preferência por aquele que seja indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS).

Seguindo as normas da referida resolução o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética do HUPES (conforme anexo). A única observação realizada pelo comitê de ética foi o preenchimento no formulário do SINESP em relação à quantidade de sujeitos, que no total eram dez, mas por conta das dificuldades e disponibilidades de alguns médicos só foi possível a entrevista com sete.

O projeto foi submetido à análise em maio de 2010 e devido à burocracia só foi liberado em agosto do mesmo ano, quando recebi assinado pelo comitê de ética a liberação para que fossem realizadas as entrevistas com os sujeitos.

A Resolução 196/96 também determina o que deve constar do conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e que este deve ser avaliado pelo CEP, que decide se realmente o TCLE esclarece os potenciais sujeitos da pesquisa e permite-lhes tomar uma decisão autônoma e voluntária de participar ou não de uma pesquisa.

Desse modo, após aprovação pelo comitê de ética do HUPES foi apresentado aos sujeitos o TCLE (anexo) para que eles pudessem ler e assinar o termo, caso concordassem em participar da pesquisa. No termo foi necessário colocar título da pesquisa, objetivos, duração da entrevista e esclarecer aos sujeitos os aspectos gerais dessa pesquisa.

Dentre os elementos que compõe a autorização do Comitê para realização está a carta de anuência (anexo) que tem o objetivo de permitir a entrada do pesquisado no local que será pesquisado. Essa carta foi apresentada a coordenadora da Classe Hospitalar do HUPES para que fosse possível coletar dados no referido ambiente.

6.7 Dificuldades no percurso do caminho

A escolha inicial pelos médicos como sujeitos da pesquisa já implicava em algumas dificuldades, tais como: dificuldade por conta de horários, difícil acesso aos profissionais, local apropriado para entrevista, pois ao se tratar de um hospital público os espaços são restritos e são ocupados em sua maioria.

A escolha dos profissionais ocorreu mediante observação de uma lista de médicos pediatras disponíveis no site da UFBA e que trabalhavam no HUPES. A partir da lista, enviei e-mail para o total de vinte e dois médicos convidando-os a participar da pesquisa e me colocando a disposição para esclarecimento de dúvidas. Nesse convite explicitava objetivos da pesquisa, a duração da entrevista caso aceitassem participar e colocava o meu telefone para agendar horário com o intuito de explicar presencialmente alguns aspectos não compreendidos.

Dessa quantidade total de sujeitos obtive apenas um e-mail de uma médica se disponibilizando a participar da pesquisa. A partir de tal situação, foram realizadas diferentes tentativas, tais como: convite por telefone e convite presencial explicando aos

médicos sobre a pesquisa e abordando a importância da participação destes na concretude desse estudo. Na segunda tentativa foi possível conseguir mais seis sujeitos que agendaram prontamente as entrevistas.

Nessa trajetória houve dois sujeitos que foram convidados pessoalmente, mas se negaram a participar dessa pesquisa, alegando que não tinham tempo e disponibilidade e os demais embora dissessem querer contribuir com a pesquisa, marcavam horário, mas não apareciam para a entrevista. Várias foram às tentativas de encontrar os médicos para realizar a entrevista, mas ao chegar ao local combinado eles não compareciam. Como o mês de dezembro, período de coletas se aproximava e a maioria do quadro médico que compõe o HUPES entraram de recesso, retornando apenas em fevereiro quando não foi possível novas tentativas tendo em vista o prazo para a defesa.

A realização de entrevistas com os sujeitos foi muito difícil por conta da disponibilidade dos profissionais e em decorrência do tempo de duração da entrevista que era de 30 a 40 minutos. Normalmente eles estão apenas uma ou no máximo duas vezes por semana no hospital e no período de um turno, então as entrevistas eram sempre conturbadas com o interrompimento de internos, pacientes e funcionários que necessitavam de informação do médico.

Durante dois meses (outubro a dezembro) estive coletando as entrevistas e precisei retornar várias vezes ao hospital, pois mesmo com agendamento dos sujeitos ao chegar ao hospital não conseguia localizar os médicos e precisava agendar novos horários. Ao chegar para entrevistar os sujeitos de acordo com horário agendados por eles, precisava ficar esperando horas para que de fato acontecesse a entrevista.

6.8 Método de análise

Na análise dos dados utilizamos as falas dos médicos, atribuindo a cada um deles uma letra do alfabeto: A, B, C, D, E, F e G para garantir o anonimato que certamente contribui para um maior aprofundamento nas informações. Será empregado assim ao final de cada fala o termo Médico A, B, C, D, E, F e G para indicar a origem da fala. Importa ressaltar que a expressão médico será utilizada para denominar a fala gênero do feminino e do gênero masculino.

As informações coletadas receberam um tratamento à luz da compreensão do pesquisador. Segundo Thiollent (1985), ao empreender uma pesquisa de caráter qualitativo, o pesquisador deve estar ciente de que o processo reflexivo e de construção do conhecimento se encontra centrado no sujeito da pesquisa (pesquisador ou pesquisado), entendido enquanto sua postura interpretativa e compreensiva acerca do objeto e das condições sociais da realidade que os circunda, e não só com dados quantitativos, como se eles existissem independente do olhar do pesquisador e do sujeito pesquisado.

A triangulação para a análise dos dados ocorreu mediante a transcrição das entrevistas e as observações que foram realizadas na instituição.

Ao comungar da idéia de Duarte (2004) optamos por alguns procedimentos importantes a serem adotados na preparação de entrevistas para a análise. O primeiro deles diz respeito à transcrição: entrevistas devem ser transcritas, logo depois de encerradas, de preferência por quem as realiza. Depois de transcrita, a entrevista deve passar pela chamada conferência de fidedignidade: ouvir a gravação tendo o texto transcrito em mãos, acompanhando e conferindo cada frase, mudanças de entonação, interjeições, interrupções etc.

Ainda segundo essa autora analisar entrevistas também é tarefa complicada e exige muito cuidado com a interpretação, a construção de categorias e, principalmente, com uma tendência bastante comum entre pesquisadores de debruçarem-se sobre o material empírico procurando “extrair” dali elementos que confirmem suas hipóteses de trabalho e/ou os pressupostos de suas teorias de referência.

Nesse caso, foi necessário utilizar o conjunto de informações recolhidas junto aos entrevistados e organizá-las, primeiramente, em quatro grandes eixos temáticos, articulados aos objetivos centrais da pesquisa.

Mynaio (1997) aborda que entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados.

Assim, por exemplo, nesta pesquisa que tem por objetivo analisar a concepção dos médicos sobre o trabalho do Pedagogo se estabeleceu como eixos temáticos iniciais

para análise das entrevistas concedidas pelos professores: 1. A classe hospitalar (conhecimento sobre os objetivos e importância da mesma no hospital); 2. O trabalho do Pedagogo no hospital; 3. Contribuições do trabalho educativo no hospital para as crianças hospitalizadas.

Sá (1999) afirma que a prática articulada mais comum de pesquisa – quase o “romeu e julieta” das representações sociais – combina a coleta de dados por meio de entrevistas individuais com a técnica para o seu tratamento conhecida como “análise de conteúdo”.

Nesse contexto essa pesquisa utilizou a análise de conteúdo que na perspectiva de Bardin (1977) se traduz mediante o texto como um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem.

A análise por categorias temáticas tenta encontrar uma série de significações que o codificador detecta por meio de indicadores que lhe estão ligados. “Codificar ou caracterizar um segmento é colocá-lo em uma das classes de equivalências definidas, a partir das significações, em função do julgamento do codificador, o que exige qualidades psicológicas complementares como a fineza, a sensibilidade, a flexibilidade, por parte do pesquisador”. (BARDIN, 1977)

Ao realizarmos as entrevistas identificamos as categorias de nossa pesquisa que já foi explicitadas anteriormente para podermos a partir delas trabalhar com a análise do conteúdo e com o problema de nossa pesquisa.

Nesse cenário, o objetivo desta pesquisa é o de conhecer as opiniões, as crenças, as experiências, as representações acerca da condição aprendente de crianças e adolescentes hospitalizados, conscientemente explicitados pelos professores entrevistados em seus depoimentos.

Ainda segundo Bauer (2002) existem dois tipos de textos que podem ser trabalhados pela análise de conteúdo: os textos produzidos em pesquisa, a partir das transcrições de entrevista e dos protocolos de observação, e os textos já existentes, produzidos para outros fins, como textos de jornais.

No caso dessa pesquisa serão os textos transcritos a partir das entrevistas realizadas com os médicos do HUPES e a partir das observações registradas em diários de campo na classe hospitalar do referido hospital.

A pesquisadora ao analisar as falas dos sujeitos entrevistado percebeu em determinado momento a saturação em relação aos dados coletados. De acordo com Minayo (2007) o critério de saturação é atingido no momento em que o pesquisador, pelos dados obtidos em campo, consegue compreender a lógica do grupo em questão, não sendo determinante o número de sujeitos da amostra. No caso desta pesquisa foram 07 médicos pediatra que participaram do estudo e mediante os dados coletados encontramos subsídios para a compreensão do fenômeno em questão.



A palavra é capaz de registrar as fases transitórias mais íntimas, mais efêmeras das mudanças sociais.
(M. Bakhtin)

7. UM OLHAR SOBRE A ANÁLISE DE DADOS

Este capítulo foi construído com base na minha trajetória de aluna do mestrado na UFBA, na interação reflexiva com a orientadora Professora Doutora Alessandra Barros, da leitura de estudos e pesquisas dos autores os quais deram suporte a escrita deste trabalho e mediante os instrumentos de coleta de dados: observação na classe hospitalar e entrevistas com médicos Pediatras, com o intuito de suscitar reflexões sobre a pergunta de investigação a qual se propõe esta pesquisa: qual a concepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho do pedagogo no hospital?

Desse modo, após os dados coletados no campo, foi necessária a análise e construção das categorias que emergiram das falas dos sujeitos e se materializaram mediante as Representações Sociais, isto é da partilha de um determinado grupo em relação a um modo de ver e partilhar crenças. As falas dos entrevistados possibilitaram a compreensão das representações sociais dos médicos pediatras sobre o trabalho do pedagogo no hospital, bem como dos aspectos relacionados a classe hospitalar.

Esta pesquisa está ancorada em cinco categorias que responderão os objetivos a qual se propõe. São elas: aspectos do trabalho do pedagogo no hospital e o imaginário social; classe hospitalar e o trabalho educativo no hospital; educação e saúde; humanização, representação da doença e direitos da criança.

7.1 Discutindo e desvelando concepções das categorias

Categoria 1: Aspectos do trabalho do pedagogo no hospital e o imaginário social.

O trabalho pedagógico em ambientes hospitalares possui seu reconhecimento como fator positivo em diversas pesquisas em âmbito nacional e local. Sobre sua contribuição fora do contexto escolar, ambiente sistematizado onde ocorre o ensino-aprendizagem de maneira formal (Ceccim e Carvalho, 1997).

A esse respeito podemos explicitar as falas de alguns sujeitos que reconhecem o trabalho pedagógico na classe hospitalar, numa enfermaria pediátrica, como um aspecto positivo e necessário:

Eu acrescento na sua pesquisa, o depoimento de alguém que foi aluna de uma classe hospitalar, talvez pouco tenha me ajudado em relação aos conteúdos pedagógicos porque eu passei mais de um ano internada e isso resultou pra mim em um atraso de um ano escolar, mas estar em contato com os livros ter obrigações a cumprir, tarefas a desempenhar, com a data de entregar, isso faz com que a vida seja mais normal dentro do hospital principalmente nos internamentos prolongado. Então você atribui uma tarefa a criança, uma obrigação que ela tem que cumprir, um horário ao qual ela tem que comparecer a uma atividade, isso faz com que a vida dentro do hospital fique um pouco mais próxima da vida fora dele que tem horários, horário de ir para escola, horário de voltar, horário de fazer a tarefinha então isso aí aconteceu e foi bom. (Médico C)

Sei que eles tentam dar uma orientação, o nível, como é que tá a educação de cada criança a escolaridade pra tentar dar algum apoio pedagógico a essas crianças para não ter o rompimento abrupto do seu ensino então são atividades não sei se necessariamente curriculares, mas dentro de um conteúdo adequado a faixa etária da criança a realidade da criança. (Médico A)

Essas falas evidenciam um importante achado nessa pesquisa, pois demonstram que os médicos possuem concepções ampliadas em torno da educação e tem a clareza de que o trabalho desenvolvido pelos pedagogos na classe hospitalar não consegue acompanhar o currículo da escola, mas se propõe a promover atividades educativas ao levar em consideração as habilidades das faixas etárias, realidade das crianças, além de propiciar um vínculo da criança hospitalizada ao seu mundo cotidiano.

Ao mesmo tempo em que esses profissionais demarcam o reconhecimento do trabalho do pedagogo na classe hospitalar, nas relações de trabalho durante o momento da observação participante é perceptível deslizos tais como: “a pró já chegou, agora pare de chorar”, “a pró vai brincar com você” “ele está brincando com você, eu volto depois para examinar”. Esses deslizos foram perceptíveis de serem enxergados por conta da técnica de observação participante e retratam que embora os profissionais na entrevista compreendam o significado e a intencionalidade do trabalho do pedagogo, ainda se tem no imaginário a figura de um profissional que está com a criança para proporcionar o brincar e ocupar o seu tempo no período de sua hospitalização.

Nesse sentido, a ação educativa de que se ocupa o pedagogo no hospital não pode ser identificada como uma brincadeira, simples instrução, ou transmissão de conhecimentos formalizados, uma vez que não pode priorizar os conteúdos, pois a intenção não é transformar o hospital em escola. Essa intervenção educativa não deve se manter fechada no seu formalismo sistemático, em que a criança deve adaptar-se ao currículo previamente proposto, flexibiliza-se este currículo, adaptando-o ao estado biopsicosocial.

Importa ressaltar que embora os documentos oficiais preconizem o trabalho da classe hospitalar como tendo um dos seus objetivos o acompanhamento do currículo da escola de origem da criança hospitalizada, este tem se constituindo como um dos entraves neste atendimento. Essa problemática não é relatada apenas nas pesquisas e estudos veiculados, mas como professora de classe hospitalar é perceptível que existe uma barreira a ser removida, pois o serviço de classe hospitalar não consegue ainda acompanhar o currículo formal da escola de origem da criança.

Essa dificuldade se traduz mediante vários fatores: a dificuldade da criança em participar diariamente da classe hospitalar por conta dos procedimentos médicos, as atividades da escola de origem da criança não chegam para serem efetivadas na classe hospitalar, as escolas não tem conhecimento da classe hospitalar como modalidade educativa e as crianças em processo de internação ficam mais frágeis e vulneráveis.

Silva (2001, p.43,44) posiciona-se favoravelmente às atividades pedagógicas desenvolvidas no hospital e explicita: “[...] estas atividades objetivam minimizar os efeitos da hospitalização [...], a possibilidade da criança estudar no hospital evita a perda do vínculo escolar e uma possível exclusão escolar”.

Os médicos mostram clareza em relação ao profissional que deve atuar na classe hospitalar a sua concepção em relação ao trabalho do pedagogo no hospital. As falas relatadas abaixo buscam responder um dos objetivos desta pesquisa:

Eu acho que o pedagogo dentro do hospital representa um vínculo a mais que o paciente possa ter, principalmente para a criança que tem atividade escolar regular. Eu acho que é outra opção de vínculo além daquele acompanhante que deve permanecer no hospital com a criança para que ela não se sinta reclusa do seu mundo. (Médico D)

Esse profissional vai ter o papel no cuidado de ver a necessidades dessa criança, tentar manter a chama acesa do processo de educação ou ativar essa chama, ser um profissional também que nessas práticas acaba tendo um papel de humanização para suavizar essa internação, tornar o aprendizado mais lúdico que é uma forma também de lidar com a internação, não só a parte específica mesmo pedagógica de educação, mas também inserido no contexto de melhor adesão também, acho que acaba influenciando numa melhor resposta a internação também, acaba fazendo parte do cuidado de saúde indiretamente desse paciente. (Médico A)

Importantíssimo, uma figura tem que fazer parte das equipes multiprofissionais em pediatria... .Desde as questões pedagógicas habituais, darem o direito ao reforço pedagógico, a realização de provas nos ambientes das unidades de internação. (Médico E)

Eu acho que o pedagogo, ele teria duas funções, uma função dele mesmo que seria de dar continuidade ao trabalho que ele realiza fora do hospital dando a oportunidade a um paciente internado que perde essa continuidade que tenha isso que tenha isso no hospital e que se bem introduzido bem planejado um pedagogo teria uma função importante na questão de fomentar, planeja, criar atividades e materiais educacionais que pudessem auxiliar na incorporação de hábitos de comportamentos de atitudes saudáveis nos pacientes. (Médico B)

As falas dos entrevistados permitiram identificar que os médicos compreendem o trabalho do Pedagogo diante da possibilidade de vínculo que esse profissional possibilita a criança ao seu mundo; um trabalho de humanização. O ato educativo mediante o caráter lúdico, ajuda na melhor resposta ao tratamento, ao cuidado com a saúde e promoção as questões referentes à saúde.

Interessante observar também que a função desse profissional não está ligada ao espontaneísmo e nas falas aparecem como àquele profissional que deve planejar suas ações e promover ações no âmbito da educação e saúde.

Outro elemento presente na fala de um dos entrevistados é o reconhecimento do pedagogo como parte integrante na equipe multidisciplinar em pediatria, porém não é uma realidade ainda na prática. Oliveira (2009) constatou em seus estudos que na maioria dos hospitais (no total de 06 pesquisados) possuem reunião multidisciplinar, porém onde existe a reunião, o professor não participa apenas o médico, assistente social, psicólogo, enfermeiro e terapeuta ocupacional. Isso é algo a ser considerado, pois apesar dos profissionais de saúde relatarem sobre a importância do atendimento

educacional e de sua contribuição para o atendimento da criança hospitalizada, não convidam o professor a fazer parte da equipe interdisciplinar.

Para Silva (2001) ainda é necessário consolidar uma parceria entre os profissionais de educação e com os da saúde, a fim de superar algumas dificuldades, como o intercâmbio de informações e recomendações de um determinado paciente.

No contexto dessa pesquisa e das vivências da pesquisadora como professora de classe hospitalar é possível afirmar que embora esses sujeitos (pedagogos) sejam reconhecidos nas falas dos médicos como um profissional integrante da equipe o que ocorre é o distanciamento do que é dito e o que se é praticado. Essa contradição pode ser explicitada no momento em que é solicitado aos médicos elegerem quais seriam os profissionais que fariam parte de uma equipe multidisciplinar e registramos que alguns médicos ainda não concebem o Pedagogo como um profissional partícipe desta equipe.

Os achados desta pesquisa demonstram duas situações distintas: existe uma condição de exclusão do Pedagogo como integrante de uma equipe multidisciplinar, pois embora os pediatras reconheçam a importância desse profissional na enfermaria pediátrica não explicitam em suas falas a inclusão desse profissional como membro desta equipe; a segunda é que o profissional de pedagogia vem conquistando o seu espaço no hospital e já aparece nas falas de dois médicos como parte integrante e necessária à pediatria. Desse modo ao serem questionados sobre a composição de uma equipe multidisciplinar, relatam de maneiras distintas:

Aqui no hospital eu acho que você tem um médico, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapia ocupacional e integral. (Médico E)

Um Psicólogo é fundamental... um Assistente Social e fora os diferentes profissionais da área médica, são vários profissionais, (...)porque você tem acometimentos clínicos de diferentes sistemas, então você pode ter doença com comprometimento dermatológico, neurológico, gástrico ... os nossos pacientes ... precisa de um Fisioterapeuta, Fono, pelas demandas do paciente, porque isso são as peculiaridades das doenças genéticas, muitas delas muitas delas são multisistêmicas, mas de uma maneira geral o Psicólogo e o Assistente Social seriam dois profissionais essenciais. (Médico A)

*Deveriam trabalhar num formato multidisciplinar com mais eficácia, com mais cuidado o médico, a enfermagem, a nutrição, o fisioterapeuta, também faz parte dessa equipe, psicólogos e toda equipe que existe hoje da terapia ocupacional, **da classe hospitalar***

inclusive, acho importante que todos tenham uma consciência maior do problema físico e da questão social que envolve cada criança, isso aumenta a chance de acertar. (Médico C)

*Multidisciplinar pra mim é isso, você ter, por exemplo, um médico, um nutricionista, um psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, trabalhando em prol de um paciente, eu acrescentaria, eu acho que a gente precisa aqui no nosso caso de um **educador** para trabalhar com educação para a saúde. (Médico B)*

O possível e necessário diálogo entre os profissionais de saúde, dentre eles os médicos não tem a intenção de transformar o trabalho do pedagogo como uma ação pautada nos critérios da medicina, pois segundo Matos e Muggiati (2001) a finalidade educativa no hospital “é própria de um saber de uma profissão específica numa ação pedagógica que não se opõe nem se confunde com a ação e a finalidade que são co-naturais a medicina e ao ato médico”. (MATOS; MUGGIATI, p.37, 2001).

Desse modo, há que ressaltar que essa pesquisa concebe a Pedagogia e a Medicina como áreas distintas detentores de saberes específicos que se aproximam e se ocupam de alguns elementos próprios da profissão, tais como: a interação humana, diálogo, ações preventivas e educativas, mas que podem dialogar em uma enfermaria pediátrica para promover a saúde integral dos sujeitos.

É interessante registrar que os médicos embora saibam que os pedagogos não se constituam em profissionais da área de saúde e que o hospital não seja um espaço usual do seu trabalho explicitam que não há impedimentos nem restrição de trabalho para esses profissionais atuarem na instituição hospitalar. Reconhecem que de fato existem especificidades do trabalho desse profissional que é diferente da atuação no ambiente escolar, mas que não se concretiza em empecilho para a realização do seu trabalho.

Segundo Menezes (2004) as pesquisas sobre a formação do professor para atuar em hospitais indicam que a formação docente centra-se no cotidiano escolar regular e os cursos de formação de profissionais de saúde não consideram o professor como participante da equipe multidisciplinar que trabalha no ambiente hospitalar.

Algo interessante nas falas dos entrevistados é a necessidade dos cursos de formação inicial possibilitar discussões em seu currículo sobre o atendimento educativo no hospital e a necessidade de propiciar o estágio na classe hospitalar:

Ele pode ter dificuldade sim, tem que ter um profissional que tenha o perfil ou ele vai ser preparado pra isso, porque realmente tem barreiras não é a mesma coisa de estar em um ambiente escolar porque tem que obedecer as “regrinhas” de controle de infecção hospitalar, a enfermagem, enfim de acesso ao paciente ou ter que entender um pouquinho da dinâmica de coisas peculiares de um ambiente hospitalar. (Médico A)

Dificuldades não, eu acho que (...) a partir do momento que ele se dispuser e que houver um período de adaptação e de orientação técnica sobre questões específicas da assistência a saúde dentro do hospital esse indivíduo é totalmente capaz de aprender a lidar com a realidade dentro do hospital. Então eu acho que necessariamente ele deve ter no currículo da pedagogia uma formação que lhe permita atuar em um ambiente completamente diferente do que ele foi preparado pra vivenciar na sua graduação, mas eu acho que é apenas isso, uma questão de adaptação. (Médico D)

Eu acho que as dificuldades que ele pode ter podem ser sanadas até no período de formação mesmo, de graduação, tendo estágios em classes hospitalares ele vai perceber que essa limitação é só de proteção pra si e proteção pro paciente (...) (Médico E)

Eu acho que são aspectos muito técnicos, procedimentos técnicos que fogem mesmo de um pedagogo ou de qualquer outra pessoa normal, normal que eu digo fora da área de saúde. Eu não acredito que existam processos ou aspectos da rotina que não sejam compreensíveis, um professor pedagogo tem a mesma capacidade, tem a mesma possibilidade de estar dentro do hospital que um leigo ou acompanhante do paciente (...) (Médico B)

Essas falas evidenciam a responsabilidade que deve ter os cursos de formação de professores em preparar profissionais da educação para atuarem não somente no espaço físico da escola regular, pois existem outros tantos espaços que precisam ser discutidos e problematizados em sua formação.

Alessandra Barros (2007) pesquisadora pela UFBA em um dos seus artigos intitulado “Contribuições da educação profissional em saúde à formação para o trabalho em classes hospitalares” explicita que delinear algo como um referencial curricular mínimo para a formação de um professor de classe hospitalar requer ainda o necessário entendimento e reafirmação do papel desta modalidade de atenção na perspectiva das ações integrais de saúde e, portanto, no âmbito das iniciativas de humanização da assistência médico-hospitalar.

Contudo, Calegari (2002) afirma que é necessário pensar em programas que venham de encontro ao atendimento das deficiências encontradas nos cursos de formação do pedagogo, para que possa suprir um cabedal de conhecimentos a fim de atender as necessidades subjetivas do hospitalizado, principalmente o infantil, propiciando com isso uma *escuta pedagógica*, capacitando o pedagogo a atuar enquanto membro de uma equipe multidisciplinar de saúde e bem estar da criança hospitalizada, olhando o sujeito em sua totalidade.

Esses dados foram significativos neste estudo, pois ao tentarmos compreender o objeto de estudo a partir da Representação Social, imaginávamos que esses profissionais (médicos) ao expressarem suas crenças sobre o pedagogo\professor estariam impregnados diante de constructo social que normalmente aponta a negatividade da profissão docente e a desqualificação do trabalho desse profissional que é constantemente veiculado na mídia e partilhado no meio social e pro isso não estariam apto a realizar seu trabalho no hospital.

Contudo eles apontam para o desprestígio docente como um aspecto do mundo neoliberal e enfatizam a imagem do professor na sociedade como sendo um profissional importante e pouco valorizado: “*o professor fica como o mestre o educador o exemplo uma pessoa que tá provendo o conhecimento apesar de não ser muito prestigiado, não é muito valorizado(...)*” (Médico G), “*eu acho que está muito desvalorizado, ele se tornou um mero funcionário, aliás está acontecendo com várias profissões isso, se tornou um mero prestador de serviços(...)*” (Médico F), “*Eu acredito que apesar de ter uma imagem razoável e de ser importante na sociedade o professor é pouco valorizado, talvez porque tenham muitos e quando sobra mão de obra o preço da mão de obra fica mais barato e talvez até do papel que se tem tirado das pessoas e tem se dado as tecnologias*” (Médico B)

É interessante a maneira pela qual o último entrevistado se coloca em relação ao mercado de trabalho em uma visão da lei da oferta e da procura, onde entende a profissão docente como sendo um campo que forma muitos profissionais e acaba barateando o serviço. Concordo com Tardif (2005) quando o autor situa o trabalho docente como trabalho de interação que não se traduz pela transformação do objeto em bens materiais e por isso tradicionalmente menos desvalorizado em uma organização socioeconômica.

Cabe lembrar também a fragilidade existente nas formações destes profissionais que em sua maioria ocorre no processo de aligeiramento e no modelo técnico. Interessa ressaltar também a reflexão em torno das tecnologias como elementos pedagógicas que substituí em parte o papel do professor. Cabe ressaltar que não compreendemos as tecnologias como substituto da figura do professor, mas como um elemento potencializador das práticas educativas.

Categoria 2: classe hospitalar e o trabalho educativo no hospital

A Classe Hospitalar é a denominação do atendimento pedagógico-educacional que ocorre em ambiente de tratamento de saúde em circunstância de internação. É compreendida como modalidade de ação da Educação Especial por atender crianças e/ou adolescentes considerados com necessidades educativas especiais que apresentam dificuldades de acompanhamento das atividades curriculares devido a limitações específicas de saúde (BRASIL, 2002).

Eu tenho a satisfação de contar com uma classe hospitalar, eu vivencio o impacto que é uma classe hospitalar na internação de pacientes que eu cuido na enfermaria, então eu vejo a importância que tem na saúde como um todo desse paciente, então eu vejo de maneira bem clara a importância que tem esse tipo de atividade o reflexo imediato. A gente ver especificamente os pacientes que vem toda semana então a adesão o fato de estarem aqui bem acolhidos, estimular, voltar para casa e estudar eu vejo o grande impacto extremamente positivo dessa atividade na enfermaria, então eu tenho essa satisfação realmente em perceber o quanto que é importante a classe hospitalar. (Médico A)

Com certeza e como eu disse antes, essa contribuição nem deve ter o compromisso e eu acho que não se consegue fazer isso, ter o compromisso do seguimento do acompanhamento, da agenda em programação escolar a risca, mesmo porque cada criança vem de uma escola, vem de um município, tem crianças até de outros estados, então conseguir seguir a risca uma programação pedagógica é muito difícil, mas toda informação que é passada pra criança no período em que ela ainda é criança ou adolescente, são exatamente nesses períodos em que toda informação é captada com muito mais facilidade e com muito maior chance dessa informação se tornar um conhecimento permanente (Médico C)

Sei que a classe hospitalar possibilita algum apoio pedagógico a essas crianças para não ter o rompimento abrupto do seu ensino, então são atividades não sei se necessariamente curriculares, mas dentro de um conteúdo adequado a faixa etária da criança a realidade da criança. (Médico G)

A análise das entrevistas permitiu observar que, de modo geral, os médicos concebem a classe hospitalar como espaço de aprendizagem, promoção de saúde, espaço acolhedor e que estimula a criança no período em que se encontra internada. Nas Representações Sociais dos médicos foi enfatizado que a classe hospitalar: não dá conta de seguir na íntegra os conteúdos de origem da escola regular da criança; tem sua função ancorada no comprometimento de levar em consideração a faixa etária das crianças para as realizações das atividades; respeita as especificidades, tendo em vista que existem crianças que vem de diferentes contextos e se configura em um local de aprendizado.

Tendo em vista as respostas ofertadas em relação ao papel da classe hospitalar, foi possível perceber que os médicos consideram que mesmo em processo de hospitalização as crianças podem dar continuidade a sua aprendizagem. As falas abaixo evidenciam que essas crianças têm possibilidade de aprender mesmo diante de uma patologia e é necessário que o professor possa intervir adaptando materiais necessários para potencializar o seu aprendizado. Vejamos:

Eu acho que ela pode tranquilamente dar continuidade ao processo de aprendizagem desde que o professor da classe hospitalar saiba em que ponto essa criança está, tenha em suas mãos os recursos adequados para manter aquele tipo de aprendizado que já vinha sendo feito e desde que haja um espaço e condições suficientes para que ela possa desenvolver o seu trabalho de forma adequada. Eu só não acredito que em uma enfermaria você possa, por exemplo, retirar atrasos e coisas que não foram conseguidas a nível extra hospitalar, uma criança que estar na 5ª série e que não sabe ler, não sabe escrever e que ela foi passando, passando e chegou na 5ª série nessa situação, que isso é muito comum, você não vai conseguir com 14, 21 ou até 30 dias recuperar algo que é crônico. (Médico B)

Eu acho que na dependência do quanto elas estejam comprometidas do seu estado físico e mental sim, elas podem aprender, o que é que a gente percebe, se uma criança tiver grave, ela não tiver disposição física nem a preparação mental para assimilar ela vai ter uma dificuldade maior, mas a medida que ela vai se recuperando principalmente na criança isso é tudo muito rápido. (Médico C)

Sim, com certeza. Eu acho que esse processo inclusive ele melhora muito a auto-estima da criança e do adolescente, motiva mais o

adolescente e a criança no seu processo de aprendizagem, eu acho que o retorno desse processo no momento da unidade de internação ajuda ele, traz sua auto-estima e isso contribui muito para o resultado terapêutico. (Médico E)

Essas concepções identificadas nas falas dos sujeitos sobre a aprendizagem e o processo de hospitalização nos conduz na percepção da aprendizagem como um processo que ocorre não apenas mediante o conhecimento formal e sistematizado, restrito ao ambiente escolar.

No hospital essa aprendizagem deve está aliada ao caráter lúdico e emancipador, visto que a escola tradicionalmente tem se tornado pouco atrativa para os alunos e se estrutura cada vez mais dentro de moldes rígidos e descontextualizados do mundo real. Nesse ínterim a classe hospitalar cumpre um importante papel ao possibilitar contextos de aprendizagens a essas crianças veiculadas ao aspecto lúdico.

A aprendizagem aliada às práticas lúdicas nesse contexto não se confunde com as atividades propiciadas no espaço da brinquedoteca, pois se constituem em espaços distintos, mas que podem promover atividades conjuntamente. Os médicos têm opiniões unânimes em afirmar que a classe hospitalar se distingue do serviço prestado pela brinquedoteca. Nesse aspecto eles definem:

A brinquedoteca representaria um momento principalmente recreativo e classe hospitalar o que eu entendo é que seria um momento também formativo, até que seja de maneira lúdica porque a depender da idade só é possível trabalhar com a criança de maneira lúdica, usando recursos lúdicos, mas a atuação seria na formação e a brinquedoteca o que eu entendo é que seria um momento apenas de recreação sem compromisso com a formação. (Médico D)

A classe hospitalar na minha cabeça é uma classe que está dentro do hospital ela tem as mesmas funções da classe extra hospitalar pra dentro do hospital talvez com algumas tecnologias e recursos um pouco diferentes e adaptados. E brinquedoteca pra mim é um espaço onde a criança tem diversas possibilidades pra brincar, não necessariamente brincar apenas com recursos ou instrumentos, mas brincar com outras crianças. (Médico B)

A brinquedoteca eu vejo como algo assim completamente livre de compromissos, a criança faz o que quer ou não faz nada se não quer, escolhe o brinquedo, ela tem o espaço físico aberto e um suporte para que não venha até mesmo a se machucar, mas sem o compromisso do estabelecimento de um objetivo, de uma missão e acho que esse é o compromisso da classe hospitalar, não é simplesmente ser um espaço para brincar no computador. (Médico C)

Essa demarcação quanto ao significado da classe hospitalar e da brinquedoteca no hospital se faz muito importante na medida em que demarca a identidade da classe hospitalar com objetivos próprios e a validade do oferecimento deste serviço dentro da enfermaria pediátrica. No contexto da prática mediante a observação participante é notório essa diferenciação em ambos os serviços, quando os profissionais explicitam: “Hoje os meninos não quiseram brincar na brinquedoteca, estavam esperando a classe hospitalar abrir para fazer atividades”, “às vezes eles cansam de ficar brincando na brinquedoteca e querem que chegue à tarde para começar a aula”, “é muito interessante a forma intencional com que vocês fazem as atividades de uma maneira que eles aprendem e se divertem”.

Assim, a Classe Hospitalar é uma nova modalidade da Educação Especial que visa a troca e a construção coletiva do conhecimento, dirigida por um atendimento pedagógico pautado nas potencialidades individuais da criança enferma, no qual a aquisição do conhecimento se transforma num eficiente remédio para aliviar a dor, o sofrimento físico, emocional e social.

Diante das falas dos entrevistados e da literatura apresentada no decorrer de todo trabalho há que ressaltar a importância da intervenção pedagógica em ambiente hospitalar, com a finalidade de que a criança e o adolescente enfermo sejam atendidos em sua integralidade e que as condições necessárias sejam disponibilizadas, para que seu desenvolvimento continue acontecendo mesmo num ambiente clínico.

Categoria 3: Educação e saúde;

A discussão referente a educação e saúde tem sido recorrente no cenário educativo e enfatizado em documentos oficiais no sentido de direcionar as ações educativas para formação de sujeitos que devem valorizar a saúde, discernir e participar de decisões relativas à saúde individual e coletiva.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) - Apresentação dos Temas Transversais e Ética (BRASIL, 2001 v.4, p.33), na abordagem relacionada à saúde vem apontando a necessidade de se levar em conta que a saúde é produzida nas relações com o meio físico, social e cultural. Isso implica considerar, por exemplo, “a qualidade do ar

que se respira, o degradação social e a desnutrição, formas inserção das diferentes parcelas da população do mundo do trabalho, estilo de vida pessoal”.

Tal concepção exposta nesse documento se insere dentro de uma perspectiva que visa à construção de novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade, da humanização e da inclusão da participação. Falar sobre a temática educação em saúde é fundamental nessa pesquisa, pois estamos falando de educação no interior de uma instituição de saúde que acolhe sujeitos que por diferentes motivos: biológicos, ambientais ou por questões econômicas no caso da desnutrição se encontram impossibilitados de darem continuidade a sua vida cotidiana.

É relevante desse modo, compreender a percepção dos médicos em torno do tema “educação em saúde”, já que o cotidiano de seu trabalho está entrelaçado por este viés:

Existe a questão de que você ao ter educação, adquirir ou ter hábitos que promovem a saúde e também o fato de que você ao ter educação acaba tendo uma qualidade de vida que a princípio seria a mais adequada. Então eu acho que boa educação tanto no sentido formal, quanto no sentido do conhecer, se relaciona de forma positiva com a saúde, acho que o tema me remete a isso, a essa interface que existe entre essas duas áreas onde uma acaba influenciando de forma positiva na outra. (Médico B)

O objetivo final que você deve ter em mente quando fala de educação em saúde é você capacitar indivíduos para que eles possam ter recursos de se auto defenderem melhor, então as pessoas estão mais protegidas quando tem mais informação, então nós estamos na era da informação, na era da comunicação e tem muitos conhecimentos que além de especialistas, o próprio leigo, a própria comunidade e os indivíduos nos mais diversos setores devem ter para que possam se proteger e proteger melhor aqueles com quem convivem (...) (Médico C)

Aí a gente diz ser uma parceria de forma a garantir que o indivíduo possa ter ações educativas mesmo nos seus momentos relacionados a questões da saúde, seja para educação em saúde, seja quando ele é privado dessa saúde e que precisa continuar sua prática educativa, além de aprender os cuidados com a sua saúde também. (Médico E)

Tais relatos denunciam que educação e saúde são áreas interligadas que permitem o indivíduo ter consciência da saúde não em termos técnicos, mas mediante a mobilização de seu conhecimento numa perspectiva global.

Pedroso (2003) ressalta que a educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde e sua promoção, não entendida

somente como transmissão de conteúdos, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida, ou seja, educação em saúde nada mais é que o pleno exercício de construção da cidadania.

Cabe ressaltar que também se faz importante no contexto da classe hospitalar trabalhar a educação em saúde, mediante aos conteúdos do corpo humano tais como: o sistema digestivo, a higiene, o sistema respiratório e as implicações da poluição do ar, os sentidos, as vermes enfim uma gama de conteúdos que estão ligados a essa temática e que são respaldados pelos PCN'S.

No PCN vol.7 Ciências Naturais, em relação ao tema Ser Humano e Saúde, diz-se que é preciso ter clareza de que os estudos relacionados ao corpo humano (tema que se inicia no primeiro ciclo) não podem ser realizados com a profundidade que ganham nos ciclos posteriores.

Um dos importantes achados desta pesquisa é a atribuição que os médicos destinam aos pedagogos como profissionais necessários no trabalho de promoção da educação em saúde no hospital, segundo eles:

Aqui no hospital, eu acho que a gente precisa (...) de um educador para trabalhar com educação para a saúde, talvez não sei se necessariamente um pedagogo, mas pelo menos seria interessante que se fizesse algo nesse sentido. (Médico B)

A educação para a saúde aqui no hospital em si é mais no sentido de uma catequese uma doutrinação eu acho que o que se faça não é nem muito uma educação, mas uma doutrinação, então você tem que tomar isso, você tem que tomar tal hora, tem que fazer isso e aquilo de qualquer forma nos ambulatórios é que você tem um trabalho um pouco mais educativo e você acaba ensinando e transmitindo alguns conhecimentos aos pacientes para que eles possam ter hábitos e atitudes, comportamentos ditos saudáveis dentro daquelas patologias que eles têm, então eu acho que o hospital é um espaço pra educação talvez não feito da melhor maneira possível, talvez porque o objeto principal do hospital não seja a educação. (Médico D)

O extrato das entrevistas aponta que os médicos consideram o professor como responsável em trabalhar com o tema educação em saúde, conforme essa fala: o “*pedagogo também deve estar nos ajudando nas questões educativas, preventivas e promotoras de saúde. Podemos trabalhar de ações mesmo do aprendizado, de ações preventivas e promotoras da saúde, e podemos ainda continuar dando o aspecto pedagógico, mesmo na função escolar principalmente de crianças e adolescentes. (Médico E)*

Neste diálogo a questão da saúde e educação aparece como parte importante a ser desenvolvida na classe hospitalar, não que essa seja o único objetivo dessa modalidade de ensino, mas por estarmos no próprio espaço onde existe doença, precisamos trabalhar no currículo conteúdos ligados a tal temática com base nas habilidades de cada faixa etária.

De acordo com Barros (2007) a classe hospitalar configura-se como espaço para o desenvolvimento de programas de educação em saúde, junto a pacientes e acompanhantes, tendo em vista que a referência imediata à doença é elemento motivador para a adoção de comportamentos e atitudes que promovam a saúde.

Cabe ressaltar que historicamente a educação em saúde no hospital sempre teve como protagonista a equipe de enfermagem, Lima (1996) resgata a historicidade do papel do enfermeiro como educador em saúde e afirma que os profissionais de enfermagem enquanto agentes do processo de trabalho em saúde têm desempenhado um papel importante na questão da educação e saúde. O surgimento da enfermagem moderna no Brasil, e do profissional enfermeiro está diretamente vinculado ao trabalho da enfermagem numa dimensão educativa, já que as enfermeiras foram formadas na finalidade de suprir a falta de um profissional envolvido com as atividades educativas sanitárias, iniciadas por médicos sanitaristas na década de 1920.

Ainda na visão desse autor embora os enfermeiros assumam seu papel de educador considerando às vezes este como fundamental para tornar o usuário o máximo possível independente do cuidado de enfermagem, a prática cotidiana apresenta algumas limitações justamente pelo enfoque utilizado pela enfermagem nas questões referentes à educação e saúde que privilegia os aspectos preventivos responsabilizando o indivíduo pela suas condições de saúde.

Diante dessa lacuna no campo da enfermagem, os médicos entrevistados relataram como sendo uma das atribuições do pedagogo o trabalho na promoção da educação em saúde. A mobilização por parte desse profissional na condução de um trabalho voltado para essas questões deve está pautado em um olhar ampliado sobre saúde.

Conforme Silva (2003) há necessidade da formação crítica de educadores para que esses soubessem articular teoria e prática, vinculadas às condições de vida da

população. O próprio Ministério da Saúde propõe a necessidade de formação e qualificação docentes para a abordagem da promoção à saúde em ambiente escolar (Ministério da Saúde, 2002).

O Pedagogo, portanto tem o importante papel de dialogar com a área de saúde e com os profissionais, dentre eles o pediatra para ampliar os seus conhecimentos e formalizar na prática ações vinculadas a educação e saúde, respeitando os limites de imposição que cada doença apresenta.

Fonseca (2003) enfatiza que o perfil pedagógico-educacional do professor nesses espaços deve adequar-se à realidade hospitalar na qual transita, deve pautar-se no diálogo entre os diferentes profissionais, ressaltar as potencialidades do aluno e auxiliá-lo no encontro com a vida que, apesar da doença, ainda pulsa dentro da criança com força suficiente para ser percebida.

Esse diálogo entre os profissionais enfatizado pela autora é crucial no trabalho educativo desenvolvido nesse espaço, pois o profissional de pedagogia por não ser da área de saúde necessita está permanentemente dialogando com as outras áreas do conhecimento, dentre elas a Medicina.

Simancas e Lorente (1990) explicitam que Medicina e Pedagogia, obviamente são muito diferentes por suas finalidades, no entanto ambos servem ao núcleo central de um mesmo trabalho, a atuação, interação e cuidado com o humano, apesar de suas diferenças e precisamente por elas, coincidem e se complementam (p.79, tradução nossa).

Em relação a tal citação é importante ressaltar que os sujeitos da pesquisa evidenciaram a possibilidade de diálogo entre a Pedagogia e a Medicina no lócus da pediatria. Cabe lembrar que ambos profissionais (pedagogos e pediatras) têm em comum a mesma clientela (atendimento a crianças e adolescentes), porém possuem saberes diferenciados, mas que podem se complementar. A esse respeito podemos evidenciar as falas a seguir:

Eu acho que sim, o médico ele deve e consegue se ele tiver um pouco de visão mais holística da saúde, se comunicar com qualquer outra especialidade mesmo que seja uma especialidade originalmente não da saúde como a Pedagogia. Ela (a pedagogia) vem para o hospital e fornece novas possibilidades de aprendizado para a criança, então eu

acho que o diálogo principal que existe é nessa complementação de ações e de saberes que acabam beneficiando o paciente. (Médico A)

Sim, eu sempre digo que o pediatra ele é assim um educador e é forçado de alguma forma na sua prática a ser um educador, porque grande parte do comprometimento da saúde da criança e do adolescente advêm exatamente de falhas nessas questões educativas, então se ele quiser evitar novas intervenções ele tem que trabalhar em cima cada vez mais de ações educativas. Então esse diálogo é muito pertinente e importante, podemos fazer trocas muito positivas. (Médico E)

Sim com certeza, até porque sendo o momento pedagógico com a criança um momento de humanização, um momento de redução de tensões talvez seja um dos bons momentos para se perceber e se obter da criança algo positivo em relação a sua própria condução e essa interação pode ser complementar pra ambos, tanto para o pedagogo é importante compreender melhor e ter mais dados sobre o problema específico de uma criança do seu contexto social, como o que é percebido por esse pedagogo é também de igual importância pra família e para a equipe médica, então essa integração deveria ser mais próxima, porque essas informações poderiam se complementar e promover resultados mais rápidos na identificação dos problemas de cada criança. (Médico C)

Essas falas evidenciam a possibilidade do diálogo entre as áreas, revelam a pediatria como um campo de conhecimento que em alguns contextos exerce a ação educativa voltada para as crianças e adolescentes e a complementação de saberes como benefício no tratamento do paciente e o diálogo entre as diferentes áreas.

Categoria 4: humanização, representação da doença e direitos da criança

Na concepção de Tardif e Lessard (2005) as ocupações centrais (educação, psicólogos, médicos, trabalhadores de enfermagem e serviços sociais) consistem em manter ou melhorar a situação humana das pessoas. É nessa perspectiva que o campo da medicina se aproxima da pedagogia no sentido de se constituir em trabalho de interação humana e de competências reflexivas de alto nível.

Contudo, os autores nos convocam a uma reflexão sobre a relação com o objeto de trabalho que no caso dos médicos e professores lidam com sujeitos que se encontram em posição de fragilidade (enfermos e crianças) e podem cometer constantes abusos, manipulação e indiferença burocrática.

Essa reflexão nos conduziu diretamente a uma fala de uma médica que retrata de maneira fidedigna essa situação:

Existe uma expectativa constante com relação aos procedimentos, as pessoas não costumam explicar para as crianças o que vão fazer, como se as crianças fossem surdas e absolutamente ignorantes, quando a gente sabe que a criança mesmo muito novinha percebe o contexto ao seu redor, quanto mais uma criança de 10, 11 anos de idade entende tudo não é!? E a ela não é dada nenhuma satisfação; vou colher seu sangue, vou furar, você vai tomar um remédio, você vai fazer cirurgia amanhã, então era sempre um susto descobrir os procedimentos quando eles já estavam praticamente acontecendo, a vida de ninguém pode ser assim um sobressalto constante, um medo constante, então esse é um dos riscos do internamento e talvez a maioria das pessoas não estejam atentas, você colocar um bichinho numa gaiola e assustar ele todos os dias, podendo avisar pra ele o que vai fazer no dia seguinte de uma forma mais cuidadosa (Médico C)

Esse extrato da entrevista revela de maneira significativa o cuidado que os profissionais de saúde, dentre eles o pediatra deve ter em estabelecer o diálogo com o seu paciente e considerá-lo como sujeito de sua história. Se analisarmos esse recorte em analogia ao trabalho do pedagogo na classe hospitalar também se faz necessário o reconhecimento das crianças como sujeitos que devem participar e estar cientes das atividades pedagógicas desenvolvidas nesse espaço mediante a escuta pedagógica.

Ceccim (1997) ao organizar o livro *Criança Hospitalizada: atenção integral* como escuta a vida conceitua o termo *Escuta Pedagógica*, da seguinte forma: a palavra escuta diferencia-se da palavra audição. Enquanto a última se refere a um dos órgãos do sentido, a captação dos sons ou a sensibilidade do ouvir, a primeira se refere à captação das sensações do outro, realizando a integração ouvir-ver-sentir. A associação com a palavra pedagógica sugere que este ouvir-ver-sentir decorre de uma sensibilidade aos processos psíquicos e cognitivos experimentados pelo outro.

Segundo Novaes (1999), a criança ao ser hospitalizada se vê envolvida em uma grande aventura, com ameaça a seu bem-estar físico e emocional, junto com sua família e os profissionais de saúde. É reconhecido o vínculo existente entre a mente e o corpo, emoção e o sintoma físico, em que o mais importante é a criança doente e não a doença da criança.

Oliveira (2009) ao realizar uma pesquisa em cinco hospitais de Salvador com 11 profissionais da saúde detectou que nos hospitais pesquisados já existe algum tipo de atividade lúdica e de humanização do ambiente hospitalar para a criança hospitalizada,

sendo que o mais citado pelos profissionais de saúde foram a contação de história (10) e brinquedoteca (7), o que mostra a preocupação de desenvolver atividades lúdicas e acolhedoras dentro do ambiente hospitalar, paralelamente, ao atendimento em classe hospitalar. Fonseca (1999) ressalta que a educação lúdica ou o brincar não substitui a necessidade das classes hospitalares, pois tem estruturas distintas de atenção.

Nos achados desta pesquisa percebemos que os médicos consideram a classe hospitalar como um elemento da humanização em conjunto com a brinquedoteca, atividades de contação de história e outras atividades desenvolvidas no hospital.

Dentro da enfermaria de pediatria eu ainda consideraria como uma atividade de humanização o trabalho desenvolvido não só pela classe hospitalar, mas também pela funcionária que desenvolve atividades com as mães na terapia ocupacional, existe um espaço, que não deixa de ser um espaço de lazer, de brincadeiras não só para as crianças como para os acompanhantes, uma verdadeira brinquedoteca, a área da terapia ocupacional, isso é humanização. (Médico C)

(...) o próprio trabalho de vocês é uma forma de humanização como as classes hospitalares, se tem mais algum nesse hospital eu não conheço até porque eu sou novo aqui (...) (Médico F)

(...) além de vocês, claro na classe hospitalar tem o setor de hotelaria que tá sempre envolvido com atividades de humanização com os pacientes e o próprio recursos humanos também pensando mais em nível dos profissionais, seria os dois setores que tem mais práticas voltadas pra humanização específicas. (Médico A)

Os médicos reconhecem a classe hospitalar como um serviço que está ligado à humanização, a esse respeito “a classe hospitalar sustenta iniciativa impar para a humanização do atendimento prestado às crianças e adolescentes, perseguindo o objetivo de guardar a vida da criança, enquanto ela aguarda a melhoria de sua qualidade de vida.” (ORTIZ e FREITAS, 2001, p. 99)

A humanização tem como um dos seus pressupostos a valorização das relações entre paciente-médico, o hospital como um ambiente acolhedor, o respeito ao paciente como sujeito de direitos. Pensar em direitos no campo de uma enfermaria pediátrica é falar das crianças e adolescentes como sujeitos que embora ainda esteja em fase de formação possui garantido por leis uma série de benefícios.

Neste sentido é necessário valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde. Nesse aspecto, medidas como a presença de brinquedoteca, atuação periódica de recreadores voluntários e a presença dos pais como acompanhantes à internação se destacam na especificidade de seus direcionamentos a crianças e adolescentes.

Os médicos concebem essas crianças e adolescentes como sujeitos de direito e enfatizam:

Tem direito de ter um acompanhante sempre com ela 24h, antigamente não tinha, tem direito também a ter continuidade nas suas atividades escolares que me parece que é um direito legal e acredito que tenha direito a um atendimento adequado a ter informações dentro daquilo que elas podem saber do seu próprio quadro clínico. (Médico B)

O primeiro é de estar acompanhado pela pessoa mais próxima, pelo seu responsável, ou a mãe, ou o pai, ou a avó, no caso a pessoa disponível, um adulto que possa estar presente. (...) Então a presença desse adulto que o acompanha simboliza esse vínculo, esse é o principal direito que mudou por completo a realidade dos hospitais nos últimos anos, há muito tempo e por muito tempo estar hospitalizado significava estar recluso e isso não é mais correto, legalmente é respaldado e vem sendo realizado. (Médico D)

Sem dúvida, existiram inclusive mudanças na forma de lidar com a criança internada nos últimos anos algumas conquistas como a questão da obrigatoriedade da presença de um acompanhante o tempo inteiro, isso são mudanças legais, instituídas e voltadas à proteção da criança e seja onde estiver à criança ela está salvaguardada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. (Médico C)

Sim, o direito de ser acompanhado, o direito de ter todos os cuidados inerentes a saúde, o direito de ter continuidade no seu processo pedagógico, particularmente àquelas portadoras de doenças crônicas. (Médico E)

Essas falas revelam de modo bem claro que os pediatras compreendem o direito de crianças em serem acompanhadas e o atendimento educativo no hospital como uma questão de direito legal. Afirmam que o direito a criança de possuir um acompanhante possibilita a manutenção de vínculo com o mundo e, portanto não permite a reclusão, mas o que nos chama a atenção nas falas explicitadas é a percepção dos sujeitos em relação a compreensão do atendimento pedagógico como uma questão de direito.

Essa concepção dos profissionais em relação ao atendimento educativo como àquele respaldado pelas leis nos leva a perceber que embora eles não possuam conhecimento em relação à Política de Educação Especial e as Diretrizes de 2002, consideram a classe hospitalar como uma modalidade que deve ser efetivada no hospital para salvaguardar o direito à educação das crianças que por motivos patológicos necessitam se ausentar da sua escola de origem.

Essa percepção em torno da compreensão da criança como um sujeito de direito que necessita no hospital não apenas tratar de sua patologia, mas receber informação a respeito de sua doença ter garantido o direito a acompanhante e ter preservado o direito de continuidade a sua vida escolar traduz que os médicos possuem uma concepção da integralidade dos sujeitos e concebem a doença não apenas como um organismo do ponto de vista biológico.

Minha visão da doença é no aspecto bio-psíquico sócio ambiental, ou seja, a doença é uma condição patológica que muitas vezes envolve não só o biológico, mas também o emocional e o ambiental. (Médico E)

É o paciente que está desfavorecido de alguma forma na saúde comprometendo seu estado a ponto de necessitar de cuidados mais intensivos (...) Eu tenho uma percepção minha pessoal como agravo a saúde até de acordo com a recomendação da OMS, a saúde física, mental o emocional, a saúde dentro de um contexto mais amplo, eu vejo dessa forma. (Médico A)

Tais falas são bastante significativas ao contemplar o sujeito em seu aspecto global e evidenciar que as representações desses pediatras estão ancoradas na perspectiva da integralidade que privilegia o cuidado de pessoas, de grupos e coletividade tendo o paciente como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e a sociedade na qual se insere.

No final da análise percebemos que as quatro categorias que emergiram nessa pesquisa: aspectos do trabalho do pedagogo no hospital e o imaginário social; classe hospitalar e o trabalho educativo no hospital; educação e saúde e a humanização, representação da doença e direitos da criança aparecem de modo interligados dando suporte ao leitor compreender a percepção dos médicos sobre o trabalho do pedagogo e aspectos relacionados a classe hospitalar.



Você não sabe o quanto eu caminhei
Prá chegar até aqui. Percorri milhas e milhas
Antes de dormir. Eu nem cochilei
Os mais belos montes
Escalei nas noites escuras
De frio chorei.
(Toni Garrido/Lazão/Da Gama/Bino, 2008)

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve a intenção de identificar as Representações Sociais que os médicos pediatras fazem a cerca do trabalho do pedagogo no hospital e se reconhecem o trabalho desenvolvido por esse profissional como uma ação que contribui na condição da criança e adolescente hospitalizado.

O momento das considerações é oportuno para que o pesquisador apresente e dê publicidade as suas descobertas já analisadas, que passaram por uma opção teórico-metodológica, que se referiu a um dado momento histórico, que representou o entendimento do pesquisador sobre uma realidade, que pode ser diferente para outro pesquisador.

Ressalto que as conclusões de uma pesquisa jamais podem ser considerações finais e definitivas. Elas se constituem na verdade um ponto de segmento que será retomado em algum momento. Uma visão temporária há ser complementada ou questionada em outra oportunidade.

A trajetória pela qual percorremos na realização desse trabalho foi muito significativa e permeada de construções e ressignificações de conceitos, descobertas e de validação da proposta inclusiva como pressuposto essencial para garantir a aprendizagem de qualquer sujeito. Desse modo, a relação e o cruzamento de informações apontaram significativas inferências que, inegavelmente, poderão servir de base para as novas discussões.

Durante o meu percurso de pesquisadora ressalto as minhas dificuldades principalmente no que se refere à quantidade de sujeitos que inicialmente deveriam fazer parte desta pesquisa. A maior dificuldade encontrada foi no acesso dos médicos (as) que aceitassem participar deste estudo, tendo em vista a sua indisponibilidade por conta de horários e os imprevistos que sempre ocorriam no momento da entrevista e que posteriormente quando contactados não possuíam horários.

A partir da análise de conteúdo buscamos identificar e caracterizar a concepção dos profissionais de saúde em relação à classe hospitalar; identificar a percepção dos pediatras sobre o papel do Pedagogo enquanto profissional que atua no âmbito hospitalar.

Mediante a análise de conteúdo das falas dos médicos foi possível conhecer as Representações Sociais que se encontraram ancoradas em quatro categorias, são elas:

aspectos do trabalho do pedagogo no hospital e o imaginário social; classe hospitalar e o trabalho educativo no hospital; educação e saúde; humanização, representação da doença e direitos da criança.

As representações apresentadas pelos pediatras em torno do trabalho do pedagogo no hospital apontam esse profissional como necessário em uma enfermaria pediátrica e que possibilita às crianças a continuidade em sua aprendizagem.

Um dos importantes achados desta pesquisa foi o entendimento desses profissionais ao reconhecerem o trabalho do pedagogo na classe hospitalar como uma ação que não se traduz mediante a rigidez em relação aos conteúdos escolares nem como meio de sanar problemas de aprendizagem das crianças, mas possibilita um trabalho educativo que ao reconhecer as especificidades promove o encontro entre educação e saúde.

Outro dado empírico desta pesquisa foi o entendimento de que o profissional de pedagogia se constitui como parte de uma equipe multidisciplinar na enfermaria pediátrica e uma das suas atribuições seria o desenvolvimento de atividades voltadas para as questões de saúde em educação.

A classe hospitalar sob a visão dos médicos se traduz como um espaço que possibilita dar ao aluno continuidade a sua aprendizagem. Vale ressaltar que os sujeitos entrevistados têm a clareza que crianças e adolescentes mesmo em processo de hospitalização podem dar continuidade a sua aprendizagem e a compreendem para além dos conhecimentos produzidos no espaço escolar.

Esta pesquisa nos possibilitou constatar que para os médicos o trabalho realizado na classe hospitalar respeita a condição da criança hospitalizada e o pedagogo por meio de seus saberes faz adaptações que potencializam suas potencialidades.

Evidenciamos nas falas uma demarcação clara em relação ao serviço realizado pela classe hospitalar e os demais existentes no hospital. Eles compreendem de maneira distinta a classe hospitalar e a brinquedoteca, demarcando o objetivo de cada atividade. Inicialmente possuíamos a percepção que no imaginário dos médicos ambos os serviços tinham a mesma finalidade, mas eles ressaltaram a diferença entre estes espaços, concebendo o primeiro como local de aprendizagem que tem uma intencionalidade e o segundo como sendo o espaço para realização de atividades não sistematizadas e um lugar que a criança pode brincar com ou sem mediação.

Em nosso estudo, procuramos estabelecer um conceito de saúde, que supere a visão puramente biológica, para priorizarmos seu sentido mais amplo, considerando o sujeito como um todo, “juntando” o homem em seu aspecto corporal e emocional, social e cultural. Esse entendimento do sujeito como um ser integral ficou evidenciado também nos constructos dos pediatras que reconheceram as crianças como sujeitos de direito que devem ter informações sobre seu estado de saúde e são vistas como um ser integral que precisa ter preservados o direito à sua saúde e a continuidade ao seu processo educativo.

Em se tratando especificamente da formação do pedagogo percebemos que há necessidade de ser trabalhado nos cursos de formação de professores aspectos que possibilitem a prática de professores em classe hospitalar, pois esses cursos de formação priorizam conhecimentos estreitamente relacionados à escola.

A preocupação de incluir tais reflexões nos processos de formação de professores justifica-se, pois, os cursos de licenciaturas precisam contribuir com uma formação sólida que possibilite o professor intervir em diferentes espaços, dentre eles o hospital.

Dito isso, pretendemos reafirmar a idéia da transitoriedade do conhecimento. Se escolher esta ou aquela opção metodológica, esta ou aquela literatura, este ou aquele sujeito, os resultados poderão sofrer alterações, embora isto não signifique que o conhecimento aqui hoje produzido não representou a realidade vista sobre um prisma e não tenha validade científica. Pelo contrário, a definição e utilização de parâmetros científicos esclarecem o caminho utilizado e justificam os resultados obtidos.

Diante do exposto, gostaria de concluir acreditando na importância da intervenção pedagógica em ambiente hospitalar, com a finalidade precípua para que a criança seja atendida em sua integralidade e que as condições necessárias sejam disponibilizadas, para que seu desenvolvimento aconteça mesmo em um ambiente clínico.

Assim, acreditamos que as reflexões teóricas neste estudo se configuram como um importante subsídio para a análise sobre o papel do pedagogo no ambiente hospitalar e para os profissionais que se acham engajados numa proposta de garantia de educação inclusiva que possam acolher a “todos”.

Esse estudo não tem a ousadia nem a pretensão de conceber-se como um elemento “pronto e acabado”. Sabemos que existem fragilidades e limitações e por

possuir uma pequena amostra não permite generalizações. Por isso há necessidade de serem realizados mais estudos de caráter científico com o objetivo de ampliar as discussões sobre a representação dos médicos em relação ao trabalho do pedagogo em uma classe hospitalar.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean Claude. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. Apud MAZZOTTI, A. J. A. **A Abordagem estrutural das representações sociais**. Psicologia da Educação, São Paulo, PUC/SP, n. 14/15, p.17-37, 2002.

ABRIC, Jean Claude. L'Organisation Interne des Représentations Sociales; Système Central e Système Périphérique. 1994 In: SPINK, Mary Jane (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. 1ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1999.

AGUIAR, A. MARTINS E. M. **História da pediatria brasileira**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé; 1996.

ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

ALMEIDA M.F.; BARATA, R.B.; MONTEIRO C.V. & Silva Z. P. **Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 734-756, 2002.

ALVES, R. O preparo do educador. In: **O educador: vida e morte**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

ANTUNES, José Leopoldo. **Hospital: Instituição e História Social**. São Paulo: Letras&Letras, 1991.

ARAÚJO, Dolore; MIRANDA, Maria Claudina Gomes; BRASIL, Sandra L. **Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade**. Revista baiana de Saúde Pública. Vol. 31, p.20-31, jun. 2007

ALVES, D. O. **Sala de Recursos Multifuncionais**. Espaço para o atendimento educacional especializado. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial, 2006.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara. 1981

AROSA, A. C; SHILKE, A. L. **Reflexões sobre a escola no hospital**. In: In: AROSA, A. C. SHILKE, A. L (Orgs.) **Quando a escola é no hospital**. Niterói: Intertexto, 2008

AROSA, A. C. RIBEIRO, R. **Desafios da intersectorialidade na ação educativa no espaço hospitalar**. In: AROSA, A. C. SHILKE, A. L (Orgs.) **Quando a escola é no hospital**. Niterói: Intertexto, 2008.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1994.

ALVES-MAZOTTI, A. J. **Representações Sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação**. In: Em Aberto, Brasília, ano 14, n. 61, jan/mar, 1994.

BARROS, A. S. S. **Contribuições da educação profissional em saúde à formação para o trabalho em classes hospitalares**. In: Educação da criança hospitalizada: as várias faces da pedagogia no contexto hospitalar. Caderno do Cedes, vol.27, n. 73, p. 257- 278, set./dez. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **A prática pedagógica em uma enfermaria pediátrica: contribuições da classe hospitalar à inclusão desse alunado**. Revista Brasileira de Educação, nº12, Set/Out/Nov/Dez, p. 84-93, 1999.

_____. **Estudo do perfil sócio-educacional dos pacientes em idade escolar, internados na enfermaria pediátrica do Hospital das Clínicas da UFBA**. Pesquisa da Faculdade de Educação. 2009. Disponível em www.cerelepe.faced.ufba.br/. Acessado em 21 de janeiro de 2011

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições. 1977.

BAUER MW. **Análise de conteúdo clássica: uma revisão**. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 3a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.

BRANDÃO, C. R. **O educador: vida e morte**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Definições e normas das instituições e serviços de saúde. Diário Oficial da União de 5/4/19777 – Secção I, parte I, p. 3929.

BRASIL. **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995**. Direitos da Criança e do Adolescente hospitalizado. Diário Oficial, Brasília, 17 de outubro de 1995. Seção 1, p. 16-319 16-320.

BRASIL. Ministério da Educação. **Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial**. Brasília: MEC/SEESP, 1994.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, LDB 9.394, de 20 de dezembro de 1996**.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Saúde**, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Resolução CNE/CEB nº 2/2001, de 11 de setembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica – 2001

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

BRASIL – **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. O CNS e a Construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar** : estratégias e orientações. / Secretaria de Educação Especial. – Brasília : MEC ; SEESP, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF, 2004

BERSCH, Rita. **Tecnologia Assistiva e Educação Inclusiva. In:** Ensaios pedagógicos. Brasília : Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2006.

BITTAR, O. J. **Hospital: qualidade e produtividade**. São Paulo: Sarvier, 1997.

BITTAR, O. J. NOGUEIRA, V. **Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde**. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 46, n. 1, março 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302000000100011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 21 dic. 2008.

BRITO BASTOS, N. C. **Educação para a Saúde na Escola**. Revista da FSESP, vol. XXIV, nº 2, 1979.

CALEGARI, Aparecida Meire. **As inter-relações entre Educação e Saúde: implicações do trabalho pedagógico no contexto hospitalar**. 2003. 141 f. Dissertação. Aprendizagem e ação docente. Universidade Estadual de Maringá.

CAPRA, F. **A teia da vida**. São Paulo: Cultrix, 1993.

CARVALHO, Rosita Edler. **Educação inclusiva com os pingos nos “is”**. Porto Alegre: Mediação, 2004.

CAMON, V. A. **A Psicologia da Saúde: um novo significado para a clínica**. São Paulo: Pioneira, 2000.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. **A pediatria e a construção social da infância: uma análise do discurso médico-pediátrico**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, SP: [s.n.], 2002.

CAVALCANTE, R. A. O. L. **Aspectos psicológicos da hospitalização da criança**. Enfermagem Novas Dimensões, 1977.

Classes Hospitalares cobrem toda a cidade em 2009. Secretaria Municipal da educação, Cultura, Esporte e Lazer. Disponível em: <http://www.smec.salvador.ba.gov.br/site/noticias-crianca-viva.php>. Acessado em 15 de dezembro de 2010.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro. **A utilização das internações hospitalares no Brasil: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso.** Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.

CASTRO, M. S. M.; Travassos C.; Carvalho M. S. **Fatores Associados às Internações Hospitalares no Brasil.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 2002.

CARAPINEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital.** Edições Afrontamento. 1993

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** São Paulo: Cortez, 2003.

CECCIM, B. Ricardo; CARVALHO, Paulo R. A. **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta a vida.** Porto Alegre: UFRGS, 1997.

CECCIM, Ricardo. B; FONSECA, Eneida. S. **Atendimento pedagógico-educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada.** Revista: Temas Sobre Desenvolvimento, V.7, n.42, p 24-36, jan/fev, 1999.

DATASUS. **Consulta Estabelecimento - Módulo Hospitalar – Leitos.** Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=29274000_03816&VListar=1&VEstado=29&VMun=. Acessado em 21 de janeiro de 2011.

DOMINGOS SOBRINHO, M. **Habitus e Representações: questões para o estudo de identidades coletivas.** In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (orgs). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social.** Goiânia: AB, 1998.

DUARTE, R. **Entrevistas em pesquisa qualitativa.** Educar, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Editora UFPR

FARR, Robert M. **Representações sociais: a teoria e a sua história.** In: GUARESCHI, Pedrinho e JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.). **Textos em representações sociais.** Petrópolis/RJ: Vozes, 1995. p.31-59.

FANFANI, E. T. **Consideraciones sociológicas sobre profesionalización docente.** Educação & Sociedade, Campinas, vol. 28, n. 99, p. 335-354, maio/ago, 2007.

FREIRE, P. **Professora sim, tia não.** São Paulo: Olho D' Água, 1997.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários a prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FRIEDMANN, A. **A Evolução do brincar**. In: _____. *O direito de brincar: a Brinquedoteca*. 4. ed. São Paulo: Abrinq, 1999 p. 25-35.

FONSECA, E. S. **Atendimento escolar no ambiente hospitalar**. São Paulo: Memnon, 2003.

_____. **Escolas em hospitais no Brasil**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <http://www.fundacioncarolinalabra.cl/descarga_doc.php?idexpositor=87>. Acesso em 28 de novembro de 2009.

_____. **Atendimento pedagógico – educacional para crianças e jovens hospitalizados: realidade nacional**. Pôster apresentado na 50ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Natal: UFRN. 12 a 17 de julho de 1998.

FONSECA, E. S. **Escolas em hospitais no Brasil**, 2008. Disponível em: www.escolahospitalar.uerj.br. Acessado em 16 de novembro de 2010.

FONSECA E.S.; CECCIM, R.B. **Atendimento pedagógico-educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada**. Temas sobre Desenvolvimento, v.7, n.42, p.24- 36, jan/fev, 1999.

FONTES, Regina. S. **A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital**. Revista Brasileira de Educação, nº29, Mai/Agost, p.119-137, 2005.

_____. **O desafio da educação no hospital**. Presença Pedagógica, V. II, nº 64, Jul/Agosto, p. 21-29, 2005.

FONTANA, Roseli A. Cação. **Como nos tornamos professora?** Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. RJ: Graal, 1979.

FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS. **Atratividade da Carreira Docente no Brasil. Relatório de Pesquisa**. São Paulo, 2009.

GADOTTI, Moacir. **Uma Escola só para Todos: Caminhos da autonomia escolar**. 2ª Edição. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 1992.

GASKELL, G. (2002). **Entrevistas individuais e de grupos**. IN: M.W. Bauer & G. Gaskell (orgs.), Pesquisa qualitativa com texto, imagem, e som. Um manual prático (pp.64-89). Petrópolis: Vozes.

GATTI, B. A., BARRETTO, E.S.S. Professores: aspectos de sua profissionalização, formação e valorização social. Relatório de Pesquisa, DF:UNESCO, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GIL, A. M. V.P. “**DDA**” e outras novas siglas associadas a limitações de ensino e aprendizagem escolar. *Psicopedagogia: Revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia*, São Paulo, v.21, n.65, p.164-176, 2004.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios Prisões e conventos** – Tradução Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva. 2007. 3ª reimpressão da 7ª edição de 2001.

GUIMARÃES, V. S. **Formação de professores: saberes, identidade e profissão**. 3. ed. Campinas: Papyrus, 2006.

GOHN, M^a. G. **Educação não-formal e cultura política: impacto sobre associativismo do terceiro setor**. SP: Cortez, 1999.

GRACIANI, Maria Stela Santos. **Pedagogia social de rua: análise e sistematização de uma experiência vivida**. 5 ed. São Paulo: Cortez / Instituto Paulo Freire, 2005.

GRAÇA, L. **Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica**. Disponível em: <http://www.terraviva.pt/meco/5531/historia2_hospital.html> Última atualização em 23 mai. 2000. Acesso em 10 de janeiro de 2011.

GUSSON , Antônio Carlos T; LOPES José Carlos. **Pediatria no século 21: uma especialidade em perigo**. *Revista de pediatria*, vol.28 nº1, março. São Paulo, 2010.

GONZALES-SIMANCAS, J. L ; POLAINO-LORENTE, A. **Pedagogía hospitalar: actividade educativa em ambiente clínicos**. In: MATOS, E. L. M; MUGGIATI, M. M. T. F. *Pedagogia hospitalar*. Curitiba: Champagnet, 2001.

HELLER, Ágnes. **Sociología de la vida cotidiana**. Barcelona, Ediciones Península, 1989.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **Assistência Médico-Sanitária 2009**. IN:http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1757. Acessado em 27 de dezembro de 2010.

JESUS, S. N. **Desmotivação e crise de identidade na profissão docente**. *Revista Katálisis*, Vol. 7, Nº. 2, p. 192-202, 2004.

JODELET, D. **Representações sociais: um domínio em expansão**. In:_____. *As Representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

_____. **Representação Social: fenômenos, conceitos e teoria**. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Getúlio Vargas, 1989.

LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard F. **Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência.** São Paulo: Singular, 2009.

_____. Couttolenc, Bernard F. Apresentação do livro **Desempenho Hospitalar no Brasil - Em busca da excelência.** Fiocruz, 2008. Disponível em http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_167951076.ppt. Acessado em 19/02/2009

LIBANEO, J. C. **Pedagogia e pedagogos para que?** São Paulo: Cortez, 3ª edição, 2000.

LIMA, M. A. D. S. **Educação em Saúde:** algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. V.17, n.2, p. 87-91, jul.1996.

LINDQUIST, I. (1993). **A Criança no hospital: terapia pelo brinquedo** (R. Z. Altman, Trad.). São Paulo: Scritta.

KRAMER, Sônia. **Histórias de Professores: leitura, escrita e pesquisa em educação.** São Paulo: Ática, 1997.

MACHADO M. H. **Os médicos no Brasil:** um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.

MAHEU, Cristina d'Ávila. CARDOSO, M, C. **Representações de ludicidade entre professores de educação infantil.** In: *Revista da FAEEBA*, Salvador, v. 18, n.32 (jul./dez), 2009.

MATOS, E. L. M.; MUGIATTI, M. M. T. F. **Pedagogia hospitalar.** Curitiba: Champagnat, 2001.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais.** Petrópolis: Vozes, 2006.

MAZZOTTI, A. J. A. **A Abordagem estrutural das representações sociais.** Psicologia da Educação, São Paulo, PUC/SP, n. 14/15, p.17-37, 2002.

MANZINI, J. E; PIRES, H. J; CORNELIAN, D. J; ZANCO A. H. **A perspectiva de profissionais de saúde sobre o atendimento educacional em classe hospitalar.** *Didática*, São Paulo, n. 31, p. 175-197, 1997.

MAZZOTTI, T. B. **Estatuto da cientificidade da pedagogia.** In: PIMENTA, S. G. (org). *Pedagogia, Ciência da educação.* São Paulo: Cortez, 1998.

MARTINS, Clélia. **O Que é Política Educacional.** 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 2002.

MASCARENHAS, A. D. N; BARROS, A. S. S; BARBOSA, A. G; SANTANA, J. S. O. **Estágio de docência em uma enfermaria pediátrica: exercitando a prática de ensino em um contexto de diversidade.** In: Encontro de Pesquisadores Norte Nordeste. Anais vol. 1, CD-ROM, 2009.

MENEZES, C. V. A. **A necessidade de formação do pedagogo para atuar em ambiente hospitalar: um estudo de caso em enfermarias pediátricas do Hospital De Clínicas da UFPR.** Dissertação de Mestrado. Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1997.

MIZUKAMI, M^a G.N. RODRIGUES, M. M. **Formação de professores, práticas pedagógicas e escola.** São Carlos: EdUFSCar, 2002.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em Psicologia social.** Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários a educação do futuro.** São Paulo: Cortez, 2004.

NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes. **Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Bahia, Brasil.** 2004. 158 páginas. Tese (Apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde, Salvador: UFBA, 2004).

NÓBREGA, S. M; COUTINHO, M. P. L. **O teste de associação livre de palavras.** In: COUTINHO, M. P. L. et al. **Representações Sociais: abordagem interdisciplinar.** João Pessoa. Editora Universitária/UFPB, 2003.

NOGUEIRA, R. P. **Medicina interna e cirurgia: Formação social da prática médica.** RJ:UERJ. Dissertação de Mestrado. 1977

NOVAES, H. M. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar.** Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.

NÓVOA, Antonio. **Formação de professores e profissão docente.** In: _____. **Os Professores e a sua formação.** Lisboa: Nova Enciclopédia, publicações Dom Quixote, 1992.

NUNES, L. B. **A educação hospitalar: impasses ideológicos e possibilidades de construção.** In: **Teoria e Prática da Pedagogia Hospitalar: novos cenários, novos desafios.** MATOS, E. L. M; TORRES, P. L. (Orgs). Curitiba: Champagnat, 2010.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares.** Pelotas: Educat, 2001

ORTIZ, Leodi Conceição Meireles. FREITAS, Soraia Napoleão. **Classe hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação**. Santa Maria: Editora UFSM, 2005.
ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Pelotas: Educat, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção **sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**, 2006.

OLIVEIRA, M. K. **Vygotsky e o processo de conceitos**. In: DE LA TAILLE, Y; OLIVEIRA, M. K; DANTAS, H. Piaget, Vygotsky e Wallon: teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus, 1992.

PIMENTEL, S. C. **Configurações epistemológicas e concepções de aprendizagem na organização do currículo escolar**. Texto digitado.

PEDROSO, G. C. **As relações intersetoriais e interinstitucionais**. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. (Org). **Cadernos de escola promotora de saúde I**. Rio de Janeiro: Nestlé, 2003.

PÉREZ-GOMES, A. O pensamento prático do professor: a formação do profissional reflexivo. In: Escola e aprendizagem da docência: processos de investigação e formação. In: MIZUKAMI, M^a. G. N. e REALI, A. M. M. R. (Orgs) **Aprendizagem profissional da docência: saberes, contextos e práticas**. São Carlos: EDUFSCar, 2002.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Hospital: dor e morte como ofício**. 5^a. ed., São Paulo: Annablume / Hucitec, 1999.

RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu; LIMA, Maria Cristina Pereira. **A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2002, vol.6, n.11, pp. 107-116. ISSN 1414-3283.

REIS, S. **Valorização do professor? Uma leitura resistente de um texto unidirecional** *Linguagem & Ensino*, Pelotas, v.13, n.2, p.495-523, jul./dez. 2010

RIBEIRO, R. M. O. **A máquina do tempo: representação do passado, história e memória da sala de aula**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

RIBEIRO, Maria José. **O atendimento à criança hospitalizada: um estudo sobre serviço recreativo-educacional em enfermaria pediátrica**. Dissertação de Mestrado. Campinas: Unicamp – Faculdade de Educação, 1993

RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez. 1993.

RIVORÊDO, Carlos R. S. Freire de. **Pediatria, Medicina para Crianças?**. *Revista Saúde e Sociedade* 7(2), 33-45 . 1998

SOARES, M. R. Z. & ZAMBERLAN, M. A. T. (2001). **A inclusão do brincar na hospitalização infantil.** *Estudos de Psicologia*, 18(2), 64-69.

ROSEN, George. **Da Polícia Médica à Medicina Social:** Ensaio sobre a história da Assistência Médica. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Uma História da Saúde Pública.** São Paulo: HUCITEC/ Editora UNESP, 1994.

SÁ, Celso. **Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria.** In: SPINK, Mary Jane (Org.). **O conhecimento no cotidiano:** as representações sociais na perspectiva da psicologia social. 1ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1999.

SANTOS, B. S. (Org.). **Globalização: fatalidade ou utopia?** Porto: Afrontamento, 2000.

SANTOS, I. C. **Habilidades e competências necessárias para o professor atuar no ambiente hospitalar segundo a percepção de profissionais de saúde da cidade de salvador.** Trabalho de monografia do curso de Pedagogia. Salvador. Disponível em <<http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos.php?Email==>>. Acesso em 25 de novembro de 2009.

SANTOS, Mércia Lamenha Medeiros; VIEIRA, Maria de Lourdes Fonseca; SOARES Francisco José Passos. **Promoção da Saúde no Cotidiano do Pediatra no Serviço de Saúde** In: Sociedade Brasileira de Pediatria. (Org). Cadernos de escola promotora de saúde I. Rio de Janeiro: Nestlé, 2003.

SCÁRDUA, S. **Acompanhamento de pacientes internados e seu impacto no desempenho hospitalar.** Palestra proferida pela Rede Inovah. Disponível: www.inovarh.ufba.br/pub/.../Acompanhamento_de_pacientes_internados.pdf. Acessado em 28 de dezembro de 2010

SASSAKI, R. K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos.** Rio de Janeiro: Editora WVA, 1997.

SILVA, C .S. **Escola promotora de saúde: uma visão crítica da saúde escolar.** In: Sociedade Brasileira de Pediatria. (Org). Cadernos de escola promotora de saúde I. Rio de Janeiro: Nestlé, 2003.

SCLIAR, Moacir. **Do Mágico ao Social:** a trajetória da Saúde Pública. São Paulo: L&PM Editora, 1987.

SCHWARTZMAN, Simon. **Ciência, Profissões e a questão da autonomia universitária.** A redescoberta da cultura, São Paulo, EDUSP, 1997.

SHILKE, A. L. AROSA, A. **A escola no hospital: espaço de experiências emancipatórias.** Niterói: Intertexto, 2007.

SHILKE, A. L. **O hospital e a escola no hospital**. In: A escola no hospital: espaço de experiências emancipatórias. Niterói: Intertexto, 2007.

_____. **A ação educativa hospitalar que temos... A escola no hospital que queremos**. In: AROSA, A. C. SCHILHE, A. L. A escola no hospital espaço de experiências emancipadoras. Niterói: Intertexto, 2007.

SPINK, Mary Jane (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. 1ª Ed., São Paulo: Brasiliense, 1993.

SPITZ, René A. **El prime añ de vid Del niño**: Genesis de las primeras relaciones objetales. Madrid: Aguilar edciones, 1972

STAKE, E. E. The Case Study Method in Social Inquiry. Educational Researcher, v. 7, n.2, fevereiro, 1978. In: ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

SILVA, Vania Loureiro. **Construindo possibilidades entre o hospital e a escola**. In: FONSECA, Eneida S. **Atendimento Escolar Hospitalar. O trabalho pedagógico no ambiente hospitalar**: a criança doente também estuda e aprende. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2001.

SOUZA FILHO, Edson Alves de. **A análise de representações sociais**. In: SPINK, Mary Jane P. (Org). **O conhecimento no cotidiano**. As representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo (SP): Editora Brasiliense, 1993.

STARR. P. Medicine and the waning of Professional sovereignty. 1978 In: RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez. 1993.

TAAM, Regina. **Educação em enfermarias pediátricas**. Ciência Hoje, Rio de Janeiro, V. 23, nº133, p. 74-75, 1997.

TARDIFF, Maurice; LESSARD, C. **Saberes docentes e formação profissional**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

_____. **O trabalho docente: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas**. Petrópolis: Vozes, 2005.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1985.

TIRONI, Márcia Oliveira Staffa. **A síndrome de *burnout* em médicos pediatras: um estudo em duas organizações hospitalares**. Universidade Federal da Bahia. Dissertação de Mestrado, 147f. 2005.

VASCONCELLOS, S. M. **Intervenção escolar em hospitais para crianças internadas: a formação alternativa re-socializadora**. In: Congresso Internacional de

Pedagogia Social, 2006, São Paulo. Anais eletrônicos. Faculdade de Educação, USP, 2006.

VERGÉS, P. L'évocation de l'argent: Une méthode pour la 'definition du noyau central de la représentation, 1994. In: SÁ, Celso Pereira. Núcleo central das representações sociais. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

VIEIRA, Taiane Alves. História natural das mucopolissacaridoses: uma investigação da trajetória dos pacientes desde o nascimento até o diagnóstico. Dissertação - Programa de Pós Graduação em Medicina: ciências médicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 104f, 2007

ANEXOS

Anexo A

Parecer Consubstanciado de Projeto

Título do Projeto: A concepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho do Pedagogo no hospital.		
Pesquisador Responsável Aline Dalane Nunes Mascarenhas		
Data da Versão 05/05/2010	Cadastro 26/2010	Data do Parecer 20/07/2010

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto
OBJETIVO GERAL:
 Compreender as percepções dos profissionais de saúde sobre a atuação do Pedagogo no hospital .

OBJETIVOS:
 Identificar e caracterizar a concepção dos profissionais de saúde em relação à classe hospitalar;
 Identificar a percepção dos profissionais da área de saúde sobre o papel do Pedagogo enquanto profissional que atua no âmbito hospitalar.

Sumário do Projeto
Pergunta de Investigação:
 Qual a concepção que os profissionais de saúde têm sobre o trabalho do Pedagogo no hospital?

HIPÓTESES
 Uma dúvida quanto ao trabalho do Pedagogo, pois os profissionais da área de saúde ainda não têm definido o papel dos Professores/Pedagogos no hospital;
 A identificação do Pedagogo com os processos de alfabetização no interior do hospital;
 Uma relação complexa entre os Pedagogos e os profissionais de saúde, já que os primeiros podem ser vistos como profissionais que tem como finalidade o trabalho que se confunde com a ótica médica .

Método: pesquisa qualitativa a partir da Teoria das Representações Sociais.

Serão utilizados os instrumentos: observação na Classe Hospitalar do HUPES, entrevista e questionário mediante a técnica de Associação Livre de Palavras – ALP com médicos que fazem parte da UDAP - Unidade Docente-Assistencial em Pediatria do HUPES/ UFBA que estão em contato com os pacientes-alunos da classe hospitalar.

Análise
 A partir dos dados coletados será realizada a análise e discussão dos mesmos mediante o sistema EVOC para a análise das palavras evocadas e o conteúdo das entrevistas.

Aspectos relevantes para avaliação	Situação
Título	Adequado
Relação dos Pesquisadores	Adequada
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Local de Realização	Própria Instituição

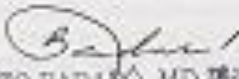
Página 1-3
Versão 01/2004

26/10

PROJETO

APROVADO

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.2), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em _____ e ao término do estudo.


 ROBERTO BADARO, MD PhD
 Coordenador CEP
 CHUPES

Apêndice

Apêndice A

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

Caro colaborador,

Agradecemos a sua disposição em participar desta entrevista. Este instrumento será mediado por mim através de um gravador para que possa facilitar o trabalho posterior de análise de dados. Caso seja do seu interesse, após a entrevista você pode escutá-la e acrescentar ou excluir alguma parte que lhe incomodou. Sinta-se a vontade para refletir a respeito do que lhe for perguntado e se houver necessidade, repetiremos o enunciado da questão quantas vezes precisar.

Roteiro de entrevista

- 1- Você conhece algum trabalho voltado para a questão de humanização nesse hospital? Qual?
- 2- As crianças e adolescentes que estão em processo de internação possuem direitos perante a lei? Quais?
- 3- Você conhece o SASMIJ? Se sim, qual o trabalho realizado por ele no HUPES?
- 4- Você conhece o serviço de hotelaria do HUPES? Que trabalho eles realizam?
- 5- Existe brinquedoteca na enfermaria pediátrica do HUPES? Sabe qual é o trabalho realizado nesse espaço?

- 6- Qual a representação que você enquanto profissional da área de saúde possui a cerca da doença?
- 7- Você já vivenciou o processo de internamento quando era criança ou adolescente? O que mais você sentia falta?
- 8- Como você define uma equipe multidisciplinar?
- 9- Quais profissionais você enumeraria para fazer parte dessa equipe?
- 10- Ocorre reunião interdisciplinar entre os profissionais? Se sim, especifique.
- 11- A que lhe remete o tema “educação e saúde”?
- 12- Em sua opinião, o hospital é um espaço de educação? Especifique de que maneira.
- 13- Para você o que representa o pedagogo (professor) no hospital?
- 14- Quais trabalhos podem ser desenvolvidos por esse profissional nesta instituição?
- 15- Que representação você tem desse profissional no hospital?
- 16- Você sabe se existe uma classe hospitalar no HUPES? Se sim, há quanto tempo existe?
- 17- Quais os profissionais que trabalham na classe hospitalar?
- 18- Você acha que um professor de classe hospitalar por não ser um profissional de saúde tem dificuldades em adaptação ao ambiente hospitalar? Explique
- 19- Que aspectos da rotina hospitalar você acha que não são compreensíveis para professores que não são da área de saúde?
- 20- Em sua opinião existe diferença entre o trabalho da classe hospitalar e o do SASMIJ? Especifique
- 21- Existe diferença entre o trabalho da classe hospitalar e o trabalho da hotelaria? Se sim, especifique.

- 22- Quais os recursos (materiais) disponibilizados na classe hospitalar?
- 23- Na sua concepção qual a imagem social que o professor/pedagogo tem em nossa sociedade?
- 24- Você acredita que pode haver diálogo entre a Pedagogia e a Medicina em uma enfermaria pediátrica? Se sim, de que maneira?
- 25- Você já ouviu falar da modalidade de Classe Hospitalar? Se sim, o que sabe sobre esta modalidade?
- 26- Existe alguma contribuição em relação ao trabalho educativo realizado no hospital com as crianças hospitalizadas? Se sim, quais?
- 27- Em sua opinião classe hospitalar e brinquedoteca são a mesma coisa? Se não, Quais as diferenças e semelhanças?
- 28- Você conhece alguma classe hospitalar? Qual (is)?
- 29- Em sua concepção qual a profissão mais desvalorizada em nossa sociedade? Por quê?
- 30- As crianças e os adolescentes internados em uma enfermaria pediátrica conseguem dar continuidade ao seu processo de aprendizagem? Como?
- 31- De acordo com o seu entendimento, o metabolismo está ligado a aprendizagem. Explique.

Apêndice B

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PRÉ-ESCLARECIDO

Título do Projeto de Pesquisa: A concepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho do Pedagogo no hospital.

Pesquisador Responsável pela execução da pesquisa:

Mestranda : Aline Daiane Nunes Mascarenhas

Telefone e e-mail para contatos: 71 8602-6360, aline_mascarenhas@hotmail.com

Grupo de Pesquisa: Educação de Pessoas Hospitalizadas e/ou Doentes Crônicas (cadastrado no CNPq)

Orientadora: Alessandra Santana Soares e Barros - (71) 32837231.

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo investigar as percepções, valores e representações sociais que os profissionais de saúde, em especial, os médicos, do Complexo HUPES, possuem a cerca do trabalho do pedagogo no hospital.

Você foi escolhido para essa pesquisa pelo fato de estar lidando com crianças hospitalizadas e por se constituir na categoria profissional mais tradicional no campo da área da saúde.

Essa pesquisa terá como instrumentos de coleta uma entrevista individual. Nessa entrevista faremos perguntas sobre a profissão do pedagogo, sobre a escolarização em hospitais e a relação entre educação e saúde. Esta etapa da coleta de dados durará cerca de três meses.

Caso você concorde em participar, deverá assinar este formulário em duas vias e manter uma cópia com você. Se mudar de idéia durante a pesquisa poderá sair a qualquer momento sem precisar se justificar.

Acertaremos com você um horário para realizarmos a entrevista que terá a duração de quarenta minutos. Ela será gravada e se você quiser, pode pedir para ouvir a gravação que tivermos feito logo depois que terminarmos a entrevista. Se preferir, pode pedir para apagar qualquer trecho que achar por bem.

Nós pesquisadores ajustaremos nossas agendas de trabalho para adequar o horário da aplicação dos instrumentos às suas possibilidades, e nos disporemos a remarcarlos se requerido por você.

Não há desvantagens ou riscos, para você em participar dessa pesquisa. Assim, por exemplo, não há necessidade de se preocupar que algum segredo ou confissão que você nos tenha feito durante a entrevista venha ser revelado, porque nós teremos todo o cuidado em não registrar o seu nome verdadeiro nos dados da nossa pesquisa. Portanto esteja certo de que todas as informações coletadas durante a pesquisa serão mantidas em sigilo.

Teremos todo o cuidado em não registrar o seu nome verdadeiro nos relatórios da nossa pesquisa. Portanto esteja certo de que todas as informações coletadas durante a pesquisa serão mantidas em sigilo.

O benefício que esperamos conseguir com o que descobriremos é o fomento às discussões sobre o atendimento educacional no ambiente hospitalar, modalidade de atenção a qual, embora prevista legalmente, ainda é pouco conhecida nos meios acadêmicos e alvo de pouco investimento do poder público.

Caso você concorde em participar, deverá assinar as duas cópias do presente termo. O nome e o telefone da pessoa responsável pela pesquisa estão bem no começo do documento, para o caso de você querer falar com elas. O parágrafo abaixo resume a sua concordância em termos presumidamente enunciados por você:

“Antes de assinar este documento, eu fui suficientemente informado (a) sobre o projeto de pesquisa, seus objetivos, o modo como serei abordado, eventuais inconvenientes e os benefícios decorrentes da minha participação. Assim sendo, aceito participar voluntariamente, permitindo que os dados coletados sejam divulgados em âmbito acadêmico com o intuito de contribuir e ampliar as discussões em torno da temática em questão.”

_____	_____	_____
Nome do (a) participante da Pesquisa.	Assinatura	Data

_____	_____	_____
Pessoa que apresentou a pesquisa, caso não seja investigador principal.	Assinatura	Data

_____	_____	_____
Nome do Investigador-principal	Assinatura	Data

Apêndice C

Carta de anuência

Prezada Prof^a Alessandra Santana Soares e Barros, coordenadora da Classe Hospitalar do HUPES, localizada na unidade da UDAP- Unidade de Docência em Assistência Pediátrica.

Eu, Aline Daiane Nunes Mascarenhas, mestranda pelo Programa de Pós-Graduação da UFBA, estou realizando uma pesquisa de projeto intitulada “A concepção dos profissionais de saúde sobre o Pedagogo no ambiente hospitalar” cujo projeto encontra-se em anexo, venho através desta, solicitar sua autorização para a coleta de dados na classe hospitalar que está sob sua responsabilidade.

Informamos que não haverá custos para a instituição e, na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas da mesma.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

Agradecemos antecipadamente seu apoio e compreensão, certos de sua colaboração para o desenvolvimento da pesquisa científica em nossa região.

Salvador, de _____ de 2010

assinatura dos pesquisadores

Pesquisa:

**A concepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho do
Pedagogo na classe hospitalar.**

Salvador, __/ __/ ____

Caro (a) Profissional de saúde,

Estou em período de coletar dados para o Mestrado em Educação e necessito da sua colaboração para responder este questionário, cujo resultado vai me auxiliar na elaboração da minha dissertação e conclusão de curso.

Cordialmente, Aline Daiane Nunes Mascarenhas

Questionário para coleta de dados

1 - Assinale com um X a melhor alternativa.

Formação:

- Enfermeiro (a)
 Médico (a) . Especialidade _____.
 Curso Superior incompleto (Qual e que semestre;)

Idade:

- 18 a 25 anos
 26 a 30 anos
 31 a 35 anos
 36 a 40 anos

mais de 40 anos

Enquadramento funcional:

Concursado

Estagiário

2 – Escreva 6 (seis) palavras que lhe vêm a mente e que estão diretamente relacionadas ao:

Trabalho do Pedagogo no hospital.

1 - _____

2 - _____

3 - _____

4 - _____

5 - _____

6 - _____

3 – Das (seis) palavras, circule aquela que você considere a mais importante.