

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Educação
Programa de Pós-graduação em Educação:
Conhecimento e Inclusão Social

Jacqueline Luiz Leite Dantas

Diagnóstico das Classes Hospitalares
no Estado de Minas Gerais


Atendimento Educacional por  um fio

Belo Horizonte/MG

2023

Jacqueline Luiz Leite Dantas

**Diagnóstico das Classes Hospitalares
no Estado de Minas Gerais**

Atendimento Educacional por  um fio

Versão final

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social (PPGE), da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais (FaE/ UFMG) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Adriana Araújo Pereira Borges

Linha de pesquisa: Políticas Públicas de Educação

Belo Horizonte/MG

2023

D192d
T

Dantas, Jacqueline Luiz Leite, 1977-
Diagnóstico das classes hospitalares no Estado de Minas Gerais
[manuscrito] : atendimento educacional por um fio / Jacqueline Luiz Leite Dantas. -
- Belo Horizonte, 2023.
142 f. : enc, il., color.

Dissertação -- (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Educação.

Orientadora: Adriana Araújo Pereira Borges.

Bibliografia: f. 111-120.

Anexos: f. 135-142.

Apêndices: f. 121-134.

1. Educação -- Teses. 2. Classe Hospitalar -- Teses. 3. Crianças doentes --
Educação -- Assistência hospitalar -- Teses. 4. Crianças -- Assistência hospitalar --
Educação -- Teses. 5. Doentes hospitalizados -- Teses. 6. Assistência hospitalar --
Educação -- Teses. 7. Educação inclusiva -- Teses. 8. Educação especial --
Teses. 9. Educação -- Políticas públicas -- Teses. 10. Direito à educação -- Teses.
I. Título. II. Borges, Adriana Araújo Pereira, 1972-. III. Universidade Federal
de Minas Gerais, Faculdade de Educação.

CDD- 371.9

Catálogo da fonte: Biblioteca da FaE/UFMG (Setor de referência)

Bibliotecário: Ivanir Fernandes Leandro CRB: MG-002576/O



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO: CONHECIMENTO E INCLUSÃO SOCIAL

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA

JACQUELINE LUIZ LEITE DANTAS

Realizou-se, no dia 28 de junho de 2023, às 09:00 horas, na sala de Teleconferência, da Universidade Federal de Minas Gerais, a 1511ª defesa de dissertação, intitulada *DIAGNÓSTICO DAS CLASSES HOSPITALARES NO ESTADO DE MINAS GERAIS: atendimento educacional por um fio*, apresentada por JACQUELINE LUIZ LEITE DANTAS, número de registro 2021653760, graduada no curso de PEDAGOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em EDUCAÇÃO - CONHECIMENTO E INCLUSÃO SOCIAL, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Adriana Araújo Pereira Borges - Orientador (UFMG), Prof(a). Jáima Pinheiro de Oliveira (UFMG), Prof(a). Eneida Simões da Fonseca (UERJ).

A comissão considerou a dissertação: Aprovada. Destacando a relevância da temática, a robustez teórica-metodológica, indicando a publicação dos capítulos em artigos.

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 28 de junho de 2023.

Prof(a). Adriana Araújo Pereira Borges (Doutora)

Prof(a). Jáima Pinheiro de Oliveira (Doutora)

Prof(a). Eneida Simões da Fonseca (Doutora)



Documento assinado eletronicamente por **Jáima Pinheiro de Oliveira, Professora do Magistério Superior**, em 29/06/2023, às 08:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Araujo Pereira Borges, Professora do Magistério Superior**, em 29/06/2023, às 13:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eneida Simões da Fonseca, Usuária Externa**, em 03/07/2023, às 18:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2425417** e o código CRC **AD012FB8**.

Dedico este trabalho
aos alunos que encontraram o adoecimento pelo caminho
que acreditaram que seguir aprendendo poderia ser uma possibilidade também de cura
que ao escolherem não desistir me incentivaram a seguir lutando
e atravessados pela educação, crescemos e construímos juntos um novo jeito para ser
(aprender-ensinar)

AGRADECIMENTOS

Iniciar o mestrado no contexto da pandemia de COVID19 e finalizá-lo, ainda sofrendo seus impactos, fez desta caminhada um processo de grandes desafios. Hoje, mais do que nunca, eu quero agradecer a Deus pela minha vida e pela vida dos meus familiares, solidarizando-me com tantos que não tiveram essa mesma sorte. Assim, sou grata por conseguir fortalecer o meu coração na certeza de que seria capaz de realizar este trabalho.

Aos meus pais Geraldo e Maria pelo amor incondicional. Por me inspirarem e alimentarem a minha Fé.

A minha família de forma muito especial pelo amor, companheirismo e compreensão: meu esposo Maurício pelo incentivo, meus queridos filhos: Mariana pela cumplicidade e Davi pela resiliência. Vocês são a razão de tudo e sabem mais do que ninguém, as dores e as alegrias desta caminhada. Obrigada por não soltar minha mão!

Às amigas queridas Bel, Ingrid e Renata que acreditaram que este sonho seria possível antes mesmo de mim. Vocês são responsáveis por esta realização.

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, instituição que trabalho. Obrigada pelo apoio e por oferecer-me condições para realização desta pesquisa.

A minha orientadora Professora Adriana Araújo Pereira Borges pela oportunidade, confiança e apoio durante todo este percurso.

As companheiras de pesquisa Alice, Bruna e Márcia, nossa amizade segue para a vida. Obrigada pela partilha de conhecimento, acolhida e afeto.

A Universidade Federal de Minas Gerais pelas condições de trabalho. É um orgulho poder fazer parte de uma das maiores universidades do Brasil, num programa com tamanha qualidade e excelência.

Ao grupo de estudos Laboratório de Políticas Públicas em Educação Especial e Inclusiva- LaPPEEI, pelas trocas de saberes.

Ao CNPq pelo apoio e ao Portal dos Pioneiros da Educação Especial no Brasil, ao qual essa dissertação se vincula.

Aos membros da Banca que pela avaliação atenta, contribuíram para a qualificação deste trabalho.

A Dra. Eneida Simões da Fonseca, precursora na pesquisa sobre escolarização hospitalar que acolheu o convite para integrar a banca com generosidade profissional e afeto.

A todos os profissionais da educação que atuam em instituições hospitalares no estado de Minas Gerais que de maneira generosa contribuíram com esta pesquisa.

A professora Maria Cristina Olandim Pereira, que gentilmente compartilhou alguns de seus arquivos de pesquisa para construção de parte do capítulo que descreve sobre o histórico das classes anexas aos hospitais em Belo Horizonte no século passado.

Aos alunos hospitalizados, razão de todo este trabalho.

E a tantos outros que direta ou indiretamente me apoiaram numa imensa rede de compreensão, torcida e carinho para realização e conclusão deste trabalho. Na certeza de que nenhum caminho se constrói sozinho, a todos, minha eterna gratidão.

RESUMO

Durante o processo de hospitalização, crianças e adolescentes ficam privados do contato com os amigos, limitados em suas ações e impossibilitados de realizar diversas atividades, dentre elas, de frequentar a escola. O atendimento educacional hospitalar, denominado pelo Ministério da Educação como Classe Hospitalar (CH), se configura como uma alternativa de escolarização dos alunos enfermos, fora do ambiente comum. Esta pesquisa teve como objetivo geral compreender como estão estruturadas e como funcionam as CH existentes no estado de Minas Gerais. O estudo está situado no campo da Educação Especial e das Políticas Públicas de Educação Inclusiva, onde a trajetória do aluno enfermo está atrelada. Para isso, foi proposto o desenvolvimento de um estudo de natureza exploratória e abordagem qualitativa. Os procedimentos metodológicos utilizados foram a revisão bibliográfica, a análise documental e o levantamento de dados sobre as CH em funcionamento no estado. Profissionais que atuam nas CH foram convidados a responder um questionário e a participar de dois grupos focais. Os dados colhidos nos questionários foram organizados e, posteriormente, cruzados com a legislação vigente e referencial teórico. Os dados dos grupos focais foram analisados a partir do software Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Três diferentes contextos foram investigados: o histórico, que recuperou informações sobre as primeiras classes hospitalares do estado de Minas Gerais; o político, que analisou os marcos legais que fornecem as diretrizes para a efetivação de políticas públicas para inclusão educacional do aluno em tratamento de saúde; e o geográfico/institucional, que identificou as CH nas diferentes regiões do estado e suas vinculações institucionais. Os resultados apontaram que, em relação aos aspectos históricos, existiram classes hospitalares vinculadas à Secretaria Estadual de Educação entre as décadas de 1940 a 1990, sendo o registro mais antigo o das Escolas Combinadas anexas à Fundação Benjamin Guimarães, hoje Hospital da Baleia. Em relação aos aspectos legais, evidenciou-se que o aluno hospitalizado em alguns momentos é considerado público da Educação Especial, e em outros momentos ele perde esse status, permanecendo em um limbo. A indefinição do lugar que esse aluno ocupa na legislação torna precária a oferta do atendimento das classes hospitalares e inviabiliza o acesso com equidade desse aluno à Educação Básica. Finalmente, o contexto geográfico/institucional permitiu identificar 16 classes hospitalares em funcionamento no estado, o que possibilitou a construção de um cadastro estadual e aponta para uma predominância de classes vinculadas ao sistema de saúde/ hospitais e não às secretarias de educação. Por fim, a análise dos questionários e dos grupos focais permitiu a construção do perfil de atendimento predominante no estado. Conclui-se que a oferta de atendimento educacional é ainda muito restrita e, conseqüentemente, não garante a todos os alunos esse direito. A pesquisa abre espaço para fomentar o diálogo a respeito do direito educacional dos alunos hospitalizados e oferece elementos para encorajar a construção de políticas públicas para este público específico.

Palavras-chave: Classe Hospitalar. Políticas Públicas de Educação. Educação Especial e Inclusiva. Direito a Educação

ABSTRACT

During the hospitalization process, children and adolescents are deprived of contact with friends, limited in their actions and unable to carry out several activities, including attending school. The hospital educational service, named by the Ministry of Education as Hospital Class (HC), is configured as an alternative for schooling sick students, outside the common environment. This research had as its general goal to understand how the existing HC in the state of Minas Gerais are structured and how they work. The study is situated in the field of Special Education and Public Policies on Inclusive Education, where the trajectory of the sick student is linked. To accomplish that, the development of a study with an exploratory nature and a qualitative approach study was proposed. The methodological proceedings used were the bibliographic review, document analysis and data collection on the HC operating in the state. Professionals that work on the HC were invited to answer a questionnaire and to participate in two focus groups. The data collected from the questionnaires were organized and, subsequently, crossed with the current legislation and the theoretical framework. Data from the focus groups were analyzed using the Discourse of the Collective Subject (DCS) software. Three different contexts were investigated: the historical, which retrieved information about the first hospital classes in the state of Minas Gerais; the political, that analyzed the legal frameworks that supply the guidelines for the implementation of public policies for the educational inclusion of the student undergoing health treatment; and the geographical/institutional, that identified the HC in the different regions of the state and its institutional connections. The results showed that, in relation to historical aspects, there were hospital classes linked to the State Department of Education (SDE) between the 1940s and 1990s, with the oldest record being that of the Combined Schools attached to the Benjamin Guimarães Foundation, which today is Hospital of Baleia. With regards to the legal aspects, it became evident that the hospitalized student is at times considered Special Education public, and at other times loses this status, remaining in limbo. The lack of definition of the place this student occupies in the legislation makes the offer of hospital classes services precarious and makes it impossible for this student to access Basic Education with equity. Finally, the geographic/institutional context allowed the identification of 16 hospital classes operating in the state, which enabled the construction of a state register and points to a predominance of classes linked to the health system/hospitals and not to the education secretariats. Finally, the analysis of the questionnaires and the focus groups enabled the construction of the predominant service profile in the state. It is concluded that the offer of educational assistance is still very restricted and, consequently, does not guarantee this right to all students. The research opens space to foster dialogues regarding the educational right of hospitalized students and offers elements to encourage the construction of public policies aimed at this specific public.

Keywords: Hospital Classes. Public Education Policies. Special and Inclusive Education. Right to Education

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tempo de atuação no hospital.....	74
Gráfico 2 - Categoria do hospital que atua	74
Gráfico 3 - Perfil epidemiológico dos alunos atendidos	75
Gráfico 4 - Média de dias de internação dos alunos.....	76
Gráfico 5 - Presença de Brinquedoteca Hospitalar.....	77
Gráfico 6 - Tempo de existência do atendimento educacional no hospital	78
Gráfico 7 - Qual o enfoque do atendimento.....	78
Gráfico 8 - Como é nomeado o atendimento.....	79
Gráfico 9 - Instituição a qual o atendimento educacional hospitalar se vincula.....	80
Gráfico 10 - Origem escolar dos alunos	81
Gráfico 11 - Modalidade de ensino mais atendida.....	81
Gráfico 12 - Quantitativo de atendimentos ao PAEE	82
Gráfico 13 - Quantitativo de profissionais que compõem a equipe de.....	83
Gráfico 14 - Participação em capacitações e/ou treinamentos.....	84
Gráfico 15 - Outros espaços dentro do hospital, utilizados para	85
Gráfico 16 - Principais materiais e recursos pedagógicos acessíveis	86
Gráfico 17 - Origem dos recursos pedagógicos e materiais disponibilizados.....	87
Gráfico 18 - Principais atividades desenvolvidas.....	88
Gráfico 19 - Dificuldades encontradas para a realização do trabalho	89
Gráfico 20 - Convite para participação no Grupo Focal.....	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa Mesorregiões do estado de Minas Gerais: Quantitativo de hospitais contactados X Classes Hospitalares localizadas em 2022.....	68
Figura 2 - Mapa Microrregiões do estado de Minas Gerais que possuem o atendimento das Classes hospitalares em 2022	69
Figura 3 - Questionário utilizado na pesquisa.....	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quantitativo de Classes Hospitalares no Brasil em 2014	23
Quadro 2 - Situação em 2022 das dez Classes Hospitalares cadastradas em 2014.....	24
Quadro 3 - Contextos para análise: como estão estruturadas as Classes Hospitalares no estado de Minas Gerais	40
Quadro 4 - Síntese das dimensões de análise, dados e caminho metodológico	45
Quadro 5 - Escolas Estaduais anexas a Hospitais de Belo Horizonte	66
Quadro 6 - Lista de Classes Hospitalares do estado de Minas Gerais situação em 2022.....	70
Quadro 7 - Perfil Predominante das Classes Hospitalares no estado de MG.....	90
Quadro 8 - Categorias e Ideias Centrais.....	92

LISTA DE ABREVIATURAS

AEE	Atendimento Educacional Especializado
AEH	Atendimento Educacional Hospitalar
BH	Belo Horizonte
CEPAI	Centro Psíquico da Infância e Adolescência
CH	Classe Hospitalar
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMDCA	Conselho Municipal da Criança e do Adolescente
CNE/CEB	Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COVID19	Coronavirus Disease 2019
DRE	Delegacia Regional de Ensino
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FIA	Fundo para Infância e Adolescência
GF	Grupo Focal
HIJPII	Hospital Infantil João Paulo II
HJXXIII	Hospital João XXIII
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Ideia Central
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LaPPEEI	Laboratório de Políticas Públicas em Educação Especial e Inclusiva
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAEE	Público Alvo da Educação Especial

PDI	Plano de desenvolvimento individual
PEI	Plano de ensino individualizado
PNEEPEI	Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva
PNH	Política Nacional de Humanização
SEEMG	Secretaria Estadual de Educação de Minas Gerais
SESMG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMED/PBH	Secretaria Municipal de Educação/Prefeitura de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNIMONTES	Hospital Universitário Clemente de Faria

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	23
2	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	27
2.1	A Infância Hospitalizada e a busca por direitos: o hospital, a escola e a escola no hospital.....	29
2.2	Reconhecimento e pertencimento: o aluno em situação de adoecimento no universo escolar	35
3	METODOLOGIA.....	40
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	47
4.1	Contexto Legal, Político Educacional.....	47
4.1.1	<i>A trajetória do aluno em tratamento de saúde na legislação federal e estadual: busca de reconhecimento.....</i>	<i>47</i>
4.2	Contexto Histórico	58
4.2.1	Escolas anexas a hospitais na capital de BH: primórdios do atendimento educacional ao aluno hospitalizado em Minas Gerais	59
4.2.2	<i>Estadual Eleonora Mariano Silva: Escola Anexa ao Sanatório Imaculada Conceição/ Santa Casa de Misericórdia 1955 - 1984.....</i>	<i>60</i>
4.2.3	<i>Escola Estadual anexa ao Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil (E. E. Yolanda Martins Silva) 1948-1994.....</i>	<i>62</i>
4.2.4	<i>Escolas combinadas anexas à Fundação Benjamin Guimarães/Hospital da Baleia BH: Escola Estadual Anexa ao Hospital Dr. Baeta Vianna e Estadual anexa ao Sanatório Antônio Guimarães (1946 - 1977).....</i>	<i>63</i>
4.3	Contexto Geográfico: Dimensionamento das Classes Hospitalares no estado mineiro	66
5	ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS: PERFIL DO ATENDIMENTO EDUCACIONAL ENCONTRADO	72
5.1	Perfil profissional	73

5.2	Perfil das instituições hospitalares	74
5.3	Perfil do atendimento educacional hospitalar:	77
5.4	Recursos físicos, humanos e organização do trabalho:	83
6.0	ANÁLISE DOS GRUPOS FOCAIS	91
6.1	<i>Formação para atuar na CH</i>	92
6.2	<i>Relação com equipes</i>	94
6.3	<i>Relação com o aluno e a família</i>	99
6.4	<i>Organização e rotinas do trabalho</i>	102
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
	REFERÊNCIAS	111
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O GRUPO FOCAL	121
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O QUESTIONÁRIO	125
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA	128
	APÊNDICE D – QUESTÕES NORTEADORAS PARA O GRUPO FOCAL ...	133
	ANEXO A – RESPOSTA DA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DE MINAS GERAIS	135
	ANEXO B – CAPA REGIMENTO DA ESCOLA ESTADUAL YOLANDA MARTINS SILVA	136
	ANEXO C – HISTÓRICO ESCOLAR DA ESCOLA ESTADUAL YOLANDA MARTINS SILVA	137
	ANEXO D – HISTÓRICO DA ESCOLA BAETA VIANNA	138
	ANEXO E – OFÍCIO 07177 – ESCOLA ANEXA A SANTA CASA	139
	ANEXO F – HISTÓRICO ESCOLAR DA ESCOLA ANEXA AO HOSPITAL DA BALEIA	140
	ANEXO G – RELATÓRIO FINAL DA ESCOLA ELEONORA MARIANO	141
	ANEXO H – DOCUMENTO ASSINADO PELA DIRETORA ZÉLIA DE VILHENA CAMPOS	142

APRESENTAÇÃO

Sentados à beira do rio, dois pescadores seguram suas varas à espera de um peixe. De repente, gritos de crianças trincam o silêncio. Assustam-se. Olham para frente, olham para trás. Nada. Os berros continuam e vêm de onde menos esperam. A correnteza trazia duas crianças, pedindo socorro. Os pescadores pulam na água. Mal conseguem salvá-las com muito esforço, eles ouvem mais berros e notam mais quatro crianças debatendo-se na água. Desta vez, apenas duas são resgatadas. Aturdidos, os dois ouvem uma gritaria ainda maior. Dessa vez, oito seres vivos vindo correnteza abaixo. Um dos pescadores vira as costas ao rio e começa a ir embora. O amigo exclama:

- Você está louco, não vai ajudar?

Sem deter o passo ele responde:

- Faça o que puder. Vou tentar descobrir quem está jogando as crianças no rio.

(Pescador de Ti, Gilberto Dimenstein 1994).

Há 17 anos atuo como pedagoga hospitalar em Belo Horizonte (BH), no esforço de atender a demanda educacional de alunos hospitalizados. Entrei nessas águas sem imaginar quantas crianças desceriam rio abaixo. Os anos de experiência constataram quão escassos seriam os braços e os recursos para “socorrê-las”. Embora a educação se firme como um direito constitucional de todos, falar de Educação Hospitalar ainda se constitui num não-lugar, porque o direito nem sempre alcança aquele que, na luta pela vida, necessita lutar também pela garantia de acesso à cultura escolar.

Quem resolve entrar nesse rio percebe rapidamente que a prática pedagógica no contexto hospitalar se trata de um saber em construção e convive diariamente com as incertezas e inseguranças daqueles que buscam abrir caminhos e criar novas rotas. A Educação Hospitalar, depois de tantas travessias, virou uma escolha, mas não tem sido fácil. Desde a graduação, escutei muitas vezes que lugar de pedagogo é na escola e desviar do caminho traçado, assim como viver, é muito perigoso - sentenciou Guimarães Rosa. No entanto, ele mesmo também fez questão de grifar que *“o que é doideira às vezes pode ser a razão mais certa e de mais juízo”*. E assim, trabalhar para que o aluno em tratamento de saúde possa ter seu direito a educação garantido, tem sido meu objetivo profissional.

O percurso tem me ensinado a ser pedagoga hospitalar por meio de muito estudo e das experiências vivenciadas na caminhada que iniciou no estágio do ambulatório da Fundação Hemominas (2006). Posteriormente, o desafio e a alegria

de ser a primeira pedagoga na unidade de internação pediátrica da Santa Casa de BH, que certamente foi minha principal escola. Foi lá que pude construir uma proposta educacional para atender as demandas dos alunos em tratamento oncológico, além de cardiopatias, clínica geral e grandes cirurgias (2007-2011). Era um contexto de raras possibilidades de trocas profissionais e de uma grande expectativa para que eu provasse constantemente o que estava fazendo naquele espaço. Vencemos barreiras de ordens físicas e atitudinais, numa longa caminhada, até consolidar a necessidade da Educação Hospitalar justificada pelo direito. Construimos um solo fértil que possibilitou o enraizamento da semente e a continuidade do trabalho. Parti.

Tantos outros rios... a mesma fatalidade. Novas oportunidades. Fui aprovada em um concurso público na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG (2011) e como servidora efetiva, pude trabalhar como pedagoga na assistência do Hospital Infantil João Paulo II – HIJPII (2013 - 2018), onde implementamos o acompanhamento escolar das crianças internadas na clínica geral, doenças raras, fibrose cística e anemia falciforme. O projeto da Classe Hospitalar foi reconhecido com menção honrosa no Prêmio Inova do estado de MG de 2017. Em 2018, fui convidada a organizar o serviço da pedagogia hospitalar no Hospital João XXIII - HJXXIII, também da rede FHEMIG, para atender as crianças vítimas de trauma e queimaduras. Persistem os desafios. Sigo.

Todos os dias, como o pescador da lenda, eu entro no rio na tentativa de “socorrer” mais e mais crianças que, lançadas nas águas do adoecimento físico e social, têm seu direito fundamental à educação negado ou negligenciado. Elas se afogam nas águas rasas e turvas da indiferença do poder público, nas lacunas da Lei e nas omissões veladas nos discursos do “cuidado”.

Desenvolver um trabalho pedagógico educativo no espaço hospitalar é lidar com a falta de recursos de todas as ordens: humanos, materiais, políticos. É se perguntar diariamente: quantas crianças mais conseguiremos retirar da correnteza? E foi desse sofrimento e dessa solidão profissional que veio a certeza de que não era mais possível entrar no mesmo rio para “salvar” uns poucos, enquanto tantos outros descem correnteza abaixo. Assim, resolvi subir margem acima, alcançar a cabeceira do rio para me construir pesquisadora. Afinal, é preciso saber: Quantos rios? Existem mais pescadores? Quantas crianças? Quem as está jogando no rio?

1 INTRODUÇÃO

Entre o nascer e o morrer, a vida acontece e se expressa de inúmeras formas. Os ciclos de existência de cada ser humano são únicos e particulares, marcados pela imprevisibilidade e variáveis do tempo: alegria, tristeza; paz, guerra; saúde, doença; começo, fim. Enquanto vivemos, nos ocupamos também de maneiras inúmeras para dar sentido a esta trajetória: aprendemos, construímos, convivemos uns com os outros, ensinamos. Neste compasso, espaço inconstante, crescemos e nos humanizamos. Paralelamente, cada ser carrega também em si as possibilidades e as cicatrizes deixadas na construção da sociedade em que se vive para se constituírem sujeitos. Dessa forma, vão tecendo suas histórias com os fios do individual e dos coletivos, não sem lutas, avanços, retrocessos, recomeços.

As conquistas dos direitos humanos e sociais são fatores determinantes, não somente em relação à construção de uma vida comunitária equânime; elas incidem diretamente na vida particular de cada ser. Se, por um lado, impulsionam a sociedade a rever seus valores, buscar a justiça e o combate às desigualdades nas relações estabelecidas entre os sujeitos, também estimulam a criação de oportunidades para se pensar e viver as individualidades numa perspectiva cada vez mais necessária da universalidade cidadã. Assim, cada tempo histórico exige dos seus atores compromissos e lutas no palco da atualidade e dentre os inúmeros desafios impostos a esse novo século, a busca por uma sociedade inclusiva se instaura como uma das necessidades mais urgentes.

É nesse contexto de urgência que propomos refletir sobre a escolarização dos alunos em tratamento de saúde para tentar compreender a problemática dos que se encontram enfermos, mas não incapacitados para seguirem seus processos de aprendizagem e desenvolvimento. Para além da doença, a questão da internação de crianças e adolescentes merece um olhar cuidadoso e sensível para que as necessidades desse tempo especial sejam atendidas em sua máxima plenitude, mesmo que em espaço e contexto tão pouco convencionais para vivê-las, como em um hospital.

Neste sentido, acolher as diferentes dimensões que constituem os sujeitos em uma condição de adoecimento passa por lhes oferecer oportunidades reais para que sigam na busca por meios de vida e desenvolvimento, apesar da doença, do tratamento, do sofrimento e de todas as implicações, limitações e impactos que o

adoecer possa trazer. A hospitalização retira essa criança/adolescente da vivência em comum junto aos seus coetâneos e é nesse contexto que se instaura a dimensão da escolarização para esses estudantes, entendendo que a garantia do direito à educação, expressa-se não somente por meio do acesso aos conteúdos curriculares, mas a toda uma cultura infanto-juvenil, onde a escola está fortemente inserida.

A Constituição Brasileira preconiza a educação como direito de todos a ser garantido pela sociedade, família e Estado (BRASIL, 1988). Nas últimas décadas, políticas públicas impulsionaram a oferta e o acesso à Educação Básica para grande parte da população. Contudo, os direitos educacionais de minorias requerem ainda movimentos de luta para sua consolidação. Neste contexto, a chamada Classe Hospitalar (CH) surge como alternativa para viabilizar o acesso à educação e à cultura escolar dos alunos em tratamento de saúde. O termo é utilizado pelo Ministério da Educação (MEC) para denominar

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. (BRASIL, 2002, p. 13)

Desta forma, na tentativa de fornecer diretrizes sobre a organização e funcionamento administrativo e pedagógico das CH, o MEC lançou em 2002 um documento intitulado “Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar¹: Estratégias e Orientações”, por meio da extinta Secretaria de Educação Especial, no qual esclarece:

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

É importante evidenciar que tanto o acesso a CH como ao atendimento pedagógico domiciliar devem estar disponíveis aos alunos em situação de

¹ O atendimento pedagógico domiciliar é o atendimento educacional que ocorre em ambiente domiciliar, decorrente de problema de saúde que impossibilite o educando de frequentar a escola ou esteja ele em casas de passagem, casas de apoio, casas-lar e/ou outras estruturas de apoio da sociedade. (BRASIL, 2002, p. 13)

adoecimento que se encontram impossibilitados de frequentar o espaço escolar, seja em caráter provisório ou permanente. Destacamos, ainda, que ambos os atendimentos devem estar associados a uma mesma proposta de estruturação organizacional, uma vez que nem sempre, ao receber alta hospitalar, o aluno terá condições imediatas para retornar às atividades escolares. Ademais, pode ser necessário tratamento domiciliar que, embora não exista a indicação de uma internação no hospital, requer afastamento do convívio social/escolar. Nessa perspectiva, os sistemas de educação e saúde precisam integrar formas de viabilizar o acesso ao direito educacional dos alunos durante o tratamento de saúde, entendendo também as peculiaridades de cada um e suas demandas específicas.

O atendimento educacional hospitalar e o atendimento pedagógico domiciliar devem estar vinculados aos sistemas de educação como uma unidade de trabalho pedagógico das Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Educação, como também às direções clínicas dos sistemas e serviços de saúde em que se localizam. Compete às Secretarias de Educação, atender à solicitação dos hospitais para o serviço de atendimento pedagógico hospitalar e domiciliar, a contratação e capacitação dos professores, a provisão de recursos financeiros e materiais para os referidos atendimentos. (BRASIL 2002, p.14)

Contudo, percebe-se que, embora existam iniciativas para atender as necessidades educativas especiais do aluno enfermo, atualmente ele se encontra numa espécie de limbo, pois, mesmo que toda sua trajetória esteja atrelada à Educação Especial, há uma incoerência, uma vez que esta modalidade não o reconhece como Público Alvo da Educação Especial (PAEE).

Considerando o exposto, esta pesquisa tomou por objeto de estudo o atendimento educacional hospitalar, denominado pelo MEC como Classe Hospitalar. Embora as orientações e estratégias dispostas pelo MEC contemplem o público de jovens e adultos, o recorte da pesquisa será o público pediátrico (crianças e adolescentes). O objetivo geral traçado para a pesquisa foi compreender como estão estruturadas e como funcionam as CH existentes no estado de Minas Gerais (MG).

Elencamos, ainda, como objetivos específicos: analisar as legislações que conformam as políticas públicas educacionais para acesso e permanência do aluno enfermo na educação básica no estado; identificar as classes hospitalares e delinear o perfil desta modalidade de ensino em relação à localização geográfica, instituições em que estão inseridas, público-alvo, estruturas de organização e funcionamento; além de compreender quais os desafios e as perspectivas para efetiva inclusão,

garantia do direito de acesso e permanência escolar de alunos em tratamento de saúde em MG. Para isso, foi proposto o desenvolvimento de um estudo de natureza exploratória e abordagem qualitativa. Os procedimentos metodológicos utilizados foram a revisão bibliográfica, a análise documental da legislação vigente acerca da Educação Especial e de registros históricos sobre as escolas estaduais anexas a hospitais de Belo Horizonte que funcionaram no século passado. Foi realizado levantamento de dados sobre as Classes Hospitalares em funcionamento no estado de Minas Gerais. Os profissionais que atuam nas CH foram convidados a responder um questionário. Foram realizados, ainda, dois grupos focais que tiveram por objetivo aprofundar o conhecimento sobre a atuação desses profissionais e as possibilidades reais do serviço prestado.

Esta dissertação foi dividida em seis capítulos. O primeiro capítulo, conta a contextualização da pesquisa. O segundo capítulo trata da contextualização teórica e foi dividido em dois subcapítulos com o objetivo de organizar e dialogar com os referenciais escolhidos. O primeiro subcapítulo apresenta uma reflexão sobre as conquistas sociais que culminaram na promulgação de direitos universais para o público pediátrico, mais especificamente os direitos a educação e a saúde. O segundo subcapítulo propõe uma reflexão sobre o reconhecimento do aluno em situação de adoecimento e seu lugar de pertencimento no universo escolar.

No capítulo três foi apresentado o caminho metodológico escolhido para realização da pesquisa com uma descrição detalhada, incluindo as dificuldades e limitações encontradas. Os capítulos quatro, cinco e seis apresentam os resultados da pesquisa. O capítulo quatro foi dividido em três subcapítulos: Contexto Legal, Político Educacional que descreve a trajetória do aluno em tratamento de saúde na legislação federal e estadual: busca de reconhecimento; Contexto Histórico que apresenta as escolas estaduais anexas a hospitais em Belo Horizonte: primórdios do atendimento educacional ao aluno hospitalizado em Minas Gerais; Contexto Geográfico que dispõe sobre o dimensionamento das Classes Hospitalares no estado mineiro.

O capítulo cinco traz a Análise dos Questionários: Perfil do atendimento educacional e o sexto a análise do Grupo Focal: O que dizem os profissionais de educação que atuam nas Classes Hospitalares. A consideração final propõe uma breve discussão sobre os principais resultados obtidos e apresenta proposições para estudos futuros.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

Uma pesquisa iniciada por Fonseca, em 1999, constatou o crescimento da oferta de atendimento pedagógico educacional em ambiente hospitalar no território nacional, a partir dos anos de 1990, e observou que a incidência desta modalidade de atendimento educacional foi maior nas capitais dos estados. A autora concluiu, àquela época, que o ensino pedagógico- educacional hospitalar no Brasil ocorria de forma majoritária por meio de convênios firmados entre Secretarias de Educação e Saúde dos estados, embora existissem também CH constituídas por iniciativas das universidades e da filantropia (FONSECA, 1999), corroborado por Pacco (2017).

Outro estudo, de Paula (2011), chamou a atenção para a inexistência de registros sistematizados, como por exemplo, a ausência de descrição e publicização dos hospitais que têm atendimento educacional e dos respectivos coordenadores responsáveis, além de endereços ou outros contatos. A ausência desses dados dificulta o acesso a informações que possibilitem o entendimento de como são estruturados os atendimentos das CH existentes. Com o intuito de conhecer a realidade nacional, Fonseca vem sistematizando um cadastro² quantitativo das CH no Brasil, a partir da colaboração dos profissionais que atuam na área . A base de dados sistematizada pela autora e atualizada em 2014, apresentou um levantamento de 155 hospitais que ofereciam as CH, considerando as respectivas regiões e seus estados federados, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Quantitativo de Classes Hospitalares no Brasil em 2014

REGIÕES DO BRASIL	NÚMERO DE CH CADASTRADAS
Norte	10
Nordeste	26
Centro – Oeste	26
Sul	29
Sudeste	64
Total	155

Fonte: Fonseca (2015).

² Disponíveis em: <http://www.escolahospitalar.uerj.br>

Com base nos dados da região Sudeste, 64 hospitais ofereciam a modalidade de atendimento da CH à época do estudo, sendo que dez destes estavam em Minas Gerais. A autora informou uma nova atualização do cadastro em junho de 2021, sem modificações no número de CH em MG: Hospital Sarah Kubitschek, Hospital João Paulo II (FHEMIG), Fundação Hemominas e Santa Casa de Misericórdia, localizados em Belo Horizonte; Santa Casa de Misericórdia e Hospital Universitário Clemente de Faria/ UNIMONTES em Montes Claros. Seguem, Hospital Márcio Cunha em Ipatinga, Hospital Vital Brasil em Timóteo, Hospital Universitário de Juiz Fora e Hospital Municipal de Governador Valadares.

A partir dessa informação, a presente pesquisa buscou compreender qual a situação das CH em 2022, a fim de atualizar as informações. Para tanto, foram realizados contatos telefônicos com os hospitais que abrigavam as essas classes, solicitando respostas a duas questões. A primeira, relativa à existência do atendimento: as CH estavam ativas? A segunda, em relação ao tipo de vínculo institucional que organizava o trabalho educacional desenvolvido: convênios com as Secretarias de Educação Estadual ou Municipal, o próprio hospital, voluntariado ou via extensão universitária? O resultado da atualização do cadastro das CH no estado de MG foi descrito no Quadro 2 e apresentou uma nova configuração.

Quadro 2 - Situação em 2022 das dez Classes Hospitalares cadastradas em 2014

Classe Hospitalar	Município	Situação	Vinculação
1- Hospital Sarah Kubitschek	Belo Horizonte	Ativa	Hospital
2- Hospital João Paulo II (FHEMIG)	Belo Horizonte	Ativa	Hospital
3- Fundação Hemominas	Belo Horizonte	Ativa	Hospital
4- Santa Casa de Misericórdia	Belo Horizonte	Ativa	Hospital/SME
5- Hospital Márcio Cunha	Ipatinga	Ativa	Hospital
6- UNIMONTES	Montes Claros	Ativa	Hospital
7- Santa Casa de Misericórdia Montes Claros	Montes Claros	Inativa	-
8- Hospital Universitário de Juiz de Fora	Juiz de Fora	Inativa	-
9- Hospital Municipal de Governador Valadares	Governador Valadares	Inativa	-
10- Hospital Vital Brasil	Timóteo	Inativa	-

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Ao analisar o Quadro 2 e compará-la com o levantamento realizado por Fonseca (2015), foi constatado que o estado mineiro perdeu 40% das Classes Hospitalares, ou seja, apenas seis estão em funcionamento por meio de atendimentos pedagógicos educacionais desenvolvidos por profissionais vinculados aos hospitais: Hospital Sarah Kubitschek, Hospital Infantil João Paulo II (FHEMIG), Fundação Hemominas, Hospital Márcio Cunha e Hospital Universitário Clemente de Faria (UNIMONTES). Somente a CH da Santa Casa de Misericórdia de BH possui, além do profissional contratado pelo hospital, um professor da prefeitura. Neste caso, existe um convênio de prestação de serviço que celebra a parceria entre a instituição de saúde e a Secretaria Municipal de Educação via Portaria Nº 128/2014 que “institui normas para o atendimento educacional, Ensino Fundamental, na Rede Municipal de Educação de Belo Horizonte (RME/BH), para crianças sujeitas à longa permanência hospitalar” (BELO HORIZONTE, 2014).

Os dados preliminares apontaram que, além de um encolhimento dos espaços de atendimento das CH no estado de MG, existia uma configuração majoritariamente desses atendimentos vinculados às instituições de saúde e não às Secretarias de Educação, um percurso distinto comparado aos demais estados da federação (FONSECA, 1999; FONSECA, 2015). Por outro lado, dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), evidenciaram a existência de 489 instituições de saúde distribuídas nas doze mesorregiões do estado mineiro, que ofereciam atendimento pediátrico em regime de internação no período de janeiro a outubro de 2021, o que se constitui em um número expressivo de instituições de saúde e quantidade insuficiente de CH para atender as demandas educacionais dos alunos hospitalizados.

Chama a atenção, nesse levantamento inicial, o fato de que quatro das seis CH ativas no estado estão localizadas na capital. A cidade de Belo Horizonte, por sua expressividade estratégica, concentra a maior parte das instituições de saúde consideradas de assistência de alta complexidade³ e é referência para toda MG. Entretanto, por se tratar de um estado de grande extensão territorial, é preciso considerar as dificuldades de acesso a este serviço nas demais regiões. É perceptível,

³ A Alta Complexidade é um conjunto de procedimentos que, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), envolve alta tecnologia e alto custo, com o objetivo de promover à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). <https://www.saude.mg.gov.br/>

ao realizar a análise do quadro 2, que, quanto mais distante dos centros, menor é o acesso à Classe Hospitalar.

Outro elemento que evidencia a falta de clareza em relação à oferta da CH no estado são as informações dispostas no Censo Escolar na Base de Dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Os resultados do Censo de 2019 apresentaram 2.520 matrículas em CH na Região Sudeste. Destas, 936 seriam o total de matrículas em CH do estado mineiro, embora não tenha sido possível identificar a origem escolar dessas matrículas. É preciso destacar que o Censo Escolar é uma ferramenta importante utilizada para orientar a criação de políticas públicas, entretanto, Meletti e Bueno (2011) alertam para a ambiguidade em alguns aspectos dos dados dos censos, e cita como exemplo imprecisões em relação a definição da população alvo da educação especial. Existe uma contradição se considerarmos que o Censo Escolar é autodeclarado pelas escolas e que o levantamento inicial aponta para CH vinculadas aos hospitais. Quais seriam as origens dessas matrículas, ou onde estão declarados alunos hospitalizados atendidos por CH não vinculadas aos sistemas de educação? Soma-se a estas informações o fato de que não existe nenhuma diretriz da SEE-MG com orientações para organização de Classe Hospitalar no estado, o que se apresenta como um dificultador para estruturação desse atendimento e, ademais, pode levar a uma certa precarização da oferta e/ou subnotificação do serviço prestado.

Os dados até aqui apresentados justificam a necessidade de se analisar e compreender como está se organizando o atendimento educacional ao aluno hospitalizado no estado de Minas Gerais, o que corrobora a necessidade de fomento a pesquisas e ampliação do diálogo sobre a inclusão educacional deste alunado, tendo por base uma análise crítica das Políticas Públicas Educacionais vigentes. Diante disso, esta pesquisa descreve o perfil das CH que funcionam atualmente no estado. Desta forma, espera-se que os resultados possam dar visibilidade ao trabalho desenvolvido pelas Classes Hospitalares em MG a fim de subsidiar elementos para formulação e aperfeiçoamento de políticas públicas educacionais da área.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A educação escolar assume papel fundamental na constituição humana de crianças e adolescentes e é dever do estado garantir o direito de acesso e permanência destes na Educação Básica. Entretanto, são inúmeros os desafios a serem superados para a consolidação da educação universal, dentre estes, a compreensão de que a inclusão escolar em que se reconheça que garantir o direito à educação para alunos com deficiência e/ou com outras necessidades educacionais específicas, em que se inclui os alunos hospitalizados, vai além da oferta da matrícula, e passa pela promoção da efetiva acessibilidade, que engloba infraestrutura, currículo e garantia de aprendizagem.

É consenso na literatura que a manutenção das atividades escolares durante o período da internação e tratamento auxiliam o aluno em situação de adoecimento no resgate do seu lado saudável. Isso porque a escolarização hospitalar traz, embutida ao conteúdo acadêmico, a vivência de questões caras ao desenvolvimento de crianças e adolescentes, como o brincar e a convivência com seus pares, promovendo condições para que o aluno internado desenvolva a ideia de continuidade, necessária na luta pela vida. (BARROS, 2007; CECCIM, 1999; COVIC; OLIVEIRA, 2011; FONSECA, 2003; FONTES, 2005; MATOS; MUGIATTI, 2011; ORTIZ; FREITAS, 2005). As pesquisas na área afirmam também que o adoecimento não se constitui, *a priori*, como um impedimento para que o aluno continue tendo acesso a todas as oportunidades oferecidas aos demais para desenvolvimento de suas potencialidades e que o atendimento educacional hospitalar pode colaborar para amenizar os impactos advindos do tempo de afastamento para o tratamento, tais como o fracasso e a evasão escolar.

Nesse sentido, a oferta da CH surge como a garantia de oportunidade para que o aluno internado siga sua trajetória acadêmica e acesse seu direito educacional durante o período de tratamento e tenha reais condições de ser reinserido ao espaço escolar após a sua alta hospitalar. A oferta dessa modalidade de ensino contribui para a quebra da lógica da incapacidade que acaba prevalecendo quando pensamos em uma atenção voltada aos indivíduos classificados como diferentes, que desconsidera a pluralidade e a singularidade como condições inerentes a todo ser humano (ARENDRT, 1997).

Assim, esta pesquisa está situada no campo da Educação Especial e nas Políticas de Educação Inclusiva, ao qual toda a trajetória do aluno enfermo está fortemente atrelada. Dessa forma, é importante reafirmar a Educação como um direito humano, cuja “ênfase reside no fato de que todos os seres humanos os possuem igualmente” (MCCOWAN, 2011, p. 11). Compreender que a educação, enquanto direito humano, deve ser acessível a todos é reconhecer que seu alcance está para além dos muros escolares. Desta forma, “Ninguém escapa da educação” (BRANDÃO, 2013, p. 07), seja na escola, na rua, nos templos ou num hospital, todos estão misturados a ela na busca humana de conviver, aprender e ensinar. Contudo, é preciso atentar para o fato de que pensar a educação dentro de uma lógica alicerçada em pilares democráticos da construção de saberes, considerando-a enquanto veículo promotor de libertação imbuído de práticas que busquem a diminuição das desigualdades (FREIRE, 1997), requer considerar também que a educação passa pelo direito ao saber acadêmico e a cultura escolar sócio historicamente construídos.

Esse conceito ampliado de educação apresenta-se, portanto, como uma concepção para compor o pano de fundo que se projeta nesta pesquisa: pensar que modalidade educacional é esta que se propõe “ser” a Escola de uma minoria dentro do hospital. Neste contexto, minoria “na sua concepção qualitativa (de dominação, de vulnerabilidade, de inferioridade) e não quantitativa numérica, de contingente de pessoas” (MADRUGA, 2013, p. 44).

Entende-se que, ao se enfrentar uma doença, enfrenta-se também os estigmas que podem estar atrelados a ela. Alunos em tratamento de saúde, perdem muitas vezes o status do normal para circularem na lógica do patológico, vistos pelos olhos da cultura da incapacidade e da improdutividade (CANGUILHEM, 2020). Destoam, assim, dos escolhidos, ditos normais, para os quais os discursos educacionais seguem sendo pensados e desenvolvidos. Sofrem, por consequência, os efeitos dos entraves para a consolidação de políticas públicas para garantia de seus direitos. Afinal, “que respaldo encontra nas políticas educacionais em curso a proposta da educação inclusiva, quando essa adota a lógica do mercado, da competição e conseqüentemente da exclusão” (MAZZOTTA; SOUZA, 2000, p. 107).

Neste sentido, Política Pública para efeitos deste estudo é compreendida como “um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade” (SARAVIA, 2006, p. 28). Desta forma, a construção das políticas públicas, discussões nem sempre trazidas ao centro

de debates democráticos, se dá a partir das concepções de mundo dos atores envolvidos. Ademais, as forças políticas que se confrontam no sentido de fazer vitoriosos seus interesses e suas concepções, são as mesmas que irão determinar o que será priorizado ou esquecido, valorizado ou negligenciado (AROSA, 2009). Diante do exposto, entende-se que:

Se “políticas públicas” é tudo aquilo que um governo faz ou deixa de fazer, políticas públicas educacionais é tudo aquilo que um governo faz ou deixa de fazer em educação. (...). Em outras palavras, pode-se dizer que políticas públicas educacionais dizem respeito à educação escolar. Por que é importante fazer essa observação? Porque educação é algo que vai além do ambiente escolar (OLIVEIRA, 2010 p. 96).

A inclusão educacional dos alunos que escapam da norma é um processo em construção no Brasil e, embora haja avanço nas consolidações legais em documentos oficiais, é perceptível o limbo em que alguns alunos ainda se encontram, dentre eles, os alunos hospitalizados. Em relação às CH, é preciso considerar que

Esta oferta ainda é muito restrita, conseqüentemente, não garante a todas as crianças esse direito na prática, o que acaba gerando mais desigualdades, à medida que se caracteriza como privilégio de algumas poucas (AROSA; SCHILKE, 2008, p. 24).

É preciso considerar que, para além do ambiente escolar, os hospitais recebem crianças e adolescentes para tratamentos de curta ou longa duração. A discussão sobre o direito à educação deve, necessariamente, abarcar essa parcela de alunos que apesar de não estarem nas escolas, precisam continuar os estudos. É importante entender como e quando esse direito passou a ser considerado e os entraves históricos desse processo que tem seus efeitos na atualidade.

2.1 A Infância Hospitalizada e a busca por direitos: o hospital, a escola e a escola no hospital

A presente seção busca refletir sobre as conquistas políticas e sociais que culminaram na promulgação dos direitos para as pessoas em tratamento de saúde, no caso desta pesquisa, o público pediátrico. Do ponto de vista sócio-histórico, pensar a infância como um tempo de desenvolvimento específico e especial é um marco recente na trajetória da humanidade. O conceito de infância se desenvolveu basicamente a partir da História Moderna, uma vez que, anterior ao século XVII, pesquisadores apontavam para inexistência de um pensamento que abarcasse a

infância, ou simplesmente não se interessavam em abordá-la em seus campos de pesquisa. Não existia, segundo Ariés (1978), um lugar para a infância. As crianças, então consideradas adultos em miniaturas, compartilhavam com estes, suas rotinas e eram rapidamente introduzidas ao mundo do trabalho, assim que apresentassem o mínimo de independência física. Sendo o conceito de infância ainda precoce, entende-se como igualmente precoce a organização de instituições que atendam especificamente às suas necessidades.

De acordo com Tonelli e Lages (2017), a medicina infantil ou pediatria surgiu na Suíça em 1722, mas foi na França, em meados do século XIX, que ocorreu seu desenvolvimento, se espalhando por toda a Europa. Segundo os autores, por volta de 1870 a medicina pediátrica surgiu nos Estados Unidos, e no Brasil, apenas por volta de 1882. Em Minas Gerais, os centros de formação de pediatras datam do início do século XX, entretanto, anteriormente “a pediatria foi exercida durante muitos anos por abnegados clínicos gerais, com certa aptidão para o cuidado de crianças” (TONELLI; LAGES, 2017, p. 40).

Anterior a este tempo, Foucault (1984) relata que “o hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era, de modo algum, um meio de cura, não era concebido para curar” (FOUCAULT, 1984, p. 99)

O hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. Era um pessoal caritativo - religioso ou leigo - que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres (FOUCAULT, 1984, p. 102).

Por outro lado, o surgimento da escola ocorre em Atenas 600 a.C com as escolas de primeiras letras, demasiadamente longe do acesso de todos os cidadãos (BRANDÃO, 1981). As escolas evoluíram, e, no início do século XX, as leis de obrigatoriedade escolar trouxeram para dentro da escola um grande contingente de crianças. No entanto, muitas ainda estão fora. Essa dicotomia dentro/fora ainda não foi superada.

A década de 1920 é marcada pelas reformas que tinham por objetivo a renovação escolar, consolidadas nos anos da década de 1930, a partir do movimento

escolanovista⁴ que defendia a expansão do ensino público laico. Esse também é o período em que emerge a necessidade de se ofertar educação para as crianças anormais. Minas Gerais tem sua primeira Legislação para o ensino primário em 1927, que contempla também a criação das classes especiais para alunos com deficiência. (MINAS GERAIS, 1927)

O século XX inaugurou a intervenção escolar em hospitais. De acordo com Vasconcelos (2006), esse atendimento surge mais especificamente em 1935, em Paris, na França, com Henri Sellier, que fundou a primeira escola para crianças inadaptadas. No Brasil, segundo Mazzotta (2011), o atendimento às demandas educacionais de alunos hospitalizados data também do início da década de 1930, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Entretanto, as pesquisas relacionadas à temática, tendem consensualmente a considerar a Classe Hospitalar do Hospital Municipal Jesus, no Rio de Janeiro, como a primeira oficialmente organizada no país nos moldes como conhecemos hoje, fundada em 14 de agosto de 1950. (AROSA; SCHILKE, 2008). Contudo, Fonseca (2023)⁵ esclarece que trata-se da experiência mais exitosa (não a mais antiga) de CH que temos conhecimento, uma vez que seu funcionamento segue ininterrupto desde 1950.

É preciso ponderar, no entanto, que a história do atendimento escolar às crianças hospitalizadas no Brasil certamente carece de outros capítulos que precisam ser contados ou mais conhecidos e se constitui um campo vasto para pesquisas. Um destes capítulos passa pelo surgimento da psiquiatria infantil nas primeiras décadas do século XX. Não se pretende contar esta história no momento, mas é importante puxar esse fio e considerar que crianças com deficiência, principalmente aquelas com deficiência intelectual, que se encontravam internadas em hospitais psiquiátricos na década de 1930, anteriormente eram internadas em manicômios junto aos adultos. Nesse período, classes escolares anexas foram criadas para atender essa clientela. Desta forma, as classes anexas aos hospitais foram as primeiras a receberem os

4 O movimento da Escola Nova teve seu início no Brasil, durante a década de 1920 e se consolidou na década de 1930, apresentando um contraponto à escola tradicional. Defendiam a expansão do ensino público e introduzir novas técnicas e ideias pedagógicas. Teve entre os ideários John Dewey, Maria Montessori e Pestalozzi. No Brasil um dos principais difusores, destaca-se Anísio Teixeira (BORGES, 2014).

5 Palestra proferida pela professora Fonseca no auditório Neidson Rodrigues da UFMG, em 27/06/2023 em ocasião do Encerramento do Projeto Portal dos Pioneiros da Educação Especial no Brasil. Disponível em <https://www.youtube.com.livre/qgmNeMdEzMM?feature=share>

anormais, sendo que este termo abarcava todos os que se encontravam “à margem da sociedade” (BORGES, 2014, p. 50), dentre eles doentes e pessoas com deficiência.

Em Minas Gerais, conforme relatado por Cirino (1983), o Instituto Neuropsiquiátrico, fundado em 1922 em Belo Horizonte, hoje Instituto Raul Soares, abrigava uma enfermaria de crianças. Borges (2014) cita ainda hospitais psiquiátricos infantis que abrigam as primeiras iniciativas de oferecer atendimento escolar às crianças anormais, como o Pavilhão Bourneville no Rio de Janeiro e o anexo ao Hospital Juqueri, em São Paulo, tendo este último abrigado a escola Pacheco e Silva em 1929. (BORGES, 2014). Inicialmente, essa atenção educacional oferecida às crianças baseava-se no método médico-pedagógico de Bourneville (1900) e:

...propunha que se partisse do mais complexo, começando pela educação do andar, depois das mãos, da vista, da audição, do olfato, do paladar, da higiene pessoal, todos com uso de aparelhos especiais ou objetos concretos diversos e de experiências vivenciadas pelas crianças. O ensino primário também era ministrado para aqueles “menores comprometidos” e o ensino diversos e de experiências vivenciadas pelas crianças. O ensino primário também era ministrado para aqueles “menores comprometidos” e o ensino profissional para adolescentes. (MULLER, 2000, p. 85 apud BORGES, 2014, p. 55. Grifo nosso).

Em março de 1949, o Hospital Colônia de Oliveira, em MG, iniciou suas obras para transformar esta instituição no Hospital Colônia de Neuropsiquiatria Infantil para crônicos, com capacidade para 450 leitos (CIRINO, 1983). O autor destaca as poucas informações sobre a dinâmica deste hospital até 1969, mas salienta:

Sobre os critérios de internação eram tão abrangentes quanto a noção de excepcionalidade. Entre os internos, encontravam-se toda espécie de marginalizados sociais, desde crianças abandonadas, prostitutas até delinquentes, desse modo o hospital funcionava também como creche e prisão. As condições de higiene eram precaríssimas. Em suas consultas os médicos cuidavam, entre outras doenças, de anemia, diarreia e verminoses (...) Os tratamentos realizados baseiam-se, fundamentalmente, em eletrochoques e psicofármacos. Sua escola desenvolvia atividades de educação física e trabalhos manuais. (CIRINO, 1983, p. 66-64. Grifo nosso)

Percebe-se, pelo relato do autor, a presença de alguma forma de atividade educacional também no Hospital Colônia de Neuropsiquiatria Infantil. Embora o modelo desenvolvido nesses hospitais psiquiátricos não constituísse, efetivamente, em uma oferta escolar aos pacientes pediátricos, há que se considerar avanços (não sem sofrimento das crianças internadas), primeiramente por começarem a entender

as necessidades das crianças internadas como distintas das dos adultos e, conseqüentemente, por perceber a educação como parte dessas necessidades.

Ellen Key⁶ (1902) considerou o século XX como “O Século da Criança”, tendo em vista o interesse crescente por essa etapa da vida. Destacam-se em 1924 a aprovação pela Liga das Nações, em Genebra, na Suíça e a primeira declaração internacional dos direitos das crianças, em 1927. No Brasil, a Lei de Assistência e Proteção aos Menores, consolidada pelo Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1948. Igualmente importante, em 1959 foi a Declaração dos Direitos da Criança, pela Assembleia das Nações Unidas que reconheceu, entre outros, os direitos das crianças à educação, à brincadeira, a um ambiente favorável e a cuidados de saúde. Todas essas iniciativas marcam um novo tempo para se reconhecer a criança na perspectiva da cidadania.

O ápice desse reconhecimento no Brasil pode ser percebido em 1990, com o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, que foi o divisor de águas na estrutura da organização social para a proteção da infância. Ao elencar direitos básicos de todas crianças e adolescentes, impulsionou ações que abarcam necessidades globais desse marco especial da vida, além de assegurar condições essenciais para uma vida digna e enfatizar o compromisso de inúmeros atores para a proteção desses direitos.

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990, Art. 4)

Para além dos direitos básicos, existiu igualmente a tentativa de abarcar direitos específicos a cada universo de infâncias (crianças indígenas, com deficiências, crianças em situação de vulnerabilidade, dentre outras), na compreensão de que infâncias vividas de maneiras diferentes precisam de olhares distintos que contemplem suas complexidades e singularidades.

No tocante às crianças em situação de hospitalização, estabeleceu-se a Resolução nº 41 de 1995, proposta pela Sociedade Brasileira de Pediatria, que

⁶ Ellen Karolina Sofia Key (1849 - 1926) foi uma filósofa, escritora, feminista e educadora sueca conhecida por suas publicações a respeito de temas sobre a família, ética e educação, cujo pensamento influenciou as políticas e instituições infantis na Suécia e em outros países ao redor do mundo, sendo o livro *O Século da Criança*, um dos seus principais escritos.

apresentou os direitos das crianças e adolescentes hospitalizados, como forma de garantir, por exemplo, o direito da criança de ter a presença de um dos pais, ou figura substituta, durante todo o período da sua hospitalização; o direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, respeitando sua fase cognitiva; o direito de brincar, além de ter o acompanhamento escolar garantido durante a internação. (BRASIL, 1995).

Há que se considerar o quanto a hospitalização instaura uma nova rotina de vida, por vezes muito diferente dos costumes vivenciados pelas crianças: banhos de leito, dietas específicas e em horários rigidamente padronizados, exposição a luz artificial, uso de roupas padronizadas, imobilizações necessárias e inerentes a certos tratamentos, além de procedimentos invasivos. Sendo assim, é imperativa a reflexão sobre que espaços estão sendo viabilizados a essas crianças para vivenciarem o tempo da infância durante a internação e os enfrentamentos impostos pela doença, diante da perda dos seus espaços comuns, dentre estes, a escola.

Lopes (2021), num estudo sobre a perda dos espaços frequentados pelas crianças durante a pandemia de COVID-19, considerou que a nossa biografia também é espacial, uma vez que nossas narrativas se constroem a partir dos espaços onde vivemos. O autor enfatiza que “a vivência espacial abarca a presença, a ausência, a fugacidade do encontro, a saudade” e atentou ainda para o que chamou de “orfandade do espaço” e o quanto esta perda, pode estar relacionada tanto a nossa vida, quanto a nossa morte. (LOPES, 2022, p.476) Dentro desta perspectiva, é preciso estar sensível para esse sentimento de orfandade de espaço que pode ser vivenciado pelas crianças durante a hospitalização e que precisa ser acolhido com cuidado, mas sobretudo com oferta de novos espaços dentro do hospital, que acolham e garantam a segurança e proteção durante o período de tratamento, onde pode ser pensado a CH.

Nesta mesma direção, a Política Nacional de Humanização (PNH)⁷ considerou a dimensão do espaço como promotora de acolhimento e cuidado humanizado nas instituições de saúde ao definir como uma das diretrizes da Humanização hospitalar

⁷ A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. <https://www.gov.br/pt-br>

a questão da *Ambiência*, definida como “espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas” (BRASIL, 2013, p. 9). Neste sentido, a organização de um espaço acolhedor é preponderante para viabilizar também melhores condições para a cura. Desta forma, a Classe Hospitalar apresenta características na sua constituição, tanto do espaço físico, quanto do trabalho realizado, que auxiliam no acolhimento das necessidades das crianças ao se constituir como um veículo para aproximá-las do mundo exterior e “mediar as suas interações com o ambiente hospitalar” (FONSECA, 2003, p. 25).

A escola hospitalar é fato. Isso quer dizer que todo hospital com internação pediátrica deveria contar com uma escola no sentido de garantir o direito de continuidade da escolaridade da criança hospitalizada. (FONSECA, 2012, p. 21)

Contudo é preciso considerar que a prática da CH não deve ser confundida com projetos de Humanização, mesmo que se reconheça que esta contribui para uma assistência mais humanizada às crianças (FONSECA, 2012).

2.2 Reconhecimento e pertencimento: o aluno em situação de adoecimento no universo escolar

A história do atendimento educacional aos alunos afastados da vivência escolar para tratamento de saúde, seja em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, ainda é um capítulo em construção no cenário das políticas públicas no Brasil. O tempo histórico corre em descompasso com o tempo da necessidade do sujeito, que, ao enfrentar uma situação de adoecimento, tem pressa de viver. Nesse percurso de conquistas, retrocessos, lutas e esperas, muitos vão ficando para trás: desistem ou são desassistidos no processo. Neste sentido, a reflexão acerca da escolarização dos alunos afastados da vivência escolar para tratamento de saúde é urgente e passa pela compreensão de que o adoecimento embora dificulte, não inviabiliza o curso da vida e, desta forma, acredita-se que os alunos hospitalizados devem ter oportunidade para seguirem seus processos de aprendizagem e desenvolvimento, apesar da dor, do sofrimento e de todas as limitações que podem ser impostas num período de tratamento.

O aluno enfermo é citado na legislação educacional como um aluno com necessidades educativas especiais (BRASIL, 2001). Embora não integre o Público

Alvo da Educação Especial (PAEE)⁸, a legislação que abarca a atenção ao aluno enfermo, historicamente, está atrelada às conquistas dos direitos dos alunos com deficiências. Desta forma, ainda no período de 1930 a 1950, “o conceito de anormalidade funcionava como um guarda-chuva conceitual da época e abarcava uma grande quantidade de termos, diagnósticos e classificações” (BORGES; CAMPOS, 2018, p.73). Assim, pessoas acometidas por doenças, com deficiências, de culturas específicas e até mesmo aqueles em situação de pobreza foram, em algum momento da história, considerados “anormais”, com necessidade de atendimentos escolares “especiais”.

A diferença é algo que incomoda a sociedade desde sua organização elementar e a escola tende a reproduzir os padrões aceitos e validados socialmente. Desta forma, a busca pela homogeneização e por modelos é percebida também no espaço escolar desde a padronização arquitetônica, a disposição das carteiras, passando pela proposta curricular e adentrando também nas relações.

No caso do aluno enfermo, para compreender a relação estabelecida entre ele e a escola, é necessária uma percepção anterior de como a doença e aquele que adoece é visto aos olhos da sociedade contemporânea. A doença há séculos é considerada um *estigma*, ou seja, uma marca que torna o sujeito adoecido, alguém diferente. Para Goffman (2021), essa marca ou atributo leva a pessoa a ser enquadrada em uma categoria *desacreditada* e impede que esses indivíduos tenham uma aceitação social plena. Segundo Goffman (2021),

A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm a probabilidade de serem neles encontradas. (GOFFMAN, 2021. p. 11, 12.)

Existe uma tendência a encaixar os indivíduos em algum rótulo, que pode ser definido como uma “identidade social”, que são os primeiros aspectos que nos induzem a prever a categoria e os atributos, por exemplo, de um estranho que nos é apresentado (GOFFMAN, 2021). Adjetivado, este aluno tem sido preterido das discussões das políticas públicas de educação e corre o risco de ser tratado como um fardo pela escola: “*Deixa ele melhorar primeiro, tadinho, depois volta para a escola*”;

⁸ A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva – MEC/2008 considera público alvo da Educação Especial às pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação (BRASIL, 2008).

“ *Porque vocês pedem atividades para esse aluno? Ele vai morrer mesmo*”; “ *Vocês têm condições de atender esse aluno melhor do que nós. Você atende só ele, eu tenho 50 aqui na sala de aula e mais de 1000 na escola toda*”; “ *Eu acho que ele já está se aproveitando da situação*”. Essas são falas reais de profissionais da comunidade escolar⁹, que reforçam as práticas que levam à exclusão e ao fracasso escolar de alunos que enfrentam, além da doença, o não reconhecimento do seu direito à continuidade do seu processo de escolarização durante o tratamento.

O sentimento de não pertencimento é frequentemente relatado por alunos enfermos: “ *A escola não enviou minhas atividades de novo?*”; “ *Minha mãe já levou todos os atestados e a escola está pedindo para levar novamente*”; “ *Não precisa nem ligar para minha escola, não vai mandar as atividades mesmo*”; “ *Eu vou tomar bomba, não adiantou nada eu fazer os trabalhos que mandaram*”.¹⁰ Este sentimento trazido pelos alunos hospitalizados pode colaborar para que se sintam como o *Estrangeiro* “o estranho não proprietário do solo, o que não pertence, mesmo que seja um membro orgânico do grupo” (SIMMEL, 2005, p. 266). Assim, mesmo sendo aluno da escola, pode ser visto ou tratado como aquele que, embora matriculado, nem sempre está presente, por isso, não lembrado ou frequentemente esquecido, fato que pode acarretar uma percepção de que se trata de alunos que não precisam de grandes investimentos pedagógicos.

Essa realidade foi constatada também em estudos de Moraes e Albertoni (2016) junto a crianças/adolescentes, com Doença Renal Crônica, em tratamento de saúde em um Ambulatório de Hemodiálise Pediátrica, sobre suas realidades escolares:

[...] ainda era de um distanciamento significativo das escolas de origem, e que apesar dos contatos telefônicos com as mesmas, ainda deixavam a desejar. Igualmente, muitas vezes, apesar de frequentarem a escola, não se sentiam realmente acolhidas e compreendidas em suas fragilidades, pelo grupo. Além disso, muitas das escolas de origem faziam questão apenas dos “atestados” para compensação de ausências. (MORAES; ALBERTONI, 2016, p. 05)

É possível notar que existem dificuldades de enxergar a vida e as necessidades comuns a todos num corpo adoecido e, diante disso, a forma como a comunidade escolar representa este aluno traz embutida a maneira como encaramos o doente no

⁹ Falas de profissionais da educação escutadas por mim durante 17 anos de trabalho, junto a alunos hospitalizados.

¹⁰ Falas de alunos acompanhados por mim na CH do Hospital Infantil João Paulo II (2013-2018).

contexto social: aquele que precisa de cuidados médicos, de repouso e pouca interação. A repetição deste padrão estabelecido, que estigmatiza o doente, tende a ser reforçado nas vivências coletivas e reverbera a lógica perversa da exclusão, mesmo que de forma inconsciente.

Neste sentido, é preciso reconhecer que pensar a educação em ambiente hospitalar exige pensar igualmente que o processo de aprendizagem neste contexto, se depara com inúmeras perdas que vão além daquelas inerentes ao tratamento da saúde. Perpassa por todas as dimensões de vida do sujeito, da sua intimidade às suas relações sociais:

A enfermidade e a hospitalização das crianças passam sobre o seu corpo e emoções: passam por sua cultura e relações, produzem afetos e inscrevem conhecimentos sobre si, o outro, a saúde, a doença, o cuidado, a proteção a vida. A corporeidade e a inteligência vivenciam essas informações como conhecimento e saber social. (CECCIM ; CARVALHO, 1997, p.33).

Desta forma, tanto a escola de origem como a hospitalar precisam compreender o que podem fazer por este sujeito que, ao ser atravessado pela doença, é igualmente atravessado por questões multifatoriais. Estes alunos precisam enfrentar internações prolongadas ou mesmo limitações impostas pela doença e tratamentos que os levam a se afastar das atividades escolares por alguns dias, meses, anos ou até por toda sua vida (ORTIZ; FREITAS, 2005). O impacto da descontinuidade no processo de ensino-aprendizagem acarreta inúmeros prejuízos na vida escolar, sendo algumas delas: defasagem idade/série, dificuldades de aprendizagem, perda de habilidades já adquiridas, retenção e evasão escolar. (MATOS; MUGIATTI, 2011)

Um estudo de Farias e Bressoux (2008) adverte sobre “a profecia autorrealizadora”, de que a expectativa do docente em relação ao aluno tende a se cumprir. Isto requer atentar para as relações escolares que foram estabelecidas entre o aluno enfermo e a escola de origem, anterior ao diagnóstico de uma doença que exigirá tratamento sistemático. Desta maneira, podemos inferir que o aluno que, anterior ao tratamento, já estabelecia um vínculo positivo com a cultura escolar, tem mais chances de ser melhor apoiado na sua trajetória, em relação ao aluno que, ao iniciar um tratamento, já vivenciava na escola, situações de dificuldades de ordem pedagógica ou comportamental, diferente daquelas esperadas pelo professor.

É necessário o aprofundamento em estudos que compreendam melhor os suportes pedagógicos ou educacionais oferecidos aos alunos em tratamento de saúde em suas escolas de origem, uma vez que a expectativa é que a CH seja um lugar de

passagem que estimule, inclusive, o fortalecimento dos vínculos desses alunos com sua escola, para que, ao retornar, possa prosseguir sua trajetória acadêmica sem maiores prejuízos. Cabe aqui perguntar: embora o adoecimento impacte a vida escolar do aluno em tratamento de saúde, o que vai sentenciar seu sucesso ou fracasso escolar? E ainda: Qual a dimensão que se tem dado à doença, em detrimento da real condução didático-pedagógica que o aluno tem tido acesso, seja na escola de origem, hospitalar ou atendimento educacional domiciliar? Existe investimento pedagógico para auxiliar os alunos a seguirem suas vidas escolares e superarem as barreiras impostas pelo tratamento de saúde?

É certa a necessidade de olharmos para as sombras do tempo presente que ainda encobrem a escola hospitalar e dificultam o reconhecimento das ações realizadas nessa modalidade de ensino pelas escolas regulares e pelo poder público, para além da redenção do futuro, mas como tradução do que está posto no tempo presente. (CASCÃO; COVIC, 2022, p. 71)

Neste sentido, a falta de diretrizes claras para organização do atendimento educacional hospitalar, bem como a definição de papéis, tanto da CH quanto da escola de origem, pode se apresentar como entraves geradores de barreiras que incidem na construção da identidade do aluno em situação de adoecimento e, como consequência, dificulta seu acesso à cultura escolar.

3 METODOLOGIA

A análise do problema levantado nesta pesquisa sobre como estão estruturadas e como funcionam as Classes Hospitalares no estado de MG considerou investigar três diferentes contextos: o Histórico, o Legal, Político- educacional e o Geográfico/institucional, conforme explicitado no Quadro 3.

Quadro 3 - Contextos para análise: como estão estruturadas as Classes Hospitalares no estado de Minas Gerais

Contexto Histórico	Contexto Legal Político- Educacional	Contexto Geográfico institucional
História das escolas estaduais que eram abrigadas como anexo a alguns hospitais da capital mineira entre as décadas de 1940 a 1990	Dispositivos legais que fornecem as diretrizes para a efetivação de Políticas Públicas para inclusão educacional do aluno em tratamento de saúde.	Identificação das CH em termos geográficos e institucionais e perfil do atendimento educacional ofertado no estado.

Fonte: Elaboração própria (2022)

Para tal, foi proposto o desenvolvimento de um estudo de natureza exploratória, com aspectos descritivos e abordagem qualitativa. De acordo com Gil (2010), a natureza exploratória desta pesquisa deve-se à importância de tecer uma aproximação junto às temáticas que ainda necessitam de maior compreensão e por propiciar futuras formulações de hipóteses e produção de sentidos acerca do fenômeno a ser estudado, no caso, a situação das CH no estado de MG. A abordagem qualitativa, conforme Alves (1991), tem por característica a investigação dos fenômenos em profundidade e dentro de uma perspectiva holística, concebe a realidade como uma construção social e parte do pressuposto de que o investigador é parte do processo de pesquisa.

Os procedimentos metodológicos utilizados foram: a revisão bibliográfica, a análise documental da legislação vigente acerca da Educação Especial e Inclusiva, além da análise de documentos institucionais que permitiram descrever a história do atendimento educacional realizado por escolas estaduais anexas a hospitais na capital mineira, criadas por volta da década de 1940 e extintas a partir da década de 1980. Foi utilizado, ainda, um questionário junto aos profissionais que trabalham nas

CH localizadas no estado de Minas Gerais. Dos 16 questionários disparados, 15 foram respondidos. Foram realizados, também, dois grupos focais com os participantes respondentes do questionário que aceitaram o convite para comporem este segundo momento, sendo que o primeiro grupo contou com quatro e o segundo com cinco participantes. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais CAAE: 53287421.1.0000.5149 e aprovada através do Parecer nº 5.272.999 e Comitê de Ética da Fhemig, Parecer nº 5.447.299.

A etapa descritiva consistiu no levantamento de dados secundários por meio da busca em sistemas de informação de acesso público, como o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), além de sites oficiais das secretarias estaduais de educação e saúde de MG, tendo por intuito a caracterização do contexto geográfico/institucional das classes hospitalares em relação à localização, inserção institucional, estrutura, funcionamento e perfil das crianças e adolescentes atendidos. Foram identificadas 489 instituições que ofertavam atendimento pediátrico no estado de MG no período de janeiro a outubro de 2021 e que caracterizavam amostra em potencial para pesquisa. Identificadas as instituições hospitalares, propôs-se uma busca ativa via contato telefônico, a fim de identificar também as CH existentes.

Importante destacar que a escolha por contactar as instituições hospitalares e não as Secretarias de Educação, deu-se pelo fato de não terem sido encontradas informações sobre a existência de CH nos canais oficiais da Secretaria Estadual de Educação. Além disso, o perfil identificado na pesquisa preliminar já apresentada sobre as CH dispostas no estado de MG identificou, que estavam se constituindo por iniciativas majoritariamente dos hospitais. Desta forma, entendeu-se que o contato com os hospitais permitiria identificar tanto as CH vinculadas aos hospitais, quanto as veiculadas a outras propostas de atendimento.

Inicialmente, desejou-se contactar todas as 489 instituições de saúde levantadas no CNES, entretanto, nos primeiros contatos foram identificadas barreiras que inviabilizaram essa estratégia, dentre elas a dificuldade de se completar as chamadas e a não existência em sites de domínio público de números alternativos para o contato. Em alguns casos, mesmo constando no cadastro do CNES como hospitais com oferta de atendimento pediátrico, as instituições informaram que não dispunham de pediatras em regime de internação, ou que as crianças admitidas eram transferidas imediatamente para outra instituição de saúde. Alguns hospitais informaram o fechamento do serviço pediátrico, e, além disso, houve profissionais que

se recusaram a responder se o hospital dispunha do atendimento, alegando que seria necessária autorização, o que tornaria a pesquisa inviável neste primeiro momento de mapeamento.

Diante disso, foi necessário reestruturar no cronograma a organização da coleta de dados, o que foi feito sem reduzir o alcance dos objetivos propostos. Desta forma, foram selecionados os hospitais estrategicamente localizados nas 66 microrregiões do estado, conforme indicadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Por se tratarem de municípios polos, a identificação de uma CH na Microrregião poderia sinalizar a existência de outras CH distribuídas nas demais cidades a esta referenciada.

Considerando os hospitais cadastrados no CNES e inseridos nas Microrregiões, foram identificados 146 hospitais, sendo excluídas as maternidades e os hospitais que se autodeclararam não atender o público pediátrico. Segundo o cadastro do CNES, apenas as microrregiões de Três Marias e Oliveira não apresentaram nenhum hospital a ser contactado. A primeira, por não possuir nenhum hospital referendado, e a segunda, porque o único hospital indicado informou não atender o público pediátrico. As demais microrregiões possuíam ao menos uma instituição de saúde com assistência pediátrica, o que possibilitou a realização da busca em uma amostra de 124 hospitais.

O contato telefônico seguiu como ferramenta principal para identificar as CH devido à possibilidade de receber a informação afirmativa ou negativa do atendimento de forma direta e imediata. Na falha deste recurso, foram enviadas mensagens via email institucional às ouvidorias dos hospitais, disponíveis no site de domínio público das instituições.

Reconhecendo o risco de que o próprio hospital pudesse desconhecer o atendimento da CH, especialmente nas instituições em que o atendimento ao público pediátrico não é exclusivo, foi estabelecido que o contato com cada instituição seria destinado, inicialmente, ao Serviço Social ou Brinquedoteca Hospitalar, por entender que os profissionais que atuam nesses espaços apresentam familiaridade com a temática de garantia de direitos das crianças e dos adolescentes, viés em que a CH está inserida. No entanto, geralmente as ligações eram encaminhadas para a supervisão de enfermagem, o que demonstra uma certa construção hierárquica dos serviços hospitalares. Importante destacar que esta etapa de identificação das CH foi bastante valiosa, pois possibilitou a organização de um cadastro estadual em que

consta a localização geográfica e institucional em que as CH identificadas estão inseridas e seus vínculos organizacionais.

A partir da afirmativa de que o hospital contava com o serviço da CH, ou mesmo com a presença de um profissional da educação, foi solicitado o contato institucional direto com este ou disponibilizado o telefone da pesquisadora deste trabalho, a fim de convidá-lo a participar da pesquisa. Importante destacar que, ao serem identificados, os profissionais demonstraram muito interesse em colaborar com a pesquisa. Desta forma, todos os identificados foram convidados a participar da aplicação de um questionário. Os que responderam ao questionário puderam expressar seu desejo em seguir participando da pesquisa com os grupos focais.

O instrumento questionário (APÊNDICE C) permitiu o levantamento de dados a respeito da organização das CH, do perfil profissional e do público atendido. Foi realizado de forma auto instrucional, com 34 questões de múltipla escolha, por meio do Google Forms. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) em que o aceite estava vinculado ao prosseguimento para responder às demais questões. Foram utilizados como critério para inclusão: a) ser profissional da educação exercendo atendimento pedagógico-educacional hospitalar; b) ter confirmado o TCLE de participação. A exclusão desta etapa da pesquisa ocorreu nos casos que não atendiam o item “a”, a negativa do profissional em participar da pesquisa ou que deixasse de consentir participação no TCLE/questionário.

Os grupos focais (GF) foram realizados com profissionais que expressaram o desejo de continuidade na pesquisa e teve por objetivo apreender as impressões dos profissionais diretamente inseridos na dinâmica do atendimento da CH, seus saberes, angústias e possibilidades reais do serviço prestado. Conforme Powell e Single (1996 apud GATTI, 2005, p. 07), “um grupo focal é um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal”. Gatti (2005) pontua que

O trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum, relevantes para o estudo do problema visado. (GATTI, 2005, p.11).

Os critérios de inclusão para participação no GF foram: a) ter respondido ao questionário e aceitado a participar desta nova etapa; b) ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de participação no TCLE/grupo focal, c) ter acesso à plataforma Teams. Os critérios de exclusão foram a negativa de consentimento dos critérios de participação descritos no TCLE/ grupo focal: como ter acesso à plataforma virtual ou não autorizar o uso de imagem e áudio para fins da pesquisa. As questões norteadoras dos GF, bem como o TCLE desta etapa, encontram-se respectivamente nos APÊNDICES A e D.

Estas duas últimas etapas auxiliaram na organização do perfil das CH que funcionam atualmente, objetivando dar visibilidade ao trabalho desenvolvido nestes locais, o que possibilitou dimensionar a realidade da oferta do atendimento aos alunos hospitalizados no estado. Os dados colhidos nos questionários foram organizados e posteriormente cruzados com a legislação vigente e referencial teórico. Os dados dos grupos focais foram analisados a partir do software Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que é um instrumento de pesquisa desenvolvido pelo casal Lefevre no final da década de 1990, na Universidade de São Paulo, sendo

Produzido com base em expressões chave, relacionadas diretamente ao conteúdo, localizadas em trechos do discurso e destacadas após o recorte das falas significativas, constituem palavras ou expressões linguísticas que revelam o sentido presente nos depoimentos de modo objetivo e sintético. (NICOLAU; ESCALDA; FURLAN, 2015, p. 244).

Neste caso, conforme os autores, na proposta de análise a partir do instrumento metodológico, a “ênfase recai sobre o sentido, e não apenas no sobre o conteúdo dos discursos produzidos” (NICOLAU; ESCALDA; FURLAN, 2015, p. 244), o que requer a compreensão do sentido não como tradução, mas como produção que necessita ser interpretada considerando seu contexto de forma a abarcar os aspectos histórico, social e ideológico. O software, segundo os mesmos autores “processa os dados de natureza qualitativa que estejam organizados sob forma de discurso, depoimentos ou textos” (NICOLAU; ESCALDA; FURLAN, 2015, p. 243), o que torna a análise mais ágil e organizada, sem, contudo, tirar protagonismo do pesquisador quanto a avaliação da qualidade do discurso produzido.

Segue abaixo, em um quadro-síntese, a proposta de dimensões de pesquisa e os dados coletados com suas respectivas fontes e técnicas de coleta.

Quadro 4 - Síntese das dimensões de análise, dados e caminho metodológico

DIMENSÕES DE ANÁLISE	DADOS	CAMINHO METODOLÓGICO
1- Políticas Públicas Educacionais	Marco legislativo que conformou as Políticas Públicas da Educação Especial e Inclusiva com o intuito de situar a inserção do aluno enfermo.	Análise documental das Leis educacionais no âmbito nacional e estadual (MG).
2- Distribuição Geográfica e inserção institucional	Localização dos hospitais com atendimento pediátrico no estado de Minas Gerais; Identificação de Classes Hospitalares em funcionamento no território estadual.	Levantamento de dados secundários: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Contato telefônico com os hospitais das Microrregiões do estado de Minas Gerais que possuem internação pediátrica, referenciados no CNES para saber se têm o atendimento da Classe Hospitalar
3- Organização e Funcionamento das classes hospitalares em MG	Características das organizações hospitalares (vinculação: público, privado, filantrópico). Características de atendimento das Classes Hospitalares/enfoque: escolarização/recreação; existência de espaço físico próprio, parcerias com poder público ou iniciativas privadas, composição da equipe, formação dos professores, principais dificuldades encontradas na condução do trabalho). Tempo de funcionamento, formação dos professores.	Aplicação de questionários semiestruturados para profissionais das Classes Hospitalares identificadas no levantamento de dados secundários.

	Perfil de alunos atendidos (Diagnóstico, média de dias de internação, faixa etária atendida).	
4- Desafios e perspectivas de alcance das Políticas Públicas Educacionais para os alunos enfermos	A percepção do profissional sobre o atendimento educacional prestado no ambiente hospitalar.	Grupo focal com os profissionais identificados que atuam nas classes hospitalares do estado

Fonte: Elaboração própria (2022).

A partir do próximo capítulo, serão apresentados os resultados da pesquisa que, conforme já exposto, considerou três contextos de investigação para traçar o perfil das CH no estado de MG: o Histórico, o Legal, Político-Educacional e o Geográfico/Institucional.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Contexto Legal, Político Educacional

A tentativa de se reconhecer crianças/adolescentes em tratamento de saúde como alunos e cidadãos se mistura às lutas históricas pelo direito à educação dos alunos, tipicamente categorizados como anormais. Nesse sentido, fez-se necessário refletir sobre qual lugar o aluno hospitalizado tem ocupado nas Políticas Públicas Educacionais, reverenciadas nos marcos legais nacionais.

Buscou-se identificar na legislação de cada momento histórico qual a percepção “de aluno enfermo” foi deixada na “letra da Lei”, bem como quais os direitos educacionais lhes foram assegurados. Para tanto, foi consultada a linha do tempo da legislação sobre a Educação Especial no Brasil, situada no site do Laboratório de Políticas e Práticas em Educação Especial (LaPPEEI)¹¹ da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais. Importante registrar que algumas leis não se encontravam na linha do tempo, mas foram enviadas e agregadas, passando a compor o acervo.

4.1.1 *A trajetória do aluno em tratamento de saúde na legislação federal e estadual: busca de reconhecimento*

Para fins desta pesquisa, foi revisitado o percurso histórico feito pelos alunos em situação de adoecimento e tratamento de saúde nos trilhos da nossa legislação, desde o Brasil Império até os dias atuais.

A primeira lei educacional da história da Brasil data de 1827 (BRASIL, 1927) e cria a escola das primeiras letras. Nesta, não há nenhuma menção sobre atendimento a alunos doentes ou com deficiências. Dez anos depois foi promulgada a primeira Lei Provincial n. 1 de 02/01/1837, do Rio de Janeiro, que não reconheceu parte da população como merecedora de frequentar espaços públicos como a escola. Nesse período, a educação não era concebida como um direito universal e também não era atribuído ao Estado o dever de garantir acesso para todos. O artigo 3º da referida Lei enfatiza que: “São proibidos de frequentar as escolas públicas: 1º - todas as pessoas

11 <https://lappeei.fae.ufmg.br/linha-do-tempo/>

que padecerem de moléstias contagiosas; 2º – os escravos e os pretos africanos, ainda que sejam livres ou libertos (...)” (BRASIL, 1837).

O Decreto 1.428, de 12 de setembro de 1854, criou o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, considerado marco para o início da trajetória escolar dos alunos com deficiência no Brasil. Uma curiosidade deste e do subsequente, o Decreto nº 408 de 17 de maio de 1890, que aprovou o regulamento para o Instituto, é que marcam a presença do médico nesse espaço educacional e exigem ao aluno com deficiência visual que pleiteava uma vaga de admissão no Instituto apresentar:

Atestado médico pelo qual prove não sofrer de moléstia contagiosa ou de moléstia crônica e incurável que o impossibilite para os trabalhos escolares. Em caso de dúvida, o diretor poderá ouvir o parecer do médico do Instituto acerca do estado de saúde do pretendente à admissão. (BRASIL, 1890).

É possível perceber uma diferenciação entre o aluno com deficiência visual que alcançou o “status” para a escolarização, e aquele que, além da deficiência, fora acometido por determinada doença, que seguiria marginalizado.

Um século após a promulgação do primeiro decreto educacional do Brasil, o estado de Minas Gerais publicou o Decreto 7970-A, de 15 de outubro de 1927, que aprovou o Regulamento do Ensino Primário. O país vivia nesse período uma República Oligárquica, conhecida como “Café com Leite”, em que os interesses dos estados de São Paulo e Minas Gerais se sobressaíam em relação aos demais estados e a política mineira influenciava fortemente as políticas nacionais.

O decreto mineiro menciona em alguns de seus artigos os alunos com moléstias, não para lhes oferecer atenção educacional, mas para tentar justificar a negativa para o seu acesso. No capítulo IV, que descreve sobre a obrigatoriedade da frequência escolar, o artigo 21º exige dessa obrigação os alunos com:

Incapacidade física ou mental certificada por médico escolar ou verificada por outro meio idôneo, na incapacidade física se compreendem além das deformações ou enfermidades que materialmente inabilitem para a frequência, às moléstias contagiosas ou repulsivas. (MINAS GERAIS, 1927).

No Capítulo V, que trata do censo e estatística escolar, é citado no parágrafo I, do artigo 35º, que o censo compreenderá todos os menores em idade escolar de ambos os sexos, enquanto o artigo 36º cita as especificidades que deverão constar no censo. De acordo com o parágrafo único:

(...) das listas de menores em idade escolar que não recebem instruções deverá constar se não recebem: (...). Por incapacidade física ou intelectual verificada, ou por qualquer outra causa justificável. (MINAS GERAIS, 1927).

O estado mineiro tinha ciência, por meio do censo, de crianças que não recebiam a instrução escolar. Tais especificidades eram explícitas: “alunos com incapacidade física ou intelectuais verificadas”; e implícitas: “por qualquer outra causa justificável”. É possível inferir que dentre essas causas, estavam os alunos em tratamento de saúde, além de todos os outros considerados anormais.

A parte IV do decreto: “Da Higiene Escolar e da Assistência Médica e Dentária”, no Capítulo I (da inspetoria de higiene e dos seus fins), artigo 99º, trata da inspeção médico-escolar, cuja atribuição, dentre outras finalidades era “zelar pela saúde dos alunos das escolas públicas”. Entre as funções da inspetoria, constava “a inspeção diária, principalmente para fins de profilaxia das moléstias contagiosas”, (item b). Já o item d, “Correção de defeitos remediáveis”, consistia em receita de lentes de correção, remoção de amígdalas infectadas e adenoide, limpeza de dentes, correção das anomalias dentárias, medidas especiais para corrigir os desvios de nutrição e ginásticas individuais para correção dos defeitos ortopédicos.

Sob a égide da promoção da saúde, o que marca esse período são as ideias higienistas e de medicalização dos “defeitos” dos alunos. Isso é perceptível pelo uso dos termos: “correção (de defeitos, de anomalia) ou remoção”. O fato de se propor a correção de “defeitos remediáveis” demonstra a ideia da existência de “defeitos irremediáveis”. Para estes, o Decreto orienta, em parte do Capítulo II que trata especificamente “da inspeção médica dos alunos no início do ano letivo”, a distribuição dos estudantes pelas classes próprias da Educação Especial, afastamentos temporários ou definitivos, o que evidencia a naturalização da negação de acesso à educação àqueles impossibilitados de frequentar a escola em razão do adoecimento e/ou deficiência.

§1º Este exame terá por fim afastar da escola crianças acometidas de moléstia contagiosa ou repulsiva, os cegos, surdos-mudos e idiotas e distribuir pelas classes próprias as crianças que exijam, pela sua constituição física ou mental, educação especial. (...) Artigo 101º

§3º As crianças que não apresentarem aptidão física ou mental para iniciar ou continuar o curso escolar serão registradas em fichas clínicas, de que constem minuciosamente os dados e conclusões de diagnóstico, que justifiquem o afastamento temporário ou definitivo. (MINAS GERAIS, 1927)

O capítulo V intitulado “Da profilaxia das doenças infecto-contagiosas” discorre sobre o processo de identificação e afastamento, tanto dos alunos quanto do corpo docente e administrativo da escola, que fossem acometidos por doenças contagiosas incidentes à época, como: sarampo, coqueluche, varíola. Importante destacar que as várias menções no texto do decreto sobre a necessidade de se afastar os infectados por moléstias contagiosas podem estar relacionadas ao período de epidemias vivenciadas no início do século XX, como a varíola e a gripe espanhola. Entretanto, chama atenção o fato de que foram incluídas neste capítulo outras doenças ou distúrbios não contagiosos, como: “as enfermidades nervosas, que por sua natureza são perigosas ou que possam ser contagiosas por imitação, como epilepsia, histeria, choréa e tics”, evidenciando certa repulsa que a escola parecia ter em relação aos alunos considerados doentes.

Importante salientar que, nesse período, teve início o processo de organização da Educação Especial descrita no decreto, a partir do lócus de escolarização: “*escolas para débeis orgânicos e classes ou escolas especiais para os retardados pedagógicos*” (Título II, cap. I, Minas Gerais, 1927), numa tentativa de separar os alunos com deficiência, chamados de educáveis daqueles com deficiência e doença associada, considerados não educáveis. Para alguns desses, o acesso ao ambiente educacional passa a ser uma realidade, para outros, permanece a restrição. Mesmo apresentando caráter segregador, é preciso considerar o avanço da oferta de atendimento educacional, seja nas classes ou nas escolas especiais, pois marca o início da escolarização, até então negada para essas crianças e adolescentes que estavam confinados em hospitais psiquiátricos ou fechados em casa (BORGES, 2015).

Depois desse período, não foram encontrados, nesta investigação, elementos na legislação educacional que citam o aluno em situação de adoecimento, pelo menos até a década de 1960. Portanto, é possível o entendimento de que o atendimento ao aluno enfermo foi se constituindo atrelado às construções da Política de Educação Especial.

Foi com o Decreto-Lei 1044/69, que dispôs sobre “o tratamento excepcional para alunos portadores das afecções”, que crianças e adolescentes hospitalizados ou em tratamento de saúde foram contemplados na legislação como alunos que têm direito de ter suas necessidades educacionais atendidas. Foi a primeira vez que estes

alunos foram considerados merecedores de tratamento diferenciado, conforme Artigo 2º

São considerados merecedores de tratamento excepcional os alunos de qualquer nível de ensino, portadores de afecções congênitas ou adquiridas, infecções, traumatismo ou outras condições mórbidas, determinando distúrbios agudos ou agudizados. (...) Atribuir a esses estudantes, como compensação da ausência às aulas, exercícios domiciliares com acompanhamento da escola, sempre que compatíveis com o seu estado de saúde e as possibilidades do estabelecimento. (BRASIL, 1969).

Percebe-se, pois, um avanço no reconhecimento desse aluno pela legislação brasileira, não sem um atraso considerável, uma vez que os dados históricos que apontam para os primórdios do atendimento às demandas educacionais de alunos hospitalizados no Brasil datam do início de 1930, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (MAZZOTTA, 2011) e da década de 1950, no Hospital Jesus no Rio de Janeiro (FONSECA, 1999). Contudo, por se tratar da primeira legislação específica para este público, o Decreto-Lei nº 1044/69 oferece prerrogativas para que o estabelecimento de ensino realize o atendimento educacional dentro de suas possibilidades.

O decreto considera, ainda, que o recebimento de atividades encaminhadas pela escola no domicílio do aluno seria uma forma de atendimento pedagógico para compensar as faltas escolares. Nessa lógica, o foco da legislação não era a aprendizagem do aluno, mas a justificativa de sua ausência e o atestado de que a escola estaria prestando algum atendimento educacional. Sendo assim, embora reconhecido na legislação, o aluno em situação de enfermidade seguia afastado do ambiente escolar, com acesso cerceado ao conhecimento curricular e limitação para desenvolver suas potencialidades.

O estado de Minas Gerais, por meio do Conselho Estadual de Educação, publicou a resolução Nº 213 no ano de 1975, que fixou normas gerais e preliminares para a educação do excepcional. No artigo 5º, considerou que, para o atendimento aos excepcionais, o sistema estadual de ensino incentivaria a criação ou o aproveitamento de alguns tipos de recursos, dentre estes as “classes anexas a hospitais e clínicas”. A resolução confirmou a existência de classes hospitalares anexas aos hospitais e clínicas como atendimento aos excepcionais, ofertado pelo sistema estadual de ensino. Desta forma, reconheceu o aluno hospitalizado como excepcional, mesmo não o reconhecendo como público-alvo da educação especial.

A chamada Constituição Cidadã, de 1988, se instaurou como “divisor de águas”, pois elevou a educação ao patamar de direito fundamental de todo cidadão e estabeleceu como dever do Estado, da família e da sociedade garantir esse direito numa perspectiva da universalidade do ensino. Nessa época se intensificaram essas discussões que, atreladas aos anseios da redemocratização do país, impulsionaram as conquistas da próxima década. Os anos a partir de 1990 foram estimulados pelos movimentos internacionais, acordos e pactos¹², elevando as discussões educacionais, o que gerou avanços significativos que culminaram em um refinamento e criação de novas leis, além da ampliação de políticas públicas para garantia da oferta e do acesso à Educação Básica, universal e inclusiva.

A década de 1990 marcou também um novo momento para o aluno em tratamento de saúde que, sob a égide dos ideais das Políticas de Educação Inclusiva, vislumbrou a possibilidade de ser contemplado pelos marcos legais brasileiros para garantia efetiva do direito ao acesso à educação.

A Política Nacional de Educação Especial (1994) apresentou o termo Classes Hospitalares como uma modalidade de atendimento educacional para alunos internados: “Ambiente hospitalar que possibilita o atendimento educacional de crianças e jovens internados que necessitam de educação especial e que estejam em tratamento hospitalar”. (BRASIL, 1994). No entanto, não fica claro se as classes hospitalares seriam destinadas a todo aluno em tratamento de saúde ou se seriam restritas aos alunos hospitalizados com deficiência. Contudo, ao destacar o termo Classe Hospitalar como modalidade da Educação Especial, ensaiou um posicionamento de pertencimento deste aluno em um “lugar” que requer uma atenção diferenciada às necessidades educacionais especiais. Mesmo não apresentando uma diferenciação entre deficiência e doença, a Política criou as prerrogativas para a organização dos atendimentos das CH, que ganharam força amparados nas construções políticas da época.

No ano seguinte, a Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995 do ECA, dispôs sobre os direitos das crianças e adolescentes hospitalizados e contemplou no seu artigo 9º: “Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar durante sua permanência

12 Dentre estes, destacamos as declarações de Jomtien em 1990 na Tailândia e de Salamanca na Espanha em 1994, bem como a convenção de Guatemala em 1999.

hospitalar” (BRASIL, 1995). Ao reconhecer os direitos das crianças e adolescentes hospitalizados, entre eles o direito à educação, o ECA legitimou as iniciativas de atendimentos educacionais em ambiente hospitalar, e amparou a proteção deste alunado.

Com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) de 1996, a Educação Especial ganhou uma nova estrutura: “Entende-se por educação especial, para efeitos desta Lei, a modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais”. (BRASIL, 1996). A LDBEN admitiu a possibilidade de o atendimento educacional ser feito “em classes, escolas, ou serviços especializados, sempre que em condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular” (BRASIL, 1996). Abriu-se mais uma “brecha” para se pensar as classes hospitalares implicitamente como parte dessa estrutura: seja pela possibilidade de organizá-la como um atendimento de serviço especializado, seja pela inclusão do aluno em tratamento de saúde na terminologia de portadores de necessidades especiais.

O conceito ampliado de Educação Especial como parte de uma política de inclusão educacional chegou à legislação brasileira em 2001, com a Resolução CNE/CEB Nº 2, que instituiu as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Ao ampliar o conceito de aluno com necessidades educacionais especiais para além das deficiências, o aluno em tratamento de saúde, embora ainda subentendido no texto da lei, pode ser compreendido como Público alvo da Educação Especial (PAEE), no artigo 5º.

Consideram-se educandos com necessidades educacionais especiais os que, durante o processo educacional, apresentarem: I – dificuldades acentuadas de aprendizagem ou limitações no processo de desenvolvimento que dificultem o acompanhamento das atividades curriculares, compreendidas em dois grupos: a) aquelas não vinculadas a uma causa orgânica específica; b) aquelas relacionadas a condições, disfunções, limitações ou deficiências; II – dificuldades de comunicação e sinalização diferenciadas dos demais alunos, demandando a utilização de linguagens e códigos aplicáveis; III - altas habilidades/superdotação, grande facilidade de aprendizagem que os leve a dominar rapidamente conceitos, procedimentos e atitudes. (BRASIL, 2001).

A Classe Hospitalar se afirmou como uma modalidade de atendimento da Educação Especial e abarcou o aluno afastado da escola para tratamento de saúde. O Artigo 13 das Diretrizes descreve como se daria a organização desse atendimento.

Os sistemas de ensino, mediante ação integrada com os sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional especializado a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio. § 1º As classes hospitalares e o atendimento em ambiente domiciliar devem dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem de alunos matriculados em escolas da Educação Básica, contribuindo para seu retorno e reintegração ao grupo escolar, e desenvolver currículo flexibilizado com crianças, jovens e adultos não matriculados no sistema educacional local, facilitando seu posterior acesso à escola regular. § 2º Nos casos de que trata este Artigo, a certificação de frequência deve ser realizada com base no relatório elaborado pelo professor especializado que atende o aluno. (BRASIL, 2001).

Outrossim, o MEC, em 2002, por meio da Secretaria de Educação Especial, apresentou o documento de estratégias e orientações para as CH e atendimento pedagógico domiciliar. Trata-se de uma iniciativa importante, que se apresenta ainda, após vinte anos, como o único documento específico para orientar a organização destes serviços, e constitui-se em fonte valiosa nas tentativas de implementação desses atendimentos, embora atualizações sejam necessárias. Trataremos melhor deste documento na análise dos resultados (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEEPEI), de 2008, foi um avanço em termos de políticas de atenção ao PAEE, no entanto, o aluno em tratamento de saúde não foi descrito no texto contemplado pela política, que tampouco cita os documentos anteriores que já os incluíam mesmo que de forma tímida e imprecisa. Ao mesmo tempo, os termos “classe hospitalar” e “ambientes domiciliares” aparecem no texto ao definir os espaços de atuação dos professores da Educação Especial.

O mesmo aconteceu na Resolução nº 4, de 2 de outubro de 2009, que instituiu diretrizes operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica (AEE), modalidade Educação Especial. O aluno em tratamento de saúde não foi citado, mas a oferta do AEE é descrita no Art. 6º:

O Atendimento Educacional Especializado em ambiente hospitalar ou domiciliar, será ofertado aos alunos, pelo respectivo sistema de ensino, a Educação Especial de forma complementar ou suplementar (BRASIL, 2009)

Com o PAEE definido, excluindo o aluno em situação de adoecimento, essa resolução infringiu a mesma questão da Política Nacional de Educação Especial de 1994: os alunos das classes hospitalares são alunos da Educação Especial ou não? As classes hospitalares seriam somente para alunos com deficiências hospitalizadas?

Um fato importante, descrito por Pacco (2020), que marcou o serviço educacional hospitalar de forma negativa e retrocedeu as poucas conquistas deste público, foi a extinção da Secretaria de Educação Especial, que deu origem a todos os documentos referentes ao serviço de CH no Brasil. Com a extinção da secretaria, foi extinto igualmente o termo “alunos com necessidades educativas especiais” e, dessa forma, os alunos enfermos perdem o status que os poderia vincular ao PAEE.

Com a extinção da Secretaria de Educação Especial, os programas e ações dessa área foram vinculados à Diretoria de Educação Especial, filiada à Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (SECADI). No entanto, cabe destacar que a SECADI não coloca o serviço escolar hospitalar dentro de suas abrangências, como observado em sua definição: A Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (Secadi) em articulação com os sistemas de ensino implementa políticas educacionais nas áreas de alfabetização e educação de jovens e adultos, educação ambiental, educação em direitos humanos, Educação Especial, do campo, escolar indígena, quilombola e educação para as relações étnico-raciais. (PACCO, 2020, p.28)

Enfim, Minas Gerais, em 2013, por meio do Conselho Estadual de Educação, publicou a resolução nº 460, com ênfase na Lei Federal 9.394, de 2 de dezembro de 1996, no Decreto 7.611, de 17 de novembro de 2011, na Resolução do CNE/ nº 04, de 02 de outubro de 2009. O aluno enfermo segue suprimido como PAEE, mas a resolução reafirmou o ambiente hospitalar e domiciliar como espaço para atender o aluno com deficiência hospitalizado. Em seu capítulo IV- das disposições finais

Art. 33 – A educação especial pode ocorrer fora do espaço próprio, em ambiente hospitalar e domiciliar, de forma complementar ou substitutiva, em parceria com a família, sempre que os alunos com deficiência matriculados nas escolas dela necessitarem. (MINAS GERAIS, 2013)

Seguiram as tentativas de incluir o atendimento pedagógico hospitalar e domiciliar, entretanto, destinando-os apenas aos alunos com deficiência e desconsiderando o aluno em situação de adoecimento, hospitalizado e afastado da escola. Finalmente, a Lei nº 13.716, de 24 de setembro de 2018, altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, “para assegurar atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado”. (BRASIL, 2018). Ao citar esse aluno, a LDB reafirma a garantia do direito à educação desse público específico. Trata-se de um marco importantíssimo, pois assegura o direito do atendimento educacional desse aluno na

Lei maior da educação brasileira. Contudo, segue às lacunas, frente a falta de diretrizes claras de responsabilização por esses atendimentos.

Em 2021, pela primeira vez, a SEE MG cita o aluno em tratamento de saúde na Resolução Nº 4.692, DE 29 de dezembro de 2021, dispondo no Art. 27 - O estudante que estiver em tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado terá assegurado o atendimento educacional conforme orientação específica (MINAS GERAIS, 2021). Embora não haja ainda uma orientação específica do estado sobre o atendimento desses alunos, a resolução marca uma nova oportunidade de pleitear o direito

É preciso enfatizar que os atendimentos nas Classes Hospitalares seguem em expansão pelo Brasil, o que evidencia a necessidade de uma regulamentação mais detalhada dos serviços. Embora o atendimento das CH seja reconhecido nos textos legais analisados, o lugar para acolher o aluno hospitalizado ainda pode se apresentar confuso. Fica a pergunta: É possível afirmar que este alcançou seu lugar ou o status de aluno de direito?

Constata-se que a trajetória do aluno em tratamento de saúde está atrelada a construção de uma Política de Educação Especial e Inclusiva. Outrora recriminado como um estranho repulsivo, hoje, “reconhecido parcialmente”, surgindo e desaparecendo dos textos legais, como aquele que ainda incomoda. Ao considerar o percurso desse aluno, é perceptível o desalinhamento entre a Lei e a necessidade. O descompasso entre o ritmo histórico que pede tempo para consolidar os novos ideais com o ritmo do sujeito que, acometido por uma doença, se percebe sem tempo para esperar e tem pressa de viver. As lacunas que surgem em alguns períodos dessa história se transformam em enormes fendas: a letra da Lei, ao invés de garantir o direito, dificulta o acesso nas suas omissões, no sujeito implícito, no conteúdo latente, no hiato entre uma resolução e outra.

É curioso observar que, embora os dispositivos legais que existem sejam insuficientes para garantir um lugar preciso para esse aluno, possibilitaram que alguns estados e municípios criassem suas resoluções próprias (e distintas), e estabelecessem convênios entre suas respectivas secretarias de educação e instituições de saúde, organizando uma oferta de atendimento educacional hospitalar e domiciliar. Desta forma, a depender do estado ou município em que esse aluno adoeça, ou ainda, do hospital que fará o tratamento, ele poderá ser acolhido em sua necessidade educacional, ou não. Ou seja, um lugar que ainda não é para todos.

Porém, ao falarmos de políticas públicas, direitos fundamentais, cidadania, é preciso pensar o ideal da universalidade, nessa ótica, o aluno em situação de adoecimento, segue num “não-lugar”, pois o que se estabeleceu é um cenário que privilegia uns em detrimento de tantos. Existem esforços locais, iniciativas de sucesso, indivíduos que vêm lutando para que o atendimento das CH e atendimentos domiciliares se consolidem como uma política pública educacional, mas ainda não existe equidade. Ao não ser incluído como PAEE, esse aluno permanece desamparado em relação aos direitos que esse público vem alcançando: acessibilidade curricular e a recursos específicos, plano de desenvolvimento individual (PDI) ou planejamento de ensino individualizado (PEI), atendimento educacional especializado, acessibilidade, enfim, atenção às necessidades educacionais especiais que podem ser por um período provisório ou mesmo permanentes.

Entende-se que é preciso avançar na distinção entre os conceitos de deficiência e doença, entretanto, não seria este um motivo para negar ao aluno hospitalizado sua referência no PAEE, visto que “altas habilidades”, por exemplo, não se constitui como doença, nem como deficiência e, ainda assim, é abarcada e reconhecida no mesmo.

[...] há considerações de que a criança doente não necessariamente é sujeito da educação especial por não apresentar deficiência permanente. Por outro lado, a enfermidade pode deixar sequelas e, podemos considerar o alunado enfermo como apresentando necessidades especiais relacionadas à sua condição clínica, o que implica atendimento educacional específico e especializado, mesmo que apenas temporariamente [...] (FONSECA, 2018, p. 180)

É importante também revisitar o conceito de Educação Especial disposto nas PNEEPEI na perspectiva da Educação Inclusiva:

A educação especial é uma modalidade de ensino que perpassa todos os níveis, etapas e modalidades, realiza o atendimento educacional especializado, disponibiliza os recursos e serviços e orienta quanto a sua utilização no processo de ensino e aprendizagem nas turmas comuns do ensino regular. (BRASIL, 2008)

Neste sentido, educação especial orienta e disponibiliza os recursos e serviços educacionais a serem viabilizados para os alunos que deles necessitam. Entende-se que o processo de adoecimento, instaura uma necessidade de atenção educacional especial. Desta forma, se o PAEE não abarca o aluno em tratamento de saúde, é

preciso fomentar discussões mais coesas, a fim de garantir todas as peculiaridades de atenção, recursos e serviços educacionais que esse alunado precisa.

4.2 Contexto Histórico

Conforme destacado, historicamente, no Brasil, a Classe Hospitalar foi se consolidando atrelada à Política de Educação Especial, inicialmente por se entender que todo o universo das então chamadas “anormalidades”, onde a doença estava fortemente inserida, poderia ser abarcada pela Educação Especial. Posteriormente, por perceber que os alunos em tratamento de saúde apresentavam limitações impostas pela doença ou tratamento, que se enquadram, por sua vez, nas “necessidades educativas especiais” e deveriam ser atendidas numa perspectiva inclusiva.

No capítulo da Contextualização Teórica abordamos que as pesquisas que tratam do histórico das CH datam o seu surgimento em 1935, na França (VASCONCELOS, 2006). No Brasil, o atendimento às demandas educacionais de alunos hospitalizados, é identificado também no início da década de 1930, Contudo, os estudos históricos sobre a implementação de classes hospitalares no Brasil ainda são incipientes (PACCO, 2017). Desta forma, acredita-se que esta sessão se apresenta como uma colaboração para reconhecimento de uma história que precisa ser melhor evidenciada, uma vez que os documentos analisados demonstram a presença de escolas estaduais que funcionavam anexas a hospitais na capital mineira já em 1946. Tratam-se de escolas com estruturas formalizadas junto à secretaria de educação com propostas pedagógicas organizadas para atender os alunos internados nas instituições de saúde.

Importante destacar que parte das fontes documentais analisadas para construção deste capítulo advém de cópias de originais cedidos pela pesquisadora Professora Maria Cristina Olandim Pereira, que em 2014 teve acesso aos documentos de algumas escolas extintas que funcionaram em hospitais de BH, oriundos do setor de Extinção do Governo de Minas. Existiu o esforço para angariar junto ao referido órgão o acesso aos documentos, mas, infelizmente, devido à nova política organizacional do governo atual, os setores de arquivos foram reestruturados numa única repartição, o que gerou como consequência, a perda de localização de inúmeros documentos, dentre estes, os relativos às escolas estaduais extintas.

Uma pesquisa documental mais profunda para compreensão das minúcias que constituíram estes atendimentos exigiria tempo hábil para lidar com burocracias institucionais, que não caberiam nos prazos de uma pesquisa de mestrado. Entretanto, acredita-se que os achados aqui compartilhados certamente oferecerão subsídios para novas pesquisas e contribuem para que seja possível contar a história do atendimento educacional hospitalar em Minas Gerais.

4.2.1 Escolas anexas a hospitais na capital de BH: primórdios do atendimento educacional ao aluno hospitalizado em Minas Gerais

Em pesquisa realizada por Pereira *et al.* (2016) e também recentemente pelos esforços dos pesquisadores junto ao LaPPEEI - Laboratório de Políticas Públicas em Educação Especial e Inclusiva da Universidade Federal de Minas Gerais, foram explorados documentos relativos às escolas estaduais anexas a hospitais na capital mineira, que funcionaram entre as décadas de 1940 e 1990. Foram obtidos achados históricos do regimento escolar da Escola Estadual Yolanda Martins Silva, que se originou da escola estadual anexa ao Hospital de Neuropsiquiatria, fundado em 1948, e se tornou escola de educação especial de 1º grau, assim denominada, em 1987. Outros hospitais também dispunham de escolas estaduais anexas, como a Escola Isolada na Fundação Benjamin Guimarães, hoje Hospital da Baleia, que apresenta o registro mais antigo de funcionamento educacional hospitalar identificado no estado, que data do ano de 1946. A Escola Estadual Eleonora Mariano Silva, criada em maio de 1955 no Sanatório Imaculada Conceição/ Santa Casa de Misericórdia, foi uma das escolas que apresentou registros mais bem detalhados do seu funcionamento.

A existência de classes anexas a hospitais de BH, organizadas de maneira formal junto à SEE-MG, pode ser confirmada no ofício nº 07/77, datado de 31 de março de 1977, assinado pela inspetora escolar Maria Fonseca Castro. Ela relata ao Dr. Saul Converso Lara, coordenador da área de Programação da SEE, a justificativa de substituição dos associados natos da Caixa Escolar, pais e ou responsáveis pelos alunos, por pessoas da comunidade hospitalar, no caso das Escolas anexas a Hospitais na capital.

O setor 88 - Ensino Especial da 1ª DRE é composto por 10 (dez) Escolas Estaduais e 02 (duas) particulares. As Escolas Estaduais são anexas a Hospitais e Clínicas. A matrícula dos alunos é flutuante durante todo o ano

letivo, pois o aluno é assistido pela escola no período da sua internação para tratamento de saúde (MINAS GERAIS, 1977, p. 1)

Embora a inspetora não descreva os nomes dessas escolas, apresenta uma informação importante quanto à organização das classes, ao relatar como os alunos eram matriculados. Esse dado afirma a formalidade do atendimento escolar. Ainda neste ofício, a inspetora citou a participação ativa das comunidades hospitalares em todas as promoções do setor escolar onde estas classes estão inseridas e destacou que essa interação é muito importante para o bom relacionamento entre escola, pacientes/alunos e comunidade hospitalar. Seguem abaixo as descrições colhidas nas fontes documentais que nos permitiu conhecer um pouco mais da história das escolas anexas aos hospitais na capital, em meados do século XX.

4.2.2 Estadual Eleonora Mariano Silva: Escola Anexa ao Sanatório Imaculada Conceição/ Santa Casa de Misericórdia 1955 - 1984

Em Belo Horizonte, a primeira instituição de saúde inaugurada em 1899, dois anos após a inauguração da capital, a Santa Casa de Misericórdia, sendo o “Hospital de Crianças Elvira Gomes Nogueira” inaugurado em 1938. Contudo, anterior ao hospital, o Sanatório Imaculada Conceição, fundado em 1934 também na Santa Casa para atender pacientes tuberculosos, abrigou uma escola anexa, inicialmente denominada “Classes Anexas ao Sanatório Imaculada Conceição (1955 a 1962). Posteriormente foi nomeado “Escolas Combinadas¹³ Anexas ao Sanatório Imaculada Conceição” (1963 a 1971), ainda, “Escolas Combinadas Eleonora Mariano Silva” (1971 a 1974) e finalmente “Escola Estadual Eleonora Mariano Silva” (1975 a 1984).

De acordo com o Relatório Final de Encerramento de Atividades¹⁴, no item descrito como “Histórico da Escola”, em maio de 1955, a pedido da direção e do serviço social do Sanatório ao secretário de educação do estado, Dr. Bolivar de Freitas, iniciaram-se as atividades das Classes Anexas ao Sanatório Imaculada

13 Art. 22 - Escolas Combinadas são o conjunto de escolas singulares de uma mesma localidade, funcionando no mesmo prédio ou distantes, no máximo três (3) quilômetros umas das outras, e pelas quais se distribuam os alunos, discriminadamente, por séries do curso. Minas Gerais, LEI Nº 2610 de 08/01/1962

14 Ofício s/nº assinado por Zélia de Vilhena Campos, diretora da então escola Estadual Eleonora Mariano Silva: Escola Anexa ao Sanatório Imaculada Conceição/ Santa Casa de Misericórdia, datado de 29 de junho de 1984, oriundo do setor de Extinção do Governo de Minas, cópia cedido pela pesquisadora Professora Maria Cristina Olandim Pereira (MINAS GERAIS, 1984) (ANEXO H).

Conceição. O documento destaca que se trata da primeira escola a funcionar num Sanatório no estado de Minas Gerais e apresenta como uma de suas metas “a criação de uma escola primária, que seria uma maneira de promover os doentes, na maioria analfabetos provenientes do meio rural” (MINAS GERAIS, 1984). Relata que, em maio de 1955, foi organizada inicialmente uma classe, que em agosto do mesmo ano foi desdobrada em duas turmas, sendo uma masculina e outra feminina. Em setembro, a terceira turma foi aberta e necessitou da contratação de mais uma professora. Foi contratada Eleonora Mariano Silva, que trabalhou na escola de 1955 a 1966, ano de seu falecimento. A professora seria homenageada com o nome da escola, devido aos excelentes serviços prestados aos alunos.

De 1963 a 1971, as classes passaram a se denominar: Escolas Combinadas Anexas ao Sanatório Imaculada Conceição. No primeiro ano desta fase, foi autorizada pela Direção Hospitalar a formação de classes mistas. Segundo o relatório, em 1967, a escola, então com doze anos de atuação, passou a funcionar em quatro salas, que garantiriam uma melhor infraestrutura e conforto para o atendimento dos alunos.

Sendo o tuberculoso uma pessoa com redução de suas capacidades físicas, exigindo um ensino adequado às suas condições de aprendizagem, esta escola, no início de 1969 passou a pertencer ao Setor de Ensino Emendativo, hoje Educação Especial (MINAS GERAIS, 1984. p. 1).

Percebe-se o tratamento similar dado às doenças e as deficiências, uma vez que no universo da educação especial cabiam todos os que fugiam da dita normalidade. O documento não trata da faixa etária atendida e nem do período de internação, entretanto, pela particularidade do Sanatório, certamente tratava-se de jovens e adultos em condições de internação longa, uma vez que pela complexidade do tratamento de tuberculose na época, era comum o isolamento social por meses, conforme trecho do relatório:

Como o doente nem sempre permanecia no Sanatório o tempo suficiente para fazer o primário, a Escola lhe fornecia diploma de alfabetização. A primeira turma que iniciou em maio de 1955, em novembro do mesmo ano, recebeu diploma de alfabetização, já com nível de instrução relativa a 2º ano primário (...). Esse diploma era dado como incentivo e recompensa pelo esforço do doente, numa época em que não se falava em diploma de alfabetização para adulto (SANATÓRIO IMACULADA CONCEIÇÃO, 1977, p. 1).

É interessante o fato de que dados do censo de 1940 revelaram que o índice que correspondia a população não alfabetizada de dez anos e mais era de 56,70%.

(GIL, 2022, p. 5), desta forma, a alfabetização era uma demanda eminente evidenciada como proposta educacional pela CH ainda em 1955.

O relatório confirma o caráter educacional do atendimento ao aluno internado no Sanatório Imaculada Conceição durante os 29 anos de funcionamento. A Escola Estadual Eleonora Mariano Silva foi extinta conforme Comunicado de Encerramento de Atividades (ANEXO G), de 22 de maio de 1984. Em junho do mesmo ano, foi autorizada a incineração dos livros da sua biblioteca (ANEXO H), possivelmente em decorrência da doença que acometia seus alunos, a Tuberculose.

A E. E. Eleonora Mariano Silva chegou a funcionar com dezoito classes especiais, além de ser adicionada a esta, mais cinco classes no Hospital Arapiara, que foram absorvidas posteriormente pela Escola Estadual João Moreira Salles.

4.2.3 *Escola Estadual anexa ao Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil (E. E. Yolanda Martins Silva) 1948-1994.*

A história da Escola Estadual anexa ao Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil é complexa, pois, durante sua existência, a instituição de saúde que a abrigava mudou de nome, agregou a ela outras instituições e mudou a gestão à qual era subordinada (inicialmente pertencia à SES MG, posteriormente a FHEMIG). Igualmente, a escola recebeu outro nome, mas podemos confirmar a sua existência, através do Regimento escolar da extinta Escola Estadual Yolanda Martins e Silva, última denominação dada à escola.

A Escola Estadual Yolanda Martins Silva foi uma escola de educação especial de 1º grau denominada assim, em 1981. Anteriormente, designava-se Escola Estadual anexa ao Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil e funcionava, por sua vez, anexa ao Instituto de Psico-Pedagogia do setor de saúde mental da SES e era localizado nas dependências do hospital com a seguinte denominação: Escola Combinada Anexa ao Instituto de Psico-Pedagogia.

Segundo o documento, a Escola Estadual anexa ao Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil, foi fundada em 1948 e tinha por objetivo atender crianças “com problemas psiquiátricos, neurológicos e com retardo mental”.¹⁵ Com a expansão da

¹⁵ Segundo informações do seu Regimento Escolar Documento disponível nos arquivos da extinta Escola Estadual Yolanda Martins que foram absorvidos pela Escola Pestalozzi (MINAS GERAIS, 1991).

área física e de pessoal, em 1953, em decorrência da inauguração do novo prédio, localizado na Rua Padre Marinho, 150, no Bairro Santa Efigênia, a Escola Combinada Anexa ao Instituto de Psico-Pedagogia, passa a atender alunos externos e internos em tratamento no Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil. O Instituto de Psico-Pedagogia foi incorporado ao hospital em 1972.

Houve então a fusão da Escola Combinada Anexa ao Instituto de Psico-Pedagogia com a Escola Primária de Ensino Emendativo que já funcionava no Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil. (...) A Escola Estadual Yolanda Martins Silva, atualmente, constitui um dos vetores do Centro Psico Pedagógico da Fhemig, que além desses, possui, (60 leitos) e um setor ambulatorial [...] (CIRINO, 1983, p.03-04).

Fato interessante que parece se somar a história desse hospital é a influência de Helena Antipoff¹⁶ para a instalação de um Hospital de Neuropsiquiatria infantil em BH. O “Relatório Geral da Sociedade Pestalozzi”, publicado no ano de 1935, foi onde Antipoff expressou sua preocupação com a situação das crianças desvalidas da capital e apresentou sugestões para o enfrentamento desse problema, dentre essas:

Uma clínica médico-pedagógica para hospitalização e diagnósticos de casos mais complexos, que não podem ser feitos em condições ambulatoriais, ... como são os casos de agitação nervosa, de condutas bizarras, de perversidade moral, originadas em perturbações endócrinas, moléstias infecciosas, nervosas ou complexos psíquicos recalcados. (ANTIPOFF, 1935, p.21 apud CIRINO, 1983, p. 59-60)

A sugestão de Antipoff foi caracterizada como os “primeiros planos de criação de um serviço de internação psiquiátrica para crianças” em Belo Horizonte (CIRINO, 1983, p. 59). Atualmente, o hospital de neuropsiquiatria infantil é designado Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI) pertencente à rede FHEMIG.

4.2.4 *Escolas combinadas anexas à Fundação Benjamin Guimarães/Hospital da Baleia BH: Escola Estadual Anexa ao Hospital Dr. Baeta Vianna e Estadual anexa ao Sanatório Antônio Guimarães (1946 - 1977)*

¹⁶ Helena Antipoff (1892-1974) expoente psicóloga russa que exerceu grande influência na expansão da atenção à criança, em especial às "excepcionais", tanto no estado de MG, quanto no Brasil. Fundou em Belo Horizonte o 1º Laboratório de Psicologia Aplicada na América do Sul. Esse Laboratório, sob sua direção, promoveu a organização das classes nos grupos escolares de Belo Horizonte e em diversos outros grupos no interior do Estado, de acordo com o critério do desenvolvimento mental, da idade cronológica e da escolaridade. A existência de um grande número de excepcionais tornou-se assim patente, e daí surgiram as classes especiais e a criação da Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais em 1932. <http://fha.mg.gov.br/pagina/memorial/helena-antipoff>

Outros dois registros tratam da Escola Isolada¹⁷ que funcionou na Fundação Benjamin Guimarães, atualmente Hospital da Baleia, a partir de 1946. Ambos os documentos tratam do histórico da escola e relatam o início das atividades escolares aos alunos do “Preventório”, que se refere a um estabelecimento para tratamento preventivo para os que podem desenvolver certas doenças, e, desta forma, atendia os filhos dos doentes internados para tratamento da tuberculose. A escola foi extinta em 1961 ou em 1962 (existem dois registros com datas diferentes). Em 1963, contudo, foi reaberta e recebeu a instalação das Escolas Combinadas anexas à Fundação Benjamin Guimarães, que começou a funcionar com três classes. No ano de 1965, mais três classes foram agregadas à escola, que apresentou crescimento gradativo, além da presença de classes de escolaridade e também preparatórias”.

Em 1967, criou-se outra unidade escolar no prédio “Baeta Vianna”, sob a inspeção do setor 22 A, do Ensino Emendativo, expressão usada para se referir à educação para os alunos com deficiência (JANNUZZI, 2006).

Através do ensino emendativo, a escola primária se esforçará por educar e recuperar os débeis orgânicos e os retardados pedagógicos, tarefa em cuja execução terá em vista que o fim essencial da escola emendativa é a restauração da Saúde do aluno, subordinados aos interesses desta os interesses do ensino. (MINAS GERAIS, 1962).

Outro documento afirma que, em 1966, a escola passou a pertencer ao setor 18 - Ensino Especial da 1ª DRE¹⁸ - sendo inspetora a professora Maria Fonseca de Castro. Fato importante acontece em 09 de julho de 1970, quando foi realizado um desdobramento das Escolas combinadas

As Escolas Combinadas anexas à Fundação Benjamin Guimarães atendiam aos doentes do Sanatório Antônio Guimarães, dos Hospitais Maria Ambrosina e Dr. Baeta Vianna. Devido ao aumento de matrículas nos vários Hospitais, as Escolas foram desdobradas em duas unidades distintas: a) Escolas Combinadas anexas ao Sanatório Antônio Guimarães, coordenadora Maria Cirene Cesse. b) Escolas Combinadas anexas ao Hospital Dr. Baeta Vianna, coordenadora Maria da Conceição Matos.¹⁹ (MINAS GERAIS, 1977, p. 4).

17 Ofício s/nº constando o Histórico da Escola Estadual Anexa do Hospital Baeta Vianna/Hospital da Baleia, datado de 24 de novembro de 1977, oriundo do setor de Extinção do Governo de Minas. (MINAS GERAIS, 1977) (ANEXO D).

18 Delegacia Regional de Ensino

19 Cópia do Ato de desdobramento: M.G 09-07-1970

De acordo com os históricos, em 1970, funcionavam 22 classes nas Escolas Combinadas anexas à Fundação Benjamin Guimarães. Segue descrição de como ocorria o funcionamento e organização escolar

É feito em dois turnos o 1º de 07 às 11 horas e o 2º de 13 às 17 horas. A manutenção é feita pelo Estado. As professoras contribuem mensalmente com importância variada para compra de material escolar. Temos sala de carpintaria, biblioteca, uma cantineira, duas serventes, duas supervisoras, uma auxiliar de escrita e dezessete professores, além de duas eventuais. O funcionamento é em classes apropriadas com os recursos disponíveis (SANATÓRIO ANTÔNIO GUIMARÃES, s. d, p. 2).

Em 1977, foi iniciado o processo de fusão das escolas, que haviam sido desdobradas em 1970, por motivo da baixa de matrículas nas unidades escolares. De acordo com um dos históricos, as professoras efetivas da Escola Estadual anexa ao Sanatório Antônio Guimarães foram remanejadas para outras escolas do setor. Devido a este processo de fusão, esta escola foi extinta, e a Escola Estadual Dr. Baeta Vianna permaneceu com 15 classes para atender todos os alunos da Fundação Benjamin Guimarães, destas, 04 para atendimento aos alunos tuberculosos e 11 para os demais que consistiam em alunos com deficiência física, internados para tratamento de saúde. Nesse mesmo ano, foi criado o caixa escolar “Baeta Vianna”, publicado no Minas Gerais em 09 de julho de 1977. Não foram encontrados documentos que datem a extinção desta escola.

Existe menção a uma escola anexa ao Hospital da Providência que funcionou nas décadas de 1870/80. “Conforme o Diário Oficial da União de 13 de janeiro de 1982, a Caixa Escolar Irmã Tecla de Jesus, que funcionou no interior do Hospital da Providência dos Servidores de Minas Gerais no período de 21/11/1977 a 27/03/1984”. (PEREIRA *et al.*, 2016 p. 101). Entretanto, não foram encontrados outros registros que permitam discorrer sobre o histórico dessa classe. O Quadro 5 apresenta o compilado das informações referentes às escolas/classes que funcionavam anexas a hospitais em BH.

Quadro 5 - Escolas Estaduais anexas a Hospitais de Belo Horizonte
com registro de funcionamento de 1948 a 1994

Escola	Período de Funcionamento	Hospital anexo
Escolas combinadas anexas à Fundação Benjamin Guimarães: 1-Escola Estadual anexa ao Sanatório Antônio Guimarães 2-Escola Estadual Anexa ao Hospital Dr. Baeta Vianna	1946-1977 ²⁰	Hospital da Baleia
3-Escola Estadual anexa ao Hospital de Neuropsiquiatria Infantil (E. E. Yolanda Martins Silva)	1948-1994	Hospital de Neuropsiquiatria Infantil / CEPAI
4-Escola Estadual Eleonora Mariano Silva	1955 - 1984	Santa Casa de Misericórdia
5-Escola anexa ao Hospital da Providência	1977- 1984	Hospital da Providência dos Servidores de Minas Gerais

Fonte: Elaboração própria (2022).

A oferta educacional a alunos internados nos hospitais que abrigavam escolas estaduais como anexo é uma história que precisa ser melhor compreendida e merece ser analisada a fundo. Contudo, a pesquisa confirma a existência de escolas anexas a hospitais de BH, organizadas de maneira formal junto à SEE-MG já em 1946. Esta informação apresenta um novo capítulo na construção da identidade das CH e inclui hospitais mineiros na história das CH no Brasil. Acredita-se que outros elementos poderão ainda ser incluídos, a partir do interesse de outros pesquisadores em contribuir com esta construção histórica.

4.3 Contexto Geográfico: Dimensionamento das Classes Hospitalares no estado mineiro

Com o objetivo de levantar o quantitativo de Classes Hospitalares existentes no estado de Minas Gerais, bem como identificar a localização geográfica e

²⁰ A data de 1977 refere-se à extinção da Estadual anexa ao Sanatório Antônio Guimarães, não sendo encontrada até o momento a data de extinção da Escola Estadual Anexa ao Hospital Dr. Baeta Vianna

institucional desses atendimentos, foi realizada uma busca ativa por meio do CNES, que permitiu inicialmente construir uma lista dos hospitais pediátricos que seriam instituições em potencial para participarem desta pesquisa. Foi realizado contato telefônico com 124 hospitais distribuídos nas Microrregiões do estado e conforme já detalhado na metodologia. Importante salientar que, para efeito desta pesquisa, foram consideradas CH todo atendimento pedagógico educacional encontrado, considerando que as especificações de cada atendimento somente foram conhecidas nas etapas seguintes de aplicação dos questionários e grupo focal.

O resultado desta etapa possibilitou a construção de um cadastro estadual com os atendimentos pedagógicos educacionais localizados que refletem uma situação mais próxima da realidade no cenário de 2022, e possibilitou também a criação de um grupo de interação profissional utilizando a ferramenta do Whatsapp, a fim fomentar diálogos e discussões sobre temas correlacionados a área de atuação. Esta última ação, partiu do desejo desses profissionais que ao serem contactados declararam a necessidade de interação profissional e sobretudo a busca por um espaço de pertencimento.

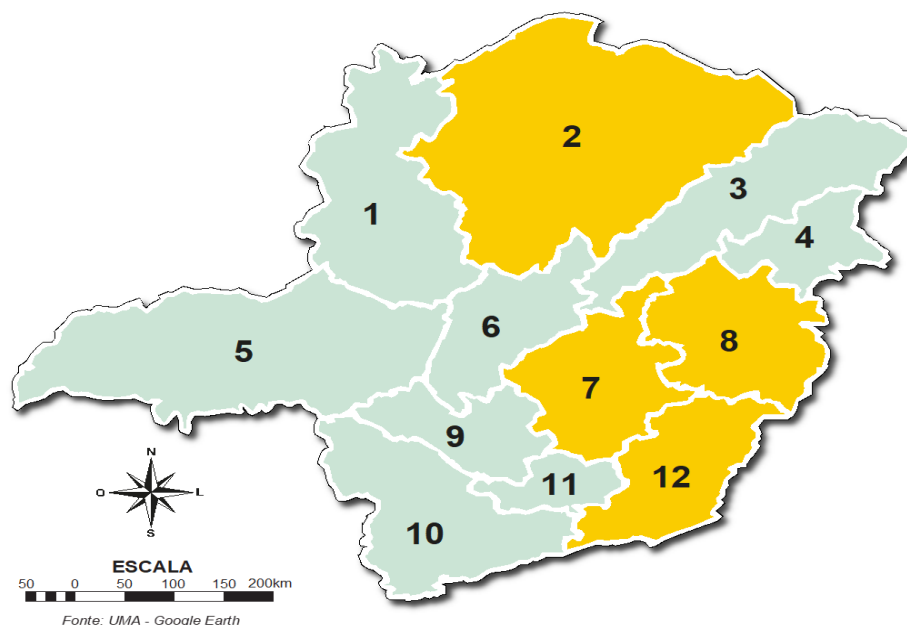
A figura 1 apresenta as 12 mesorregiões do estado de Minas Gerais de acordo com IBGE e a distribuição dos atendimentos identificados: Norte de Minas, Metropolitana de Belo Horizonte, Vale do Rio Doce, e Zona da Mata. A ilustração torna visível a escassez da oferta desta modalidade de atendimento educacional no estado. Dos 124 hospitais contactados, foram identificadas apenas dezesseis CH, nove dessas (56,25%) na Mesorregião Metropolitana de BH.

Observa-se que existe um favorecimento da região central do estado em detrimento das periferias. O Norte de Minas se destaca por abrigar 4 CH (25%), a Mesorregião do Vale do Rio Doce com 2 CH (12,5%) e finalmente a Zona da Mata com uma única CH (6,25%).

Figura 1 - Mapa Mesorregiões do estado de Minas Gerais: Quantitativo de hospitais contactados X Classes Hospitalares localizadas em 2022

Mesorregiões: Quantitativo de hospitais contactados X CH localizadas

(Dados de 2022)



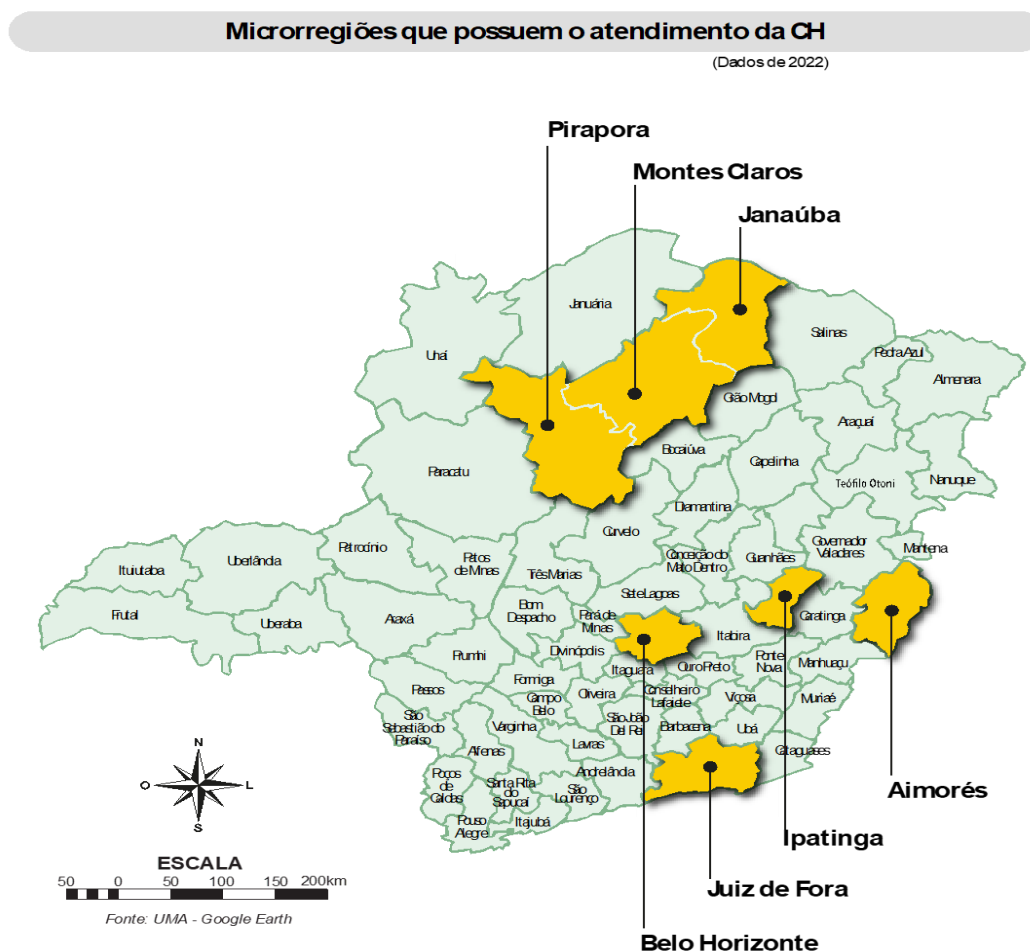
LEGENDA

1. Noroeste de Minas	7 Hospitais	0 CH
2. Norte de Minas	12 Hospitais	4 CH
3. Jequitinhonha	5 Hospitais	0 CH
4. Vale do Mucuri	3 Hospitais	0 CH
5. Triângulo Mineiro	17 Hospitais	0 CH
6. Central Mineira	2 Hospitais	0 CH
7. Metropolitana de BH	22 Hospitais	9 CH
8. Vale do Rio Doce	12 Hospitais	2 CH
9. Oeste de Minas	8 Hospitais	0 CH
10. Sul/Sudoeste de Minas	18 Hospitais	0 CH
11. Campo das Vertentes	6 Hospitais	0 CH
12. Zona da Mata	12 Hospitais	1 CH
Total	124 Hospitais contactados	16 CH localizadas

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Ao considerarmos as microrregiões do estado, pode-se identificar os municípios polos que abrigam os atendimentos das CH. Dos 66 municípios, o atendimento pode ser encontrado em apenas sete: Belo Horizonte, Ipatinga, Aimorés, Janaúba, Montes Claros e Pirapora, como ilustrado na Figura II.

Figura 2 - Mapa Microrregiões do estado de Minas Gerais que possuem o atendimento das Classes hospitalares em 2022



Fonte: Dados da Pesquisa (2022)

O Quadro 6 apresenta a lista completa dos dezesseis hospitais que dispõem do atendimento e vinculação da CH. A pesquisa confirma o levantamento preliminar de que os atendimentos das CH no estado de MG apresentam, majoritariamente, vínculos com os hospitais e não com as secretarias de educação.

Quadro 6 - Lista de Classes Hospitalares do estado de Minas Gerais situação em 2022

Mesorregião	Microrregião	Hospital em que a CH foi localizada	Vínculo
Metropolitana de Belo Horizonte	Belo Horizonte	1- Hospital Público Regional Prefeito Osvaldo Rezende Franco/ Betim	Prefeitura- SME
		2- Hospital João XXIII/ FHEMIG	Hospital
		3- Hospital Infantil João Paulo II/ FHEMIG	Hospital
		4- Hospital das Clínicas/UFMG	Misto: PBH-SMED/ Hospital
		5- Santa Casa de Misericórdia de BH ²¹	Misto: PBH-SMED/ Hospital
		6- Hospital Metropolitano Odilon Behrens ²²	PBH- SMED
		7- Hospital Sarah Kubitschek	Hospital
		8- Hospital da Baleia	Extensão Universitária
		9- Hemominas	Hospital
Norte de Minas	Montes Claros	10- Hospital Universitário Clemente de Faria (UNIMONTES)	Hospital
	Pirapora	11- Hospital Dr. Moisés Magalhães Freire	Hospital
	Janaúba	12- FUNDAJAN	Prefeitura- SME
		13- Hospital Municipal Dr. Antônio Antunes Rocha - Jaíba	Hospital
Zona da Mata	Juiz de Fora	14- Hospital Regional João Penido (FHEMIG)	Hospital
Vale do Rio Doce	Ipatinga	15- Hospital Márcio Cunha	Hospital
	Aimorés	16- Hospital São José e São Camilo ²³	Projeto financiado pelo FIA

Fonte: Elaboração própria (2022).

²¹ Sem a oferta do atendimento da CH pela SMED no momento da pesquisa devido a não substituição de profissional por motivo de aposentadoria.

²² Sem a oferta do atendimento da CH pela SMED no momento da pesquisa devido a não substituição de profissional por motivo de aposentadoria.

²³ Trata-se de um Projeto de Brinquedoteca Hospitalar, contudo, com a presença de uma pedagoga que atende às demandas escolares das crianças hospitalizadas.

A busca ativa encontrou mais dez Classes Hospitalares em funcionamento no estado, que, somadas às seis anteriormente identificadas por Fonseca (2015), caracterizam um universo de dezesseis CH, o que significa um crescimento de aproximadamente 167% na oferta do atendimento no espaço cronológico de sete anos, período entre a última atualização de Fonseca (2015) e este estudo (2022). Este fato confirma que os atendimentos das CH seguem em expansão em Minas, assim como em todo território nacional. Destaque para a rede FHEMIG que, como maior rede hospitalar do estado, oferece três CH das dezesseis encontradas, o equivalente a 18,75%.

Não obstante, é preciso atentar ao fato da falta de protagonismo da SEE MG, que tem se absterido da responsabilização destes atendimentos. Entende-se que, sem uma organização estadual com diretrizes claras, existe uma fragilidade na construção e manutenção desses espaços. Destaca-se que a oferta da Educação Básica é de responsabilidade de estados e municípios e, desta forma, cabe a estes buscarem meios e condições para viabilizarem o acesso ao direito fundamental da educação para todos (BRASIL, 1988).

Importante salientar o avanço promovido por alguns estados e municípios brasileiros que já possuem legislações específicas para garantir o atendimento ao escolar hospitalizado, inclusive o município de Belo Horizonte, que conta com a PORTARIA SMED Nº 128/2014 (BELO HORIZONTE, 2014). Há ainda o estado do Paraná, com o programa de sucesso da Secretaria Estadual de Educação de Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar - SAREH (PACHECO, 2017). Igualmente, São Paulo, Santa Catarina, Distrito Federal, Campo Grande, Goiás, Pará, Rio Grande do Norte (PACCO, 2017) e Bahia.

De acordo com o IBGE, Minas Gerais ocupa a nona posição nacional no ranking que avalia o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM, 2010), o que confere ao estado a responsabilidade de uma gestão que se comprometa com ações que promovam o acesso e garantia de direitos fundamentais, onde a educação está inserida. Desta forma, espera-se que a pauta de atendimento ao aluno hospitalizado possa ser inserida nos diálogos que fomentam as construções de políticas públicas para esta parcela da população, hoje ainda invisível aos olhos do poder público mineiro.

5 ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS: PERFIL DO ATENDIMENTO EDUCACIONAL ENCONTRADO

Para identificação do perfil do atendimento prestado pelas CH no estado de MG, foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário fechado com 34 questões do tipo múltipla escolha (APÊNDICE C) em formulário construído via ferramenta do Google Forms.

Figura 3 - Questionário utilizado na pesquisa

Perguntas Respostas 15 Configurações

Seção 1 de 4

Questionário de Pesquisa: Diagnóstico das Classes Hospitalares em MG

Você está sendo convidado(a) a responder um questionário sobre o trabalho desenvolvido pelas Classes Hospitalares no estado de MG. Trata-se de questões de múltipla escolha que serão respondidas numa média de tempo entre 5 a 10 minutos. Salientamos que esta pesquisa foi aprovada pelos CEP UFMG e CEP FHEMIG. Agradecemos a sua colaboração!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a responder um questionário autoaplicável referente a pesquisa intitulada: "Entre o direito e o acesso: Diagnóstico das Classes Hospitalares no estado de Minas Gerais". O objetivo desta pesquisa é compreender como estão estruturadas e como funcionam as Classes Hospitalares existentes no estado de Minas Gerais. Sua participação é voluntária, você não terá nenhum tipo de despesa para participar.

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

O dimensionamento, já apresentado, identificou 16 hospitais que ofertam o atendimento pedagógico-educacional durante a internação de crianças e adolescentes e que foram considerados potenciais para responderem o questionário. Todos os hospitais foram contactados e receberam o convite para participar desta etapa, através do profissional que estava diretamente ligado ao atendimento pedagógico educacional desenvolvido. Tivemos o retorno de 15 profissionais, representando 14 instituições, uma vez que duas profissionais que atuam no mesmo hospital, mas com vínculos diferentes, aceitaram responder o questionário.

A justificativa para a não participação dos outros dois hospitais foi que, embora, com convênios ativos junto às secretarias municipais de educação para oferta do atendimento educacional hospitalar, no momento da pesquisa, uma instituição estava sem professor, por motivo de aposentadoria do último que passou pelo atendimento. O outro hospital estava em situação de processo seletivo via concurso público, desta forma, impedido de participar, a fim de garantir lisura do processo.

Os dados levantados a partir das respostas dos profissionais que estão na linha de frente do trabalho pedagógico educacional desenvolvido nos hospitais mineiros nos permitiu conhecer melhor a realidade do atendimento e a forma como tem se organizado. As respostas foram analisadas à luz do referencial teórico e legal, sobretudo o documento do MEC de 2002, que trata especificamente sobre as orientações para organização das CH e que, mesmo após mais de 20 anos, se constitui como única base norteadora para organização do atendimento. Para esta análise, foram considerados quatro eixos: a) Perfil profissional - foram reunidas questões que englobam: sexo, idade, formação, vínculo, com o intuito de apreender as características da categoria profissional; b) Perfil das instituições hospitalares - foram organizadas as questões que ofereciam informações mais detalhadas sobre o universo de cada hospital: perfil epidemiológico, categoria da instituição (pública, privada), presença de brinquedoteca hospitalar; c) Perfil do atendimento educacional hospitalar: buscou reunir as questões que tratavam da organização do serviço; d) Recursos físicos, humanos e organização do trabalho.

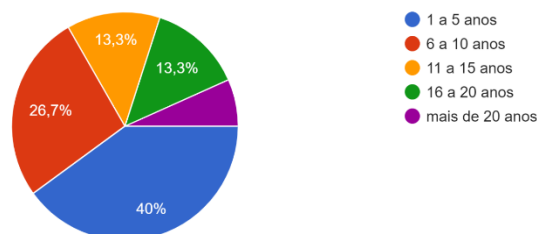
5.1 Perfil profissional

O perfil dos profissionais que atuam no atendimento pedagógico-educacional hospitalar em MG revelou, de forma majoritária, a presença feminina, somando 86,7% da amostra. A faixa etária dos profissionais atuantes apresentou variações, sendo que, somados igualmente, 66% dos entrevistados declararam idades entre 26 a 35 anos e 46 a 55 anos, e 26,7% possuem idades entre 36 e 45 anos. Apenas um declarante identificou a idade acima de 56 anos.

Em relação à formação acadêmica, a graduação em Pedagogia é predominante em 93%, apenas um profissional apresentou graduação em Letras. É expressiva a qualificação profissional dos atuantes: 73,3% possuem pós-graduação em nível de especialização. A formação *stricto sensu* foi destacada em 20% dos entrevistados, sendo dois com mestrado e um com doutorado. Apenas um profissional declarou a graduação como única formação.

Gráfico 1 - Tempo de atuação no hospital

15 respostas



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

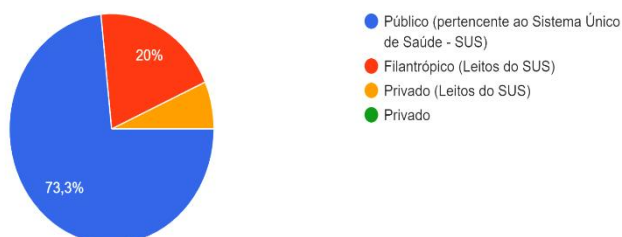
O tempo de atuação desses profissionais no espaço hospitalar é bastante variado: 40% declarou prática de 1 a 5 anos e 26%, prática de 6 a 10 anos. Dividiram-se, respectivamente, em 13,3% cada, profissionais que declaram um tempo de prática de 11 a 15 anos e de 16 a 20 anos. O dado mostra que a prática pedagógica hospitalar está dividida entre profissionais que estão iniciando o percurso profissional com os que estão consolidando uma prática ou já acumularam uma grande experiência.

Em relação ao vínculo empregatício, 60% dos profissionais têm vínculo estatutário efetivo, enquanto 40% são contratados pelo regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ou contratos administrativos. Este dado é visto como positivo, pois a estabilidade do profissional pode ser interpretada como uma garantia de continuidade da oferta do atendimento.

5.2 Perfil das instituições hospitalares

Gráfico 2 - Categoria do hospital que atua

15 respostas

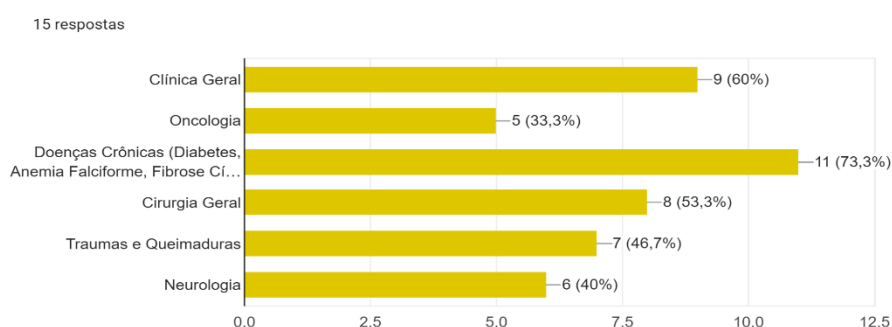


Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A pesquisa apontou que o atendimento educacional hospitalar é prestado em MG majoritariamente (73%) por hospitais públicos integrantes do Sistema Único de

Saúde (SUS). Os Hospitais Filantrópicos com convênio com o SUS aparecem com cerca de 21,4%, e a iniciativa privada conveniada com a rede SUS conta com 7,1% dos atendimentos. Observa-se, com preocupação, que a iniciativa exclusivamente privada não aparece como espaço de oferta da modalidade de atendimento escolar hospitalar, o que sugere que alunos que realizam seus tratamentos em hospitais particulares não têm acesso ao atendimento das CH, ou ainda, que a situação da escolarização desses alunos está a cargo exclusivo das famílias. A falta de uma diretriz precisa, mesmo de fiscalização deste atendimento, pode estar acarretando omissão e negligência ao direito. Este dado explica também o vínculo empregatício da categoria, majoritariamente estatutário, uma vez que a maior parte dos atendimentos das então CH está sendo oferecido por hospitais públicos e profissionais concursados.

Gráfico 3 - Perfil epidemiológico dos alunos atendidos



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

O perfil epidemiológico aponta para uma variedade de diagnósticos dos alunos atendidos nas CH, sendo as doenças crônicas a de maior incidência, com 73,3%. A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza como doenças crônicas os “problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas” (OMS, 2003, p. 15) e salienta que o aumento da incidência de doenças crônicas no mundo todo vem desafiando a capacidade dos sistemas de se organizarem para suprir as elevadas demandas, o que “requer[em] contínua atenção e esforços de um grande conjunto de equipamentos de políticas públicas e das pessoas em geral”. (BRASIL, 2008, p. 13, grifo nosso). Albertoni (2021) reforça que as doenças crônicas “apresentam um quadro complexo de agravos e instabilidades,

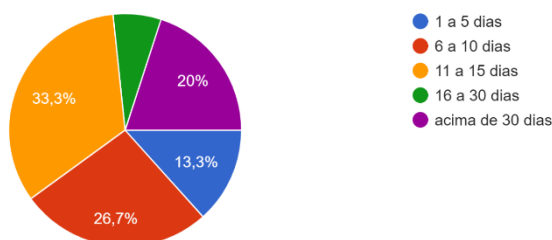
os quais geram repercussões no desenvolvimento global e na qualidade de vida” e completa:

Se, por um lado, os estudos mostram a importância da interação social, familiar e escolar dos que vivem a condição crônica de saúde, por outro, essas análises chamam a atenção aos cuidados necessários para a manutenção das respectivas condições de vida. Medicamentos, dietas especiais, ventilação mecânica, nutrição parenteral, oxigenoterapia ou implantação de cateteres, quando necessário, são elementos igualmente fundamentais tanto para a rotina diária, como em situações de exacerbação das enfermidades. (ALBERTONI, 2021, p. 4-5)

Desta forma, é possível inferir que alunos em condições de doenças crônicas tendem a acessar os serviços hospitalares em nível de internação e ambulatorial com maior frequência e requerem maior atenção multidisciplinar, diante dos impactos decorrentes do enfrentamento da doença. Os dados ainda destacaram as doenças dispostas na clínica geral (60%), seguido por alunos atendidos em decorrência de cirurgias gerais (53,3%), traumas e queimaduras (46,7%), neurologia (40%) e oncologia (33,3%).

Gráfico 4 - Média de dias de internação dos alunos

15 respostas



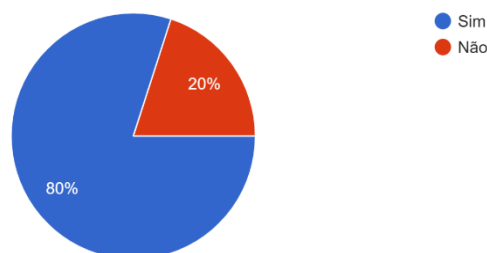
Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A questão da permanência hospitalar é um ponto importante para análise, uma vez que, as orientações dispostas pelo MEC não apresentam um período mínimo de dias de internação para que o aluno tenha acesso a CH. Desta forma, entende-se que a criança tem direito de ter sua demanda educacional atendida durante a internação a partir do momento em que, ao dar entrada na internação, tenha disposição física e emocional, considerando que o atendimento pode ser prestado inclusive no leito. A média de dias de hospitalização destacada pelos profissionais aponta para internações de até duas semanas: 33,3% declararam média de internação de 11 a 15

dias, seguido pela média de 06 a 10 dias que corresponde a 26,7%. A média de dias de internação superior a 30 dias chegou a 20% .

Gráfico 5 - Presença de Brinquedoteca Hospitalar

15 respostas



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

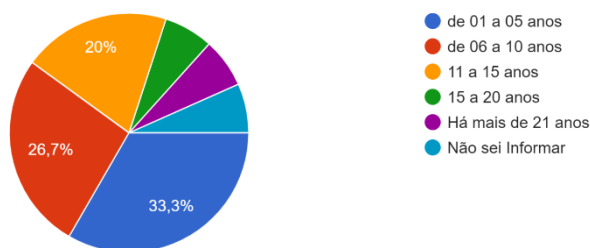
A Brinquedoteca Hospitalar é um indicador de assistência humanizada à criança e foi reconhecida em 2005 pela Lei nº 11.104, que dispôs sobre a obrigatoriedade da oferta deste espaço nas instituições com internações pediátricas (BRASIL, 2005) e está presente em 80% dos hospitais da amostra. Brincar, além de direito de toda criança, é uma das formas mais genuínas de comunicação entre elas e o mundo. Trata-se de uma estrutura vital para o desenvolvimento saudável de todas as potencialidades do ser criança e consiste em uma maneira singular de nutrir sua vida interior (CUNHA, 2007).

Embora com objetivos distintos, tanto a CH quanto a Brinquedoteca são práticas que colaboram para o alívio da dor e do sofrimento, acarretados pelo adoecimento. Além disso, favorecem a continuidade do desenvolvimento infantil durante a internação. É preciso considerar que “nem a internação, nem a doença, ou mesmo o sofrimento, impedem que a criança busque se reconectar com a sua infância, se dermos a ela o mínimo de oportunidades para isso” (DANTAS; MOURA, 2021, p. 315). É preciso se atentar para o fato de que 20% dos profissionais declaram que as instituições na qual atuam seguem sem a oferta da Brinquedoteca e constitui um número significativamente negativo.

5.3 Perfil do atendimento educacional hospitalar:

Gráfico 6 - Tempo de existência do atendimento educacional no hospital

15 respostas

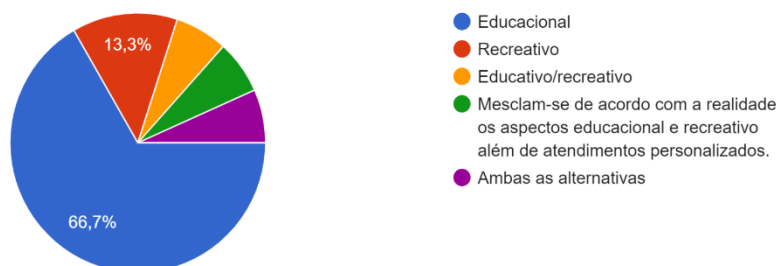


Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Fica evidente a precocidade do atendimento pedagógico educacional ofertado em MG: 33,3% apresentam de 01 a 05 anos de existência, seguido de 26,7% de funcionamento de 06 a 10 anos. Os atendimentos que funcionam entre 11 e 15 anos somaram 20%. Apenas um declarou atendimento de 15 a 20 anos e outro que o atendimento existe há mais de 21 anos. Um não soube declarar. Tomando por base que os registros históricos datam o surgimento das CH no estado, a partir de 1948, o que se observa é um hiato gigantesco e uma ruptura de ações políticas em atenção ao aluno enfermo em MG. Se forem desconsiderados os achados históricos e pautar apenas no documento do MEC, de 2002, que dispõe sobre as orientações para organização das CH, percebe-se um atraso considerável na organização de novas CH e consolidação de políticas públicas para atender este alunado.

Gráfico 7 - Qual o enfoque do atendimento

15 respostas



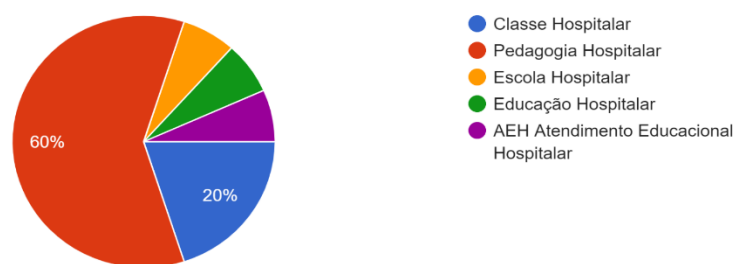
Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Sobre a percepção dos profissionais a respeito do enfoque que o atendimento prestado apresenta, 66,7% elegeram o caráter educacional, ou seja, a maior parte dos

profissionais apresenta consciência da intenção educacional deste atendimento. Somaram 20% os profissionais que entendem que o trabalho pedagógico realizado abarca tanto o viés educacional quanto o lúdico, e 13,3% entendem que o atendimento pedagógico apresenta um caráter exclusivamente recreativo.

Gráfico 8 - Como é nomeado o atendimento

15 respostas



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Em relação à nomenclatura adotada pelos profissionais para designar o trabalho desenvolvido no hospital, 60% nomeiam como “Pedagogia Hospitalar”, 20% denominam “Classe Hospitalar” e o restante foi descrito com os termos: Atendimento Educacional Hospitalar (AEH), “Escola Hospitalar” e “Educação Hospitalar”, todos com 6,7%. A falta de um nome comum que defina a ação pedagógica educacional desenvolvida nos hospitais ainda se constitui em um impasse dentro das organizações profissionais e estudos correlatos (PACHECO, 2017; PACCO, 2020)

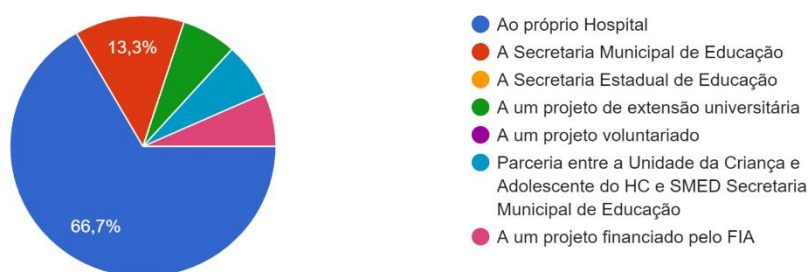
[...] a atuação do professor em contexto hospitalar realmente não tem um termo único que a distingue como uma ação reconhecida pela própria sociedade acadêmica. Consequentemente, não a reconhece porque as próprias políticas educacionais não a definem. Essa falta ou subterfúgio de um termo o qual possa definir a ação desenvolvida por professores em contexto hospitalar, é um assunto debatido em muitos eventos envolvendo a atividade e o tema em questão. (PACHECO, 2017, p.68).

Importante destacar que, embora o enfoque recreativo apareça em uma parcela considerável dos atendimentos descritos na pergunta anterior, a nomeação preferencial de Pedagogia Hospitalar e Classe Hospitalar sugere que o trabalho lúdico apresentado traz o viés educativo, não simplesmente recreativo. A compreensão e consciência da intenção educacional na ação pedagógica desenvolvida nos hospitais é extremamente importante, uma vez que as atividades de recreação podem ser

desenvolvidas também por outros profissionais, mas o acompanhamento curricular e todo os aspectos educacionais que envolvem a ação pedagógica hospitalar, cabe aos profissionais da educação. Neste sentido, Covic e Oliveira (2011) pontuam que “agir em prol da oferta educacional nos hospitais é assumir a responsabilidade pelo presente/imediato de crianças e adolescentes em tratamento de enfermidades, bem como garantir um elo com o futuro que terão pós-hospitalização” (COVIC; OLIVEIRA, 2011, p. 63)

Gráfico 9 - Instituição a qual o atendimento educacional hospitalar se vincula

15 respostas



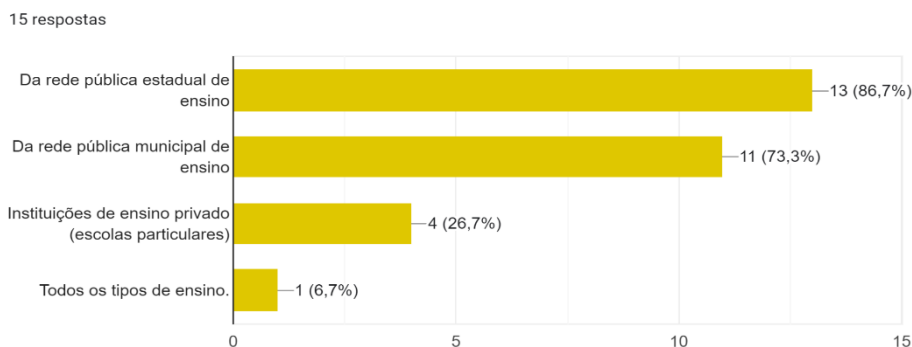
Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A pesquisa confirma o levantamento inicial de que em MG a CH vem sendo desenvolvida por iniciativa da saúde/hospitais (66,7%), em detrimento de parcerias com as secretarias de educação, tanto estaduais, como municipais. Apenas 13,3% da amostra declararam que o trabalho educacional desenvolvido está vinculado à Secretaria Municipal de Educação. Programa de extensão universitária desenvolve o trabalho com acadêmicos do curso de pedagogia em um único hospital. Um hospital declarou que o trabalho da CH é desenvolvido por uma parceria e conta com um profissional da SME e outro do próprio hospital. Outro declarou que o projeto da CH está vinculado a um financiamento do Fundo para Infância e Adolescência (FIA)²⁴. O dado aponta para a inexistência de atendimentos conveniados junto à SEE MG, o que vai na contramão das orientações sugeridas pelo MEC.

²⁴ O Fundo para Infância e Adolescência (FIA), autorizado pela Lei Federal 8.069/1990, foi criado para captar recursos destinados ao atendimento de políticas, programas e ações voltadas para a proteção pessoal e social de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. Fonte: <https://social.mg.gov.br/>

O atendimento educacional hospitalar e o atendimento pedagógico domiciliar devem estar vinculados aos sistemas de educação como uma unidade de trabalho pedagógico das Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Educação, como também às direções clínicas dos sistemas e serviços de saúde em que se localizam. (BRASIL, 2002. p. 15).

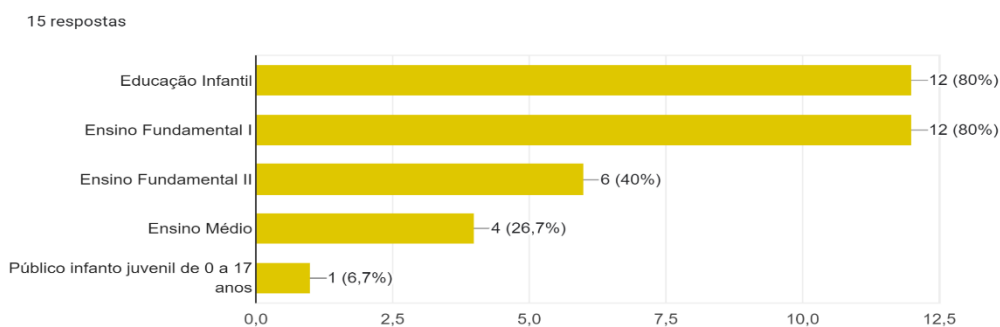
Gráfico 10 - Origem escolar dos alunos



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Embora a SEE MG não apareça como órgão ofertante da modalidade de atendimento da CH, 86,7% dos profissionais afirmaram que a maioria dos alunos atendidos são oriundos da rede estadual de ensino, seguido pelos alunos da rede municipal (73,3%) e iniciativa privada com 26,7%.

Gráfico 11 - Modalidade de ensino mais atendida

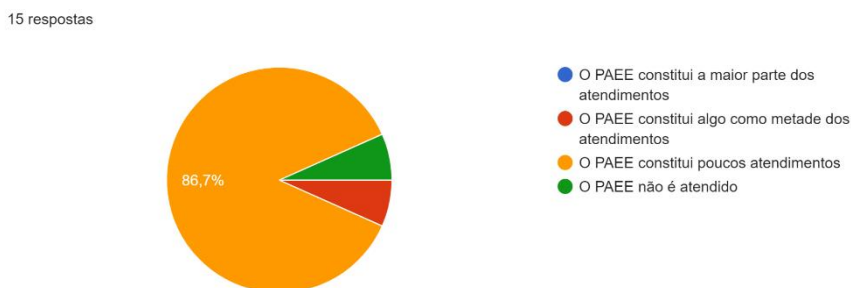


Fonte: Dados da pesquisa (2022).

O público da Educação Infantil e do Ensino Fundamental I, constituem a maior demanda de atendimento pedagógico hospitalar, respectivamente, seguidas do ensino Fundamental II e Ensino Médio. O dado pode mascarar a dificuldade em atender os alunos, que a partir do Ensino Fundamental II contam com professores

especialistas. Dessa forma, fica a questão: será que se trata de uma demanda menor ou de uma falta de condições de se atender estes alunos?

Gráfico 12 - Quantitativo de atendimentos ao PAEE



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Ao se considerar o perfil dos alunos atendidos nas CH, foi importante entender o quantitativo que o aluno PAEE correspondia em relação ao universo dos atendimentos prestados. 86,7% dos profissionais declararam que o PAEE constitui poucos atendimentos. Dessa forma, o perfil dos atendidos pelas CH são de alunos internados para tratamento de várias doenças, mas alunos com deficiências, não correspondem à maioria dos atendimentos. Já salientamos em capítulo sobre a trajetória do aluno enfermo que, embora atrelado às políticas de educação especial, este aluno é deixado para trás em inúmeras legislações que abarcam a temática, dentre elas a Política Nacional de Educação Especial de 1994 e a Resolução nº 4, de 2 de outubro de 2009, que ao citar a CH deixam dúvida o real acesso do aluno enfermo ao atendimento, pois reconhece a CH como AEE garantido ao PAEE, mas não reconhece o aluno enfermo como Público Alvo da Educação Especial.

Este dado, é expressivo em dois aspectos, evidencia que o universo de atendimento das CH abrange para além das deficiências. Contudo, é importante aprofundar sobre o real alcance do PAEE às CH. Estudo realizado por Resende, Nóbrega e Moreira (2014), demonstrou que o acesso aos serviços de saúde para pessoas com deficiências, ainda era precário, por negligenciar aspectos relevantes para o atendimento integral a essas pessoas. A análise dos dados apontou que “os entrevistados não se sentiram acolhidos pelos profissionais de saúde, no sentido de terem sua condição reconhecida e valorizada”. (RESENDE; NÓBREGA; MOREIRA,

2014. p. 61). Desta forma, é preciso cuidar para que a CH não reproduza tais negligências.

5.4 Recursos físicos, humanos e organização do trabalho:

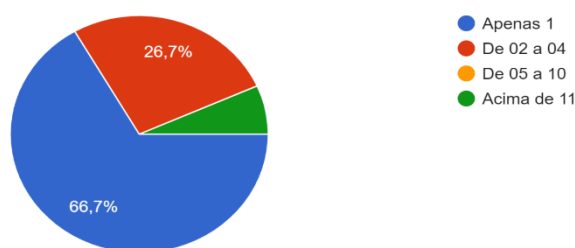
O documento norteador que trata da organização das CH, destaca o papel das Secretarias de Educação na condução do atendimento pedagógico hospitalar:

Compete às Secretarias de Educação, atender à solicitação dos hospitais para o serviço de atendimento pedagógico hospitalar e domiciliar, a contratação e capacitação dos professores, a provisão de recursos financeiros e materiais para os referidos atendimentos. (BRASIL, 2002, p.15).

Entretanto, os dados até aqui apresentados já evidenciaram que as CH em Minas Gerais estão se organizando majoritariamente vinculadas aos hospitais, não às Secretarias de Educação, desta forma, o questionário aborda sobre o quantitativo de profissionais que estão sendo disponibilizados para realização deste trabalho.

Gráfico 13 - Quantitativo de profissionais que compõem a equipe de atendimento educacional hospitalar

15 respostas



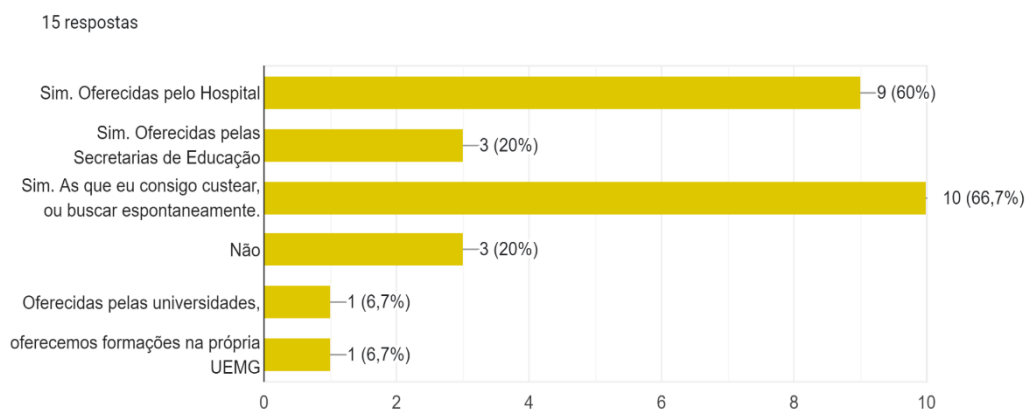
Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A falta de recursos humanos chama a atenção, pois grande parte dos atendimentos são realizados apenas por um único profissional em 66,7% dos questionários respondidos. As equipes que contam com o quantitativo de dois até quatro profissionais, somam apenas 26,7% das respostas. O único atendimento que declarou contar com mais de 11 profissionais para realização do trabalho educacional hospitalar consiste em um projeto de extensão universitária desenvolvido por

acadêmicos de graduação em pedagogia e orientados por uma professora universitária

Em relação às capacitações profissionais, a realidade aponta que 66,7% buscam de forma espontânea por treinamentos e arcam, inclusive, com estes custos. Das respostas obtidas por esta pesquisa, 60% dos profissionais declararam participação em capacitações e treinamentos oferecidos pelo próprio hospital e apenas 20% declararam que participam de treinamentos e capacitações oferecidos pelas secretarias de educação municipais, possivelmente, devido ao baixo número de servidores vinculados a estas. Ainda, 20% declararam não participarem de nenhum treinamento ou capacitação.

Gráfico 14 - Participação em capacitações e/ou treinamentos



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Sobre a disponibilidade de espaço físico próprio, as orientações do MEC recomendam:

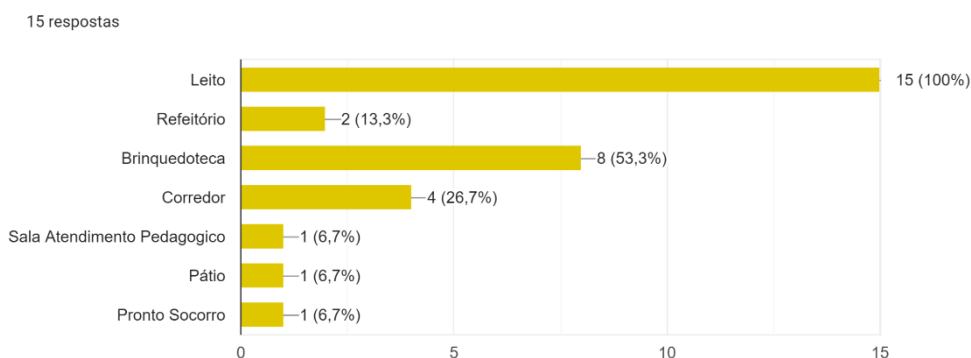
Os ambientes serão projetados com o propósito de favorecer o desenvolvimento e a construção do conhecimento para crianças, jovens e adultos, no âmbito da educação básica, respeitando suas capacidades e necessidades educacionais especiais individuais. Uma sala para desenvolvimento das atividades pedagógicas com mobiliário adequado e uma bancada com pia são exigências mínimas. Instalações sanitárias próprias, completas, suficientes e adaptadas são altamente recomendáveis e espaço ao ar livre adequado para atividades físicas e ludo-pedagógicas. (BRASIL, 2002, p. 15-16)

Neste sentido, 73,3% dos profissionais afirmaram que contam com um espaço físico próprio para abrigar a CH. Este dado sugere o empenho dos hospitais em

garantir exigências mínimas para realização do trabalho educacional. É interessante, realizar um destaque comparativo entre o percentual de CH (73,3%) e Brinquedotecas (80%), considerando a realidade da amostra desta pesquisa. O acesso a ambos os serviços é equivalente, com um pequeno percentual maior para a disponibilidade da Brinquedoteca hospitalar. Entendemos que ambos os espaços são merecedores de um olhar atento às especificidades a que se propõem. O reconhecimento de que durante a internação, às crianças tenham acesso aos dois espaços, tanto para escolarização, quanto para a prática do livre brincar pode ser visto como um ponto muito positivo.

Quando questionados sobre a utilização de outros espaços dentro do hospital para a realização do atendimento pedagógico educacional, o leito aparece em 100% das respostas, seguido da brinquedoteca (53,3%), corredores (26,7%), refeitório (13,3%) sala de atendimento pedagógico, pátio e pronto socorro, todos correspondendo a 6,7% cada. O leito como espaço educativo mostra o alcance do trabalho pedagógico, uma vez que nem sempre é possível a saída do aluno da enfermaria, devido ao tratamento. (BRASIL, 2002)

Gráfico 15 - Outros espaços dentro do hospital, utilizados para realização do atendimento



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

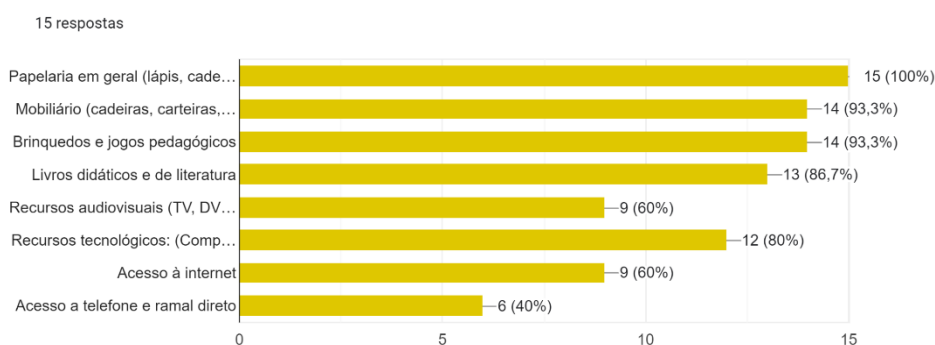
Em relação aos recursos didático-pedagógicos que devem ser disponibilizados à CH, o documento de orientação recomenda:

Nas classes hospitalares, sempre que possível, devem estar disponibilizados recursos audiovisuais, como computador em rede, televisão, vídeo-cassete, máquina fotográfica, filmadora, videokê, antena parabólica digital e aparelho

de som com CD e k7, bem como telefone, com chamada a ramal e linha externa. Tais recursos se fazem essenciais tanto ao planejamento, desenvolvimento e avaliação do trabalho pedagógico, quanto para o contato efetivo da classe hospitalar, seja com a escola de origem do educando, seja com o sistema de ensino responsável por prover e garantir seu acesso escolar. Da mesma forma, a disponibilidade desses recursos propiciarão as condições mínimas para que o educando mantenha contato com colegas e professores de sua escola, quando for o caso. (BRASIL, 2002, p.16)

O acesso das CH a esses recursos evidencia que eles têm sido disponibilizados em parte. Os materiais de papelaria chegam em 100% dos espaços. O acesso ao mobiliário como mesas e cadeiras, quadros, armários, bem como disponibilidade de jogos e brinquedos pedagógicos estão presentes respectivamente em 93,3% das CH. O acesso à internet ainda é restrito à 60% da amostra, o que evidencia a precariedade para que este aluno possa ter maior acesso ao conhecimento, visto que a internet é uma ferramenta fundamental atualmente e em especial nas situações em que este aluno não está junto aos seus pares. Quando questionados sobre se estes recursos são suficientes, 66,7% afirmaram que são suficientes em parte, 25,7% relatam que são suficientes e 6,7% acreditam que os recursos são insuficientes.

Gráfico 16 - Principais materiais e recursos pedagógicos acessíveis para o desenvolvimento do trabalho

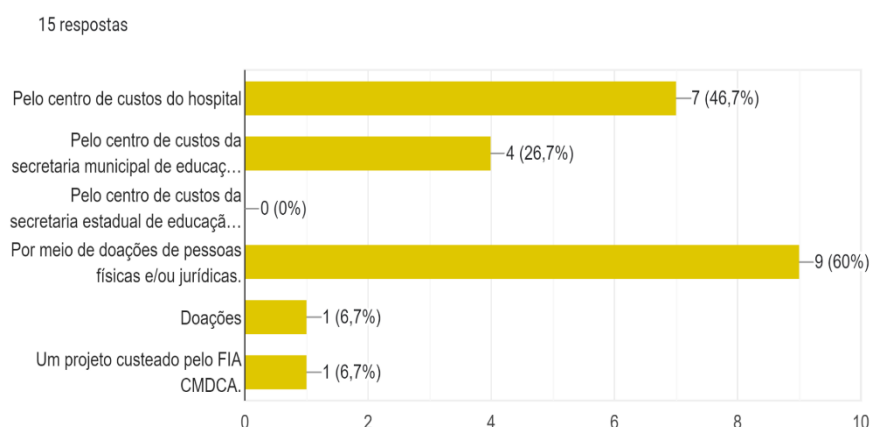


Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Chama a atenção a forma como os recursos didático-pedagógicos chegam até as CH. A maior parte, 46,7% são custeados pelo próprio hospital e 26,7% são fornecidos pelas secretarias de educação. Entretanto, 66,7% declaram que os recursos são provenientes de doações tanto de pessoas físicas quanto jurídicas. Aqui, cabe uma reflexão a respeito do tratamento dado aos recursos ofertados. A

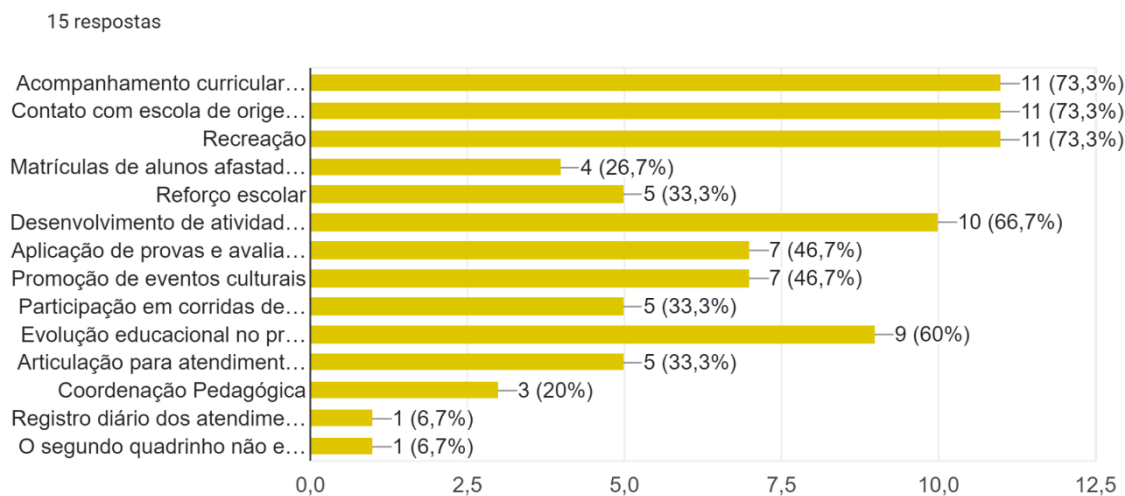
dependência de doações pode levar a utilização apenas de recursos disponíveis e não aqueles que foram pensados para serem realmente utilizados. O viés assistencialista e caritativo criado para manutenção dos recursos pode inferir sobre precarização da oferta dos mesmos. Foram destacados também como financiadores desses recursos o FIA e o Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA), ambos com 6,7% cada.

Gráfico 17 - Origem dos recursos pedagógicos e materiais disponibilizados



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Em relação às atividades desenvolvidas, as respostas confirmaram a intencionalidade educacional do atendimento quando 73% dos profissionais elegeram o acompanhamento curricular, o contato com a escola de origem do aluno e a recreação, como as atividades de maior incidência no trabalho. Entendemos assim, que a recreação ao aparecer com percentual equivalente das demais atividades exclusivamente educacionais elencadas, sugere que o brincar pode estar sendo incluído como parte do trabalho pedagógico educacional desenvolvido como uma forma de apresentar o conteúdo educativo e não como o brincar como fim em si mesmo, proposta da Brinquedoteca Hospitalar. Neste sentido, cabe lembrar que atividades desenvolvidas no ambiente hospitalar por ações realizadas por voluntários ou equipes da Humanização como música, teatro e cinema podem ser utilizadas pelos educadores como “mote para suas aulas, fazendo com que as crianças associem as oportunidades de distração com o conhecimento formal”. (FONSECA, 2012, p. 20)

Gráfico 18 - Principais atividades desenvolvidas

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

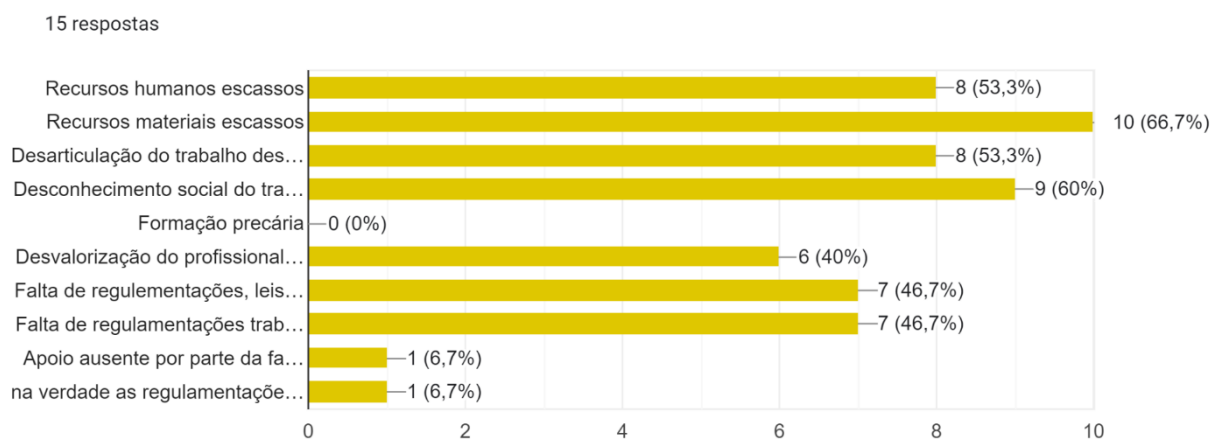
Sobre o sentimento de valorização profissional, 66,7% consideram o seu fazer profissional em parte valorizado, 26,7% se consideram valorizados e apenas 6,7% não se consideram valorizados. Em relação a integração do profissional da educação junto à equipe multiprofissional do hospital, na condução das intervenções realizadas em prol de uma assistência global, considerando os múltiplos aspectos do ser humano, 60% afirmaram que participam como membros da equipe, enquanto 40% declararam que não participam.

Sobre as dificuldades encontradas para realização do trabalho pedagógico educacional 66,75% dos profissionais elegeram a falta de recurso material como o maior empecilho, nota-se uma contradição neste momento, pois ao serem questionados sobre os recursos materiais os mesmos 66,7% entendiam que estes eram suficientes. Pode-se inferir que este contrassenso pode estar relacionado à origem dos recursos por doações, que podem nem sempre estar disponíveis quando preciso.

Finalizando, o desconhecimento social sobre o trabalho é apontado como dificultador para 60% dos pesquisados. A falta de recursos humanos e a dificuldade de articulação com órgãos externos ao hospital, como as escolas de origem, as secretarias de educação e conselhos tutelares, são entendidos respectivamente como maiores dificultadores para 53,3% dos profissionais. Ainda foram elencadas às faltas de regulamentação legal coesa e de regulamentação de leis trabalhistas para

efetivação deste trabalho, ambas com 46,7%. A falta de apoio dos familiares foi descrita como dificuldade para 6,7%.

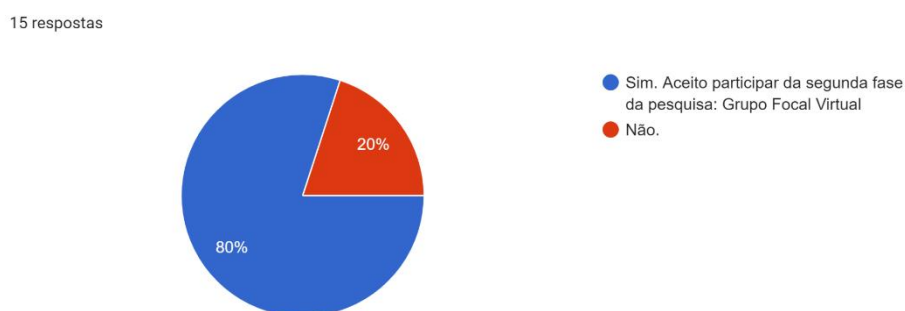
Gráfico 19 - Dificuldades encontradas para a realização do trabalho



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A última questão disposta no questionário, apresentou um convite para participação na próxima etapa da pesquisa que se constituiu na realização do grupo focal e inicialmente foi aceita por 80% dos participantes.

Gráfico 20 - Convite para participação no Grupo Focal



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

O Quadro 7, apresenta uma síntese que permite visualizar melhor o perfil predominante das Classes Hospitalares no estado de Minas Gerais, a partir da análise das respostas do questionário.

Quadro 7 - Perfil Predominante das Classes Hospitalares no estado de MG

Aspectos analisados	Principais Considerações
1 Perfil profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Majoritariamente do sexo feminino; • Idade entre 26 e 55 anos; • Graduação em pedagogia é predominante com formação complementar em nível de especialização; • Tempo de prática na CH entre 1 e 10 anos; • O vínculo empregatício com prevalência de estatutários.
2 Perfil das instituições hospitalares em que as CH estão vinculadas	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitais públicos do SUS; • O perfil epidemiológico prevalente de doenças crônicas; • Média de internação variável, mas predominam as internações de 11 a 15 dias; • Presença de Brinquedoteca Hospitalar.
3 Perfil do atendimento educacional hospitalar:	<ul style="list-style-type: none"> • Maioria de 1 a 10 anos de existência; • Enfoque predominantemente educacional; • O termo Pedagogia Hospitalar tem sido usado preferencialmente para nomear o atendimento educacional desenvolvido nos hospitais; • A maioria das CH estão vinculadas aos hospitais, não as secretarias de educação; • Os alunos são oriundos das escolas públicas com maior incidência das escolas estaduais; • A maioria dos alunos são oriundos da educação infantil e ensino fundamental anos iniciais; • O PAEE, não constitui a maior demanda de atendimento das CH.
4 Recursos físicos, materiais, humanos e organização do trabalho:	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalência de apenas um profissional para realizar todo atendimento da CH; • As capacitações e treinamentos advêm das que são buscadas e custeadas pelo próprio profissional e as oferecidas pelos hospitais; • Presença de espaço físico próprio; • O leito é espaço predominante no atendimento; • Acesso aos itens de papelaria, mobiliário e livros considerados satisfatório; • Acesso à internet atende apenas 60% dos entrevistados; • A maioria dos recursos materiais vêm de doações; • O acompanhamento curricular, o contato com a escola de origem e a recreação, são as atividades predominantes no trabalho desenvolvido; • A maioria dos profissionais sentem seu trabalho valorizado apenas em parte; • A falta de recursos humanos, o desconhecimento social do trabalho desenvolvido e a desarticulação do trabalho com os órgãos externos ao hospital, são retratadas como principal dificuldade para realização do trabalho; • A maior parte dos profissionais declararam que participam da equipe multiprofissional e sugerem intervenções para uma atenção integral ao aluno/paciente.

Fonte: Elaboração própria (2022).

6. ANÁLISE DO GRUPO FOCAL

Com o objetivo de apreender a percepção dos profissionais que atuam diretamente nas CH do estado, foi proposto a realização de dois grupos focais (GF), sendo seis participantes cada em cada um. Tal configuração tentou viabilizar melhores condições para que todos os 12 interessados pudessem participar. Foi realizado, no formato virtual, devido à localização distinta dos convidados, sendo utilizado como plataforma a Teams, adotada oficialmente pela UFMG. Desta forma, o primeiro GF foi realizado no dia 14 de novembro de 2022 e contou com quatro integrantes, dois a menos do que o previsto. O segundo GF realizou-se no dia 16 de novembro de 2022, com cinco integrantes, um a menos do que o previsto, ambos às 19:00 horas (horário de Brasília), com duração de 1 hora e 30 minutos.

Para condução dos GF, foi utilizado um roteiro com questões norteadoras, contudo, adequado com flexibilizações necessárias que permitisse a integração dos participantes e atenção às particularidades, por parte da pesquisadora, detalhadas em cada grupo. A análise dos GF, após a transcrição e conforme descrito na metodologia, foi realizada com base no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), com auxílio do software *DSCsoft*. Trata-se de uma abordagem que com base numa série de artifícios metodológicos, formam um painel de representações sociais sob a forma de discursos, cujo objetivo consiste em resgatar o pensamento coletivo de uma forma menos arbitrária. (FIGUEIREDO, CHIARI e GOULART, 2013). Neste sentido, a técnica consiste basicamente em

Em analisar o material verbal coletado em pesquisas que têm depoimentos como sua matéria-prima, extraindo-se de cada um destes depoimentos as Ideias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave; com as Ideias Centrais/Ancoragens e Expressões Chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo. (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013. p. 132)

Os resultados obtidos a partir das falas dos participantes foram organizados em quatro categorias significativas para esta análise: formação para atuar na CH, relação com equipes, relação com aluno e família e organização do trabalho. Ancoradas a estas categorias, organizou-se o conteúdo por meio de três apontamentos metodológicos: as Ideias Centrais, as Expressões-Chave e o Discurso do Sujeito Coletivo. Finalmente, após alimentar software com os dados coletados,

pode-se determinar as Ideias Centrais (ID) que constituíram elementos norteadores para análise do discurso coletivo produzido, apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 8 - Categorias e Ideias Centrais

Categorias	Ideia central (ID)
1- Formação para atuar na CH	IC1- Formação inicial e suas inconsistências IC2- Formação complementar IC3- Formação junto aos pares
2- Relação com equipes	IC1- Equipe do hospital IC2- Equipe escola de origem IC3- Equipes Externas: secretarias de educação, conselho tutelar e outros.
3- Relação com o aluno e a família	IC1- Alunos: reconhecimento e resistências IC2- Famílias: reconhecimento e resistências
4- Organização do trabalho	IC1- Possibilidades IC2- Desafios

Fonte: Elaboração própria (2022).

6.1 Formação para atuar na CH

IC1- Formação inicial e suas inconsistências

DSC: *A gente tem que estar sempre buscando novas informações. A minha formação inicial nem mencionou pedagogia hospitalar. Depois disso, do período em que eu me formei, que foi 2004, eu acho que houve uma reformulação no currículo da pedagogia e eu acho que agora, tem até essa disciplina na grade. A formação inicial, creio que por ter abordado somente a educação especial, foi bem superficial e não te dá uma bagagem para você estar entrando na área da pedagogia hospitalar. Em relação a formação é claro que a educação acontece em vários espaços, mas, quando eu estudei fala-se de uma educação voltada mais para o espaço sala de aula, fala-se pouco do hospital e de outros espaços. É igual, porém diferente. Então, eu ainda tenho dificuldades em relação a isso, porque não foi uma questão abordada em relação a classe hospitalar.*

IC2- Formação complementar

DSC: *Eu busco cursos online, eu fiz uns pós que vai dando base. Eu tive a oportunidade de me aprofundar mais na psicopedagogia que aprofundou um pouco mais na área hospitalar. E agora, para completar eu estou fazendo psicomotricidade que ajuda muito, também. Eu fiz outros cursos de educação hospitalar, é muita leitura. Atualmente, eu faço uns pós em neuropsicopedagogia. Sou professora de Língua Portuguesa, mas também sou pedagoga, psicopedagoga, fiz o mestrado em Letras. Busco cursos específicos na área da saúde para compreender a doença e entender as implicações da doença no aspecto educacional.*

IC3 - Formação junto aos pares

DSC: *Toda vez que aparece um menino mais desafiador, eu tenho mais leituras para fazer, mais coisas para entender, mais um menino, mais uma família para me ensinar como é que se faz educação hospitalar. Eu busco conhecimento com os colegas, para poder trocar experiência. E a gente vai conversando com outros profissionais que também atuam, vamos pedindo ajuda, vamos trocando figurinhas, vamos lendo, e vai aprendendo. No caminho vamos aprendendo, vai somando com os outros colegas.*

A questão da formação inicial é retratada como deficitária para atuar na CH e se apresentou como um dificultador para realização dessa prática educativa, o que vai ao encontro do resultado da pesquisa de Tinós e Gonçalves (2017) junto aos graduandos do curso de Pedagogia, cujo objetivo foi apreender qual o olhar dos alunos sobre a formação recebida para atuar em classes hospitalares

[...] os graduandos participantes da pesquisa reconhecem as limitações do curso de Pedagogia quanto à formação para atuar em classe hospitalar, devido à especificidade do trabalho pedagógico desenvolvido em hospitais. Os dados desvelaram que o conjunto de disciplinas na grade curricular do curso não possibilita o aprofundamento adequado para uma formação tão específica como a requerida em serviços pedagógico-educacionais em ambiente hospitalar; tampouco a presença de palestras e eventos sobre a temática durante a graduação é capaz de preparar os futuros pedagogos para atuar em classe hospitalar (TINÓS; GONÇALVES, 2017, p. 125)

É perceptível os desafios que se configuram atualmente em garantir uma formação profissional atrelada às inúmeras exigências da sociedade contemporânea, no que se refere a questão da CH, “a realidade é de que as instituições acadêmicas ainda não assumiram de forma sistematizada a formação de professores para atuarem em espaços que não a escola”. (SCHILKE; NASCIMENTO, 2007, p. 96). Contudo, há que se considerar os limites impostos em um curso de graduação para se atender às exigências dos campos de trabalho que se especializam cada vez mais.

Um olhar abrangente na formação desses profissionais poderia contribuir com sua atuação independente de qual espaço esteja. (SCHILKE; NASCIMENTO, 2007). Isto também foi relatado por um participante desta pesquisa [...]. *Eu acredito, que a formação do pedagogo é muito eclética e o nosso trabalho é eminentemente educacional. Independentemente do meio onde nós nos localizemos ... o nosso trabalho é eminentemente pedagógico, nós lidamos com metodologia de ensino, com programa, com processo de ensino e aprendizado, com legislação de ensino.* (DSC-Participante D)

A busca por saberes que auxiliem os profissionais da educação inseridos no hospital, levam a realização de formações complementares, geralmente especializações. Os saberes exigidos pelos profissionais da CH perpassam pelo campo da saúde e nem sempre encontram espaço de discussão em um curso em que o enfoque é a formação para o ambiente escolar. (TINÓS; GONÇALVES, 2017).

E nesse contexto, os conhecimentos multidisciplinares requeridos para atuação pedagógica em ambiente hospitalar podem ser buscados, quando necessário, em formação continuada – um caminho possível para inserir o pedagogo nas discussões sobre classe hospitalar – de forma a possibilitar uma articulação entre a teoria e a prática pedagógica especificamente para as demandas do aluno-paciente e do espaço hospitalar. (TINÓS; GONÇALVES, 2017, p. 126).

Entretanto, é preciso avaliar melhor se estes profissionais têm encontrando nessas formações complementares, os saberes necessários para qualificar suas práticas e os auxiliarem na resolução das dificuldades advindas da formação inicial, deste modo,

[...] seria legítimo pensar em pedagogias diferenciadas ou numa abordagem pedagógica que ocorra em diversos espaços? O despreparo do professor para atuar em outros espaços que não o escolar é real ou a sua formação não o instrumentaliza para atuar com a criança encarnada? Aquela que pulsa vida, interesse, desejos e necessidades independente do local que esteja. (SCHILKE; NASCIMENTO, 2007, p. 98).

O discurso analisado, apresentou a busca pela formação continuada, na procura de respostas aos desafios impostos no cotidiano (FONSECA, 2020; OLIVEIRA, 2019). Essa formação, passa pela construção empírica deste conhecimento no contato com os atores que se apresentam no palco do fazer educacional hospitalar, dentre eles estão colegas de profissão, familiares, equipes da saúde e o próprio aluno: *mais um menino, mais uma família para me ensinar como é que se faz educação hospitalar. [...]. No caminho vamos aprendendo, vai somando com os outros colegas.* (DSC-IC3). Entretanto, ao se considerar o universo restrito de CH no estado, a troca de saberes entre profissionais, mostra-se igualmente limitada. Daí a necessidade de fomentar diálogos que abarquem a existência desse profissional, o seu contexto de atuação, as metodologias e processos educativos para este público específico, bem como, a garantia de formação profissional que se materialize em uma prática qualificada.

6.2 Relação com equipes

IC1- Equipe do Hospital

DSC: *Onde eu atuo, eu estou tendo bastante apoio dos profissionais. São assistentes sociais, enfermeiros, e alguns médicos. Tem momentos que eu participo com eles durante os atendimentos. A gente tem total apoio da diretoria do hospital, porque eles já entendem o valor e a importância desse trabalho ali. Aqui no hospital, a aceitação na equipe está sendo bastante positiva. Eu tenho bastante apoio da psicologia, a gente trabalha bem juntas inclusive. Não são todos que apoiam esse projeto. Na instituição na qual eu estou inserida, eu tenho apoio em parte, uma vez que, não somos prioridade. Na escala de prioridade a gente está lá embaixo. Se puder me ajudar, ajuda. Senão, eu tenho que dar o meu jeito.*

IC2 - Equipe escola de origem

DSC: *Essa questão é bem trabalhosa aqui, desde o contato com a escola, com o professor, até chegar na secretaria, tem sido bem trabalhoso. Porque tem até professores que têm uma resistência muito grande. Então, em relação à direção das escolas, eu tenho um bom relacionamento, porque a gente troca telefone, email, WhatsApp. Até a escola vai tudo muito bem. No meu caso, eu posso falar das escolas, 50% nos dão esse suporte para dar continuidade e 50%, não mandam as atividades, falam que não vão ter essas atividades disponíveis em material impresso. A partir dos quatro anos, eles falam: não, a gente não consegue desenvolver esse material, as atividades são desenvolvidas presencialmente. Que educação inclusiva é essa que exclui quem está enfermo? Nós temos um agravante ainda, que a maior parte das nossas crianças são de zona rural, então, muitas vezes a gente não consegue o contato com a escola, a gente não consegue o contato com o professor, acontece muito de quando a gente consegue não ter o retorno da escola, a escola sequer conhece a criança, então, temos essa realidade aí das escolas regulares.*

IC3 - Equipes Externas: secretarias de educação, conselho tutelar e outros

DSC: *Antigamente, a gente contava com uma professora da prefeitura, mas, atualmente, eles não mandaram a professora. Como eu sou cedida pela Secretaria para atuar no hospital, então, eu percebo que eles acabam me deixando um pouco de lado, em eventos de profissionalização. Então, eles não me convidam para esse tipo de evento, para especialização, treinamentos, eu sou um pouco meio que excluída nesse sentido aí. Não. Não tem esse suporte não. Passamos para a Secretaria de Educação correspondente, ela não dando o retorno, nós encaminhamos o caso para o Conselho Tutelar, o Conselho Tutelar não dando retorno a gente encaminha para o Ministério Público, para a Promotoria da Infância e da Juventude e para os raros casos que não tem solução, a gente orienta o paciente a procurar as associações de pacientes ou até mesmo a Defensoria Pública para buscar os seus direitos. Quando a gente tem que passar para a secretaria, ou para os outros órgãos, aí a gente tem uma barreira, a gente vai sempre esbarrando nessas dificuldades que são a falta de políticas públicas para que a gente possa auxiliar e encaminhar melhor os nossos alunos. Mas, depois que passa da escola para os outros órgãos é muito difícil. Muito difícil mesmo. Secretaria de Educação, eu não tenho esse suporte, quando tem algum problema com a criança que não está matriculada ou que está passando por algum*

outro problema, eu tenho mais apoio do Conselho Tutelar. E a nossa relação, por exemplo, com a Secretaria Municipal, o último convênio que nós tivemos, o único, foi na gestão de 2010 de lá para cá nós não tivemos mais esse contato assim próximo. Mudou a gestão e é tudo aquilo que vocês conhecem do município.

As relações que se estabelecem entre os profissionais da CH e as diferentes equipes que integram a atenção ao aluno hospitalizado, podem gerar reações que facilitam ou dificultam as ações educativas desenvolvidas nos hospitais. A considerar o discurso, as equipes dos hospitais têm colaborado, apoiando esses profissionais em grande parte da jornada: *Onde eu atuo, eu estou tendo bastante apoio dos profissionais. São assistentes sociais, enfermeiros, e alguns médicos. Tem momentos que eu participo com eles durante os atendimentos. A gente tem total apoio da diretoria do hospital, porque eles já entendem o valor e a importância desse trabalho ali.* (DSC- IC1). No que tange à nem sempre elencar a CH como prioridade: *eu tenho apoio em parte, uma vez que, não somos prioridade. Na escala de prioridade a gente está lá embaixo. Se puder me ajudar, ajuda. Senão, eu tenho que dar o meu jeito.* (DSC- IC1)

O sentimento de se sentir apoiado no ambiente hospitalar, pode estar relacionado a configuração predominante das CH identificadas, cujos profissionais integram o corpo de trabalhadores das instituições de saúde. Assim, o trabalhador vinculado àquele espaço, tende a construir uma identidade pautada na instituição a qual pertence. Entretanto, sobre o apoio do hospital, foi relatado também o sentimento de que: *Na escala de prioridade a gente está lá embaixo. Se puder me ajudar, ajuda.* (DSC- IC1). *Senão, eu tenho que dar o meu jeito.* Isso nos leva a questionar qual seria o lugar que as CH têm ocupado enquanto espaço educativo inserido e vinculado às instituições de saúde. Entende-se que é preciso existir uma compreensão ampla do objetivo real da CH, diferenciando-a das ações de voluntariado e humanização (FONSECA, 2012). Não está sendo feito aqui, nenhum juízo de valor entre estas ações e o trabalho da CH. O ambiente hospitalar necessita de todas essas práticas. Contudo, é preciso cuidado na condução de um certo esvaziamento da prática educativa hospitalar, entendendo que seu objetivo é amplo e urgente: garantir acesso à educação aos que pela condição do adoecimento e hospitalização estão impossibilitados de estarem nos espaços escolares.

Outrossim, entende-se que o fazer pedagógico educacional no ambiente hospitalar, extrapola o sentido restrito de escolarização, entendida como mera

transmissão de conteúdo. Ao propor colaborar para o desenvolvimento global do aluno/paciente, considerando o acesso ao conhecimento escolar como recurso rico para aprimoramento das competências e habilidades necessárias para se existir no mundo, é possível oferecer agregado as atividades escolares, saúde e vida. (CECCIM; CARVALHO, 1997). Neste sentido, também o trabalho educativo desenvolvido pelos profissionais nos espaços hospitalares, podem auxiliar a equipe de saúde a encontrar a interseção entre os saberes “saúde e educação”. Nesta lógica, a *escala de prioridade* (DSC- IC1) do hospital, deveria ser, o que colabora com o restabelecimento do curso de vida do paciente, não mais a doença, um setor, ou uma profissão. (DANTAS, 2020).

Em relação às equipes externas, os poucos profissionais vinculados às secretarias municipais de educação, relatam um sentimento de não pertencimento: *Como eu sou cedida pela secretaria para atuar no hospital, então, eu percebo que eles acabam me deixando um pouco de lado, em eventos de profissionalização, porque não tem muito a ver com o hospitalar. Então, eles não me convidam para esse tipo de evento, para especialização, treinamentos, eu sou um pouco meio que excluída nesse sentido aí. (DSC- IC3)*. É possível evocar aqui, o sentimento do “estrangeiro”, proposto por (SIMMEL, 2005)²⁵ trazido em outro momento desta pesquisa para caracterizar igualmente os sentimentos de alunos hospitalizados, frente a sua escola de origem. Possivelmente, os professores, embora parte da estrutura escolar da SME, são frequentemente esquecidos nas propostas de investimento pedagógicos, uma vez que estas não têm sido pensadas para abarcar tanto os alunos quanto os professores que se encontram afastados do ambiente escolar.

O abandono educacional por parte das secretarias de educação, tanto estadual, quanto as municipais, é evidenciado no discurso: *Antigamente, a gente contava com uma professora da prefeitura, mas, atualmente, eles não mandaram a professora. [...] E a nossa relação, por exemplo, com a Secretaria Municipal, o último convênio que nós tivemos, o único, foi na gestão de 2010 de lá para cá nós não tivemos mais esse contato assim próximo [...] Secretaria de Educação, eu não tenho esse suporte, quando tem algum problema com a criança que não está matriculada ou que está passando por algum outro problema, eu tenho mais apoio do Conselho*

25 O estranho não proprietário do solo, o que não pertence, mesmo que seja um membro orgânico do grupo (SIMMEL, 2005, p.266).

Tutelar. (DSC IC3) Cabe lembrar, aqui, as orientações dispostas pelo MEC no documento de orientações e estratégias para organização das CH

O atendimento educacional hospitalar e o atendimento pedagógico domiciliar devem estar vinculados aos sistemas de educação como uma unidade de trabalho pedagógico das Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Educação, como também às direções clínicas dos sistemas e serviços de saúde em que se localizam. Compete às Secretarias de Educação, atender à solicitação dos hospitais para o serviço de atendimento pedagógico hospitalar e domiciliar, a contratação e capacitação dos professores, a provisão de recursos financeiros e materiais para os referidos atendimentos. (BRASIL 2002, p.14. Grifo nosso)

Chama-nos atenção, a abstinência de responsabilidades dos órgãos competentes do estado em relação às CH: *a gente vai sempre esbarrando nessas dificuldades que são a falta de políticas públicas para que a gente possa auxiliar e encaminhar melhor os nossos alunos. [...] Passamos para a Secretaria de Educação correspondente, ela não dando o retorno, nós encaminhamos o caso para o Conselho Tutelar, o Conselho Tutelar não dando retorno a gente encaminha para o Ministério Público, para a Promotoria da Infância e da Juventude e para os raros casos que não tem solução, a gente orienta o paciente a procurar as associações de pacientes ou até mesmo a Defensoria Pública para buscar os seus direitos. (DSC IC3).* A proposta de judicialização para tentar garantir o direito à educação, reflete o desespero do profissional e o desamparo do aluno hospitalizado.

As consequências da falta de clareza em relação à condução educacional aos alunos hospitalizadas refletem na forma como a escola de origem recebe às demandas geradas por esses alunos: *Essa questão é bem trabalhosa aqui, desde o contato com a escola, com o professor, até chegar na secretaria, tem sido bem trabalhoso. Porque tem até professores que têm uma resistência muito grande. No meu caso, eu posso falar das escolas, 50% nos dão esse suporte para dar continuidade e 50%, não mandam as atividades (...)* Nós temos um agravante ainda, que a maior parte das nossas crianças são de zona rural, então, muitas vezes a gente não consegue o contato com a escola, a gente não consegue o contato com o professor, acontece muito de quando a gente consegue não ter o retorno da escola, a escola sequer conhece a criança, então, temos essa realidade aí das escolas regulares. (DSC- IC2). Desta forma, o suporte educacional oferecido ao aluno pela escola de origem, de acordo com o discurso, ainda se mostra precário, seja pela dificuldade de contato com os agentes escolares, seja pelas resistências pessoais que

podem estar ocultando o desconhecimento de como proceder em relação a esses alunos.

6.3 Relação com o aluno e a família

IC1 Famílias: reconhecimento e resistências

DSC: *Se é uma família que incentiva, que acompanha, que faz um acompanhamento escolar da criança, ela é muito mais interessada. Mas, se é uma família que não dá tanta importância para o estudo, aí você não consegue fazer tanta coisa com essa criança. Por eles não saberem que a criança hospitalizada tem o direito de ser atendida, da escola dar esse suporte, às vezes a gente fala e eles perguntam: mas, ele vai ter condições de continuar? A gente tem uma relação muito positiva. A gente trabalha numa perspectiva de acolhimento, tanto a criança, quanto esse acompanhante, seja pai, mãe, avó, tio... explica sobre a escola hospitalar, como é que ela funciona para que a gente possa ter o apoio. Eles ficam muito gratos pelo nosso trabalho. Acontece da gente ter muito isso, um excesso de proteção da criança em razão do adoecimento, então, primeiro que eu quero que o meu filho fique bom de saúde. Depois, eu penso na escola. Então, há essa supervalorização da questão do adoecimento em detrimento da escolarização. Deixa eu terminar tudo aqui, deixa ele melhorar, depois eu vou pensar. Dependendo da patologia, do tratamento, dando o exemplo da oncologia, depois de alguns ciclos de quimioterapia, tem algumas famílias que desistem. Já não acredita mais que será possível, já pedem para ser depois: vamos depois, vamos deixar para o ano que vem, ele não está conseguindo mais. Eu sempre falo da importância porque é também oportunizar que ela tenha o convívio social lá fora com os amigos. A escola... que a vida não pode parar, independentemente do que está acontecendo com a criança, eu acho que o nosso papel é mostrar que a vida tem que continuar. Eu tenho enfrentado muitos problemas com adolescentes abandonando os estudos, e a família é quem vai auxiliar a gente. Que vai incentivar a criança a continuar e em muitos dos casos, que a mãe é quem desiste primeiro e aí não tem muito o que fazer.*

IC2- Alunos: reconhecimento e resistências

DSC: *Eu vejo o próprio reconhecimento da criança, quando ela fala: nossa, tia, eu não vou ficar sem estudar? As minhas atividades, eu vou poder fazer? Alguns são bem assim. Eles se sentem alegres por poderem continuar ali e eu noto muito a questão da autoestima, além dos conteúdos, da escolarização, da continuidade, essa alegria que a gente consegue transmitir ali, essa perspectiva, uma esperança dele poder recuperar logo, deles poderem continuar com as atividades, então, isso é bem positivo e a gente sente bem realizado, de participar desse momento de tanta importância para a criança. Aqui, eu tenho notado bastante receptividade por parte das crianças. Então, isso vai depender muito da enfermidade da criança, do contexto dela, a maioria das vezes, a dificuldade que eu vejo maior, é quando a criança está numa situação bem crítica, a criança não consegue absorver o que a gente tem para*

trabalhar com ela. Mesmo no leito, ela não quer. Eu acho que as crianças, um pouquinho maiores e dependendo da enfermidade, elas têm uma certa resistência a princípio, por conta da condição de saúde delas, eles acham que não tem que fazer atividade de escola, mesmo. As crianças menores, eu percebo que a aceitação é um pouco melhor, eles levam atividades um pouco mais lúdicas, de recreação. Eu percebo que na sala de aula são muitos, e ali são dois ou três, e eles ali percebem esse afeto, mais próximos, principalmente aquelas crianças que apresentam dificuldade no desenvolvimento. Mas, também tem aqueles que eu estou doente e eu não quero fazer nada não. Então, nem tudo são flores e a gente tem esses desafios também. Dar esse apoio, para ele perceber que ele está doente, mas ele vai sair dessa. Tem isso também, eu estou doente, mas, eu vou sair dessa eu vou melhorar, a escola está lá fora e está me esperando. As crianças gostam muito, muito mesmo. Fazem com capricho e gostam de estar lá se desenvolvendo.

O diagnóstico de uma doença que requer hospitalização tende a trazer para o paciente e sua família um desequilíbrio momentâneo, pois exige uma reorganização interna e externa para lidar com a nova situação que se apresenta. É possível perceber o impacto que a internação provoca no sistema familiar ao se escutar as queixas, inseguranças e incertezas. Isso porque a doença é vivenciada coletiva e não individualmente, neste sentido, o adoecimento de um dos membros leva a uma interferência em todo sistema familiar (ROMANO, 1999).

Quando se trata do adoecimento de uma criança, o grau de angústia e estresse no sistema familiar podem ser potencializados porque implica na mudança da rotina de toda a família, especialmente para os pais ou figura substituta, que assumem acompanhar o tratamento

[...] precisam administrar as respostas emocionais da criança ou adolescente e de seus irmãos, moderar suas próprias emoções, estabelecer uma relação e comunicação satisfatórias com o contexto médico-hospitalar, adaptar rotinas profissionais, pessoais e familiares, lidar com ameaças de recaídas, medos e expectativas e ainda zelar pelo bem-estar do filho em tratamento. (KOHLSDORF, 2008, p.26-27).

Esta angústia e cansaço podem ser identificados no discurso: *Acontece da gente ter muito isso, um excesso de proteção da criança em razão do adoecimento, então, primeiro que eu quero que o meu filho fique bom de saúde. Depois, eu penso na escola. [...] Deixa eu terminar tudo aqui, deixa ele melhorar, depois eu vou pensar. [...] depois de alguns ciclos de quimioterapia, tem algumas famílias que desistem. Já não acredita mais que será possível, já pedem para ser depois: vamos depois, vamos deixar para o ano que vem, ele não está conseguindo mais [...] em muitos dos casos, que a mãe é quem desiste primeiro e aí não tem muito o que fazer. (DSC-IC1)*

Os profissionais buscam desenvolver estratégias junto às famílias que auxiliem no enfrentamento do sofrimento advindo da hospitalização: *A gente trabalha numa perspectiva de acolhimento, tanto a criança, quanto esse acompanhante, seja pai, mãe, avó, tio, explica sobre a escola hospitalar, como é que ela funciona para que a gente possa ter o apoio. Eu sempre falo da importância porque é também oportunizar que ela tenha o convívio social lá fora com os amigos. A escola... que a vida não pode parar, independentemente do que está acontecendo com a criança, eu acho que o nosso papel é mostrar que a vida tem que continuar.* (DSC-IC1).

As famílias são parte fundamental no processo gerador de novas condições para que os alunos hospitalizados se sintam encorajados a seguirem sua trajetória escolar durante o tratamento. Cabe aos profissionais inseridos na CH, seguirem “estimulando essas famílias na valorização do tratamento e da escola, com o fim de obter uma visão mais dinâmica do futuro da criança/adolescente” (MATOS; MUGIATTI, 2006, p.125), sem desconsiderar o meio sociocultural e o sofrimento advindo do momento vivido.

Percebe-se que a relação detalhada pelos profissionais junto aos alunos que frequentam a CH é ambígua: *Eu vejo o próprio reconhecimento da criança, quando ela fala: nossa, tia, eu não vou ficar sem estudar? As minhas atividades, eu vou poder fazer? Alguns são bem assim. [...] Eu acho que as crianças, um pouquinho maiores e dependendo da enfermidade, elas tem uma certa resistência a princípio, por conta da condição de saúde delas, eles acham que não tem que fazer atividade de escola, mesmo. As crianças menores, eu percebo que a aceitação é um pouco melhor...* (DSC- IC2)

Como citado no discurso, algumas crianças sentem-se acolhidos pelas propostas educacionais durante a hospitalização e se envolvem prontamente, outros mostram-se resistentes, em especial as de faixa etária maior. Há que se considerar o quanto essa resposta de resistência diz sobre o momento que está sendo vivenciado: *Então, isso vai depender muito da enfermidade da criança, do contexto dela, a maioria das vezes, a dificuldade que eu vejo maior, é quando a criança está numa situação bem crítica, a criança não consegue absorver o que a gente tem para trabalhar com ela.* (DSC- IC2)

É preciso considerar que nem sempre, as crianças conseguem compreender o que está se passando em seus corpos, sentindo-se mal pela dor, imobilização, expectativa em relação a exames e procedimentos, além do afastamento de suas

atividades rotineiras. (ALBERTONI, 2021, p. 07). Estas situações podem gerar desmotivação e requerem olhar atento dos profissionais que atuam na CH. As próprias interações promovidas nesses espaços, podem favorecer a mudança de comportamento do aluno em relação às atividades escolares, no sentido acolher tanto a dor quanto às potencialidades dos alunos: *Eu percebo que na sala de aula são muitos, e ali são dois ou três, e eles ali percebem esse afeto, mais próximos, principalmente aquelas crianças que apresentam dificuldade no desenvolvimento [...] Eles se sentem alegres por poderem continuar ali e eu noto muito a questão da autoestima, além dos conteúdos, da escolarização, da continuidade, essa alegria que a gente consegue transmitir ali, essa perspectiva, uma esperança dele poder recuperar logo, deles poderem continuar com as atividades, então, isso é bem positivo e a gente sente bem realizado, de participar desse momento de tanta importância para a criança.* (DSC- IC2)

Entende-se que ao garantir o direito de acesso e continuidade da vida escolar durante a hospitalização, a criança recebe uma mensagem clara de todos os que estão envolvidos com o seu cuidado, sejam pais, professores, profissionais da saúde: “você tem futuro” (Nucci, 2002). Fica evidente, que os profissionais que participaram da pesquisa, apreenderam esta máxima: *Dar esse apoio, para ele perceber que ele está doente, mas ele vai sair dessa. Tem isso também, eu estou doente, mas, eu vou sair dessa eu vou melhorar, a escola está lá fora e está me esperando.* (DSC- IC2). Esta expectativa de futuro, não deve ser perdida, pois se mostra poderosa quando se luta pela vida.

6.4 Organização e rotinas do trabalho

IC1- Possibilidades

DSC: *Geralmente, a gente atende a todos que estão internados na pediatria, tem todo o projeto da pedagogia hospitalar. As minhas rotinas e os meus planos são feitos semanalmente, e eles mudam com a frequência do dia. De acordo com a demanda que eu tenho e que eu vou executar. A minha sala fica na ala da pediatria, eu passo em todos os leitos chamando as crianças, as que não conseguem ir, eu faço atendimento no leito, ensino aquele suporte ali. Tem dias que tem três crianças, tem dias que tem oito, tem dias que tem dez.... A gente evolui o paciente no sistema também, que é anexado junto no prontuário da criança. Eu faço a busca ativa, tentando identificar todos os dias de manhã, quem está no hospital, quem são as crianças, quais são as faixas etárias no leito. A gente faz esse cadastro, esse acolhimento. É feito um diagnóstico com elas, em geral a gente já tem alguns diagnósticos já prontos para serem usados é muito comum elas estarem com uma*

escolarização bem defasada, e a partir do que ela me apresenta neste diagnóstico, é que eu dou continuidade à escolarização. Quando eu consigo entrar em contato com a escola de origem eu pego o que eles estão estudando lá e é muito comum, quando eu consigo falar, eles estarem trabalhando com multiplicação e a criança não ter um domínio tão concreto da adição, então, eu vou trabalhar com essa base que é a demanda que a criança me apresentou. Temos projetos, mas são projetos mais específicos como a copa, festa junina.... No final, a criança leva todo o material que ela produziu lá na escola.

IC2 - Desafios

DSC: *É muito transitório. Às vezes, eu saio e quando eu volto, não tem quem eu deixei. E é bem rotativo. Eu tento me organizar, mas, ao mesmo tempo, tem as limitações da enfermagem: aplicação de medicação, organização da alimentação, eu tenho todo um plano, que eu não consigo executar dependendo da minha demanda. Eu tenho que alterar, tem que ter toda uma flexibilização dependendo da minha demanda ali com eles. Eu sou só para um hospital com muitos pacientes, não tem como a gente fazer um projeto. Então, de manhã quando eu chego, eu já tiro a lista de pacientes, no sistema, com isso, já sei os que chegaram, e já sei aqueles pacientes que eu vou precisar abordar. Não tem como atender a todos os pacientes, tem pacientes internados lá e que já tem muito tempo, fazendo atividades avaliativas. Então, esses pacientes eu tenho que acompanhar. Eu preciso estar a cada dia em uma ala, onde eu atuo, são quatro. Eu tenho em média, 130 crianças. É muita criança.*

Os profissionais destacaram a organização das rotinas de trabalho na CH, expondo também as dificuldades para se consolidar a ação educativa no ambiente hospitalar. De acordo com o documento do MEC, sobre orientações e estratégias para realização do trabalho das CH: “Compete ao professor adequar e adaptar o ambiente às atividades e os materiais, planejar o dia a dia da turma, registrar e avaliar o trabalho pedagógico desenvolvido.” (BRASIL, 2002, p.22).

Considera-se importante que os profissionais das CH, conheçam as rotinas das instituições de saúde, para que assim, possam integrar as atividades educacionais desenvolvidas ao contexto da internação. A interação junto aos outros profissionais, bem como o acesso aos prontuários dos pacientes também se faz necessário para que o profissional da educação conheça o contexto da internação e as implicações que os procedimentos inerentes ao tratamento, possam exigir adaptações e cuidados especiais. (FONSECA, 2003) *“Eu tento me organizar, mas, ao mesmo tempo, tem as limitações da enfermagem: aplicação de medicação, organização da alimentação, eu tenho todo um plano, que eu não consigo executar dependendo da minha demanda.* (DSC - IC1). Conforme o exposto, as angústias sinalizadas neste trecho do discurso, podem ser minimizadas com a apropriação do fazer educacional hospitalar, como

parte da rotina da internação, entendendo que as atividades educacionais e as ações terapêuticas, estão a favor do aluno e não competem entre si.

Os profissionais relataram a importância de acessarem os alunos, tão logo cheguem ao setor de internação, objetivando o acolhimento da criança e organizando-se para propor as atividades educativas: *eu passo em todos os leitos chamando as crianças [...] Eu faço a busca ativa, tentando identificar todos os dias de manhã, quem está no hospital, quem são as crianças, quais são as faixas etárias no leito* (DSC - IC1). Esta é uma estratégia sugerida por Fonseca (2003) como forma de subsidiar a elaboração de um planejamento mais assertivo. O diagnóstico das habilidades escolares é igualmente citado como estratégia que permite aproximar o conteúdo acadêmico às necessidades do aluno, estas, nem sempre idênticas às enviadas pelas escolas de origem. Sobre as atividades complementares, sugeridas pelos profissionais em forma de projetos pedagógicos, é importante que sejam pensadas de forma a contemplarem “início, meio e fim”, para que:

[...] se a criança precisar sair antes, estratégias de fechamento da atividade devem implementadas, a fim de que ela possa ter a ideia que concluiu o que estava fazendo (...). Quando a criança chega depois de já iniciada alguma atividade, estratégias de inclusão devem ser utilizadas para que não se sinta como que perdida dentro do que está acontecendo na sala de aula (FONSECA, 2003, p. 42).

Neste sentido, o discurso dos profissionais em relação às possibilidades envolvendo a organização das rotinas da CH, passa pela ideia necessária da flexibilidade: *As minhas rotinas e os meus planos são feitos semanalmente, e eles mudam com a frequência do dia.* (DSC - IC1) Contudo, esta mesma ideia de flexibilização, pode ser sentida como fonte de angústia ou desafio: *É muito transitório. Às vezes, eu saio e quando eu volto, não tem quem eu deixei. E é bem rotativo. [...] eu tenho todo um plano, que eu não consigo executar dependendo da minha demanda.* (DSC - IC2)

A organização das rotinas da CH desenvolvidas pelos profissionais que participaram dos grupos focais reflete um contexto de sobrecarga que compromete a qualidade do trabalho e evidencia uma certa frustração: *Eu sou só para um hospital com muitos pacientes, não tem como a gente fazer um projeto. [...] Não tem como atender a todos os pacientes [...] Eu preciso estar a cada dia em uma ala, onde eu atuo, são quatro. Eu tenho em média, 130 crianças. É muita criança!* (DSC - IC2). É importante reconhecer que “mesmo no século XXI, muitas escolas em hospitais

existem por conta da exaustiva luta de alguns professores que tentam garantir o direito à escola também à criança hospitalizada”. (FONSECA, 2012, p. 21).

A análise dos dados aponta para uma certa invisibilização do aluno enfermo no cenário das políticas públicas educacionais, o que reflete igualmente na invisibilização de todo trabalho desenvolvido pelas CH e conseqüentemente dos profissionais que ali estão. O resultado é a precarização da oferta de classes hospitalares no estado de Minas Gerais, uma barreira a mais, para que alunos em tratamento de saúde acessem seu direito a educação e a cultura escolar.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Que educação inclusiva é essa que exclui quem está enfermo?”

(DSC)

Esta pesquisa chega ao final com considerações importantes a respeito de como as Classes Hospitalares estão se estruturando no estado de Minas Gerais. Os atendimentos identificados apresentavam especificidades do fazer educacional, uns mais organizados em relação à estruturação de suas propostas, outros ainda se reconhecendo como espaço educativo no hospital. Contudo, todos apresentaram intencionalidade educativa, portanto, foram considerados para efeitos desta pesquisa, como atendimentos pedagógicos-educacionais hospitalares, nomeados pelo MEC de CH.

Embora evidenciado um aumento de 167% na oferta de CH em sete anos, período entre a última atualização de Fonseca (2015) e este estudo (2022), é preocupante a situação em que se encontra esta modalidade de atendimento educacional, visto que apenas 16 CH foram identificadas em todo território mineiro.

Igualmente preocupante é constatar que os órgãos educacionais representados pelas secretarias de educação - tanto estadual, quanto municipais - não têm assumido o protagonismo desta ação. É na saúde, por meio dos hospitais, que se percebe o movimento de acolher as necessidades educacionais dos alunos hospitalizados, para isso, os hospitais têm incluído no seu quadro de trabalhadores, os pedagogos. Desta forma é preciso reconhecer iniciativas como a da Fundação Hospitalar do estado de Minas Gerais (FHEMIG), que ao entender a necessidade de se prestar uma assistência humanizada ao público pediátrico, numa perspectiva que abarque a globalidade do ser criança, contempla a questão da escolarização como aspecto importante no processo de desenvolvimento dos alunos pacientes. A instituição conta atualmente com três CH nos respectivos hospitais: João XXIII, João Paulo II e João Penido em Juiz de Fora.

Ademais, é necessário reverenciar os esforços dos profissionais que estão na linha de frente na condução desse trabalho, em uma busca incessante na tentativa de atender as demandas educacionais dos alunos hospitalizados, uma luta geralmente solitária, pela garantia do direito básico e fundamental à educação.

Contudo, é preciso problematizar o cenário evidenciado, não no sentido de diminuir os esforços dos que o têm alavancado, mas no sentido de sinalizar responsabilidades dos que têm se omitido neste debate. Cabe perguntar, onde se encontram os órgãos educacionais? A quem compete viabilizar o acesso à educação desses alunos, estimulando inclusive os hospitais a aderirem a um movimento de estruturação das classes hospitalares? Qual o papel de cada entidade da esfera pública, envolvida no cuidado à criança hospitalizada: secretarias de educação, escola de origem e hospitais?

Com o intuito de ouvir a gestão pública dos sistemas de ensino, sobre a oferta da CH, foi enviado um e-mail direcionado às secretarias de educação dos municípios das microrregiões do estado. Dos 66 municípios, conseguimos o contato em site de domínio público de 49 secretarias. Até a finalização desta pesquisa, obtivemos cinco retornos: um declarando que a secretaria está em fase de firmar convênio com um hospital público do município. Outros três retornos, relataram não ter esse atendimento e ainda um que nos sugeriu encaminhar a solicitação para a secretaria de saúde. Foi encaminhado igualmente, e-mail à secretaria estadual de educação, cuja resposta se deu por meio da ouvidoria geral do estado, a qual tivemos o seguinte retorno:

“O Atendimento Educacional via tratamento excepcional em regime de atividades escolares domiciliares ou hospitalares garantem ao estudante a continuidade dos estudos e a continuidade do seu processo de aprendizagem, quando em tratamento de saúde. A regulamentação estadual para a Lei nº 13.716 de 24/09/2018 está em elaboração. Não foram identificadas parcerias ou convênios com hospitais mineiros para atendimento de demandas pedagógicas educacionais de alunos hospitalizados. A SEE já assegura o atendimento educacional por meio do atendimento em regime domiciliar conforme ORIENTAÇÃO ASIE/VIDA ESCOLAR Nº 01/2022 ou por meio do acompanhamento domiciliar a estudantes com internação domiciliar”.

Cabe lembrar que quando uma criança precisa se afastar da escola para um tratamento de saúde, ela não desaparece do sistema, não deixa de existir. Segue viva em algum lugar que não a escola, mas aguardando que suas necessidades sejam atendidas, dentre estas, a escolarização. O tempo da infância não é eterno, entretanto, os prejuízos advindos das omissões e negligências dispensados a este tempo da vida é algo que marca, quando não determina trajetórias de vidas. Neste

sentido, é imperativo afirmar que estes alunos têm pressa e aguardam respostas urgentes do estado na garantia de seu direito educacional.

Igualmente lançado a sombra da invisibilidade é o trabalho dos que estão se dispondo a atender este direito. Uma vez que as secretarias de educação quase não têm assumido responsabilidade na regularização desses espaços, as Classes Hospitalares caminham à margem da *clandestinidade*, sem vínculo aos processos normativos legais, não sendo reconhecidas quanto a sua formalidade, correndo o risco de serem rotuladas como uma espécie de *assistencialismo pedagógico*.

A pesquisa revelou que atendimentos educacionais já foram estruturados pela secretaria estadual em escolas anexas a alguns hospitais de Belo Horizonte, entre as décadas de 1940 a 1990 como parte da Política de Educação Especial da época. É certo que, o modelo ofertado outrora, não caberia nos moldes que se esperam na atualidade. Entretanto, esta experiência pode ser analisada sob a ótica da possibilidade. Isso requer considerar que muito antes das Políticas Públicas de Educação Inclusiva, há mais de 70 anos, alunos hospitalizados eram reconhecidos em seu direito à educação, estavam inseridos dentro de um sistema público de educação, que se organizou para garantir o acesso ao conteúdo escolar durante sua internação. Porque o hiato? Porque não mais agora? Porque foram deixados para trás nas novas propostas e políticas educacionais do estado?

Outro dado relevante evidenciado pela pesquisa e que deve ser considerado nas construções de políticas educacionais diz respeito ao público que mais tem acessado as CH, constituídos majoritariamente por alunos em enfrentamento de doenças crônicas. Este fato esclarece que se tratam de alunos que utilizarão os serviços das CH durante toda a sua trajetória de vida, portanto, precisam encontrar além do suporte educacional nos hospitais, uma parceria bem articulada junto suas escolas de origem e em alguns casos, com o atendimento educacional domiciliar, visto que em contextos agudos da doença, nem sempre na alta hospitalar esses alunos terão condições de retornar ao espaço escolar imediatamente.

Há que se considerar ainda, que as especificidades do universo das patologias repercutem de formas individuais e exigem da mesma forma atendimentos educacionais que considerem esta particularização. A doença não é vivida da mesma forma pelas pessoas, mesmo que acometidas da mesma doença. Ao adoecimento, soma-se às questões de ordem multifatorial que interferem na forma de cada sujeito seguir buscando seus recursos para continuar vivendo.

Assim, como exemplo, uma criança urbana com asma, que acesse os recursos terapêuticos necessários para o controle da doença, não é a mesma criança com asma numa zona rural, que mora numa casa úmida, que pode desencadear processos repetidos de adoecimento, que a leva a várias pequenas internações durante o ano. Igualmente diferente é uma criança em tratamento oncológico que poderá ser afastada da escola por um período de um ano e meio, de outra com fibrose cística que passará sua vida em internações de 20 dias a cada três meses. Ou ainda, de um aluno com anemia falciforme, que não desencadeou desdobramentos que podem interferir no curso dessa doença, com outro aluno com a mesma doença, mas que sofre de dores crônicas que chegam à beira do insuportável a ponto de precisar ser hospitalizado para receber medicação com frequência.

Os exemplos apenas querem ilustrar que não basta a especificação da doença é preciso se considerar individualmente as necessidades educativas de cada aluno, contudo, todos têm direito de acessar os meios que garanta a sua escolarização, apesar da doença, do sofrimento, e dos impactos sociais inerentes a este processo. Desta forma, entende-se que são alunos que precisam de atenção educacional específicas, por isso o posicionamento desta pesquisa de reconhecer que a educação especial numa perspectiva inclusiva é o lugar que tem melhores condições de atender estes alunos considerando a legislação brasileira, pois é onde se poderá acessar as prerrogativas como AEE, PDI, flexibilização curricular, dentre outros, característicos e necessários também a esse público. Cabe ainda a constatação apresentada de que o PAEE, não se apresentou como o público principal da CH, o que não quer dizer que não o seja. O dado reforça a necessidade de uma compreensão que não se encontra clara na legislação atual, que trata a CH apenas aos alunos PAEE. Assim, reforçamos que a CH é direito de todos os alunos que se encontram hospitalizados e afastados da vivência escolar para tratamento de saúde.

Finalizo na esperança de que os dados aqui partilhados, motivem a abertura de diálogos: junto ao poder público estadual, para se pensar políticas públicas educacionais que resgatem o aluno hospitalizado do limbo em que foi arremessado. Junto à sociedade civil para que se amplie a percepção da existência desse aluno e do seu direito à educação. Que o diálogo se fortaleça sobretudo nas esferas acadêmicas, no fomento a novas pesquisas que contemplem especialmente a escuta a esses alunos, aos profissionais das CH e também das escolas de origem. Considera-se igualmente importante, sugerir pesquisas que resgatem mais elementos

da história das CH; que considerem as questões trabalhistas dos profissionais da educação inseridos nos espaços da saúde; e as que esclareçam o lugar do aluno hospitalizado no Censo Escolar.

Comecei esta dissertação citando Dimenstein na lenda “O pescador de Ti”, que narra a história de um pescador surpreendido com crianças que não paravam de descer a correnteza do rio em que ele se encontrava junto com um amigo. Desesperado frente a dificuldade em socorrer uma, enquanto outras desciam correnteza abaixo, ele toma a difícil decisão de deixar o colega que o ajudava, para subir rumo à cabeceira e tentar descobrir quem estava jogando as crianças rio abaixo.

Igualmente a ele, lancei meu olhar de pesquisadora para a situação das Classes Hospitalares no estado de Minas Gerais. A subida rumo à cabeceira desse rio possibilitou inúmeros aprendizados. Alegro-me por ter encontrado outros pescadores pelas margens, sempre no mesmo intuito de retirar os alunos hospitalizados das águas turvas da invisibilidade social e educacional. É difícil constatar que as mãos seguem escassas para esse trabalho. Embora o objetivo da pesquisa de se conhecer a realidade das CH no estado de MG tenha sido alcançado, é perturbadora a visão de que muitos desses alunos, ainda seguirão descendo correnteza abaixo, abandonados à própria sorte. Contudo, agora já sabemos quem está jogando essas crianças no rio.

REFERÊNCIAS

ALBERTONI, L. C. Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Absenteísmo Escolar e Boas Práticas em Pedagogia Hospitalar. **Ensino em Re-Vista**, [S. l.], v. 28, 2021. DOI:10.14393/ER-v28a2021-9. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/emrevista/article/view/60050>. Acesso em: 24 maio. 2023.

ALVES, A. J. O planejamento de pesquisa qualitativa em educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 77, p. 53-61. 1991. Disponível em: <https://publicacoes.fcc.org.br/cp/article/view/1042>. Acesso em: 24 maio. 2023.

ARENDT, H. **A condição humana**. 8 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

AROSA, A. C. C. **Escola no hospital**: Políticas públicas para educação de estudantes hospitalizados. Texto de palestra ministrada no IX EDUCERE – 2009. Disponível em: http://quandoaescolaenhospital.blogspot.com.br/2009_10_01_archive.html. Acesso em: 24 maio. 2023.

AROSA, A. C. C.; SCHILKE, A. L. Quando a escola é no hospital. *In*: AROSA, A. C. C.; SCHILKE, A. L. (orgs.) **Quando a escola é no hospital**: O hospital e a escola no hospital. Niterói: Intertexto, 2008. p. 17-27.

BARROS, A. S. S. Contribuições da educação profissional em saúde à formação para o trabalho em classes hospitalares. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 27, n. 73, p. 257-278, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v27n73/02.pdf>. Acesso em: 24 maio. 2023.

BELO HORIZONTE. Secretaria de Educação. **Orientação ASIE/VIDA ESCOLAR Nº 01/2022**, de 24 de fevereiro de 2022. Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://www.educacao.mg.gov.br/documentos-legislacao/orientacao-asie-vida-escolar-no-01-2022-de-24-de-fevereiro-de-2022/>. Acesso em: 24 maio. 2023.

BORGES, A. A. P. **De anormais a excepcionais**: História de um conceito e de práticas inovadoras em educação especial. Curitiba: Editora CRV, 2015.

BORGES, A. A. P. **Entre tratar e educar os excepcionais**: Helena Antipoff e a psicologia na Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais (1932-1942). 2014. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/38989>. Acesso em: 24 maio. 2023.

BORGES, A. A. P.; CAMPOS, R. H. F. A Escolarização de alunos com deficiência em Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Rio de Janeiro, v. 24, n. especial, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/LQtdqFdyY96ftb3wTchhVxv/>. Acesso em: 24 maio de 2023.

BRANDÃO, C. R. **O que é educação**. 19 ed. São Paulo: Brasiliense, 2013.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 maio. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 2, de 11 de Setembro de 2001**. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>. Acesso em: 24 maio. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 41, de 13 de Outubro de 1995**. Aprova na íntegra o texto da Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Brasília, DF, 1995. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/resolucao-n-41-de-13-de-outubro-de-1995/#:~:text=1.,econ%C3%B4mica%2C%20ra%C3%A7a%20ou%20cren%C3%A7a%20religiosa>. Acesso em: 24 maio. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 1.428, de 12 de setembro de 1854**. Crea nesta Côrte hum Instituto denominado Imperial Instituto dos meninos cegos. Rio de Janeiro: Coleção das Leis do Brasil, 1854. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1428-12-setembro-1854-508506-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 24 maio. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 408, de 17 de Maio de 1890**. Aprova o regulamento para o Instituto Nacional dos Cegos. Rio de Janeiro: Coleção das Leis do Brasil, 1890. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-408-17-maio-1890-509179-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 24 maio. 2023.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 1.044, de 21 de outubro de 1969**. Dispõe sôbre tratamento excepcional para os alunos portadores das afecções que indica. Brasília, DF, 1969. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del1044.htm. Acesso em: 24 maio. 2023.

BRASIL. **Lei de 15 de outubro de 1827**. Manda crear escolas de primeiras letras em todas as cidades, vilas e lugares mais populosos do Império. Rio de Janeiro: Coleção das Leis do Brasil, 1827. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM..-15-10-1827.htm#:~:text=Carta%20de%20Lei%2C%20pela%20qual,Para%20Vossa%20Majestade%20Imperial%20ver... Acesso em: 24 maio. 2023.

BRASIL. **Lei nº 1, de 1837**. Da instrução primária. Rio de Janeiro: Coleção das Leis do Brasil, 1837.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 1996. Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn1.pdf. Acesso em: 24 maio. 2023.

BRASIL. **Lei nº13.716, de 24 de Setembro de 2018**. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para assegurar atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/L13716.htm. Acesso em: 24 maio. 2023.

BRASIL. **Lei nº8.069, de 13 de Julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 24 maio. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.104, de 21 de Março de 2005**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Brasília, DF, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/l11104.htm. Acesso em: 24 maio de 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Classe hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: estratégias e orientações**. Brasília: MEC/SEESP, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/livro9.pdf>. Acesso em: 24 maio. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução Nº 4, de 2 de Outubro de 2009**. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf. Acesso em: 24 maio. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial**. Brasília: MEC/SEESP, livro 1, 1994.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC/SEEP, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducoespecial.pdf>. Acesso em: 24 maio. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doe_ncas_cronicas.pdf. Acesso em: 24 maio. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://www.google.com/url?q=https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_n

[acional_humanizacao_pnh_folheto.pdf&sa=D&source=docs&ust=1685125775741603&usq=AOvVaw0ZbRdaLS0JAVBs4FXXVBfZ](#)

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2020.

CASCÃO, I. L. L.; COVIC, A. N. **A luta por reconhecimento da escola hospitalar**. Curitiba: Appris, 2022.

CECCIM, R. B. Classe Hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. **Revista Pedagógica Pátio**, [s. l.], v. 3, n. 10, p. 41-44, 1999. Disponível em: <http://cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/84/classehospitalarceccimpatio.pdf>.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. (orgs.) **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 1997.

CELLARD, A. A análise documental. *In*: POUPART, J *et al* (orgs). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 295-316.

CIRINO, O. **O que foi feito de nós: pesquisa sobre os egressos do Centro Psico-Pedagógico da FHEMIG**. II Encontro Latino- Americano e VI Encontro Internacional da Rede de Alternativas à Psiquiatria. Belo Horizonte, 1983.

COVIC, A. N.; OLIVEIRA, F. A. M. **O aluno gravemente enfermo**. São Paulo: Cortez Editora, 2011

CUNHA, N. H. S. **Brinquedoteca: um mergulho no brincar**. 4 ed. São Paulo: Aquariana, 2007

DANTAS, J. L. L.; MOURA, R. M. A brinquedoteca e as experiências de uma brinquedista no maior hospital de urgência e emergência da rede pública de Minas Gerais. *In*: KISHIMOTO, T. M.; VIEGAS D.; TEIXEIRA, S. R. O. (orgs). **Tratado da Brinquedoteca Hospitalar: Humanização, teoria e prática**. Rio de Janeiro: WAK, 2022. p. 113-122

DANTAS, J. L. L. “Viver é muito perigoso” a prática pedagógica hospitalar em tempos de pandemia: uma reflexão à luz de Grande Sertão: Veredas. **Pedagogia em Ação**, Belo Horizonte, v.13, n. 1, 2020, p 226-236. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pedagogiacao/article/view/23766>. Acesso em: 24 maio. 2023.

DIMENSTEIN, G. **Pescador de Ti**. Capa de Álbum: Milton Nascimento, 1994.

FARIAS, V. L. N.; BRESSOUX, P. Os impactos da nota sobre a auto-estima dos alunos de 11 e 12 anos. *In*: SEMOC-SEMANA DE MOBILIZAÇÃO CIENTÍFICA-AGENDA 21 COMPROMISSO COM A VIDA, 11, **Anais [...]**. Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2008. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/3658/1/Os%20impactos%20da%20nota%20sobre%20a%20auto-estima.pdf>.

FIGUEIREDO, M. Z. A; CHIARI, B. A; GOULART, B. N. G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 25, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931>. Acesso em: 24 maio. 2023.

FONSECA, E. S. A escola da criança doente. In: JUSTI, E. M. Q.; FONSECA, E. S.; SOUZA, L. R. S. (orgs). **Pedagogia e escolarização no hospital**. Curitiba: InterSaberes, 2012. p. 13-29.

FONSECA, E. S. A escolaridade na doença. **Educação**, Santa Maria, v. 45, p. 1-19, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/1171/117162553013/html/>. Acesso em: 24 maio. 2023.

FONSECA, E. S. **Atendimento escolar no ambiente hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Editora MEMNON, 2003.

FONSECA, E. S. **Atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados**: realidade nacional. Brasília: MEC/INEP, 1999. Disponível em: <http://td.inep.gov.br/ojs3/index.php/td/article/view/3781/3508>. Acesso em: 24 maio. 2023.

FONSECA, E. S. Classe hospitalar e atendimento escolar domiciliar: direito de crianças e adolescentes doentes. **Revista Educação e Políticas em Debate**, Uberlândia, v. 4, n. 1, 2015. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/revistaeducaopoliticas/article/view/31308>. Acesso em: 24 maio. 2023.

FONSECA, E. S. Problematizando o Atendimento Escolar Hospitalar E/Ou Domiciliar. In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M. A; LOURENÇO, G. F. (Orgs.). **Aparando arestas**: das políticas às práticas de inclusão escolar. Marília, SP: ABPEE. 2018. p. 179-188.

FONTES, R. S. A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. **Revista Brasileira de Educação**. São Paulo, n. 29, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/gJN94n3wRvTyCZnPnnJzQzv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 24 maio. 2023.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 4 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, N. Analfabetismo da população brasileira nas análises de Giorgio Mortara sobre o censo de 1940. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v.

39, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/yLwbwzLcNBGRXsScPHmGTCm/#> Acesso em: 24 maio. 2023.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 2021.
<http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/36991>. Acesso em: 24 maio. 2023.

JANNUZZI, G. M. **A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI**. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2006.

JANNUZZI, G. M. Algumas concepções de educação do deficiente. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 9-25, 2004. Disponível em: <http://www.rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/view/235>. Acesso em: 24 maio. 2023.

KEY, E. O século da criança. Nova York: G. P. Putnam Sons, 1900.

KOHLSDORF, M. **Análise das estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças e adolescentes em tratamento de leucemia**. 2008. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) - Universidade de Brasília. 2008. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13992/1/2008_MarinaKohlsdorf.pdf. Acesso em: 24 maio. 2023.

LOPES, J. J. M. **Terreno Baldio: um livro para balbuciar e criançar os espaços para desacostumar geografias, por uma teoria sobre a espacialização da vida de bebês e crianças**. São Carlos: Pedro e João Editores, 2021

LOPES, J. J. M.; PAULA, S. R. V. Órfãos de espaço. **Instrumento - Revista de Estudo e Pesquisa em Educação**, Juiz de Fora, v. 24, n. 2, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/index.php/revistainstrumento/article/view/37030>. Acesso em: 24 maio. 2023.

MADRUGA, S. **Pessoas com deficiência e direitos humanos: ótica da diferença e ações afirmativas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

MATOS, E. L. M.; MUGIATTI, M. M. T. F. **Pedagogia Hospitalar: a humanização integrando educação e saúde**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MAZZOTTA, M. J. S. **Educação Especial no Brasil: histórias e políticas públicas**. 6 ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

MAZZOTTA, M. J. S.; SOUSA, S. M. Z. Inclusão escolar e educação especial: considerações sobre a política educacional brasileira. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 5, n. 9, 2000. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282000000200007. Acesso em: 24 maio. 2023.

MCCOWAN, T. O direito universal à educação: silêncios, riscos e possibilidades. **Praxis Educativa.**, Ponta Grossa, v. 6, n. 1, p. 9-20, 2011. Disponível

em: <https://revistas.uepg.br/index.php/praxiseducativa/article/view/2714/1995>. Acesso em: 24 maio. 2023.

MELETTI, S. M. F.; BUENO, J. G. S. O impacto das políticas públicas de escolarização de alunos com deficiência: uma análise dos indicadores sociais no Brasil. **Linhas Críticas**, [s. l.], v. 17, n. 33, p. 367–384, 2011. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/3739>. Acesso em: 24 maio. 2023.

MINAS GERAIS. Conselho Estadual de Educação. **Resolução nº 213, de 08 de Maio de 1975**. Fixa normas gerais e preliminares para educação do excepcional. Minas Gerais, 1975.

MINAS GERAIS. Conselho Estadual de educação. **Resolução nº 460, de 12 de Dezembro de 2013**. Consolida normas sobre a Educação Especial na Educação Básica, no Sistema Estadual de Ensino de Minas Gerais, e dá outras providências. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/pdf/CEE-MG_Resolucao460.pdf. Acesso em: 24 maio. 202.

MINAS GERAIS. Escola Estadual Yolanda Martins Silva. **Regimento Escolar da E. E. Yolanda Martins Silva**. Belo Horizonte: E. E. Yolanda Martins Silva, 04 mar. 1991.

MINAS GERAIS. **Resolução SEE nº 4.692, de 29 de Dezembro de 2021**. Dispõe sobre a organização e o funcionamento do ensino nas Escolas Estaduais de Educação Básica de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <RESOLUCAO-SEE-No-4.692-DE-29-DE-DEZEMBRO-DE-2021.pdf>. Acesso em: 24 maio. 2023.

MINAS GERAIS. Secretaria do Interior. **Decreto nº 7.970, de 15 de Outubro de 1927**. Aprova o regulamento do ensino primário. Minas Gerais: Assembleia de Minas Gerais, 1927.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Educação. Delegacia Regional de Ensino. Setor 88 - Ensino Especial da 1. DRE. **Ofício n. 07/77**. Belo Horizonte: 1 DRE, 31 mar. 1977. [Relacionamento Escola x Pacientes - Alunos x Comunidade Hospitalar].

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Educação. **Histórico da Escola Estadual Anexa ao Hospital Dr. Baeta Vianna**. Belo Horizonte: SEE, 09 jul. 1977.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Educação. **Relatório Final de Encerramento das Atividades da Escola** [Estadual Eleonora Mariano Silva - Educação Especial]. Belo Horizonte, 29 jun. 1984.

MORAES, M. A. P.; ALBERTONI, L. Professor da Classe Hospitalar: Um Elo entre o Aluno e a Escola de Origem. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL, 7, 2016, São Carlos. **Anais [...]** Campinas, 2016. Disponível em: <<https://proceedings.science/cbee/cbee7/trabalhos/professor-da-classe-hospitalar-um-elo-entre-o-aluno-e-a-escola-de-origem?lang=pt-br>> Acesso em: 29 abr. 2023.

MULLER, T. M. P.A primeira escola especial para crianças anormais no distrito federal: o Pavilhão Bourneville (1903-1920). **Revista Brasileira de Educação Especial**, Rio de Janeiro, v. 6 n. 1, 2000. Disponível em: <https://abpee.net/pdf/artigos/art-6-5.pdf> Acesso em: 24 maio. 2023.

NICOLAU, K. W.; ESCALDA, P. M. F.; FURLAN, P. G. Método do Discurso do Sujeito Coletivo e Usabilidade dos Softwares Qualiquantisoft e DSCsoft na Pesquisa Qualiquantitativa em Saúde. **Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science**, Goiás, v. 4, n. 3. 2015. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/fronteiras/article/view/1413>. Acesso em: 24 maio. 2023.

OLIVEIRA, A. F. Políticas públicas educacionais: conceito e contextualização numa perspectiva didática. In: OLIVEIRA, A. F.; PIZZIO, A.; FRANÇA, G. (Orgs). **Fronteiras da Educação: desigualdades, tecnologias e políticas**. Góias: Editora PUC Goiás, 2010.

OLIVEIRA, T. C. **Políticas Públicas de Educação Inclusiva e Formação de Professores: debatendo a Classe/Escola Hospitalar**. 2019. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://lepedi-ufrrj.com.br/wp-content/uploads/2020/07/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Tyara-Carvalho-de-Oliveira.pdf>. Acesso em: 24 maio de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório**. Brasília, 2003. página 15

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: OMS, 2003. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_inovadores.pdf

ORTIZ, L.; FREITAS, S. N. **Classe Hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação**. Santa Maria: Editora UFSM, 2005.

PACCO, A. F. R. **Formação colaborativa reflexiva de professores para o atendimento escolar hospitalar**. 2020. Tese (Doutorado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/13180?show=full>. Acesso em: 24 maio. 2023.

PACCO, A. F. R. **Panorama das Classes Hospitalares Brasileiras: formação e atuação docente, organização e funcionamento**. 2017. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/8687?show=full>. Acesso em: 24 maio. 2023.

PACHECO, M. C. P. **Escolarização Hospitalar e a Formação de Professores na Secretaria Municipal de Educação de Curitiba no período de 1988 a 2015**. 2017.

Dissertação (Mestrado em) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2017.

PAULA, E. M. A. T. de. pedagogia de projetos nas escolas dos hospitais: estratégia coletiva de construção de conhecimentos. *In*: SCHILKE, A. L.; NUNES, L. B.; AROSA, A. C. (org.). **Atendimento escolar hospitalar: saberes e fazeres**. Niterói: Intertexto, 2011. p. 57-65.

PEREIRA, M. C. O.; TREVENZOLI C. D. S.; PIAZZI, L. C.; CLARA, R. R. Atendimento pedagógico-educacional em classe hospitalar no município de Belo Horizonte: breve histórico. **Caderno de Educação**, Minas Gerais, v. 1, n. 48, 2016, p. 93-103. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/cadernodeeducacao/article/view/1845>. Acesso em: 24 maio. 2023

POWELL, R.; SINGLE, H. Focus groups. **Internacional Journal of Qualit in Health Care**, v. 8, n. 5, p. 499-504, 1996.

RESENDE, A. C.; NÓBREGA, S.; MOREIRA, T. Experiência das Pessoas com Deficiência nos Serviços de Saúde: Contribuição para a Formação Profissional. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE HUMANIDADES & HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE, 2014, São Paulo. **Proceedings [...]**. São Paulo: Blucher, v. 1, n. 2, 2014. Disponível em: DOI 10.5151/medpro-cihhs-10308. Acesso em 24 maio de 2023.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SANATÓRIO IMACULADA CONCEIÇÃO. Santa Casa de Belo Horizonte. **Histórico Escolar**. Belo Horizonte: Santa Casa, s. d. 2p.

SARAVIA, E. Introdução à Teoria da Política Pública. *In*: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. **Políticas públicas**; coletânea. Brasília: ENAP, 2006. v 1. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1254/1/cppv1_0101_saravia.pdf. Acesso em: 24 maio. 2023.

SCHILKE, A. L.; NASCIMENTO, F. F. Ser professor em um hospital: uma discussão acerca da sua formação. *In*: AROSA, A. C; SCHILKE, A. L. (orgs). **A escola no Hospital: espaço de experiências emancipadoras**. Niterói: Intertexto, 2007. p. 95-104.

SCHILKE, A. L.; NUNES, B. L.; AROSA, A. C. C. (orgs.). **Atendimento Escolar Hospitalar: saberes e fazeres**. Niterói: Intertexto, 2011.

SIMMEL, G. O estrangeiro. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, Universidade Federal da Paraíba, v. 4, n. 12, dez. 2005. João Pessoa: GREM, 2005. Tradução de: Soziologie. Berlim, Duncker e Humblot Editores, 1908, pp. 509 a 512. Disponível em: < <http://grem-sociologiaantropologia.blogspot.com>>

TINÓS, L. M. S; GONÇALVES, S. M. M. O curso de Pedagogia e a atuação na classe hospitalar: os caminhos da formação pelo olhar de graduandos. **Revista Educação Popular**, Uberlândia, v. 16, n. 1, p. 117- 127, 2017. Disponível em:

TONELLI, E.; LAGES, J. G. **História da Pediatria em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Água Branca, 2017.

UNESCO. **Declaração de Salamanca sobre princípios, política e práticas na área das necessidades educativas especiais**. Espanha, 1994. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139394>. Acesso em: 24 maio. 2023.

VASCONCELOS, S. M. F. Intervenção escolar em hospitais para crianças internadas: a formação alternativa re-socializadora.. In: I CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 1., 2006, . [**Proceedings online...**] Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000092006000100048&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 24 maio. 2023.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O GRUPO FOCAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da Pesquisa: “Enquanto se vive... Entre o direito e o acesso: Diagnóstico das Classes Hospitalares no estado de Minas Gerais” Nome da orientadora: Profa Dra Adriana Araújo Pereira Borges Nome da orientanda: Jacqueline Luiz Leite Dantas. Número do CAEE: 53287421.1.0000.5149

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário desta pesquisa. Este documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido visa assegurar seus direitos como participante e é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para as pesquisadoras. Todas as páginas serão rubricadas pelo participante da pesquisa e pela pesquisadora responsável, além de ambas as assinaturas, na última página. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

1. Justificativa e objetivos: A pesquisa tem como finalidade coletar informações dos (as) profissionais, atuantes nas Classes Hospitalares de Minas Gerais, sobre o trabalho pedagógico desenvolvido junto aos alunos em tratamento de saúde durante a hospitalização, bem como dos desafios encontrados para realização dessa prática. Para tanto, nesta etapa da pesquisa, será realizado um grupo focal, a fim de possibilitar um espaço de diálogo sobre a temática estudada, troca de saberes, relatos de experiências, exposição de percepções, entre outros. A análise dos dados será feita com base na metodologia de pesquisa qualitativa, a partir da análise do conteúdo.

2. Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal sob coordenação das pesquisadoras que será constituído de profissionais que atuam em classes hospitalares no estado de Minas Gerais. O grupo focal será conduzido a partir de um roteiro, apresentado previamente aos participantes e ocorrerá em um único encontro virtual na Plataforma “Teams”, com link de acesso

informado previamente aos participantes pelas pesquisadoras. Trata-se da plataforma utilizada pela UFMG, considerada um ambiente virtual isento de distorções, com entrada controlada, para possibilitar maior aproveitamento na obtenção de todas as informações. Ressalta-se que os (as) participantes serão contatados para maiores informações sobre condições de acesso. A duração do grupo está prevista para no mínimo 60 minutos a no máximo duas horas e o diálogo será gravado para ser transformado em texto, o que possibilita uma maior dedicação de todos no processo grupal.

Você autoriza a gravação em vídeo dessa pesquisa, bem como a utilização dos depoimentos para fins científicos e de estudos? () SIM () NÃO.

OBS: O não acesso a plataforma Teams e a não concordância com a gravação é condição indispensável para a participação no grupo focal.

3. Riscos e desconfortos: Pode ser que haja possíveis constrangimentos, retornos emocionais, dificuldades na fala, entre outros. Pode haver ainda, constrangimentos pelo não domínio das ferramentas ou por problemas técnicos (como falta de luz e sinal precário de internet). Além disso, há uma limitação pelo próprio distanciamento não permitir a captura mais sutil de expressões e sentimentos, sendo que será fornecido suporte por parte das pesquisadoras aos participantes em quaisquer circunstâncias.

4. Benefícios: Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, espera-se que este estudo traga benefícios que contribuam para atuação dos profissionais no setor educacional e para o desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento das posturas adotadas diante da educação inclusiva, além de permitir compreender as dificuldades enfrentadas para organização do trabalho pedagógico desenvolvido nos hospitais. Dessa forma, você poderá contribuir para a melhoria dos trabalhos desenvolvidos que evidenciam as conquistas e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais que atuam nesses espaços para a garantia do direito à educação dos alunos em tratamento de saúde, colaborando com possíveis encaminhamentos que buscam fomentar Políticas Públicas Educacionais Inclusivas. Além disso, um conhecimento será construído a partir desta pesquisa e poderá reunir contribuições teóricas que apontem novos caminhos.

5. Formas de Acompanhamento e Assistência: esclarecemos ainda que se, porventura, houver necessidade de acompanhamento e assistência aos participantes que apresentem algum tipo de dificuldade, estes poderão comunicar as moderadoras

do grupo para as devidas orientações e assistências seja psicológica, pedagógica, médica ou outra.

6. Sigilo e Privacidade: informamos aos participantes do grupo focal que as pesquisadoras não poderão garantir o sigilo e anonimato, uma vez que elas não têm controle sobre as ações dos participantes após a realização deste. Para minimizar o risco, esclarecemos que haverá orientação para o sigilo e confidencialidade do que for conversado no grupo focal; Já em relação aos resultados, estes serão divulgados exclusivamente com objetivos científicos e em hipótese alguma você será identificado. O material e os dados da pesquisa, contendo gravações, fichas individuais e todos os demais documentos utilizados para a coleta de dados serão armazenados em local seguro, sob responsabilidade das pesquisadoras, por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução 466/12.

7. Ressarcimento e indenização: Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, garantindo reparação diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Caso sinta que sofreu algum dano, você poderá pleitear indenização.

8. Contato: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras, Prof.a Dra. Adriana Araújo Pereira Borges. Endereço profissional: Faculdade de Educação/FAE da UFMG, 1519, localizada na Av. Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha em Belo Horizonte, Tel.: (31) 34094592. E-mail: adriana.fha@gmail.com ou com a Mestranda Jacqueline Luiz Leite Dantas. Tel.: (31) 98886.1962. E-mail: (jacquelineldantas@gmail.com). Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMG localizado na Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2o andar-sala 2005, Campus Pampulha em Belo Horizonte, telefone (31)34094592. Contamos com sua colaboração e esperamos que você responda às questões de acordo com sua realidade e com sua prática.

Desde já, agradecemos a sua participação.

.....
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em

participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Nome do (a) participante da pesquisa:

Contato telefônico _____

Data _____ / _____ / _____

.....

Responsabilidade das Pesquisadoras: Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Prof.a Dra. Adriana Araújo Pereira Borges Adriana

Orientadora

Jacqueline Luiz Leite Dantas

Orientanda

Data _____ / _____ / _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O QUESTIONÁRIO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a responder um questionário autoaplicável referente a pesquisa intitulada: Enquanto se vive... Entre o direito e o acesso: Diagnóstico das Classes Hospitalares no estado de Minas Gerais. O objetivo desta pesquisa é compreender como estão estruturadas e como funcionam as Classes Hospitalares existentes no estado de Minas Gerais. Sua participação é voluntária, você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Garantimos o sigilo da sua identificação, os dados que se pretendem tornar explícitos nessa pesquisa são os que identificam os hospitais mineiros que já disponibilizam a oferta do atendimento das Classes Hospitalares que irão colaborar com a organização de um cadastro estadual.

Os dados referentes a organização do serviço quanto a existência de espaço físico próprio, do perfil do público atendido, da celebração de convênios ou parcerias entre secretarias de educação, saúde, universidades, ou outros, bem como todas as outras questões que visam identificar como funcionam as Classes Hospitalares no estado de Minas Gerais, serão computadas como dados agrupados, não individuais, o que garante, portanto que suas respostas sejam computadas de maneira sigilosa. Os resultados serão divulgados exclusivamente para fins científicos e os dados da pesquisa serão armazenados em local seguro, sob responsabilidade das pesquisadoras, por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução 466/12. Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto.

Entretanto, você estará colaborando para que este estudo traga benefícios que contribuam para atuação dos profissionais no setor educacional e para o desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento das posturas adotadas diante da educação inclusiva, além de permitir compreender as dificuldades enfrentadas para organização do trabalho pedagógico desenvolvido nos hospitais. Visando minimizar os riscos sofridos pelos (a) colaboradores (as) frente às reflexões, recordações e expectativas provocadas pela pesquisa, pretendeu-se elaborar perguntas bem estruturadas, bem

como disponibilizar o maior número de informações, almejando diminuir, de antemão, os mesmos. Além disso, pode existir um desconforto ou cansaço ao preencher o questionário, portanto foi estimado o tempo de 10 a 15 minutos para conclusão, caso isso aconteça, você poderá pausar o preenchimento, não responder à questão ou desistir da participação, sem qualquer penalidade, em qualquer momento e caso sinta que sofreu algum dano, você poderá pleitear indenização.

A via desse termo, será disponibilizada no link abaixo: (o Link será incluído quando gerar o formulário). Para qualquer outra informação, assistência, ou se ainda você tiver interesse em saber sobre os resultados da pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Jacqueline Luiz Leite Dantas através do e-mail: jacquelineldantas@gmail.com que está sendo orientada pela Profa. Dra. Adriana Araújo Pereira Borges. No caso de dúvidas éticas, você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa, localizado na Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2o andar- sala 2005, Campus Pampulha em Belo Horizonte, telefone (31)34094592. A análise dos questionários permitirá traçar o perfil das classes hospitalares de Minas Gerais e evidenciar as conquistas e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais que atuam nesses espaços para a garantia do direito à educação do aluno e tratamento de saúde e assim, colaborar com possíveis encaminhamentos que buscam fomentar Política Públicas Educacionais Inclusivas. Contamos com sua colaboração e esperamos que você responda às questões de acordo com sua realidade e com sua prática. Desde já, agradecemos a sua participação.

.....
 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi informações sobre como acessar a minha via deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo. () SIM () NÃO

Nome do (a) participante da pesquisa:

 Contato: e-mail /telefone _____
 Data ____/____/____

.....
 Responsabilidade das Pesquisadoras: Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na

obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Orientadora: Adriana Araújo Pereira Borges Orientanda: Jacqueline Luiz Leite Dantas

Belo Horizonte, _____ de _____ de 202_.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Você concorda com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido acima?

1- Nome completo:

2- E-mail:

3- Telefone (opcional):

4- Idade:

5- Sexo:

6- Escolaridade:

7- Qual é a sua Graduação

() Pedagogia () Letras () Matemática () Ciências Biológicas () História

() Geografia () Artes () Educação Física

8- Hospital em que trabalha atualmente

9- Categoria do hospital em que atua

() Público (pertencente ao Sistema Único de Saúde - SUS)

() Filantrópico (Leitos do SUS)

() Privado (Leitos do SUS)

() Privado

10- Tempo de atuação no hospital como profissional da educação.

() 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () 11 a 15 anos () 16 a 20 anos () mais de 20 anos

11- Vínculo empregatício atual

() CLT () Estatutário () Outro

12- Qual o perfil epidemiológico dos alunos atendidos? Caso necessário marque mais de uma opção.

() Clínica Geral () Oncologia () Doenças Crônicas (Diabetes, Anemia Falciforme, Fibrose Cística, Cardiopatias, Nefropatias, Neuropatias, etc.)

() Cirurgia Geral () Traumas e Queimaduras () Neurologia

13- Qual a média de internação dos alunos atendidos?

() 1 a 5 dias () 6 a 10 dias () 11 a 15 dias () 16 a 30 dias () acima de 30 dias

14- Há quanto tempo existe o atendimento pedagógico-educacional hospitalar nessa instituição?

- 01 a 05 anos 06 a 10 anos 11 a 15 anos 15 a 20 anos
 Há mais de 21 anos Não sei Informar

15- Na sua percepção, o trabalho pedagógico desenvolvido neste hospital, apresenta qual o enfoque?

- Educacional Recreativo

16- Como você nomeia o atendimento que você presta ao escolar hospitalizado?

- Classe Hospitalar Pedagogia Hospitalar Escola Hospitalar Outro

17- Esse atendimento está vinculado:

- Ao próprio Hospital A Secretaria Municipal de Educação
 A Secretaria Estadual de Educação A um projeto de extensão universitária
 A um projeto voluntariado Outro

18- Quantos profissionais compõem a equipe pedagógica-educacional hospitalar?

- Apenas 1 De 02 a 04 De 05 a 10 Acima de 11

19- Os alunos atendidos pelo serviço pedagógico- educacional prestado no Hospital são majoritariamente advindos: (Caso necessário marque mais de uma opção).

- Da rede pública estadual de ensino Da rede pública municipal de ensino
 Instituições de ensino privado (escolas particulares)

20- Qual a modalidade de ensino mais atendida no seu serviço? (Caso necessário marque mais de uma opção).

- Educação Infantil Ensino Fundamental I Ensino Fundamental II
 Ensino Médio

21- Qual a faixa etária atendida? (Caso necessário marque mais de uma opção).

- 0 a 4 anos 05 a 09 anos 10 a 14 anos 15 a 18 anos

22- O serviço possui espaço físico próprio?

- Sim Não

23- Que outros espaços dentro do hospital são utilizados para realização do atendimento pedagógico-educacional? (Marcar mais de uma opção se necessário)

- Leito Refeitório Brinquedoteca Corredor Outro

24- Que materiais ou recursos pedagógicos o serviço possui: (Marcar mais de uma opção se necessário)

) Papelaria em geral (lápis, caderno, borracha, lápis de cor, etc)

) Mobiliário (cadeiras, carteiras, armários)

) Brinquedos e jogos pedagógicos

) Livros didáticos e de literatura

) Recursos audiovisuais (TV, DVD, Aparelho de som)

) Recursos tecnológicos: (Computador, tabletes, impressora)

) Acesso à internet

) Acesso a telefone e ramal direto

25- Considera esses recursos e materiais suficientes para realização do trabalho?

) sim) não) Em parte

26- Os recursos listados para realização do trabalho pedagógico educacional são geralmente custeados:

) Pelo centro de custos do hospital

) Pelo centro de custos da secretaria municipal de educação à qual o serviço está vinculado.

) Pelo centro de custos da secretaria estadual de educação à qual o serviço está vinculado.

) Por meio de doações de pessoas físicas e/ou jurídicas.

27- Das atividades elencadas abaixo, marque somente as opções que correspondem às atividades desenvolvidas pelo trabalho pedagógico- educacional realizado no hospital: (Marcar mais de uma opção se necessário)

) Acompanhamento curricular (realização das atividades encaminhadas pela escola de origem)

) Contato com escola de origem (Para articulações e construção de plano de atendimento individual do aluno)

) Recreação

) Matrículas de alunos afastados da escola

) Reforço escolar

) Desenvolvimento de atividades pedagógicas planejadas pelo serviço hospitalar

) Aplicação de provas e avaliações

- Promoção de eventos culturais
- Participação em corridas de leito junto a equipe
- Evolução educacional no prontuário do aluno paciente
- Articulação para atendimento pedagógico domiciliar
- Coordenação Pedagógica

28- Você participa como membro da equipe multiprofissional do Hospital, sugerindo intervenções para assistência integral ao aluno-paciente?

- Sim Não

29- Considera o seu profissional valorizado?

- Sim Não Em parte

30- Participa de treinamentos e capacitações?

- Sim. Oferecidas pelo Hospital
- Sim. Oferecidas pelas Secretarias de Educação
- Sim. As que eu consigo custear, ou buscar espontaneamente.
- Não

31- Considerando o trabalho pedagógico-educacional desenvolvido junto aos alunos hospitalizados público alvo da Educação Especial/PAEE (aqueles com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e com altas habilidades / superdotação). O quantitativo desses alunos correspondem:

- O PAEE constitui a maior parte dos atendimentos
- O PAEE constitui algo como metade dos atendimentos
- O PAEE constitui poucos atendimentos
- O PAEE não é atendido

32- O hospital possui Brinquedoteca?

- Sim Não

33- Quais as dificuldades encontradas para realização do trabalho? (Marcar mais de uma opção se necessário).

- Recursos humanos escassos
- Recursos materiais escassos

- Desarticulação do trabalho desenvolvido no hospital com a rede de apoio externa (escolas de origem do aluno, secretarias de educação, conselho tutelar, etc)
- Desconhecimento social do trabalho realizado
- Formação precária
- Desvalorização do profissional junto a equipe hospitalar
- Falta de regulamentações, leis e políticas públicas para atender esse público específico
- Falta de regulamentações trabalhistas para atuar na área hospitalar.
- Apoio ausente por parte da família

34- Você aceitaria integrar a segunda fase desta pesquisa que consiste na participação em um Grupo Focal a ser realizado no formato virtual, com no máximo 1h30 de duração, com o objetivo de compreender melhor o trabalho desenvolvido, as dificuldades enfrentadas, as possibilidades e desafios que envolvem as Classes Hospitalares no estado de MG? Agradecemos a sua colaboração!

- Sim Não

APÊNDICE D – QUESTÕES NORTEADORAS PARA O GRUPO FOCAL

BLOCO TEMÁTICO	PERGUNTA	OBJETIVOS
1- Percurso na Classe Hospitalar.	<ul style="list-style-type: none"> - Qual a trajetória de vocês no palco da Classe Hospitalar? - Que percepção vocês têm a respeito da inserção do profissional de educação dentro do hospital - Como vocês se sentem como profissionais da educação inseridos no contexto da saúde? 	Tornar o ambiente mais agradável permitindo aos participantes falarem sobre seus percursos e percepção do seu fazer pedagógico no hospital.
2- Processos formativos para atuação nas CH	<ul style="list-style-type: none"> - O que você considera sobre sua formação para atuação na CH? - Você se sente preparado? -Você sente desejo ou necessidade de aprender mais sobre seu trabalho? - Que demanda você teria de formação? 	- Identificar a percepção sobre a formação.
3- Trabalho em equipe	<ul style="list-style-type: none"> - Como você se sente em relação às equipes de trabalho do hospital? - E em relação às equipes educacionais (SEE, SMED, escola, professores do aluno que atende, diretor, outros profissionais) <p>As equipes do hospital ou às vinculadas ao ensino (SEE, SMED, etc.) oferecem algum suporte para sua atuação?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como a solicitação de atendimento do aluno/paciente chega até vocês? - Vocês consideram que existe um trabalho conjunto entre a CH e as escolas de origem dos alunos ou equipes de ensino? E com as equipes profissionais do hospital? Quais profissionais/equipes vocês consideram mais colaborativos com o serviço? 	Compreender o relacionamento entre os envolvidos no processo (profissional da CH e profissionais do hospital e externos: escola de origem do aluno, SEE, SME) e as dificuldades encontradas.
4- Relação com a família	Vocês consideram que as famílias auxiliam no processo educacional do aluno durante a internação? A Família: Compreende a necessidade do atendimento? Reconhecem o direito à Educação do aluno em tratamento?	Compreender o relacionamento entre os envolvidos (Profissional da CH e Família) frente ao atendimento escolar hospitalar e as dificuldades encontradas.

5- Relação com o aluno	<p>Como se dá a comunicação entre os atores CH, escola de origem e família?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como vocês percebem a recepção do aluno com as atividades desenvolvidas na CH. - Relatem as dificuldades que vocês percebem na condução do trabalho com o aluno. (Perspectiva do aluno X Perspectiva do profissional) - Relatem os aspectos que considerem positivos nesse percurso. 	Compreender o relacionamento entre os envolvidos no processo (Profissionais da CH e alunos) e as dificuldades encontradas.
6- Sobre a organização e condições de trabalho da CH	<ul style="list-style-type: none"> - Como são organizadas as rotinas de trabalho? - Que demandas são mais recorrentes? - Existem registros formais? (Diário de Classe, Projeto Político Pedagógico, outros). Como são organizados? - Como percebem as condições de trabalho oferecidas para realização do trabalho na CH. 	Identificar as estruturas organizacionais do trabalho desenvolvido nas CH.
7- Sobre a subjetividade do trabalho	<p>Complete as frases</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar com o aluno hospitalizado é ... - Desenvolver o trabalho pedagógico educacional no hospital exige ... - Pensando se eu tivesse o poder de propor diretrizes políticas pedagógicas para a educação do aluno hospitalizado, eu iria propor... 	Identificar e compreender as percepções e sentimentos dos trabalhadores nas CH
8- Considerações finais	Algo mais que desejam falar?	Permitir elaborações finais do Grupo.

ANEXO A – RESPOSTA DA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DE MINAS GERAIS



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Secretaria de Estado de Educação
Diretoria de Educação Infantil e Ensino Fundamental

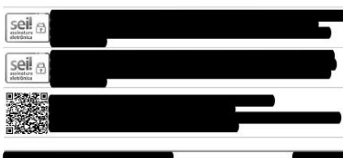
Relatório Resposta ao Memorando 1793 - SEE/DEF

Belo Horizonte [REDACTED]

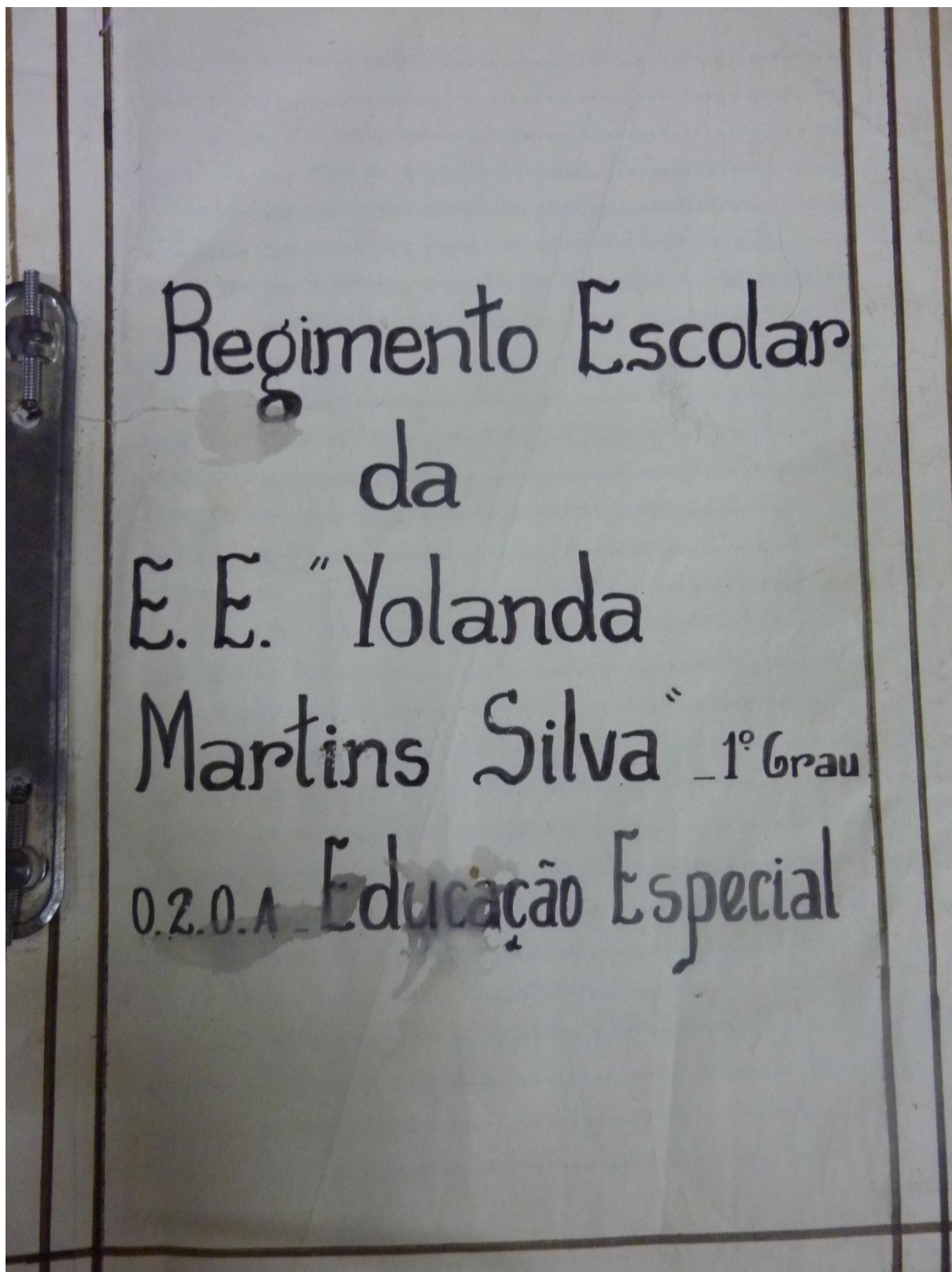
RELATÓRIO DE APURAÇÃO DE MANIFESTAÇÃO
1- IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO
Pedido de informação 0126000169320273 (53149349), recebido pelo canal de atendimento ao cidadão e SIC (Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão) Abertura do chamado: 05/09/2022 Prazo para resposta: 26/09/2022 Assunto: EXISTÊNCIA DE CLASSES HOSPITALARES NO ESTADO DE MG VINCULADA À SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO ESTADO
2- DOS FATOS
A SEE MG recebeu do cidadão o pedido da seguinte informação: "SOLICITO DA SEEM INFORMAÇÕES A RESPEITO DA EXISTÊNCIA DE CONVÊNIO E/OU PARCERIAS COM OS HOSPITAIS MINEIROS PARA ATENDIMENTO DAS DEMANDAS PEDAGÓGICAS EDUCACIONAIS DE ALUNOS HOSPITALIZADOS, AS CHAMADAS CLASSES HOSPITALARES. A SABER: O ESTADO DE MG, POR MEIO DE SUA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO, JÁ VIABILIZA ESTE ATENDIMENTO? QUAIS HOSPITAIS JÁ RECEBEM ESTA MODALIDADE DE ATENDIMENTO? A QUAL DIRETORIA DA SEE ESTÁ VINCULADO? AGRADEÇO DESDE A COLABORAÇÃO".
3- PROCEDIMENTOS ADOTADOS
Identificamos que o atendimento educacional durante o período de internação, ao aluno de educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado é assegurado pela Lei Federal nº 13.716 de 24/09/2018. A regulamentação da Secretaria de Estado de Educação está em elaboração por meio de diálogo entre a equipe técnica da SEE e outras áreas relacionadas.
4- DAS CONSTATACIONES
A Secretaria de Estado de Educação reconhece o direito do estudante ao atendimento pedagógico hospitalar ou domiciliar ao aluno de educação básica internado para tratamento de saúde, a depender da especificidade de cada caso, de forma a assegurar a continuidade de seu processo educacional e garantir seus direitos de aprendizagem em conformidade com o que determina a Lei nº 13.716 de 24/09/2018. A SEE/MG assegura, por meio de profissional do magistério contratado especificamente para este fim, o atendimento educacional em caráter excepcional para o atendimento educacional ao aluno de educação básica internado para tratamento de saúde em regime domiciliar e assegura aos demais alunos, impedidos de comparecer à escola por motivos de doença, a realização de atividades escolares.
5- CONCLUSÃO
O Atendimento Educacional via tratamento excepcional em regime de atividades escolares domiciliares ou hospitalares garante ao estudante a continuidade dos estudos e a continuidade do seu processo de aprendizagem, quando em tratamento de saúde. A regulamentação atual para a Lei nº 13.716 de 24/09/2018 está em elaboração. Não foram identificadas parcerias ou convênios com hospitais mineiros para atendimento de demandas pedagógicas educacionais de alunos hospitalizados. A SEE já assegura o atendimento educacional por meio do atendimento em regime domiciliar conforme ORIENTAÇÃO ASEEVIDA ESCOLAR Nº 01/2022, de 24 de fevereiro de 2022 ou por meio do acompanhamento domiciliar a estudantes com internação domiciliar.

Gisele Martins Santiago
Coordenação das Ações de Aprendizagem

Alyne Luísa Rodrigues Duarte Oliveira
Diretoria de Educação Infantil e Ensino Fundamental



ANEXO B – CAPA REGIMENTO DA ESCOLA ESTADUAL YOLANDA MARTINS
SILVA



ANEXO C – HISTÓRICO ESCOLAR DA ESCOLA ESTADUAL YOLANDA

MARTINS SILVA

01.

- HISTÓRICO -

A Escola Estadual Anexa ao Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil foi fundada em 1948 e funcionava anexa ao Instituto de Psico Pedagogia do Setor de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde, já extinto, tendo a seguinte denominação: Escola Combinada Anexa ao Instituto de Psico Pedagogia.

O Instituto de Psico Pedagogia, funcionava nas dependências do Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil e tinha como objetivo atender crianças com problemas psiquiátricos, neurológicos e com retardo mental.

Em 1953 foi inaugurado o novo prédio à Rua Padrao Marinho, 150 onde o Instituto de Psico Pedagogia expandiu o seu quadro de pessoal.

A então Escola Combinada Anexa ao Instituto de Psico Pedagogia passou a atender alunos externos e também internos em tratamento no Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil.

Em 1972 o Instituto de Psico Pedagogia foi incorporado ao Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil (HNPI), passando a pertencer à Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica (FEAP).

Houve então a fusão da Escola Combinada Anexa ao Instituto de Psico Pedagogia com a Escola Primária de Ensino Emendativo que já funcionava no Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil e cujo decreto de criação recebeu o nº 12.123 e data de 21/10/69.

Em 11/09/73 foi celebrado convênio entre a Secretaria de Estado da Educação e a Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica (FEAP), implantando a Unidade Psico Pedagógica (UNP) que teria por objetivo o atendimento das crianças matriculadas na rede escolar oficial, sem retardo mental, mas portadoras de distúrbios específicos de aprendizagem. Dentro desta estrutura, a Escola Estadual Anexa ao Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil passou a se constituir um dos setores da Unidade Psico Pedagógica (UNP).

Em 09/09/80, por determinação da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), houve fusão da Unidade Psico Pedagógica (UNP) com o Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil (HNPI), sendo implantado o Centro Psico Pedagógico (CPP) que absorveu as duas instituições supra.

Em 01/07/81 foi concedida através do Decreto nº 21.378, publicada no Minas Gerais de 02/07/81 mudança de nome da referida Escola, passando a denominar-se Escola Estadual "Yolanda Martins Silva".

ANEXO D – HISTÓRICO DA ESCOLA BAETA VIANNA

HISTÓRICO DA ESCOLA ESTADUAL ANEXA AO HOSPITAL-DR. BAETA VIANNA

1 946

Atendimento a alunos no Preventório - prédio nº 1 da Fundação Benjamin Guimarães, eram atendidos os filhos dos doentes internados na Fundação. Chamava-se ESCOLA ISOLADA.

1 962

Extinção da ESCOLA ISOLADA.

01/02/63

Reabertura e instalação das Escolas Combinadas anexas à Fundação Benjamin Guimarães, sendo Inspetora a Sra. Mariana J. N. de Miranda, que trabalhou junto à Escola até 1964. A coordenadora da Escola era a Irmã Maria Santa Efigênia.

1 955 a 1 956

A Escola teve como Inspetora a professora Maria Auxiliadora Campos Araujo Machado.

A coordenadora da Escola era a professora Maria Cirone Costa.

Novembro de 1 956

A partir desta data a Escola passou a pertencer ao setor 18 - Ensino Especial de 1ª EME - sendo Inspetora a professora Maria Fogaça de Castro que fez sua primeira visita à Escola em 12.11.56.

Fevereiro de 1 958

De fevereiro a maio de 1958 a professora Ely Fonseca Dutra esteve como Inspetora substituta do setor 22.

Agosto de 1 958

De 10 de agosto a 10 de dezembro/58 a professora Geres Rogueira esteve como Inspetora substituta do setor 22.

1 969

Retorno da Inspetora Escolar Maria Fogaça de Castro que esteve

ANEXO E - OFICIO 07/77 - ESCOLA ANEXA A SANTA CASA

Ofício nº 07/77

Belo Horizonte, 31 de março de 1977

Prezado Senhor,

O setor 88 - Ensino Especial da 1ª DRE é composto por 10(dez) Escolas Estaduais e 02(duas) Particulares.

As Escolas Estaduais são anexas a Hospitais e Clínicas. A matrícula dos alunos é flutuante durante todo o ano letivo, pois o aluno é assistido pela Escola no período de sua internação para tratamento de saúde.

De acordo com o artigo 5º do Capítulo II - Dos associados, os pais dos alunos ou seus responsáveis serão associados natos da Caixa Escolar.

Informamos a V. Sa. que os pais de alunos foram substituídos por pessoas da comunidade hospitalar, por se tratar nestas Escolas de matrícula flutuante.

Aliás, as comunidades hospitalares onde temos Escolas já participam ativamente de todas as promoções do setor escolar e esclarecemos que esta interação é muito importante para o bom relacionamento entre Escola x pacientes alunos x comunidade hospitalar.

Aguardando a compreensão de V. Sa.,

Subscrevemo-nos,

Atenciosamente,

Maria Fonseca de Castro
Maria Fonseca de Castro

Insp. Escolar 1 - Grau C - Masp 31-5-77
Setor 88 - Ensino Especial da 1ª DRE
Capital

Exmo. Sr.
Dr. Saul Converso Lara
Coordenador da Área de Programação
APC/SEE
Capital

ANEXO F – HISTÓRICO ESCOLAR DA ESCOLA ANEXA AO HOSPITAL DA BALEIA

HISTÓRICO ESCOLAR

Em primeiro de fevereiro de mil novecentos e sessenta e tres, foi reaberta a Escola no Sanatório que funcionava de mil novecentos e quarenta e seis no Preventório, tendo sido fechada por solicitação de Dr. Baeta Viana em mil novecentos sessenta e um para reabri-la, houve a interferência da Ir. Maria de Santa Efigênia, F.M.M., e que foi feita em 1963, com o nome de Escola Combinada Anexa à Fundação Benjamin Guimarães.

Era Inspectora na época D. Mariana Jeffrina de Miranda e começou a funcionar com tres classes regidas pelas irmãs Maria Tomésia, Maria de Santa Efigênia e Maria Merofleta.

Em 1ª de fevereiro de 1965, foi mudada a Inspectora sendo esta D. Maria Auxiliadora Machado, setor 10 e foi designada pelo Sr. Secretário na época, para dirigir a Escola a professora Maria Cirene Cesse quem em vista da necessidade fundou mais tres classes. A Escola veio crescendo gradativamente tendo classes de escolaridade e classes preparatórias.

Em 1967, também por solicitação da Ir. Maria de Santa Efigênia foi criada outra Unidade Escolar no prédio "Baeta Viana", sendo a Inspectora D. Maria Fonseca de Castro e o setor 22 A, ensino Esuadativo, com seis classes, tendo também à sua direção a professora Maria Cirene Cesse. Estas classes foram aumentando de acordo com a necessidade e número de alunos matriculados.

Em 1970, aos 9 de julho, foi desmembrada em duas Unidades, passando as classes desdobradas a funcionarem como Escola Combinada Anexa ao Sanatório Antonio Guimarães com 12 classes e E.C. Anexa ao Hospital Dr. Baeta Viana, com 10 classes.

Ficaram pertencente a E. C. Anexa ao Sanatório Antonio Guimarães as seguintes professoras: coordenadora Maria Cirene Cesse, professoras Marylene Melgaço Valadares, Gedeliva Angelus Rabelle de Freitas, Hestiana Gil, Moema Gonçalves Dernas, Vanda das Graças Santos, Matilde de A. Leite Pinto, Maria da Conceição Silva Guisoli, Oserina Ramalho dos Reis, Maria José Carneiro, Maria Zélia Lopes, Maria Lúcia Brets e Ir. Ma

ANEXO G – RELATÓRIO FINAL DA ESCOLA ELEONORA MARIANO

1

ESCOLA ESTADUAL ELEONORA MARIANO SILVA-EDUCAÇÃO ESPECIAL.
RUA DOMINGOS VIEIRA, 488-SANTA EFIGÊNIA-CAPITAL.

RELATÓRIO FINAL DE ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES DA ESCOLA

HISTÓRICO DA ESCOLA

Em 1955 a Direção do Sanatório Imacula Conceição juntamente com o Serviço Social atuante na Entidade em epígrafe, procurou dotá-lo para atender aos doentes nele internados. Visando a realização desse intento, tiveram como uma de suas metas a criação de uma Escola primária que seria uma maneira de promover os doentes, na maioria analfabetos provenientes do meio rural. Nesta época era Secretário de Educação o Dr. Bolivar de Freitas.

Em 13-05-55 foi designada pelo então Secretário a primeira professora, Zélia Silva de Vilhena que deu imediatamente início às atividades da Escola. Esta professora é hoje a diretora da Escola, cujo nome de casada é Zélia de Vilhena Campos. Inicialmente, foi organizada uma classe com duas turmas, uma masculina e outra feminina. Em agosto do mesmo ano, com o crescimento da matrícula foi a classe desdobrada em duas (uma masculina e outra feminina) sendo contratada professora Eleonora Mariano Silva, que se responsabilizou pela 2ª turma. Ainda em 1955, no mês de setembro foi necessário o contrato de mais uma professora para reger a 3ª classe organizada.

Em 1963, a Escola conseguiu autorização da Direção do Hospital para formar classes mistas facilitando o trabalho com turmas de adiantamento mais homogêneo.

No 2º semestre de 1967, tendo a Escola já doze anos de atuação o Sanatório adaptou quatro salas boas para o seu funcionamento. Essa medida possibilitou maior rendimento do trabalho e aproveitamento de esforços. O interesse pela Escola por parte dos alunos cresceu muito depois que suas instalações passaram a oferecer mais conforto.

Sendo o tuberculoso uma pessoa com redução de sua capacidade física, exigindo um ensino adequado às suas condições de aprendizagem, esta escola, no início de 1969 passou a pertencer ao Setor de Ensino Emendativo, hoje Educação Especial, cuja Inspectora na época Maria Fonseca de Castro, pessoa muito dinâmica e entusiasta pelo trabalho, muito contribuiu para a afirmação da Escola.

DENOMINAÇÕES DA ESCOLA DESDE O INÍCIO DE SEU FUNCIONAMENTO.

- Classes Anexas ao Sanatório Imaculada Conceição-de maio de 1955 a 1962.
- Escolas Combinadas Anexas ao Sanatório Imaculada Conceição-de 1963 a 03-03-71.

ANEXO H – DOCUMENTO ASSINADO PELA DIRETORA ZÉLIA DE VILHENA CAMPOS

Continuação...

ENTREGA DO ARQUIVO E PATRIMÔNIO DA ESCOLA E FECHAMENTO DA CAIXA ESCOLAR.

Foi dado o prazo de 01 de fevereiro a 30-06-84, para as providências de entrega de patrimônio e arquivo da Escola.

Ficou responsável por essa tarefa o seguinte pessoal:

- Zélia de Vilhena Campos-Masp.32.811- Diretora;
- Maria Helena de Vilhena Queiroz-Masp.44.081-Aux.de Biblioteca.
- Luzia Maria das Dores - Masp.190.368-Aux.de Secretaria.
- Ana Gonçalves Matosinhos-Masp.131.233-Servente.

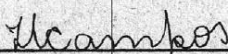
De acordo com instruções recebidas da 1ª DRE, o patrimônio foi entregue quase todo a E.E. João Moreira Sales. O arquivo entregue a E.E.Henrique Diniz.

A Biblioteca existente na Escola, manuseada por alunos tuberculosos, foi incinerada com autorização do setor de patrimônio da 1ª DRE(xerox anexo).

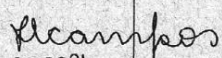
A Caixa Escolar foi devidamente encerrada e a documentação deixada no cartório Jero Oliva sob o protocolo nº 50156 será entregue ao Henrique Diniz em julho próximo, quando nos será devolvida, de acordo com orientação da Sra. Chefe do Setor de Finanças.

Ficam assim encerradas as atividades da Escola Estadual E-leonora Mariano Silva que funcionou de 13-05-55 a 30-06-84.

Belo Horizonte, 29 de junho de 1984.


Zélia de Vilhena Campos
Diretora da Escola

Em tempo: Queremos registrar aqui, o nosso agradecimento ao pessoal da 1ª DRE que tão eficientemente nos acessorou e ofereceu seu apoio durante esse período de encerramento das atividades da Escola.


Belo Horizonte, 29 de junho de 1984.