



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE LICENCIATURA EM PEDAGOGIA

ANA RAQUEL DANTAS DE ALMEIDA

**A ORGANIZAÇÃO E PRÁTICA DO ENSINO NO TRABALHO PEDAGÓGICO
HOSPITALAR**

JOÃO PESSOA-PB
MAIO 2019

ANA RAQUEL DANTAS DE ALMEIDA

**A ORGANIZAÇÃO E PRÁTICA DO ENSINO NO TRABALHO PEDAGÓGICO
HOSPITALAR**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de
Pedagogia na Universidade Federal da Paraíba
como requisito final para a obtenção do grau de
licenciado em pedagogia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Janine Marta Coelho
Rodrigues.

JOÃO PESSOA-PB
MAIO 2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A447o Almeida, Ana Raquel Dantas de.

A organização e prática do ensino no trabalho
pedagógico hospitalar / Ana Raquel Dantas de Almeida. -
João Pessoa, 2019.
63 f.

Orientação: Janine Marta Coelho Rodrigues Rodrigues.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia)
- UFPB/CE.

1. Pedagogia hospitalar. 2. Ensino - organização e
prática. 3. Práticas pedagógicas. I. Rodrigues, Janine
Marta Coelho Rodrigues. II. Título.

UFPB/BS/CE

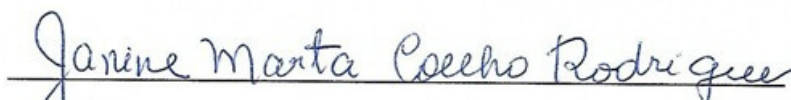
CDU 37+614.21(043.2)

ANA RAQUEL DANTAS DE ALMEIDA

**A ORGANIZAÇÃO E PRÁTICA DO ENSINO NO TRABALHO PEDAGÓGICO
HOSPITALAR**

APROVADO EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Janine Marta Coelho Rodrigues -UFPB
Orientadora

Profª Msª Tania Lúcia Amorin Colella – UFPB
Examinador

Profª Especialista Isolda Ayres Viana Ramos – UFPB
Examinador

JOÃO PESSOA-PB
MAIO 2019

Dedico este Trabalho ao “Eu sou o que sou”
que sempre me mostra que os seus planos
são perfeitos para mim.

Em memória do meu pai Antônio Ciprinao
de Almeida Filho que não viu o primeiro
passo de sua filha à se tornar “Diferente de
tudo o que ele já tinha visto.” As grandes
mulheres da minha vida, minha mãe
Darenice minha avó Madalena e minhas tias:
Marié, Edinalva, Edenise, Verônica, Maria
das Vitórias e Helenita. Acorada na
imagem de oito mulheres – As coronelas,
sempre pude ter confiança em mim e
acreditar que posso sonhar com qualquer
coisa desde que esteja disposta a tornar real.

“Muitas vezes, o que parece impossível pode se transformar em algo real, palpável, concreto. Afinal, quem prova que Dulcinéia não era uma princesa? [...] **O mundo precisa de idealistas que olhem pela janela, vejam as rosas muitas e, ainda assim, fiquem felizes...Felizes por que conseguem enxergar as sementes**”

Gabriel Chalita

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, pelas instruções dadas a mim durante o percurso deste trabalho de pesquisa e pelos ensinamentos durante a academia, com ela aprendi que um trabalho bem feito exige amor e dedicação, pessoas unidas em um só propósito, e mãos estendidas para se um cair o outro ajudar a levantar. Agradeço a Janine Marta Coelho Rodrigues por ser não apenas minha mestra mas também minha mãe na universidade, quem me acolheu sem me julgar e medir, apenas deu chance e espaço para sonhar e trabalhar, meu muito obrigada pois quando eu estava em vias de desistir de mim mesma a senhora me fez sentir-me amada e acolhida.

Agradeço a Priscila Mota por sempre insistir em mim e ser minha grande companheira, a Adna Isa por ser minha conselheira, a Jackson Belmiro por sempre ter uma piada para animar meu espírito. Aos meus grandes amigos de cursos Anfonso Lima, Katiúcia Lopes, Mônica Maria, Suzana Brazil, Anne Jaqueline e Rayane Boaz vocês trouxeram luz à minha vida. Aos meus amigos do ensino médio Guthierry Cassiano e Túlio Silvestre por sempre me dizerem “vai dar tudo certo, mulher!” ao longo destes quatro anos de formação. A Amanda Dantas, Mayza Marinho, Cynthia Emanuelle e Yasmim Feitosa pela preocupação e amor e Gabrielly Almeida, Thayane Lima e Suetany Fernandes por me aguentarem falando de educação e palavras difíceis a vida toda e terem paciência comigo quando eu desmarcava algum encontro para poder estudar. A cada funcionário da universidade que sempre me recebeu bem e me acolheu, fortalecendo os laços afetivos, obridaga Marcelo, Gabriella, Berg, Chica, Werverton e Raí vocês são demais, alegram meus dias na UFPB! Sem mais delongas, agradeço a você, leitor, por estar folheando estas páginas, espero que sejam úteis as palavras escritas.

RESUMO

A presente pesquisa trata-se de um estudo sobre a organização e prática no ensino do trabalho pedagógico hospitalar. O objetivo geral desta pesquisa é investigar a organização e prática do trabalho pedagógico em bibliografias e legislações e comparar com a prática exercida no Hospital Universitário Lauro Wanderley através do projeto de extensão “Pedagogia hospitalar, um trabalho alternativo para o pedagogo”. Explicar a prática pedagógica em hospitais; Explorar o manejo e organização do trabalho pedagógico; Relatar vivência como aluna extensionista em contato com a pedagogia hospitalar. Para o embasamento teórico se utilizará as concepções de Rodrigues (2012), Ortiz e Freitas (2005), Porto (2008), Libâneo (2015), e Luckesi (2014). A pesquisa é qualitativa, visando o levantamento de dados legislativos e revisão bibliográficas, sua metodologia consiste em leitura de material bibliográfico e legislativo para construção de conceitos sobre a organização e prática do trabalho pedagógico hospitalar. Após a explanação e definição dos parâmetros de organização e prática da pedagogia hospitalar, haverá um comparativo das ideias teóricas levantadas e a prática vivenciada em uma unidade hospitalar. Por fim a pesquisa, visa disseminar a concepção que a pedagogia hospitalar não é um ensino solto com dinâmica ocupacional para o paciente, ele é regimentado por legislações, possui uma organização pedagógica e elementos práticos que estimulam cognitivamente o aluno hospitalizado e o desenvolve educacionalmente. Elucidar possibilidades para a formação pedagógica de educação especial e suas possibilidades com a pedagogia hospitalar difusa efetivamente na grade curricular dos cursos de formação.

Palavras-chave: Pedagogia Hospitalar; Organização e prática do ensino; Práticas pedagógicas.

ABSTACT

The present research is a study on the organization and practice in the teaching of hospital pedagogical work. The general objective of this research is to investigate the organization and practice of pedagogical work in bibliographies and legislation and to compare it with the practice performed at Lauro Wanderley University Hospital through the extension project "Hospital Pedagogy, an alternative work for the pedagogue". To explain the pedagogical practice in hospitals; To explain the management and organization of pedagogical work; To report experience as an extensionist student in contact with hospital pedagogy. For the theoretical basis, the concepts of Rodrigues (2012), Ortiz and Freitas (2005), Porto (2008), Libâneo (2015), and Luckesi (2014) will be used. The research is qualitative, aiming at the survey of legislative data and bibliographic review, its methodology consists of reading bibliographic and legislative material to build concepts about the organization and practice of hospital pedagogical work. After the explanation and definition of the parameters of organization and practice of hospital pedagogy, there will be a comparison of the theoretical ideas raised and the practice experienced in a hospital unit. Finally, the research aims to disseminate the idea that hospital pedagogy is not a loose teaching with occupational dynamics for the patient, it is regulated by laws, has a pedagogical organization and practical elements that encourage the congnitivation of hospitalized students and develops them educationally. To elucidate possibilities for the pedagogical formation of special education and its possibilities with the hospital pedagogy effectively diffused in the curricular grid of the formation courses.

Keywords: Hospital Pedagogy; Organization and practice of teaching; Pedagogical practices.

LISTA DE SIGLAS

CNEFEI- Centro Nacional de Estudos e de Formação para a Infância Inadaptas

LDB- Lei de Diretrizes e Bases

CNE- Conselho Nacional de Educação

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

UFPB- Universidade Federal da Paraíba

PPP- Projeto Político Pedagógico

LISTA DE FIGURAS

Fígura 1 - Prática Pedagógicas: trabalhando geometria através de origami.....	20
Figura 2 - Recriando narrativas	33
Fígura 3 - Aula sobre solo: exposição de um pequeno terrário	35
Fígura 4 - Trabalhos manuais em corredor	40

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 História da pedagogia hospitalar no mundo.....	14
1.2 História da pedagogia hospitalar no Brasil	17
1.3 História do trabalho pedagógico hospitalar na Paraíba.....	19
2. AS POLITICAS PUBLICAS DA PEDAGOGIA HOSPITALAR.....	21
3. UM ENLACE DAS TEORIAS EDUCACIONAIS COM A PRÁTICA À LUZ DAS VIVÊNCIA NA MEDIAÇÃO PEDAGÓGICA HOSPITALAR.....	26
4. A ORGANIZAÇÃO, O PLANEJAMENTO DO ENSINO, E A PRÁTICA PEDAGÓGICA HOSPITALAR.....	35
4.1 O contexto hospitalar.....	35
4.2 A disposição do espaço, e a rotina médico-pedagógica.....	39
4.3 A organização do trabalho pedagógico hospitalar.....	43
4.3.1 A classe hospitalar e sua estrutura.....	44
4.3.2 Recursos humanos.....	45
4.3.3 Relação orgânica entre hospital e escola.....	47
4.3.4 Envolvimento do acompanhante hospitalar no processo educacional.....	47
4.4 A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO NA ORGANIZAÇÃO DO ENSINO E O TRABALHO PEDAGÓGICO HOSPITALAR.....	49
4.5 AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM: A DIAGNOSE.....	50
4.6 CARACTERIZAÇÃO DO ALUNO-PACIENTE.....	53
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS.....	59

1. INTRODUÇÃO

Quando se fala em educação, aprender, ensinar normalmente se faz uma ligação direta ao espaço escolar formal, no entanto a educação ela cruza as fronteiras da escola, pois ela é livre. Se pararmos para analisar a educação, ela não se detém a um espaço singular, o ato de educar nunca foi algo institucional, o homem a estigmatizou assim com o passar dos tempos. A educação visita em seus voos as relações interpessoais e ações educativas intencionais. Quando assiste um desenho ou brinca de futebol na rua a criança aprende, quando sua mãe o adverte sobre algo também é educação. Brandão afirma que:

Ninguém escapa da educação. Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender-ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com educação (BRANDÃO, 1981. P.7)

A ação de estudar um conteúdo, compreender o mundo, dominar as letras e números (tendo como consideração o básico da educação a alfabetização) são ações livres e independentes da escola. A algumas décadas atrás as crianças adentravam a escola com sete, nove anos, não chegavam como folhas em branco, já conheciam as letras ou as já tinham decorado, muitas famílias escolarizavam seus filhos os dando subsídios para iniciarem sua vida escolar. Ninguém é uma folha em branco, não existe uma pessoa sequer nesse mundo que não saiba de nada, é possível obter um nível de conhecimento tendo ou não frequentado um espaço escolar.

Fazendo uma busca histórica maior Teixeira (1999) comenta que Sócrates ensinava os jovens em praças públicas, ele não tinha propriamente um lugar para por em pratica a arte de ensinar (considerando assim que Sócrates era um filósofo, considerado um andarilho que exortava os jovens a viverem a virtude, enxergando a educação como recurso de empoderamento), mais tarde seu discípulo Platão desenvolveu um espaço com intuito de promover reuniões.

Situado nos jardins de *Academos* em Atenas, a academia de Platão não era conhecido como um espaço dirigido a todo o público, eram selecionadas as pessoas que a frequentavam. Fontes (2013) nos explica que não havia especificamente um

currículo na academia platônica, a dialética era o mais vivenciado na prática de pensar e debater soluções para os problemas levados aquele local. Se imagina que o currículo em vigor era semelhante ao descrito em “A República” de Platão.

A etimologia da palavra escola “scholé”, significa lugar de ócio, os sujeitos procuravam a escola para pensar em seu tempo livre. Não estamos na clássica Grécia antiga, o mundo progrediu de formas distintas que nossos filósofos talvez nem imaginassem. A escola historicamente se tornou modelo de lugar que promove ascensão por conhecimento, se popularizou e padronizou-se. O direito a frequentar o “lugar de ócio” é dever do estado e de matrícula obrigatória.

O espaço do conhecimento atualmente conta com uma organização política que gere suas práticas e sua infraestrutura, o modelo físico da escola tem como objetivo atender necessidades estruturais como: salas de aula (em formato quadrado ou retangular) com lousas, cadeiras e mesas (geralmente posicionadas em fileiras). Os alunos para “aprenderem” precisam de subsídios materiais e imateriais como caderno, lápis, livros didáticos e um professor que detenha conhecimento. Infelizmente esse padrão se popularizou tanto que às vezes se esquece que o conhecimento beira cada esquina, mora em todos os lugares e corre desembestado pelas vielas da vida humana.

A nossa sociedade precisa ser lembrada que o processo de ensino aprendizagem é o centro do processo, sua maior prioridade é o sujeito e não o lugar e materiais, pois estes podem ser substituídos ou modificados. Faz-se necessária sim, toda uma estrutura e materiais para influir positivamente no desenvolvimento e ofertar comodismo e acolhimento, mas estes são fatores secundários que não devem ser usados como desculpas ou bengalas em discursos de educadores para a exclusão de um gênero ou contexto social das ações educativas.

Este trabalho tem como intuito evidenciar que o cenário da escola não é o único centro da educação para as pessoas que a frequentam ou a deixam de frequentar, pois há também um público, os que são impedidos de acompanharem regularmente a escola por algum motivo particular, seja por uma deficiência, exclusão social ou razão de uma doença, e que encontram um outro espaço para sua escolarização. Esse último fato é do que trataremos neste estudo.

Cazuza cantava que “o tempo não para” a escola como instituição possui planejamento, cronogramas, vive suas funções através do tempo, a escola como o tempo

não para se o aluno parar. Compreenderemos aqui que o homem é um ser frágil, algumas coisas que suscitam de sua vulnerabilidade humana são doenças físicas, emocionais e etc. Como sujeito temporal ele possui fases que trazem consigo um emaranhado de intervenções de ordem bio-psíquica-social, uma delas é a infância.

Quando nos remetemos ao termo infância, pensamos em algo lindo. Uma criança brincando, correndo, fazendo traquinagens, usufruindo da vivência que essa importante fase proporciona, mas esse quadro lindo que pintamos também é frágil como o ser humano. Crianças e mais crianças vivem sua infância em hospitais, interrompem sua rotina escolar e familiar para se adaptarem ao rito médico hospitalar. Rodrigues (2012) nos diz que : “a hospitalização traz em si a ideia de fragilidade, de desconforto, insegurança e dor”.

As crianças internadas vivem uma infância com sentimento de ameaça, como se não bastasse o sofrimento do diagnóstico médico eles também passam pelo suplício da cura, o processo de recuperação machuca e se não ocorrer de forma humanizada causa traumas no bio-físico e bio-psíquico.

Os pequenos internos sentem-se prisioneiros do padecimento do seu corpo, a melhora vem aos poucos, mas não liberta da enfermaria, da cama hospitalar, do cateter na veia, das prescrições médicas. A rotina hospitalar traz confusão, o sujeitos não sabem se ficam contentes quando uma bolsa de soro acaba ou voltam a entristecer-se pela presença iminente da enfermeira a fazer uma nova medicação. O hospital promete a cura e os isola do mundo (a casa: irmãos, primos, mãe, pai, vizinhos/ a escola: amigos, professores).

O dia a dia da criança hospitalizada deixa de girar em torno da ansiedade da hora do recreio, da saída da escola para correr e ver o desenho preferido na TV, de esperar a mãe chegar do trabalho para narrar o que aprontou na escola. A criança sente falta de dedicar-se a uma tarefa e poder realizá-la com sucesso ou efetua-la arduamente por contragosto como um dever de casa, costumava ser o auge do seu dia, acausa de seu orgulho, de produção. No período da hospitalização esses deveres de casa que antes as vezes se demonstravam momentos amargos se tornam doces e nostálgicos.

Exercitar o que aprendeu, mostrar a pompa desse aprendizado a sua família, parece um ato pequeno e simples para um adulto, mas para uma criança se tem uma magnitude diferente, a de se “amostrar”. A criança quando aprende algo deseja mostrar.

Ela demonstrar o que aprendeu, repetindo ao pai a toda hora que sabe contar até 100, se mostra por escrever o alfabeto inteiro, ou saber falar uma palavra difícil como “hortifrutigranjeiro”, a criança pode não saber o significado, mas por um golpe de sorte acertou isso no ditado na aula de português.

Durante o período de internação a criança sente-se só (das relações e das funções) desmotivada, sua auto estima fica baixa, ele mal se reconhece neste processo, os questionamentos surgem: “quem eu sou?” “porque estou aqui?” “ porque justo eu?” A identidade faz uma interseção intensa com a enfermidade, o sentimento de desistir de si mesmo, e ir se acostumando com a ideia de que seu mundinho agora é estéril e pálido ganha força.

Rodrigues (2012) destaca que “o paciente precisa sentir-se amado, acolhido, não importa seu estado físico, é preciso que ninguém desista dele quando ele se sente em vias de desistir de si próprio.” A educação chega nesse cenário transfigurando o exercício e sentimento de exclusão social e emocional, educando a mente para “ensinar a aprender” e ser resiliente, o corpo para se desenvolver nos parâmetros de sua natureza tendo como base fundamental a autonomia da criança.

A mediação pedagógica nada mais é do que uma ponte entre o espaço da enfermaria, escola e contexto social, sua missão é restabelecer uma rotina dinâmica semelhante a que ele tinha antes da internação, nutrida por uma relação com os saberes prévios, novas aprendizagens e relacionamentos interpessoais, resgatando e criando meios para a socialização com mediador, família, enfermeiros, médicos, e outros participantes de sua rotina.

1.1 HISTÓRIA DA PEDAGOGIA HOSPITALAR NO MUNDO

Apesar do termo “pedagogia hospitalar” não ser muito popular no meio educacional não é algo novo, o exercício da pedagogia nos hospitais possui registros desde meados do século XX na França durante a Segunda Guerra Mundial. Com o conflito muitas crianças foram feridas e mutiladas, o que motivou a estadia prolongada delas em hospitais.

A primeira classe hospitalar tem conflito de datas, em algumas pesquisas ela é datada de 1935 desenvolvida por Henri Sellier voltada para crianças inadaptadas nos

arredores da França. Este fato é o mais conhecido pois motivou a popularização da prática das “ classes hospitalares” nos hospitais da Europa, por esse conflito a maior parte dos registros documentam o pivô da disseminação das classes hospitalares a Segunda Guerra Mundial.

Ao findar a guerrilha existia um grande número de classes hospitalares na Europa. Vale salientar que já existiam alguns estudos que destacavam as propostas médico-pedagógicas em hospícios e asilos Franceses bem antes deste período, pesquisadores como Édouard Séguin e Desiré Magloire Bourneville, ambos médicos educadores que preocupava-se com o exilamento das crianças em hospitais, eles são lembrados por seus trabalhos com crianças com deficiência cognitiva.

O outro lado da história revela que Marie Louise Imbert em 1929 implementou classe hospitalares na França, ela foi a responsável pela fundação da associação l'Ecole à l'Hôpital e recebeu autorização para ensinar três vezes por semana no Hospital Debrousse a 60 jovens pacientes. O motivo de seu interesse nasceu em 1925 no centro de Reeducação Reuilly para ajudar jovens guerreiros cegos a sair do isolamento, além de ler para eles, se ela ensinava música.

Outros países adotaram as classes hospitalares como, os Estados Unidos, quando o quadro de tuberculose alastrou-se no país levando as crianças americanas a intenso tratamento clínico. Esteves (2008) revela que “em 1939 é criado o Centro Nacional de Estudos e de Formação para Infância Inadaptada -CNEFEI, de Surennes, cidade situada nos arredores da França, no mesmo ano é criado o cargo de professor hospitalar”. O curso oferecido pelo CNEFEI possuía duração de dois anos, o intuito era formar profissionais para atuar em ambientes hospitalares e instituições especiais, ainda hoje o curso de profissionalização é ofertado, o CNEFEI atualmente é conhecido por INSHEA – Instituto Nacional Superior de Formação e Pesquisa para Educação de Jovens com Deficiência e ensino Adaptado.

Oliveira (2013) acrescenta que “o CNEFEI também promove estágios, em regime de internato dirigido a professores e diretores de escolas; a médicos de saúde escolar e a assistentes sociais”. Desde sua fundação o centro já formou mais de mil professores, como consequência os hospitais públicos da França possuem em seu quadro de colaboradores quatro professores, dois de ensino fundamental e dois do ensino médio, atendendo várias crianças e adolescentes.

Na Espanha a Lei 13/1982 de 7 de Abril marca a base de fundação das classes hospitalares no país. O documento certifica que os hospitais infantis que ofereçam serviços pediátricos permanente e de reabilitação sejam cobertos pela administração do Estado, órgãos que dependem do mesmo, e hospitais particulares que dependem de recursos públicos contam com uma seção pedagógica para prevenir e evitar o fracasso escolar e interrupção do processo educacional das crianças em idade escolar.

A carta da criança hospitalizada foi preparada por várias associações europeias em 1988, em Leiden, tem como tema: “O direito aos melhores cuidados é direito fundamental, particularmente para as crianças.” A carta elenca 10 direitos, o de número 6 e 7 respectivamente falam que:” As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas em grupo etários para se beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas, adaptadas à idade, com toda segurança. As pessoas que a visitam devem ser aceitas sem limites de idade; O hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no pessoal e da segurança.”

A Carta da Criança Hospitalizada é uma versão simples da Carta Europeia dos Direitos da Criança Hospitalizada na qual se inspirou. No entanto a Carta Europeia foi aprovada em março de 1986 pelo Parlamento Europeu, destacam-se cinco itens que dizem respeito a formação educacional da criança, é direito:

17- Dispor de locais para os cuidados, brincadeiras e educação, e que cumpram as normas oficiais de segurança.

18-Poder continuar a sua formação escolar.

19-Ter acesso a livros, brinquedos e meios audiovisuais.

20 -Poder ter aulas durante a sua hospitalização diurna ou convalescença no domicílio.

21- Receber os cuidados necessários. Se os pais/cuidadores se opuserem ou recusarem por diferentes motivos, será necessária a intervenção da justiça.

A carta fomenta as necessidades básicas da criança internada e seus direitos como ser humano em desenvolvimento, o documento representa a normatização de um ambiente hospitalar dinâmico que existe para servir o seu paciente com métodos científicos de tratamentos patológicos e que ofereça cobertura pedagógica e psicopedagógica. Tendo a carta como parâmetro legal, o que vai contra seu texto acarreta

consequências aplicadas pela justiça. Em linhas gerais, a unidade de saúde que não oferecer assistência educacional à criança e adolescente hospitalizada comete um crime, pois põe em risco o desenvolvimento cognitivo e social da criança.

1.2 HISTÓRIA DA PEDAGOGIA HOSPITALAR NO BRASIL

No século XX não se diferenciava doenças causadas pela falta de higienização e saneamento, da insanidade mental. Sujeitos que apresentassem sintomas que se encaixassem nesses modelos eram internados nos manicômios e asilos, isso suscitava por razões econômicas das famílias que não podiam custear tratamentos, e entregavam seus filhos na mão do distrito, e porque os pais queriam se livrar dos filhos que não eram úteis socialmente (crianças com deficiência mental e qualquer ordem de anormalidades).

No Hospício Nacional de Alienados, localizado no Rio de Janeiro, as crianças eram misturadas com os adultos e recebiam o mesmo tipo de tratamento, se encontravam dividas às vezes, todos desnudos. Desde o fim do século , já havia protestos e denúncias sobre a assistência dada às crianças. Em 1902, o Hospício é novamente alvo de acusações e é aberta uma sindicância por ordem do Ministro da Justiça e Negócios Interiores. A comissão do hospital se manifesta diante das condições das crianças urgentemente para resolver essa questão, e por isso são alojadas em outro local: o anexo na lavanderia do hospício que seria o futuro Pavilhão- Escola Bourneville.

A situação começou a modificar-se quando, em 1903 Juliano Moreira solicita verbas ao governo para que pudesse reformar o hospício, alegando a importância de se implantar um novo modelo de atendimento as crianças. A necessidade foi suprida com o decreto Nº.1.132 de 22 de Dezembro de 1903, essa legislação concretizava a proposta de Juliano Moreira no que se referia a assistência e educação dos atrasados e débeis. Neste mesmo ano, foi incluído no corpo médico do hospício o pediatra Fernandes Figueiredo. No Brasil, Figueiredo norteou seu trabalho em cima de referências francesas, realizando o processo pedagógico de Édouard Séguin aperfeiçoado pelo Dr. Desiré Magloire Bourneville.

O método preconizado por Bourneville, tinha como objetivo adaptar as crianças tachadas de “anormais” que eram abandonadas nos hospitais psiquiátricos (crianças com deficiência intelectual) e “idiotas” (crianças com atrasos de aprendizagem). A ideia da nova metodologia consistia em uma educação médico-pedagógica que visava uma abordagem do mais simples ao mais complexo, ex: educação do andar, depois das mãos, da vista, da

audição, do olfato, do paladar, da palavra, da higiene pessoal, estas atividades eram feitas com objetos diversos e aparelhos especiais. O ensino primário era ministrado para as crianças menos comprometidas fisicamente e intelectualmente (as crianças consideradas apenas” idiotas”), também existia o ensino profissionalizante para os adolescentes

As atividades para as crianças tinham como objetivo promover a autonomia, exercitando a aprendizagem de hábitos relacionados ao dia a dia como: aprender a se vestir, se despir, amarrar os sapatos e etc, estas atividades eram classificadas como exercicios fundamentais do corpo pois são exigidos concentração da criança. A medida que o tratamento evoluia, promovia-se inquietação para a introdução de uma instrução complementar que baseava-se na aprendizagem sobre Matemática (noções de comprimento, superfície, de sólidos, de cores) e Português (treino da fala, da escrita, da leitura, do desenho). As atividades variavam e ganhavam níveis mais complexos, as crianças eram separadas em diferentes grupos e submetidas a exercícios e conteúdos que se adequassem a seu nível cognitivo.

O ensino profissional era composto por oficinas de várias ordens como: marcenaria, costura, sapataria, jardinagem, cestaria, entre outros. O intuito de oferecer essa profissionalização aos adolescentes estava voltado para a educação moral, a aprendizagem de uma função social teria grande influência na personalidade quanto moralidade do homem.

Durante o ensino nas classes para crianças inadaptadas do Pavilhão-Escola Bourneville conclui-se que, a educação é uma possibilidade de intervenção no meio, que possibilita e estimula o desenvolvimento de características que se acreditavam ser inatas e imutáveis, afirmando socialmente que é possível educar a criança “idiota”. Para nós esse registro é mais uma prova da eficiência e produtividade de uma tendência pedagógica na perspectiva de saúde e educação para qualquer tipo de criança e adolescente brasileiro hospitalizado, deficientes ou não, todos tem o direito à educação e oferta legal dos meios.

Antes que o Pavilhão Bourneville fechasse, foram reconhecidas oficialmente no Brasil classes especiais nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Já havia registros de atendimento educacional desde o Brasil colônia voltado a deficientes físicos, contudo os relatórios oficializam-se em 1931 com a gestão do professor Lourenço

Filho como Secretário de Educação da cidade de São Paulo, e passam a ser feitos anualmente os registros das atividades realizadas com os alunos/pacientes. Com a inauguração do Pavilhão Fernandinho (ala voltada para cirurgias pediátricas e ortopédicas) outra classe especial é criada em 1932. Em 1982 já se apontava cerca de dez classes especiais estaduais, configuradas como ensino hospitalar.

No Rio de Janeiro no Hospital Municipal Jesus, o diretor David Pillar faz o pedido na normatização da classe hospitalar, o que viria a ser o registro mais antigo das classes hospitalares. Segundo Fonseca (1999) “datada em 14 de agosto de 1950 através da portaria nº 634, neste ano o hospital contava aproximadamente com 80 crianças internadas”. As aulas eram ministradas individualmente nas enfermarias, o hospital além de não possuir instalações apropriadas para o novo projeto possuía apenas uma professora, Lecy Rittmeyer.

O hospital Jesus ao se vincular ao Departamento de Educação Primária do Rio de Janeiro passa a ter a colaboração de mais professores o que reflete no aumento de atendimentos e rendimento “escolar” dos alunos/pacientes. Em 1960 a professora Lecy é apresentada a Marly Froés Peixoto professora titular do Hospital Barata Ribeiro, este por sua vez possuía uma estrutura física escolar para o atendimento educacional, então vem a descoberta que o Hospital Barata Ribeiro funcionava com classe hospitalar desde 1948.

Em 1983 a classe do hospital Jesus transforma-se em um anexo da Escola Municipal General Humberto mas só em 1990 a resolução 392 de julho de 1990 vincula a classe hospitalar a escola. De acordo com Oliveira (2013) “Em março de 2005 é feito um convênio entre a classe hospitalar e a Secretaria Municipal de Saúde que oficializa o funcionamento da classe hospitalar Jesus.”

1.3 HISTÓRIA DO TRABALHO PEDAGÓGICO HOSPITALAR NA PARAÍBA

Segundo Souza (2017) “na Paraíba, os atendimentos pedagógicos hospitalares iniciaram-se no ano 2001, por meio da atuação do projeto de extensão: Atendimento Psicopedagógico e Pedagógico a Criança e ao Adolescente Hospitalizado: Trabalho alternativo para o pedagogo. A ação realizada no Hospital Universitário Lauro Wanderley foi precursora no estado, localizado na cidade de João pessoa, iniciou suas atividades no 3º andar, na pediatria.

O projeto de extensão é coordenado pela Professora Doutora Janine Marta Coelho Rodrigues, ela socializa a experiência vivida no livro: *Classes Hospitalares*, o espaço pedagógico nas unidades de saúde. Os professores que realizam o atendimento são alunos voluntários, ela narra a vivência comentando: “tivemos 53 voluntários, do curso de Letras, Psicologia, Pedagogia, Psicopedagogia, Educação Física, Enfermagem, alguns que concluíram o curso ainda permanecem indo ao hospital, não se desligaram do projeto”. (RODRIGUES,2012. p.115)

O atendimento educacional era feito na área de recreação que atualmente ganhou espaço tornando-se brinquedoteca (Brinquedoteca Margareth Diniz, reinaugurada em 2017). As atividades são realizadas ludicamente, utilizando curtos textos, livros de histórias e material sensorial. Os voluntários confeccionam material adequado que atenda a exigência da higienização do hospital. Mensalmente a equipe é reunida para conversar sobre como o trabalho foi desenvolvido no período anterior e traçar um novoprograma para as próximas semanas de atendimento (reuniões de planejamento pedagógico).

O atendimento é rotativo e já atendeu aproximadamente 4.000 crianças até os dias atuais, o processo de inclusão também é oferecido às famílias. Durante as atividades com os alunos os acompanhantes sempre estão presentes e até pedem para participarem ativamente do proposta as crianças. Rodrigues (2012) registra que houve casos em que os pais “pedem ajuda aos voluntários “para aprender as letras” ou na resolução de problemas de Matemática. Ou até pedem aos filhos para pintar os desenhos “porque elesfazem melhor”.

Figura 1- Prática pedagogia – Trabalhando geometria através de origami.



Fonte: Arquivo Pessoal

A atuação da pedagogia no âmbito hospitalar além de exercer uma função social transformadora na vida das crianças e suas famílias, também consolida um grande impacto na formação acadêmica nos cursos de licenciatura e áreas afins que se ligam a essa prática. Os alunos envolvidos, segundo Rodrigues (2012) sentem “desejo de motivar e sensibilizar a comunidade e as autoridades educacionais e locais, estaduais e nacionais da urgente necessidade de ações políticas e afetivas que atendam aqueles internos” ; o projeto já foi tema de vários trabalhos cuminado pelos voluntários que ali passaram obtendo, segundo Souza (2017) um resultado de aproximadamente “26 trabalhos de conclusão de curso , 11 Monografias de cursos de especialização, tema de 3dissertações de Mestrado/PPGE/CE/UFPB e é referência em duas dissertações de Mestrado/Enfermagem/UFPB”.

2. AS POLÍTICAS PÚBLICAS DA PEDAGOGIA HOSPITALAR BRASILEIRA

A carta magna é o principal regimento legal que rege o país, o que vai contra esta lei, que é considerada a maior, torna-se inconstitucional ferindo os princípios constituidos ao cidadão, seu capítulo 3 enfoca: a educação, cultura e desporto. O texto constitucional esclarece no Art. 205 que (BRASIL,1988) “a educação, *direito de todos edever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.*”

Para legalizar a necessidade de estruturar políticas públicas que reafirmassem o direito constitucional de que a “educação é direito de todos e dever do estado”, e que “as ações do poder público devem conduzir à universalização do atendimento escolar” (BRASIL,1988), surge em 1990 a lei nº 8.069, o Estatuto da Criança e do Adolescente com objetivo de dispor legalmente a proteção integral à criança e ao adolescente. O estatuto ressalta os direitos fundamentais do ser humano que estão dispostos no Art 5º da Constituição, exercendo como lei a possibilidade de oportunidades e meios que facilitem o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social da criança e do adolescente.

A lei abrange todas as crianças e adolescentes em todas as situações e contextos, apesar do termo “criança hospitalizada” não aparecer no texto normativo pode-se encaixar no campo da suposição os sujeitos hospitalizados na conjectura do termo “condição que diferencia as pessoas” citado no parágrafo único do Art. 3º.

No decorrer do Art. 11º é discutido o asseguramento do acesso aos cuidados à saúde, ele deve ser igualitário através do Sistema Único de Saúde (SUS) e garantir serviços e ações que promovam, proteção e recuperação da Saúde. O artigo se detém a condição patológica, contudo em seu parágrafo dois ele fala especificamente que:

Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente, àqueles que necessitarem, medicamentos, órteses, próteses e outras tecnologias assistivas relativas ao *tratamento, habilitação ou reabilitação* para crianças e adolescentes, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas *necessidades específicas* (BRASIL,1990)

As três linhas de cuidados (tratamento, habilitação e reabilitação) devem estar voltadas para a criança e o adolescente em concordância com a carência bio-psíquica-social que o sujeito apresentar. O tratamento objetiva o alívio dos sintomas da enfermidade da criança hospitalizada, enquanto a habilitação tem em vista o ato de adquirir ou desenvolver uma capacidade sendo ela física, orgânica ou intelectual , a reabilitação se encaixa na ação de reaver algo, recuperação física, orgânica e também intelectual, a mediação pedagógica se introduz no campo médico com esse intuito o de reabilitar os estímulos cognitivos da criança e adolescente para diminuir o risco de pausa prolongada no desenvolvimento escolar e fracasso escolar.

No terceiro parágrafo do Art. 11º é salientada a formação dos profissionais que atuam no cuidado diário ou requerente das crianças, especificamente na primeira infância. Sente-se uma ausência de legislação para as outras faixas etárias, apesar da lei não ter em seu centro a garantia de direitos da crianças hospitalizada, se há no cotidiano hospitalar e domiciliar uma necessidade. A Lei Civil se encontra com a Lei Natural, esta última por sua vez é comentada por Voltaire em seu Dicionário Filosófico em um diálogo da seguinte forma “ Existe uma lei natural. No entanto, mais natural é que as pessoas a esqueçam”. Diante do contexto do exposto neste trabalho o que esta sendo esquecido pela legislação é o trato do tratamento de saúde que está intrínseco a recuperação escolar, muito antes de 1990 as crianças adoeciam e interrompiam sua vida escolar, contudo é natural que as pessoas, comunidade, estado e nação esqueçam.

Quanto à formação da equipe hospitalar voltada aos anos iniciais, muitos conceitos pedagógicos e psicopedagógicos se unem ao ensino nos cursos de formação de saúde e na formação continuada destes agentes. É preciso uma reestruturação curricular voltada ao estudo dos estímulos cognitivos da criança e suas influências no bio-psico-social da criança hospitalizada.

No Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) não há um recorte que ligue educação às crianças hospitalizadas, é inexistente uma cobertura deste serviço educacional. Aprofundando-se mais no capítulo IV, é ressaltado que o texto constitucional garante sobre a educação, “é direito da criança e o adolescente o pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho e o meio para se efetivar é a igualdade de condições para o acesso e permanência na escola”. Em posição de educadora, se me fosse questionado o que poderia ser acrescentada no texto citado acima da lei Nº 8.069 sua retificação seria:

Assegurando-se-lhes:

I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola, e a garantia de serviço e profissionais comprometidos com a ininterrupta ação da educação escolar sobre os sujeitos desde os espaços alternativos até as instituições educacionais formais.

O que sente-se é que as maiores leis brasileiras (Constituição e Estatuto da Criança e do Adolescente -ECA) não compreendem a educação como uma ação livre e assim não dão vazão em sua legislação à novos ambientes pedagógicos. Por não legitimar outros ambientes, a lei civil volta a se confrontar com a lei natural, no Art. 55º do estatuto vai ser falado da obrigatoriedade da matrícula que é uma forma de inserção das crianças na vida escolar, mas crianças que passam anos de suas vidas em clínicas oncológicas não possuem matrícula em escola alguma, elas não tem mais acesso às suas residências e escola.

É comum, casa de acolhimentos a criança com câncer, fazer mobilizações sociais para construir casas para a família do paciente com câncer, pois ela peregrina aonde há tratamento, desloca-se deixando tudo para trás, correndo por esperança de vida, essa lei natural não está prevista na lei civil. Em contrapartida, quando o Estatuto elenca meios de prevenção, em seu Art.70º ela diz: É dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente. A Educação é direito fundamental para

o pleno desenvolvimento como é citado no Art. 53º disposto em supra do capítulo de prevenção, e se há uma criança descoberta por essa garantia não por negligência dos pais mas sim do hospital em que a criança está internada ou do município, estado ou distrito, estas instituições são reponsaveis pela falta de atendimento educacional.

Buscando mais fundo nas legislações que possam direcionar o atendimento pedagógico hospitalar, em 1969 durante a ditadura militar surge, a Lei de n. 1044/1969 para garantir os direitos educacionais, considerando que crianças em idade escolar nem sempre possuem condições para manter frequência na escola (por motivo de saúde), admitindo as “classes especiais” durante o regimento, do mesmo modo acobertando a educação “peculiar dos excepcionais”.

O texto reconhece o ensino das classes hospitalares como um “tratamento excepcional”, a etimologia de “excepcional” denota anormalidade, a classe hospitalar é um processo de ensino-aprendizagem perfeitamente normal, que resgata os primórdios da educação que era realizado fora de estabelecimentos agora considerados formais (a escola, a instituição, as quatro paredes que guardam saber), a pedagogia hospitalar valoriza uma educação ininterrupta, claro que em essência interpreto que no texto há uma preocupação com as crianças isoladas nos hospitais, e por isso levo em consideração o tempo em que foi promulgada e não apego-me mais a discutir o grosso modo a que foi intitulado o termo.

A Lei de Diretrizes e Bases (LDB) regulamenta em seu texto o direito à educação básica do interno durante o período de tratamento médico no hospital e em domicílio. O termo “classe hospitalar” aparece pela primeira vez em um documento oficial em 2011 (Artº 13- §1º) da resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE) nº2.

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. (BRASIL, 1996)

O texto acima abre os horizontes de possibilidades, uma minuta para o exercício da mediação pedagógica hospitalar e domiciliar em suas linhas gerais, podemos destacar três pilares fundamentais: Continuidade ao processo de desenvolvimento e aprendizagem

da criança, reintegração da mesma ao seu grupo escolar sem maiores danos cognitivos evitando fracasso escolar. Um currículo educacional flexibilizado, entendendo que o currículo é uma organização que orienta os níveis educacionais abrangendo conteúdo cognitivos e simbólicos e os meios de transmissão respeitando a individualidade e a cultura, social e organizacional. A LDB é uma vicissitude para outros meios legais que dependem dos mediadores pedagógicos hospitalares e domiciliares em sua prática.

Em 2002 o Ministério da Educação por meio da Secretaria de Educação Especial elaboram diretrizes de estruturação políticas de organização e prática do sistema de atendimento educacional em ambientes hospitalares e domiciliar, incitando o desenvolvimento de novas classes e dando apoio legal às que já existem em vigor. O documento “Classe hospitalar e atendimento domiciliar: estratégias e orientações” reconhece que a rotina do tratamento médico causa instabilidade emocional do paciente e que deve-se investir tempo, recurso, esforço para reorganizar a assistência hospitalar para que dar conta de ressignificar os sentimentos sobre esta experiência.

As políticas públicas que se levantam representam docentes e discentes que lutam pela inclusão, a perspectiva da oficialização do trabalho pedagógico hospitalar nasce sobre a legislação que já vem se desenvolvendo, mas também deságua sobre a qualidade e ótica de formação nos cursos de professores. Para haver ações legais no cerne da prática é fundamental mediadores hospitalares com uma formação que encaminhe e denote saberes, para essa aba do leque, que o exercício pedagógico hospitalar representa. A realidade pede educadores capazes de teorizar e fazer a educação em sua suma essência, ou seja, ultrapassar os limites das viseiras sociais, ser flexível, reflexivo em seu fazer e transfigurar o contexto em que se insere.

A pedagogia hospitalar pede educadores que aceitam o desafio de migrar para além dos muros da escola, pois é deste ângulo, fora da caixa que eles vão notar que a educação regular, formalmente conhecida na sociedade, amontoa sujeitos em suas fronteiras e logo romperão o paradigma cultural do estigma “regular”, a classe hospitalar é um ensino regulamentado por legislação, pode e deve ter mais documentos elaborados no cerne de suas atividades diárias para embasar mais ainda sua legalidade como: um Projeto Político Pedagógico Hospitalar. Um PPP em uma escola não é uma “formalidade” desnecessária, ela é uma diretriz do espaço de trabalho, manifesta diretrizes e um fazer democrático, participativo que aciona todos os componentes da equação educacional.

O amparo legal começa com as ações atitudinais no cotidiano do ensino, fomos ensinados a pensá-los hierarquizado e esperar pelos que tem poder. Esse trabalho está sendo escrito nos domínios de uma nação democrática, uma soberania popular com suas falhas, mas ainda é uma democracia e o poder está nas mãos das “formigas operárias”.

3. UM ENLACE DE TEORIAS EDUCACIONAIS COM A PRÁTICA À LUZ DA VIVÊNCIA NA MEDIAÇÃO PEDAGÓGICA HOSPITALAR

A cronologia da história nos mostra como teorias e práticas são aprimoradas e complementadas, nada se desenvolve a luz de um “piscar de olhos”. A câmera digital que conhecemos atualmente, que cabe em nossos bolsos através do celular, teve a influência de vários pensadores e cientistas obstinados a capturar um momento e congelá-lo em forma de fotografia. Quem diria que uma caixa preta do tamanho de um quarto caberia na palma da mão, um computador que tomava o espaço de um prédio caberia em uma mochila no formato de notebook. A educação como ciência perpassou e atravessa processos semelhantes. Tudo está em constante evolução, a mercê de novos estudos, pois nem uma ideia é acabada em sua totalidade.

A ciência da educação possui tendências de ideias e metodologias baseadas nas influências de cada período histórico ao qual pertencia, no Brasil há duas linhas gerais, as tendências liberais (tradicional, renovada progressista, escola nova e tecnicista) e tendências progressistas (libertadora, libertária e crítico social dos conteúdos). Atualmente não podemos afirmar que só uma perdura, todas são praticadas, seja por um professor, uma unidade de ensino em algum lugar, ou uma comunidade que acredite em sua eficiência e a siga, a pedagogia tradicional por exemplo, é considerada pelos pensadores contemporâneos como uma violência contra o espírito da criança e seu desenvolvimento, porém é uma tendência ainda vista com frequência no cotidiano escolar brasileiro.

Em cada corrente pedagógica houve estudiosos que apresentaram proposições e concepções eleitas marcos em sua época com seus pensamentos e pesquisas. O incrível de voltar o olhar para a história da evolução da ciência, é perceber que Lavoisier o pai da química moderna estava coberto de razão ao afirmar que: “Nada se cria, nada se perde, tudo se transforma” ,nesta perspectiva de transformação resgataremos princípios e conceitos importantes para a educação associadas à saúde na esfera do desenvolvimento do homem e sua aprendizagem.

O primeiro desafio da hospitalização é o ser e o espaço. O homem é um ser social e precisa de um ambiente interacionista baseado na troca do sujeito e o meio. Em casa a criança mantém relações e hábitos com a família, exemplo: em uma determinada casa, a criança é ensinada que toda família deve almoçar na mesa e sua participação nesse evento familiar é distribuir pratos, copos e talheres na mesa. Há uma participação sociocultural no cerne desta casa que faz com que a criança interaja com o ocorrido e isso a influencie educacionalmente, ela aprende e reproduz isso e sobretudo ela gosta de ter uma função social em seu seio familiar.

Em um hospital a criança é lançada em um contexto desconhecido, ela é carente de socialização, interação, e funções. O mundo parou, a criança desceu e depois continuou a girar sem ela, essa realidade é amedrontadora a ponto dela se ver desestruturada emocionalmente.

Ortiz e Freitas faz uma reflexão sobre a ameaça da hospitalização:

O evento hospitalização traz consigo a percepção da fragilidade, o desconforto da dor e a insegurança da possível finitude. É um processo de desestruturação do ser humano que se ver em estado de permanente ameaça. Neste momento, delineia-se algumas inquietações sobre como a criança instrumentaliza para acionar o enfrentamento deste processo. Quais as representações que a criança constrói acerca do adoecimento e da permanência hospitalar? (ORTIZ e FREITAS, 2005.pg.27)

A rotina hospitalar não visa o elemento socioafetivo de uma criança, o que gera mais carências e medo, mas afinal quais são as representações que a criança possui sobre o seu estado de adoecimento e sua internação? O questionamento leva à reflexão de que se o adoecimento é um evento que afasta o homem do estado saudável, logo o sujeito fica desabilitado a ser ele mesmo, do seu lado saudável e dinâmico pois a natureza de sua personalidade fica soterrada pelos sentimentos concebidos pela enfermidade. A internação causa a ruptura do ritual da rotina do dia a dia, para a criança sua estadia hospitalar é a representatividade de seu afastamento da vidasociável que inclui a casa-família e o principal a escola-amigos, este último fator por suavez surte sentimentos de rechaçamento social.

Comparemos o desequilíbrio da rotina e a insegurança do paciente-aluno a um bebê que acaba de nascer. No útero da mãe o bebê possui uma rotina quentinha e aconchegante, mas a medida que o tempo passa algo muda - é chegado o tempo de

nascer- e ele é expelido do seu espaço, ele dominava e conhecia bem aquele território - o útero- interagia com ele e era um agente ativo, recebia estímulos e se desenvolvia. O primeiro choro do bebê não é de aflição, é um espasmo da glote, o som do choro significa sua primeira respiração. O espasmo apesar de ser um fato muscular não se dissocia da sensibilidade e seus efeitos emocionais.

A criança quando adoece sente-se como um bebê que sai da zona de conforto uterina e adentra a um novo ambiente, em seus primeiros dias de hospitalização a criança é misantropa, desconfia generalizadamente de tudo e todos no hospital, essa é sua reação, seu espasmo. A emoção é protagonista do quadro da hospitalização, pois as emoções são recursos humanos de sobrevivência. Na teoria da emoção, Wallon coloca a afetividade no centro do desenvolvimento humano, não apenas no aspecto educacional, mais como aspecto de subsistência, contudo a afetividade é “ponto central para a construção da pessoa” e engloba emoção, razão e paixão.

A teoria de Wallon é uma análise do homem em sua plenitude, o ser integralizado que não se dissocia. Organismo, meios e fatores ambientais se influenciam, quando Wallon fala sobre meios ele os divide em dois tipos, o primeiro diz respeito à “meios circunstâncias” e o segundo é “meios de ação”. O organismo hospitalizado recebe influxos de sua estrutura como ser, das circunstâncias que o levaram ao evento do adoecimento e como isso afeta sua trajetória para logo haver a percepção que mesmo diante de uma ambiente não favorável se há a possibilidade da criação de meios de agir e combater os desequilíbrios. Contudo a afetividade possui origem orgânica, a manifestação dos sentimentos não partem do racional do homem mais é uma resposta espermática do psico.

É preciso criar um espaço hospitalar que compreenda a dimensão funcional da afetividade para se estabelecer um ambiente voltado para o aprendizado e cura do paciente, assim se evitará o sentimento de ameaça e o esforço dobrado do bio-psico que em outrora seria direcionado para brigar com as emoções é coordenado para o desenvolvimento da mente e corpo. Essa zona favorável conta com uma base indispensável, à humanização do trabalho hospitalar e pedagógico.

Na educação e na saúde humanizada não há espaço para indiferença, as ações de desdém e superficialidade do trabalho geram emoções. Os cursos de formação precisam dar mais vazão a formação da identidade do agente educacional e agente de saúde, para

que se tenha no mercado de trabalho profissionais que compreendam e se comprometam com sua função social e tenham no centro do seu currículo formativo a proposição da afetividade nas práticas exercidas.

A afetividade adentra o campo da inteligência, o atendimento educacional no hospital tem que ter em vista que a criança está em estado de vulnerabilidade, e que ela precisa ser protegida e desenvolvida educacionalmente para estimular cognitivamente a inteligência emocional e intelectual, pois as emoções estão intrinsecamente ligadas ao desenvolvimento intelectual. Nunes (2018) afirma que “a afetividade e a inteligência caminham de modo muito interligado, dando-nos base para defender que não se pode conceber um ato educativo pensado para o ser humano que não seja baseado também em estudos sobre afetividade”

O sujeito precisa ser olhado, compreendido em sua própria perspectiva, ele antes de paciente é um ser humano, não é uma doença ou código de entrada transcrito em um prontuário. Maria Montessori coloca a criança no centro de todo o processo pedagógico, ela pregava que o ambiente educacional deveria deixar as crianças serem elas mesmas em sua natureza nata, para que os preceptores pudessem conhecê-las como elas realmente são.

A infância é o período voltado ao descobrimento, a ampliação dos conceitos e os saberes que são fundamentais neste período da vida humana, a criança precisa viver essa fase usufruindo de seus direitos básicos: a liberdade de expressão e o brincar. No brincar a criança expressa suas preferências, suas habilidades, carências, falhas, sua realidade social e dinâmica familiar. Ela mergulha no faz-de-conta imitando a vida que a rodeia, esse momento singular expressa sua natureza em plenitude. É fundamental analisar a criança nesse seu estado de liberdade pois a observação faz com que o observador receba e perceba a influência do que acontece na realidade do sujeito e não se detenha com a fluência de suposições e pensamentos preconceituosos.

O mediador pedagógico carece exercer uma ação investigativa, observar analiticamente a criança em estudo para criar um processo de intervenção muitas vezes personalizado para as características singulares do aluno, pois cada ser é único e possui particularidades, e justamente sobre a unicidade do ser, que se deve iniciar o trabalho pedagógico formal e informal. Montessori explica que:

O Método de observação há de fundamentar-se sobre uma só base: a liberdade de expressão que permite às crianças revelar-nos suas qualidades e necessidades, que permaneceram ocultas ou recalcadas num ambiente intenso à atividade espontânea. Enfim, é necessário que, simultaneamente ao observador, coexista também o objeto a observar; e se, por um lado, faz-se mister uma preparação para que o observador possa entrever” e “recolher” a verdade, por outro, urge predispor as condições que tornam possível a manifestação dos caracteres naturais da criança. Esta última parte do problema, que, até então, nenhum pedagogo tinha levado em consideração, pareceu-me ser a mais diretamente pedagógica, visto referir-se à vida ativa da criança. (MONTESSORI, 1965, p. 63)

A vida ativa da criança só se desenvolverá de forma plena, em um ambiente sócio-educativo que expressa a liberdade de ser, a zona hospitalar precisa se afastar da ideia de lugar estéril e englobar em seu cotidiano os aspectos sócio-educativos da liberdade para que a criança se sinta livre para ser quem ela é, e poder imaginar quem ela quer se tornar e se preparar para isso. Não se pode aprisioná-la em uma enfermaria e dizer que tudo é para o seu bem e que ele deve ficar ali, sem se mexer pois sua melhora depende disso, a criança não é um agente passivo nessa equação, o papel do mediador pedagógico é abrir espaço e criar meios que caiba uma criança livre no centro do processo pedagógico hospitalar.

A lembrança dos princípios de Wallon sobre a integralidade do ser e sua afetividade deve ser traga para os agentes que lidam com a realidade das crianças em tratamento-educacional hospitalar tais como os enfermeiros, médicos, professores, psicólogos, fisioterapeutas e etc, devem comprometer-se com a promoção do bem estar. Se não houver em mente essa dimensão básica do ser, não há como levantar a estrutura fundamental de hospital e escola que comungam sobre os aspectos de cuidar e desenvolver.

O ser educando requer de um espaço, mas para a geração desse recinto de liberdade, respeito e compreensão que Montessori pregou deve ser seguido essa sequência de algoritmos: Entender o ser como integral e respeitar suas demandas físicas e emocionais, conceber uma área que respeite as limitações e as ultrapasse, e instigue a liberdade e autonomia sem dissociar essas sequências.

O hospital é um lugar disciplinador, sua história retrata esse contexto após sua formalização ser feita pelos marinheiros como lugar de exercício científico das

habilidades curativas, é dividido em blocos responsável por um processo diferente. Todo espaço precisa de uma organização, isto é valorizado neste trabalho, mas desde que seja uma organização pensada no perfil dos sujeitos que frequentam o lugar e usufruem do serviço disposto. O público alvo de uma pediatria são crianças, seu regimento deve contar com a dinâmica bio-psíquica delas, permitindo condições de manifestações típicas da fase da infância. A de haver a consideração de que o lar é o primeiro círculo social interativo da criança e a escola o segundo, o evento adoecimento e internação a afasta do seio familiar e da escola, as relações afetivas são um elemento indissociável da formação e base fundamental na fase da infância.

No contexto hospitalar a educação ocupa um território motivador, ele deve convidar o aluno a estar no centro do processo educativo. A prática pedagógica hospitalar evoca a autonomia do sujeitos-aluno e sujeito-mediador para juntos protagonizaram um jeito único de educação, pois do mesmo jeito que cada sujeito possui suas particularidades o ensino que se volta para atender as especificidades possui um carácter singular.

Na pedagogia hospitalar o ensino deve valorizar e enfocar necessidades e interesses da criança e adolescente hospitalizado, o mediador programa-se para criar ações que atinjam essas duas linhas para desenvolver no sujeito o senso de autonomia, discernimento e direcionamento. Jean-Ovide Decroly idealizou a teoria dos centros de interesses para tornar a educação significativa e ativa, pois colocando a criança no centro do processo ela se tornaria protagonista do ato de aprender, e não acumularia conhecimento, apenas desenvolveria suas habilidades e capacidade de compreender o mundo e a si mesmo em seu contexto.

Decroly introduziu o conceito de globalização que consiste na aprendizagem do todo, do macro para o micro. Para poder aprender ler a criança deve está imersa no mundo das letras e apreciar livros e textos simples e complexos essa atitude de aproximação consiste no macro, o todo que é denominado como caos, para logo o sujeito ordenar o apreciado. Decroly lutava contra a fragmentação do ensino e do educando ser socialmente e intelectualmente apenas uma fração do que deveria ser ao fim de sua vida escolar. A escola quer abordar a vida e o ensino partindo da ordem ou seja do passo pré-pronto. Primeiro se parte do caos para a ordem.

A globalização visa enfocar um ensino global e totalizante mas possui seis eixos que norteiam o ensino, são baseados em centros de interesses idealizados para atuarem

como disciplinas: a) a criança e a família; b) a criança e a escola; c) a criança e o mundo animal; d) a criança e o mundo vegetal; e) a criança e o mundo geográfico; f) a criança e o universo. Na teoria de Decroly a criança agiria como mediador do caos, sendo sujeito ativo dentro da perspectiva dos centros de interesses, pois apesar de um eixo trabalhar a criança e a família, a sujeito deve decidir qual linha de estudo seria mais relevante dentro do todo que cabe o tema.

Mas como as ideias de Wallon, Montessori e Decroly são efetivadas na prática do chão de uma unidade de saúde? A participação no projeto de Extensão “Atendimento Psicopedagógico E Pedagógico A Criança E Adolescente Hospitalizado: Trabalho Alternativo Para O Pedagogo” evidenciou a importância da afetividade, liberdade de expressão e a centralização do aluno no processo e suas necessidades na condução da organização do trabalho e sua efetivação. O dito popular diz que “a primeira vez a gente nunca esquece”, como voluntária no projeto de extensão, a primeira mediação foi realizada com uma paciente de 13 anos do sexo feminino, internada por complicações de uma cirurgia gástrica.

A paciente não havia tido interação com o atendimento psicopedagógico e pedagógico, a mãe se queixava do desânimo da paciente no dia a dia do hospital e que ela andava taciturna. Após conhecer a paciente, dialoguei com ela sobre a escola e como era a rotina de atividades antes da internação hospitalar, e suas predileções, até então ela demonstrava pouca interação no diálogo. A proposta era que a primeira mediação fosse algo agradável e que abrisse espaço para uma sondagem, a paciente expressou paixão por leitura, o que justificou a proposta de uma mediação pedagógica baseada no livro “Dom Quixote de La Mancha”.

O atendimento foi realizado em dois momentos de 40 minutos, no primeiro momento foi realizada a leitura de um capítulo do livro paradidático com a paciente em seu leito, (por motivos de mobilidade limitada) e feita uma conversação sobre a história e os pontos que mais chamaram a atenção da aluna-paciente. No segundo momento, foi preparado um instrumento de sondagem do domínio gramatical e interpretação de texto tendo o livro trabalhado como suporte.

O planejamento da atividade não fez apologia à obra de Miguel de Cervantes apenas pela possibilidade de se trabalhar literatura e gramática centrada no interesse da paciente, mas o teor de desenvolvimento afetivo e expressão (denotada neste exemplo o

valor do diálogo como expressão) que poderia ser trabalhar durante o atendimento. Dom Quixote é uma obra que passa aos leitores o valor do idealismo, esperança e mudança de atitude. Durante a conversação a paciente destacou a loucura e a bravura do personagem em querer mudar o mundo, mudar sua realidade e seu estado de espírito para transformar sua vida e o mundo mais felizes. Ela se demonstrou interessada na contação da história e falante após a conclusão da leitura.

Ao fim do diálogo sobre o livro foi questionado: Se você fosse Dom Quixote o que você faria? Sua resposta foi direta, ela mudaria sua situação e voltaria para casa e amigos e leria mais livros. Ela disse que não possui a bravura do personagem, mas ver as coisas ruins com bons olhos já é uma grande mudança e não exigia tanta bravura. No fim, ela afirmou que não seria Dom Quixote mas o Sancho Pança, o fiel escudeiro.

Maria Helena Martins elenca três tipos de leitura na obra “O Que É Leitura” a sensorial, a emocional e a racional. A leitura realizada com a paciente enfocou a leitura emocional, pois foi explorado uma bagagem de sua vida afetiva, e marcada simbolicamente por um personagem (Sancho Pança) que ganha uma conotação especial em sua vida. A leitura racional não se dissocia da leitura emocional. Em outro momento uma paciente de 9 de sexo feminino internada com suspeita de Hepatite, demonstrava apressa por desenhar, a proposta de trabalho se baseou em: a partir da leitura de um capítulo do livro “O Diário De Um Banana”, a criança recriaria uma narrativa com gênero quadrinho, confeccionando um material similar ao livro lido.

Figura 2: Recriando narrativas



Fonte: Arquivo pessoal.

A aluna-paciente desenvolveu a narrativa de sua entrada no hospital, e o cotidiano com seu pai durante a internação, na sua escrita e desenho fica evidenciado seus desejos e frustrações, o desfecho de seus trabalho resultou na melhora do seu quadro clínico, este era o seu final feliz. O mesmo ocorreu com um aluno-paciente de 8 anos, ambos faziam juntos a atividade proposta, ele se retratou saindo curado do hospital jogando vôlei de praia com sua família no último quadrinho, esse último capítulo da história que eles criam representado o seu “felizes para sempre” demonstra o estímulo intelectual do fazer e experimentar e a inteligência emocional em ação para traçar um roteiro em que eles são os protagonistas durante um tratamento dolorosos, a situação é ruim, mas vão melhorar da enfermidade e deixarem o hospital.

Na psicanálise esta metodologia de trabalho ganha teor terapêutico através do gênero textual catarse, segundo Aristóteles a catarse é um processo de purificação da alma, o aluno-paciente descarregou determinada carga emocional desenvolvida por sua estadia no hospital através da leitura e da escrita. Algo que parece insignificante e simples mas que provoca a experiência de libertação da realidade opressora que é o estado enfermo. A liberdade de expressão, a autonomia de criar algo sobre si e sua realidade não é detida apenas no papel, mas fortalece o emocional, que logo trata estratégias de cumprir o que foi idealizado em uma simples história.

Em outro momento para uma proposta de ciências que relacionasse a criança e o mundo vegetal que Decroly elencada como tema gerador da globalização foi trabalhado o tema “ O solo e a importância das plantas para o mundo” a primeira pergunta “Como trabalhar o solo em um hospital?” No hospital as crianças só possuem acesso a materiais assépticos, pois nada pode comprometer sua saúde, os materiais como livros precisam ser plastificados para poderem ser higienizados, as atividades depois de feitas descartadas, para não aferir risco de infecção hospitalar. A literatura é um tema transversal para trabalhar emoção e inserir conteúdos de Matemático, Português, Ciências e História, mas a criança ainda precisa do estímulo sensorial.

Depois de muito se pensar, foi planejado um terrário, que representasse as diferentes camadas de solo e ilustrasse as condições de sobrevivência de uma planta no ecossistema. As crianças não puderam sentir na mão a textura da terra, ou sentir a liberdade de explorar correndo e brincando um espaço, mas descreveram a brincadeiras nas casas dos avós nas árvores, relembrou a sensação de brincar com a terra e transcreveram os aspectos das texturas que estavam representadas nas camadas do terrário.

Figura 3: Aula sobre o solo: Exposição de um pequeno terrário



Fonte: Arquivo pessoal

As experiências citadas em supra são pequenos exemplos de que é possível criar um ambiente gerador que respeite a individualidade de cada sujeito, o enriquecendo de conhecimento e maturação sobre si mesmo, seus desejos e anseios. A mediação pedagógica hospitalar é uma área de prática educacional de possibilidades e inclusão não de limitações e exclusão. Se existe uma necessidade é preciso que ela seja atendida, e as crianças e adolescentes hospitalizados possuem a necessidade de serem alcançados, para suprimimento de uma carência tanto intelectual quanto emocional.

4.0 A ORGANIZAÇÃO, O PLANEJAMENTO DO ENSINO, A PRÁTICA E O CURRÍCULO PEDAGÓGICO HOSPITALAR.

4.1 O CONTEXTO HOSPITALAR

O hospital é um lugar de incertezas, para um adulto e principalmente para uma criança. Quando alguém dar entrada em um hospital, ela chega com uma bagagem, de angústia, geralmente causada pela busca de diagnósticos e tratamentos que são surtiram efeitos desejados; de dor gerada pela enfermidade no corpo; descreditação, por achar que não haverá uma nova fase depois disso.

O mediador pedagógico que deseja atuar em um ambiente hospitalar precisa entender o contexto do paciente no estado atual, mas para isso precisa considerar a realidade atual e conhecer quem era esse sujeito antes de ser internado, é importante

levantar questões: de onde ele veio, como ele está reagindo a mudança, quando foi interrompida sua vida escolar, fazer um levantamento de dados que ajudem a compreender quem era o paciente antes da doença para ter em vista a transição do estado saudável e a influência do adoecimento sobre seu comportamento e pensamento.

Durante o bloco de estudos de fundamentos da educação em um curso de formação de professores, é indagado e estudado o que é a escola. No primeiro capítulo vimos a etimologia da palavra escola (*Scholé*- Lugar de ócio), pois é preciso analisar os aspectos estruturados politicamente e suas transformações para entender como cabe o educar. Partindo desse pressuposto vamos investigar o que é um hospital.

Hospital vem do latim, “*Hospitālis*” que quer dizer “casa de hóspedes”, nos tempos antigos o hospital era um lugar de acolhimento voltado para exercício de caridade aos pobres, órfãos, idosos e peregrinos nas igrejas e mosteiros. Os primeiros espaços exclusivos para a ação do cuidar eram construídas nas imediações das igrejas. Na Europa foram construídos os primeiros hospitais, contudo o protagonista da rotina de acolhimento hospitalar não era os enfermos em geral, não se havia a concepção de medicina nessas casas.

A ação predominante era a de abrigar os pobres e não permitir que eles morressem nas ruas, ou seja, o estabelecimento hospitalar possuía função social de um morredouro, isso gerava medo na população principalmente os de baixa renda que tinham em mente, que se fossem levados para um ambiente hospitalar não conseguiriam retornar vivos aos seus lares. A ideia social do hospital evoluiu, mas manteve seu aspecto de instituição receptora de marginalizados que precisavam ficar ocultos dos olhos da sociedade sã. Foi formalmente visto como lugar de tratamento médico após adesão de centros hospitalares na marinha. Catão fala que:

Desde a Idade Média que o hospital é fundamental para a vida urbana do Ocidente, mas não como uma instituição médica, pois, nessa época, a medicina não se tratava de uma prática exclusivamente nosocomial, haja vista que até o século XVIII, o personagem principal do hospital não era o doente a ser curado e sim o pobre que estava morrendo e precisava de ser assistido material e espiritualmente, sendo esta a função essencial do nosocômio. Nesse período, dizia-se que o estabelecimento hospitalar era um local onde se entrava para morrer, um morre-douro e, devido a isto, as possibilidades de hospitalização eram temidas pelas populações de poucas posses. Logo, as pessoas que atuavam nas estruturas hospitalares não tinham o objetivo específico voltado para a cura do enfermo, mas

a conseguir a salvação do mesmo, sendo, consequentemente, um pessoal caritativo, podendo ser religioso ou leigo. (CATÃO,2011. P.102)

O hospital era lugar de exclusão social, do qual não se possuía reconhecimento científico para ser exercido procedimentos curativos, era um lugar para receber pessoas e tentar ajudá-las, o serviço maior era o de na doença e na morte não está abandonado ao léu. A característica de lugar de morredouro ainda é muito forte para as pessoas de baixa renda nos dias atuais, esperam em filas infinitas, e não possuem uma prestação de serviço adequado.

Geralmente as unidades de saúde públicas são sucateadas e os médicos que deviam atuar como agentes de cuidado voltados para o curar, alimentam uma prática fria, tratando pessoas exclusivamente por suas patologia e classe social, diversas vezes há o negligenciamento de cuidados e a “arte de curar” é esquecida remetendo novamente a ideia de que o hospital é um mortício.

Quando se visita escolas públicas situadas em periferias nos deparamos com muitos professores excluindo alunos por doenças dermatológicas, rotulam a criança como uma “leprosa”, os mediadores pedagógicos agem como se aquela criança “nojenta” não devesse estar naquele lugar perto deles e nem dos outros alunos. No hospital, a ótica é parecida, o sujeito é visto pelo que lhe aflige. Dentro e fora do hospital o doente não encontra espaço para ser visto como pessoa, sente-se excluído abrigado em um mortício.

O mais lamentável é quando há o conflito de identidade do sujeito “Quem eu sou? A doença ou o que eu acreditava ser?” João não é mais o menino que ama futebol, detesta Matemática, mas gosta muito de estudar História, ele deixa de ser o amigo da maria do bairro, do André da escola, ele torna-se a patologia que possui. A criança, adolescente, jovem ou velho, torna-se mais um prontuário na enfermaria, não por que querem, mas por que são tratados desta maneira e acabam se convencendo dessa realidade. Porto comenta que:

Hoje passados séculos , a Medicina Avançou de modo espetacular na arte de curar, mas este alto grau de especialização , talvez pelo alto grau de intelectualização , tornou, muitas vezes, os profissionais de saúde frio e objetivo que, muitas vezes, só reconhecem o paciente por sua patologia local onde está alojado, procedimentos a serem realizados entre outras rotinas hospitalares. (PORTO,2008. p. 21)

A rotina do hospital é densa e cruel, o ambiente poucas vezes estimula sentimentos bons. O enclausuramento em um quarto pálido, com gente estranha vestindo branco, o mundo colorido agora ganha um único tom e muito sem graça. O impacto do contato com a nova rotina que inclui medicações a cada 2h, 6h, 8h; um Soro puncionado quase que 24h, a dor das veias cansadas, a amargura de pensar quando vai ser a próxima troca de acessórios hospitalares como gelco, sonda, bolsa de colostomia.

O mal estar que a medicação forte causa não pode ser esquecida, a novaprescrição médica, que indica mais medicação, para solucionar as contra indicações do remédio anterior. As drogas que prometem curar torturam o corpo lentamente. A dor física tem uma companheira, a dor emocional, gerada pela ansiedade, a urgência do desejo de regressar a sua vida e estar em sua casa onde tudo é familiar, confortável e libertador.

Os pacientes oncológicos passam pelas dores da quimioterapia durante e após a aplicação já que a substância afeta o funcionamento celular, a perda dos cabelos, a pele mudando de cor, os membros desfalecendo. O medo da incerteza pela vida, a esperança chega a minguar quando o próprio corpo não demonstra mais a mesma energia e vitalidade. Chamo novamente atenção para o momento de desacreditação que é acompanhado pelo conflito de identidade, a criança com câncer em um momento como este intitula-se como “caso perdido”. Ortiz e Freitas alerta:

Quando o contexto institucional hospitalar desconsidera a dimensão humana infantil, pode haver o estabelecimento de um quadro que potencializa o surgimento de traumas do enfermar. O paciente pediátrico, ao internar, fica exposto a estimulações desconhecidas que não fazem parte de seu repertório de conhecimentos, abrindo, com isso, a brecha para que se instale o terror pessoal. (ORTIZ, FREITAS, 2005. p. 35)

Esse filme de terror vivido nos corredores e enfermarias pode ser amenizado com a humanização dos serviços de saúde, o homem é um ser social não basta apenas o contato com médicos, enfermeiras e um familiar, é preciso fazer mais. É fundamental um ambiente integrador que coloque em contato paciente e acompanhantes, na pediatria esse lugar de destaque é a brinquedoteca, um espaço aberto, para possibilitar o desenvolvimento da criança gerando liberdade para brincar, socializar uns com outros e criar novos laços afetivos com a equipe brinquedista e demais sujeitos do hospital. O humanizar dentro dos hospitais também é a inovação nas metodologias de atendimento,

ações que levam alegria e cor ao mundo pálido da doença. O hospital precisa romper seu caráter de bloco disciplinar para se transformar em um lugar propício a cura.

É nesse ambiente historicamente hostil que o pedagogo hospitalar desempenha um papel singular como agente educacional, e humanizador. A assistência escolar não é algo recreativo, para ocupar ou distrair o paciente do seu tratamento. A função social do mediador hospitalar é reintegrar, desenvolver e garantir um processo de aprendizagem significativa humanizada, baseando-se na troca e não apenas em imposições sociais.

O sujeito hospitalizado precisa receber mais do que drogas nas veias, é fundamental que ele ganhe também, em sua rotina, estímulos cognitivos. As mediações pedagógicas garantem o estímulo intelectual protegendo o desenvolvimento cognitivo, assegurando um bom desempenho escolar, e oportunidade de reintegração sem maiores conturbações no histórico colegial, como evasão escolar, caso muito comum com alunos que precisam se afastar para tratamento médico e quando retornam ficam deslocados.

4.2 A DISPOSIÇÃO DO ESPAÇO, E A ROTINA MÉDICO-PEDAGÓGICA

Há poucos hospitais que possuem em sua estrutura física um lugar específico para o educar, a chamada classe hospitalar, mas legalmente de acordo com a Lei de Nº 11.104, de 21 de março de 2005 todo hospital que ofereça atendimento pediátrico em regimento de internação deve contar com uma brinquedoteca. O espaço da brinquedoteca é a efetivação do direito da criança de brincar, como estar assegurando pelo artigo 31 da convenção dos direitos da criança de 1989 e ressaltados na Constituição de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990.

A importância da brinquedoteca aqui, neste texto, não diz respeito apenas ao direito de brincar, mas também como esse espaço tem se tornado um importante aliado nas práticas educativas. Por falta de uma estrutura nos prédios dos hospitais que disponham de uma classe hospitalar, o acompanhamento pedagógico quando não se é feito no leito do paciente-aluno é exercido nos limites da brinquedoteca.

No Hospital Universitário Lauro Wanderley onde Tive uma vivência de dois anos através do projeto de extensão: “Atendimento Psicopedagógico a criança e ao adolescente

hospitalizado: Trabalho alternativo para o Pedagogo”, as crianças recebiam atendimento pedagógico em três zonas da ala pediátrica, a brinquedoteca sempre cedida e compartilhada com os projetos universitários pelas enfermeiras brinquedistas, o corredor anexo a brinquedoteca para atividades com materiais que compromettesse a assepsia e limpeza do local, ex: atividades de pintura com tintas e colagem, e a terceira zona é o leito do aluno-paciente.

Figura 4: Trabalhos manuais em corredor



Fonte: Arquivo pessoal

A brinquedoteca Margareth Diniz possui um espaço amplo e recreativo, acolchoado com tapetes emborrachados, suas paredes são coloridas com papel de parede, o mobiliário é novo e projetado exclusivamente para o espaço, dispondo de brinquedos para todas as idades através de doações, uma área para leitura com livros de superfícies plastificadas e resistentes a higienização. Possui mesas e cadeiras para atividades cognitivas, lúdicas e artísticas, uma televisão e um computador.

Os corredores são decorados com grafites de cores e formas alegres, são pouquíssimos os espaços que possuem paredes brancas, pois as que possuem essa características são preenchidas pelos trabalhos de arteterapia ou decoração das festividades de acordo com o calendário.

Os leitos são brancos, possuem um banheiro, uma ou duas camas hospitalares, equipamento para soro, a TV é disposta no corredor. A nova norma de higienização não permite que as crianças mantenham seus desenhos na parede do leito.

As normas de higienização são determinadas pelo setor hospitalar que analisa o que é coerente, para a não proliferação de infecção hospitalar para o paciente e para os colaboradores. A brinquedoteca abre às 9h da manhã após assepsia do piso e mobiliário. Após as crianças terem contato com livros, brinquedos, jogos, lápis e pincéis, os objetos são separados para a higienização com álcool 70. Folha de papel, massa de modelar e outros materiais que não possam ser higienizados são utilizados apenas uma vez e depois desprezados.

A equipe de mediação pedagógica atua usando roupas de mangas e golas altas, ou jalecos. As mulheres de cabelos presos, unhas curtas. O material pedagógico lápis, pincéis, folhas de papel, cartolinas segue os mesmos parâmetros de higienização da brinquedoteca. As atividades de uso contínuo que possuem material de letramento e numeração são plastificados.

A rotina do hospital gira em torno do horário das prescrições, as enfermeiras, psicólogas, fisioterapeutas, psicopedagogos e pedagogos adequam seus horários para que não interfiram no tratamento e na função de nenhum outro profissional. Um hospital é uma instituição departamental, possui várias equipes que atendem a demandas específicas mas que se complementam quanto a seus objetivos gerais, que é fazer com que o paciente expresse melhora em seu quadro clínico.

Não pode haver uma disputa de qual trabalho é mais importante, para o paciente todos os profissionais atuam fazendo algo indispensável. A humanização da saúde mora também nesse pequeno detalhe, o da conscientização de que todas as equipes exercem algo significativo, mantendo-se a ideia de que sempre se precisa implementar e incrementar o processo, fazendo interdisciplinaridade e transdisciplinaridade com os setores.

Cada hospital possui uma cultura organizacional única, um pedagogo hospitalar não pode se abster e criar sua bolha com o paciente, a missão da mediação é romper com a cultura de isolamento e exclusão, contagiando os blocos hospitalares para atuarem de forma interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar. Quando a educação chama essa atuação conjunta entre as partes, ela não diz respeito apenas conteúdo, mas também diz

respeito às vivências na ala hospitalar, isso também é válido para outros profissionais que desejam atuar na área da saúde. Para que o trabalho hospitalar surta as respostas desejadas nos pacientes a comunidade de colaboradores devem estar organizados grupalmente em um espírito de união e mesmo objetivo. Ortiz e Freitas falam que:

Educação e Saúde estão deixando de “formar rivais”, suas diversas correntes, até então antagônicas, começam a se unir em busca do desenvolvimento integral do ser humano pessoa\cidadão [...] Com a evolução dos trabalhos/ pesquisas, educação e saúde passam a ser vistas pelo mesmo prisma, considerando o indivíduo como ser global, envolvendo os profissionais das duas áreas em uma mesma direção, dando grande relevância ao “Desenvolvimento Humano” em todos os seus aspectos. (ORTIZ, FREITAS, 2008. p. 18-19)

Quando se trata de educação e saúde não há espaço para disputas de quem é melhor, a competição de egos sujeita o trabalho ao ínfimo fracasso. O pedagogo não possui um trabalho mais importante do que o da enfermeira, ou o do psicólogo, há um trabalho complementar a ser efetuado. A primeira ação ao chegar ao hospital foi identificar as equipes (As enfermeiras, os médicos, os terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas) mas foi a segunda vista que nasceu a percepção de que todos nós como grupo possuíamos o papel fundamental de criar um ambiente menos hostil e propício para a melhora dos pacientes.

No Hospital Universitário Lauro Wanderley a rotina pedagógica da Pediatria consistia da seguinte forma: As 8h a brinquedoteca estava sendo higienizada, o que significava que era a hora de dialogarmos com as enfermeiras sobre as crianças internadas, olhar o quadro de distribuição de pacientes para ver se os alunos antigos estavam no mesmo leito ou verificar se havia algum paciente recém internado. Então se passava na porta do leito acompanhado de uma enfermeira para saber se havia condições de realizar atividade aquele dia, se o aluno já havi tido mediações e propostas de atividades em andamento, ocorria a continuação. Com os pacientes novos, era preciso fazer uma avaliação da aprendizagem com a criança, feita em conjunto com paciente e acompanhante. Às 9h da manhã a brinquedoteca devidamente higienizada era aberta e as crianças começavam a chegar e ser trabalhando o planejado com elas. As crianças também recebiam atendimento nas enfermarias, ter atendimento pedagógico no leito é direito de acordo com (BRASIL, 2002):

Além de um espaço próprio para a classe hospitalar, o atendimento propriamente dito poderá desenvolver-se na enfermaria, no leito ou no quarto de isolamento, uma vez que restrições impostas ao educando por sua condição clínica ou de tratamento assim requeiram.

Crianças que não podiam se locomover por algum problema físico recebiam medicações em seu leito. No quarto do aluno o cuidado era redobrado, por questões de segurança da saúde do mediador e do aluno, não se podia sentar na cama do paciente, sempre ao entrar e sair do quarto deveria ser feito a higienização das mãos com álcool gel. Crianças de três a seis anos tende-se a ser muito carinhosas, mas deveria-se ser evitado abraços e beijos, o laço de efetivamente não diminui com o cuidado, pelo contrário, o mediador está mostrando zelo pela saúde do seu aluno-paciente

4.3 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO PEDAGÓGICO HOSPITALAR

O processo organizacional é uma ação conjunta que envolve pessoas, materiais e informações. A organização como coração de processo racionaliza os recursos informacionais, físicos e humanos para garantir a efetivação do trabalho. Para a organização do trabalho pedagógico hospitalar funcionar é preciso que todos os meios sejam cobertos pela organização e interajam entre si. A organização é manifestada através de normas, rotinas, encubencia de deveres. A organização educacional hospitalar parte de um macro (as manifestações políticas através do cumprimento das leis e diretrizes) para um micro (atuação legal em um espaço por agentes) que está disposta legalmente ao decorrer do texto.

O atendimento educacional no âmbito hospitalar e domiciliar é um direito básico do sujeito que possui a escolarização interrompida, muitos projetos de extensão no Brasil tem sanado a demanda que o estado e município deveriam está ofertando. No entanto os núcleos de educação responsáveis precisam ter a solicitação de equipe para a mobilização pedagógico. O atendimento deve está vinculado a uma unidade educacional através das secretarias municipais, estaduais ou do distrito federal. As extensões são veiculadas pelos distritos federais mas de forma muito indireta. A pedagogia hospitalar não pode perder seu caráter integrador, e para isso ocorrer é fundamental o contato com a unidade escolar do paciente-aluno para um trabalho em conjunto, se não ocorre assim, acaba sendo algo bilateral.

Ao receber a solicitação de profissionais que supram a necessidade educacional no espaço hospitalar, logo o órgão terá que se mobilizar para formar um profissional apto para atender as direções clínicas. Dentro das possibilidades também poderá ser organizada uma sala específica para a classe hospitalar ou mobilização de algum espaço que se adeque a necessidade escolar. O texto legal afirma que: (BRASIL,2002) “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”

4.3.1 A CLASSE HOSPITALAR E SUA ESTRUTURA

O espaço das classes hospitalares devem ser desenvolvidas para atender a peculiaridade dos pacientes, contando com mobiliário adequado que promova o desenvolvimento das atividades pedagógicas, arejado para a não proliferação de bactérias e com materiais impermeáveis compatíveis com o parâmetro de higienização. Deve fazer parte da estrutura física uma bancada com pia, instalações sanitárias exclusivas e adaptadas.

É proposto pelas diretrizes de estrutura e organização da classe hospitalar um espaço ao ar livre para atividades físicas e ludo-pedagógicas. Para um trabalho pedagógico hospitalar básico, a classe hospitalar precisa contar com suporte material e físico para a facilitação do processo ensino-aprendizagem, o ministério da educação lista alguns recursos como:

Nas classes hospitalares, sempre que possível, devem estar disponibilizados recursos audiovisuais, como computador em rede, televisão, videocassete, 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)

Atualmente a necessidade dos recursos tecnológicos possuem dois vieses, o de manter relações externas e o de ensinar, aliando educação e tecnologia. O pensamento computacional não está incluso legalmente na base nacional curricular, mas o ensino com tecnologia desenvolve raciocínio lógico, facilidade em resolver problemas, criatividade, pensamento crítico e estratégico. A classe hospitalar tem caráter de atuação interdisciplinar e o englobamento do pensamento computacional atua como disciplina transversal no currículo educacional, e para a vida agindo como elemento didático sócio-afetivo. A ideia do pensamento computacional é ensinar o aluno a pensar, e provocar o hábito de solucionar problemas de forma criativa.

A abordagem educacional hospitalar faz o acompanhamento individual e grupal, ela tem um teor de ensino multisseriado, quando atende crianças de diferentes idades. A educação em grupo desperta o senso colaborativo através da tutoria que o mais velho tem pelo mais novo, as crianças colocam em prática o que aprenderam auxiliando outras no ensino. O alunos mais novos perdem o temor de crianças mais velhas e espelham o comportamento nos maiores sendo tutores dos mais novos que eles.

A educação é algo elástico ela se encaixa em várias situações da vida e os agentes da educação-saúde devem ter em vista este princípio e ousar em busca de meios e pensadores que ajudem a construir um cenário de educação inovadora.

4.3.2 RECURSOS HUMANOS

Os profissionais envolvidos na atuação do atendimento educacional hospitalar são: o professor coordenador, o mediador pedagógico e profissionais de apoio. O professor coordenador deve conhecer a dinâmica do local que está sendo inserido, sua rotina e seus atuantes, sistematizar as atividades pedagógicas garantindo a flexibilização das atividades e dirigir. Segundo Libâneo (2015.) direção “[...] é pôr em ação, de forma integrada e articulada, todos os elementos do processo organizacional (planejamento, organização, avaliação), envolvendo atividades de mobilização, liderança, motivação, comunicação, coordenação.”

O professor coordenador no hospital promove o entrosamento da equipe pedagógica com os demais profissionais que atuam no hospital para fomentar uma atuação humanizada. Mantém contato com a unidade escolar primária do aluno para que o processo de ensino e aprendizagem das duas unidades de educação se comuniquem. Orientar o mediador pedagógico e definir metas de trabalho com ações democráticas e participativas e incentivar a equipe a refletir a pedagogia hospitalar dando enfoque a formação continuada e novas proposições ao método de atendimento hospitalar.

O mediador pedagógico precisa está apto a lidar com a diversidade de identidades e culturas, criando meios de valorização e trabalhos que englobam o contexto histórico cultural dos sujeitos. Flexibilizar o ensino e adaptar o currículo normativo para a realidade vivenciada. Em seu plano individualizado do aluno deverá propor metodologias alternativas e didáticas-pedagógicas que estimulem o desenvolvimento emocional, sensorial e colaborativo. Tem que ter em vista que o aluno está no centro do processo e se posicionar como profissional observador.

O mediador precisa ter disponibilidade para o trabalho em equipe com a unidade primária de educação de seus pacientes-alunos e assessoramento a inclusão do aluno pós-tratamento médico garantindo o seu ingresso a vida escolar. Sua formação deve ser formado em pedagogia, dando-se ênfase e preferência a área de educação especial, ou outras licenciaturas. Ter conhecimento sobre doenças e condições psicossociais partindo do ponto de vista clínico e afetivo. Manter os registros das atividades elaboradas e promover avaliações adequadas que averigue a eficácia do processo de aprendizagem.

O mediador pedagógico deve contar com apoio de profissionais, segundo (BRASIL, 2002):

Nas classes hospitalares, o professor deve contar com um assistente de apoio, podendo o mesmo pertencer ao quadro de pessoal do serviço de saúde ou do sistema de educação. Outros profissionais de apoio, podem ser absorvidos pela criação de bolsas de pesquisa, bolsas trabalho, bolsas de extensão universitária ou convênios privados, municipais ou estaduais.

Os profissionais de apoio podem ter formação de nível médio ou superior na área de educação ou saúde. Devem auxiliar o mediador na higienização e cuidado com a saúde do grupo. Os agentes educacionais hospitalares são incluídos na Lei 6.514 (22/12/1977) que garante adicional de periculosidade e insalubridade, mantendo o direito igual aos dos agentes de saúde nas medidas trabalhistas.

4.3.3.RELAÇÃO ORGÂNICA ENTRE HOSPITAL E ESCOLA

Este ponto diz respeito a integralização do ensino hospitalar e domiciliar exercido pelo mediador pedagógico junto a unidade de ensino primário do aluno-paciente. A comunicação entre hospital e escola é imprescindível e o mediador é a ponte para a execução desta tarefa interlocutora. Durante o plano de desenvolvimento individual o mediador vai precisar da ajuda da família e da entidade escolar para formar um perfil educacional do aluno, assim diminuirá o risco de prejuízos na ruptura de ensino com a escola e a criança não se sentirá em dois mundos pois ela está coberta tanto pelo hospital que representa o amparo a sua saúde quando pela escola que aparece como pivô social de produção de conhecimento.

O coordenador entra em ação com sua função organizacional mobilizando a escola e delegando responsabilidades a escola primária de ensino do paciente, de acordo com os princípios políticos pedagógicos norteadores do atendimento educacional hospitalizado. É de suma importância a formulação de um projeto político pedagógico aberto que abriguem exigências como: participação dos professores, médico especialista, enfermeiros e família.

4.3.4 ENVOLVIMENTO DO ACOMPANHANTE HOSPITALAR NO PROCESSO EDUCACIONAL

O mediador hospitalar vai estar em constante contato com o “Acompanhante hospitalar”, mas o que vem a ser esse acompanhante e qual seu papel fundamental na esfera afetiva e intelectual da criança no processo de mediação pedagógica hospitalar? O termo acompanhante refere-se a pessoa que faz companhia, que assiste alguém em hospitais. Todo hospital é regido legalmente pelo princípio que pacientes menores de idade, idosos com 60 anos ou mais, e parturientes tem como direito fundamental um acompanhante.

Durante a internação o acompanhante é quem dá suporte ao paciente para ir ao banheiro, alimentar-se, durante o banho se for necessário. Geralmente se vê em maior número mães como acompanhantes, mas é algo relativo pois há famílias de pacientes que fazem uma rotatividade para determinar quem vai passar as noites e dias com o interno.

A família neste contexto tem um papel sócio afetivo singular, ela reflete sentimentos de acolhimento e de abstração, apesar do acompanhante geralmente ser um membro da família não significa que os internos deixam de pensar sobre seus familiares em casa. O ideal é que as mediações propostas sempre tenham um enfoque incluindo o acompanhante e indiretamente os familiares que não estão dentro da rotina hospitalar. Em 2018 no Hospital Lauro Wanderley houve um paciente do sexo masculino de 10 anos, ele possuía muitos irmãos e sempre falava deles.

Após a sondagem e diálogo com a mãe, foi elaborado um plano de aula com a seguinte abordagem, visto que o aluno possuía dificuldade em Matemática se foi trabalhado Origamis, ele fez a atividade proposta com sucesso e no fim da aula pediu para fazer mais personagens de papel, para os irmãos. Depois de explicarmos que ele não poderia ficar com a atividade para evitar risco hospitalar, ele pediu à mãe que tirasse fotografia e mostrasse aos irmãos, para poder “se gabar” que ele, o caçula sabia fazer brinquedos de papeis e eles, tão grandes, não.

O exemplo é divertido, mas demonstra o como é importante para eles o entrosamento familiar, de aprender algo novo que facilmente demonstra uma saudade implícita no discurso. Trazer quem está fora do hospital para dentro de suas atividades é algo espontâneo do aluno-paciente que precisa ser compreendendo e englobado.

Os acompanhantes não ficam de fora, querem participar do proposto e interagir, em uma determinada oficina de arteterapia proposto para um trabalho coletivo com as crianças, o tema provocativo era: Se você tivesse asas para onde voaria? 70% dos pais participavam e pediam mais papeis para fazer mais pinturas. Queriam que os filhos fizessem desenhos que complementassem os deles. Houve uma acompanhante que era tia de uma das crianças, que estava na enfermaria enquanto o aluno-paciente participava da atividade, quando ela foi dar uma olhada para saber como ele estava, ficou encantada e pediu uma folha, ela não aderiu a metodologia do estilo livre da arteterapia mas pintou um por do sol, todos ficaram admirados com suas habilidades artísticas.

A proposta de um planejamento pedagógico para o acompanhante deve possuir um caráter singular que é representado pela pedagogia da escuta, com esse tom metodológico que a cartase expressa, o purificar, a espontaneidade.

4.4. A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO NA ORGANIZAÇÃO DO ENSINO E O TRABALHO PEDAGÓGICO HOSPITALAR

O planejamento se baseia no princípio do esforço em busca de resultados de sucesso, dessa forma se elenca objetivos e se traça caminhos para atingir de modo eficaz o alvo. Sem o ato de planejar não há ações congruentes apenas eventos aleatórios descoordenados que não tem um caminho a seguir. O processo de ensino e aprendizagem é um caminho que estabelece em sua premissa um plano de ação descentralizado. Pensemos em uma boneca russa, cada capa simboliza uma etapa do processo, o maior é a esfera norteadora, o planejamento do trabalho pedagógico sucedido pelo planejamento individualizado de desenvolvimento, planejamento do projeto pedagógico e o planejamento de avaliação. Todos eles são instrumentos unificadores do processo de ensino aprendizagem e precisa do esforço e dedicação do coletivo.

Planejar é prever uma ação, está a frente de um acontecimento. José Libâneo define o planejamento da seguinte forma: (LIBÂNEO, 2015. p. 125) “O processo e o exercício de planejar referem-se a uma antecipação da prática, de modo a prever e programar resultados desejados, constituindo-se numa atividade necessária à tomada de decisão.p”. É importante destacar que mesmo que nos esforcemos para prever e planejar uma ação ela nunca será como o imaginado, se no contexto da escola há a flexibilização e a improvisação no ambiente hospitalar não vai ser diferente.

O planejamento pedagógico hospitalar é algo pré estabelecido mas dinâmico, o mediador pedagógico precisa ter pensamento estratégico para unir dois mundo em uma nova proposta - a apresentada ao aluno-paciente. O planejamento educacional hospitalar não é algo meramente lúdico e recreativo, ele possui atividades de ensino e de aprendizagem estreitamente ligadas a uma intenção que não inclui entretenimento do paciente para não pensar na angústia do internamento. Os objetivos educacionais hospitalar assim como na escola envolve o objetivos, valores, atitudes e conteúdos.

O planejamento que enfoca esses viés não pode ser corroborado por uma única pessoa, é conjunta de reflexão e ação de natureza infinita dentro do processo de ensino aprendizagem. Segundo Libâneo (2015) o planejamento escolar atende as seguintes

funções: Diagnóstico e análise da realidade; Definição de objetivos e metas compatibilizando as políticas e diretrizes de acordo com as intenções, expectativas e decisões da equipe pedagógica; Determinação de atividades e tarefas a serem desenvolvidas em função de prioridades postas pelas condições concretas e compatibilização dos recursos disponíveis sejam eles humanos, materiais ou financeiros.

4.5 AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM: A DIAGNOSE

A diagnose é o ato de investigar, para saber o estado de algo, diagnosticar uma situação ou alguém. O diagnóstico pedagógico é um processo da avaliação da aprendizagem, avaliar não é apenas criar instrumentos de medições de conhecimento, não se pode abordar uma criança hospitalizada pedindo que responda um questionário sobre cada disciplina para medir seus conceitos, isto remete a uma visão de avaliação tirana.

A função social do mediador não abre espaço para educação bancária, em supra se falou que o objetivo social do pedagogo hospitalar é reintegrar, desenvolver e garantir um processo de aprendizagem significativa humanizada, para reintegrar é preciso construir uma ponte. O diagnóstico pedagógico é a chave para essa ponte que precisa de tijolos de confiança que só é possível através de um relacionamento aluno-professor.

O mediador pedagógico para iniciar um atendimento precisa ter em mente que seu primeiro contato com o aluno vai estabelecer todo o seu relacionamento com ele. Quando um homem quer se aproximar de uma mulher, ele busca saber do que ela gosta, a estudar avidamente, se ela gosta de um escritor X ele torna-se o novo fã do autor, quer saber onde ela mora, como é sua família, sua rotina, manda mensagem perguntando como foi o dia.

O homem demonstra toda uma dedicação não apenas para agradar a moça, ele faz uma aproximação para diagnosticar quem é a mulher, só assim ele poderá decidir como vai agir para criar um vínculo, essa ligação afetiva vai estabelecer o encaminhamento da relação deles. Luckesi (2000) nos fala que o ato de avaliar possui dois processos intrínsecos: diagnosticar e decidir. “Não é possível uma decisão sem um diagnóstico, e um diagnóstico, sem uma decisão é um processo abortado.”

O diagnóstico constitui-se de Acolhida, contatação ou conhecer e qualificação. A acolhida é o primeiro e o crucial contato com o aluno-paciente, sem a disposição de acolher há recusa, um reforço para a exclusão e não é isso que o mediador deve desejar. A recepção tem a intenção de diminuir o sentimento de deslocamento, o olhar sensível do mediador demonstra amparo e compreensão, pois se recebe o aluno-paciente como ele é e como ele está, dando respeito a sua trajetória sociocultural-médica, quebrando o estigma de exclusão e trazendo para dentro da dinâmica grupal de ensino e aprendizagem.

A disposição para acolher é, pois, o ponto de partida para qualquer prática de avaliação. É um estado psicológico oposto ao estado de exclusão, que tem na sua base o julgamento prévio. O julgamento prévio está sempre na defesa ou no ataque, nunca no acolhimento. A disposição para julgar previamente não serve a uma prática de avaliação, porque exclui (LUCKESI, 2000 p.2)

Na acolhida há a diminuição de culpa, a simbologia desta etapa é alguém de braços abertos para a criança, que permite ela exercer a liberdade do ser, a culpa da doença não é dela, não é um castigo, e mesmo que ela sinta-se machucada é algo passageiro e dentro da unidade asséptica da pra continuar a viver, aprender e produzir, esta é a edificação da ponte entre a rotina hospitalar e o sentimento de normalidade que o aluno-paciente sente-se excluído socialmente pois acredita que essa dinâmica pertence ao mundo fora do hospital, porém que é preciso com urgência está dentro da unidade de saúde.

Ortiz e Freitas comentam que:

O paciente eventual e/ou portador de enfermidades crônicas assume, nos primeiros dias do adoecimento, postura de espectador desconfiado e calado. Observa seu entorno, procurando eleger alguém, dentro deste estranho mundo asséptico, com quem possa sentir-se seguro e amparado em sua necessidade de falar de si e de seus mistérios pessoais. São nas situações de procura que o escolar doente encontra a figura do professor como um elo limítrofe que transita na sua vida conhecida e como livre trânsito no novo universo branco em que está inserido. (ORTIZ, FREITAS, 2008. p.66)

O professor após acolher transita para o segundo passo da diagnose, o conhecer. Dizem que o esquadrinhamento é a melhor parte do relacionamento, é onde o entusiasmo toma conta, e cada vez que uma característica é exposta e valorizada o laço entre aluno e professor se estreita. A criança fala de seus gostos, suas brincadeiras, seus pensamentos, o mediador o ouve atentamente para compreender a totalidade do quadro da criança e sua

família, esta por sua vez possui papel de destaque nesse processo. Além de atentar para o paciente deve-se dar uma atenção especial ao acompanhante que é alguém da família, o que eles têm a dizer acentua o panorama da coleta de dados para a constatação sobre a criança.

Durante o contato de conhecimento é fundamental a direção de um instrumento que guie para os pontos necessários a prática pedagógica, para constatar algo sobre o aluno destacam-se as seguintes informações: **A identificação** (nome, idade, etapa escolar, bairro, cidade); **Dados Familiares** (mãe, pai, padrasto, madrasta, irmãos); **Informações gerais** (motivo da internação, histórico médico, histórico escolar, histórico de vivência, história social ou contexto de vida); **Sociabilidade** (amigos, comunicação, sensações e sentimentos, relacionamento com a equipe do hospital, relacionamento com a família); **Hábitos** (sono, alimentação, brincadeiras).

É interessante que os pontos de identificação, dados familiares, e o aspecto de histórico escolar e histórico social sejam dialogados ludicamente com o paciente, sem o teor de triagem com uma abordagem dinâmica de uma conversa casual. Os outros pontos em destaque são voltados para o familiar, para evitar o constrangimento da criança, e se o mediador julgar que algum item é indelicado para dialogar com a criança o transfere para o acompanhante.

Um exemplo de diálogo constrangedor é: o mediador deseja investigar se a criança saber ler ou escrever, geralmente quando pergunta-se ao criança se ela sabe escrever, ela afirma que não gosta de escrever. Isto ocorrer por não se sentirem bem admitindo está atrasada em relação às outras crianças que conhecem. Crianças em tratamento oncológico ou outras patologias que acabam exigindo um tratamento intensivo faz com que o paciente passe a maior parte de suas vidas em hospitais ou em atendimento de saúde domiciliar, e como consequência tem os estímulos intelectuais interrompidos, devido a isto é importante considerar no diálogo o histórico médico do aluno.

O último passo do diagnóstico é a análise dos dados apurados e a impressão do contato para qualificar, para a qualificação de algo é inevitável uma comparação, como está o nível do paciente em relação a crianças de sua idade ou turma escolar? Essa pergunta deve ser feita, mas não, sem considerar os fatores que modificaram a vida do aluno-paciente.

Depois de avaliar o estagio da criança , chega a hora da tomada de decisão. Quais decisões são essas? A diagnose possui papel indicador, ela mostra o caminho a ser tomado, então logo, a preocupação volta-se para a caminhada e seus obstáculos. As estratégias da jornada do ensino são elaboradas pelo mediador em um plano individual no planejamento do trabalho.

4.6 CARACTERIZAÇÃO DO ALUNO-PACIENTE

Nas unidades de saúde hospitalar serão encontradas crianças de todas as idades, bebês que sentem dor e choram, crianças de um ano a dois que estão aprendendo a andar falar, de três a cinco anos que estão cheios de energias e querem correr por todo o hospital, de seis a oito anos que entendem a situação da doença e lutam para não deixar o sentimento de enfermidade consumir o seu âmago, os de nove a doze anos que ficam em seus leitos quase que conformados e esperando o tempo passar e o corpo curar para poder voltar para casa para.

Eles são de todos os lugares, do bairro em que o professor mora, das cidades vizinhas, do interior do estado, cada caso é um caso, nenhuma criança vai ter a mesma história, os mesmos sentimento e a mesma família, mas todas elas vão ter uma aspecto em comum, estão vulneráveis emocionalmente. Em hospitais de ordem pública estão concentradas as pessoas socialmente frágeis materialmente e moralmente. Elas já possuem uma bagagem de marginalização, já sentiram na pele a dificuldade da vida.

O aluno-paciente é um excluído.

O ênfase do parágrafo de uma única frase não é a toa, é a supra de toda a discussão deste trabalho, pois ela é excluída do padrão. A pedagogia hospitalar é um exercício de inclusão, que tem crescido mas ainda não atingiu nem a metade dos sujeitos que precisam dessa atuação. O instituto Nacional de Câncer (INCA) estima a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer no Brasil, apenas no biênio 2016-2017 .

É inegável que existe um problema social, crianças e mais crianças ficam doentes com câncer e outras patologias graves como anomalias congênitas, meningite, desordens endócrinas, metabólicas, sanguíneas e imunológicas, cardiomiopatia e miocardite, leucemia entre outras, elas estão desamparadas e inúteis ao modelo capitalista competitivo pois não estão mais no jogo social. Rodrigues comenta sobre os traços de ensino inclusivo do ensino hospitalar:

A escolarização em ambiente hospitalar assume um caráter inclusivo quando compreende que um professor inclusivo reconhece o seu fazer e saber pedagógico, explorando e estimulando as potencialidades de seus alunos onde quer que se encontrem, atendendo ao desafio de garantir espaços de ensino e aprendizagem para todos.” (RODRIGUES, 2012. p.23)

A interrupção nos estudos faz com que sejam reprovadas, e mesmo que aprovadas na instituição não possuem o conhecimento, são desajustados porque adoeceram, a criança-paciente estar sendo apagada sutilmente da comunidade, se evadem na escola porque não encontram mais o lugar que era seu quando ainda eram saudáveis e frequentes na sala de aula regular.

A oportunidade de se fazer uma educação inclusiva bate na porta de cada escola, de casa salinha de aula que há uma criança fora do grupo por timidez, desigualdade social, cultura diferente, pluralidade de ideia e adoecimento. Os agentes da educação no entanto não estão atentos a ouvir o ressoar desse clamor social, se venda os olhos, tapam-se os ouvidos, e a boca com mordaças para não poderem acolher, conhecer, qualificar e decidir um plano de ação educacional que inclua o perfil deste aluno no grupo.

Rodrigues define inclusão como:

[..]inclusão é o respeito à diversidade para a aceitação das minorias: das crianças de rua, dos afrodescendentes, dos homossexuais, dos ciganos, dos índios, dos idosos e mulheres, dos indivíduos hospitalizados, enfim dos que representam um grupo vítima de opressão ou discriminação por qualquer motivo. (RODRIGUES, 2012. p.22)

É preciso dar ênfase nos cursos de formação o que é inclusão, não apenas na abordagem do tema em discussão, mas na vivências no dia a dia da sala de aula. Quando um aluno de outro curso precisa cursar uma disciplina em uma turma diferente, quando um aluno reprovado precisa de espaço para ser acolhido na sua nova tentativa de sucesso, quando uma mulher tranca o curso por um ou dois semestres para cuidar de seu filho e

quando retorna é excluída e se ver sozinha na realidade da academia por ter optado priorizar seu bebê.

Vivenciar inclusão é dar ênfase a pequenos detalhes do dia a dia, para os incluídos com sucesso é algo tão pequeno que não merece tanta atenção, mas para os incluídos no discurso mas excluídos na realidade não são detalhes simples, fazer um trabalho sozinho, ficar calado às 60h aulas por receio de intimidação da sala, para o excluído esse cenário é sombrio.

Para a população saudável que não precisa interromper sua vida por alguma enfermidade, o doente é esquecido e vira algo indiferente a sua realidade. Afinal há tantas coisas para se preocupar, não há motivos para o governador, o prefeito, o diretor, ou o professor se preocuparem com a internação de uma criança em idade escola, em algumas semanas ou meses ele melhora, e o sistema educacional o aceita. A escola é muito inclusiva, não vai se negar a receber uma criança com câncer, vão apenas cochichar nos corredores com pena, pois o atraso escolar de um aluno-paciente oncológico também é culpa do câncer.

O que está sendo dito aqui, é que há um círculo de ações sobre a exclusão de pessoas ditas incluídas e suas consequências, se identificamos um mal devemos cortá-lo pela raiz, mas de onde nasce esse mal? Se oriunda na academia e se espalha pela sociedade? Está enraizado de forma cultural na sociedade de tal forma que se reflete brutalmente na academia? Podemos não ter a fonte exata de seu berço, mas sabemos que algo precisa ser feito.

Os professores da academia possuem uma função social que necessita o dobro de atenção e dedicação, estão formando pessoas que formarão as crianças e jovens de amanhã. Na academia a ciência da educação ganhar um destaque no mundo das possibilidades, é o laboratório, se na oficina de professores não forem desenvolvidas as habilidades de olhar, analisar, ter empatia, e humanidade, fora deste espaço é mais difícil de obter estas habilidades que exigem reflexão profunda.

A formação dos professores precisa abranger temas e focar na formulação de “remédios” para a mudança atitudinal, e não se ater a simples proposição do problema. A inclusão vem sendo administrada como um paliativo, alivia os sintomas mas não cura

a doença. Já passou da hora dos agentes educacionais vestirem suas armaduras em vez de disfarces e pisarem no chão da realidade como cavaleiros da triste figura, idealizadores bravos, determinados a mudar a sua realidade, levando consigo os valores e idealidade de Dom Quixote.

Chalita nos afirma que:

Diferentemente do protagonista criado por Cervantes nossos quixotes não podem viver suas aventuras sob o signo da loucura exacerbada, que impõe a falta de discernimento, a irreflexão, o absurdo. Nossos heróis têm de aprender a desenvolver as qualidades maiores de Dom Quixote. Tem de trazer em seus escudos as insígnias do sonho e do idealismo, associadas aos distintivos que simbolizam a consciência crítica, o respeito às diferenças, a tolerância, a aquisição e a propagação da cidadania. Tem que lutar pelo resgate e pelo fortalecimento dessas virtudes - o que nos levará a uma realidade mais justa e fraterna. (CHALITA, 2005. P.54)

A raiz do idealismo semeada no curso de formação se bem nutrida crescerá e se tornará uma árvore de vasta ramificação, de tal forma que sua grandiosidade impactará a educação em escolas, quilombos, hospitais, empresas, acampamentos intinerantes entre outros gerando assim uma consciência crítica do mundo e despertando as virtudes humanas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ouvi nos primeiros dias de aula meus preceptores falando de como os professores podiam mudar o mundo, logo depois nas semanas que se seguiram, a frase de Nelson Mandela estava estampada na camisa dos alunos do primeiro período “A educação é a arma mais poderosa para mudar o mundo”, os alunos/futuros professores esperançosos realmente acreditavam na prerrogativa e vestiam a camisa com orgulho.

Nas aulas de Fundamentação da Educação nos era ensinado o que era pedagogia, como ela nasceu e sua trajetória. Os acontecimentos históricos educacionais, as correntes filosóficas, os movimentos sociais e as consequências econômicas que tinham como cerne a escola e os professores. Em um ano de fundamentos da educação aprendi que a educação não possui correntes e muros, ela é livre e o pedagogo é um preceptor, um mediador, aquele que traz a luz das ideias, assim como uma parteira que sopra instruções no ouvido de uma mulher grávida ao dar á luz uma nova vida.

Fala-se muito nos cursos de formação como se deve trabalhar identidade com os alunos. Na alfabetização é um fator ímpar o desenvolvimento da identidade, fazer dinâmicas de letramento tendo como base o nome da criança, em educação e arte é ressaltado esse viés da retratação humana e do aluno nas produções para o desenvolvimento do senso crítico e de como o sujeito se ver.

Se ingressa no curso de formação de professor a partir dos 17 anos, o sujeito acaba de terminar o ensino médio, perdido, inocente mas feliz por está em uma graduação. O recém graduando em sua infância passou pelo processo de ensino de desenvolvimento da identidade, ele possui uma personalidade formada e agora está pronto para receber quatro anos de conhecimento, e assim regressar à sala de aula como um mestre.

A construção da identidade do professor é uma estruturação primeiramente social. Como esse sujeito se ver atuando frente a sociedade e como isso é relevante para ele ou não, muitas pessoas enxergam o exercício profissional como um mero esforço braçal e cognitivo para fins lucrativos, outras pessoas possuem concepções diferentes sobre trabalho, como, o conceito de trabalho abrange a ação de modificar o meio e a matéria, mudar uma realidade. A educação possui um teor transformador, alguns educadores reivindicam essa ação educativa para sua prática, formação e identidade social em sua vida profissional.

A identidade do professor ascende para algo mais significativo a noção da função social. Muitos alunos sairão dessa graduação com um determinado sentimento em destaque, o de: perdido, estes não viveram uma experiência pedagógica que gerasse uma nova identidade social de professor, outros porventura se aventuraram e foram moldados não apenas pelo conhecimento das teorias educacionais e sua carga horária de conhecimento, foram moldados pelo contexto social de suas vidas.

A experiência em outros lugares que proporcionem a ação educacional como a pedagogia hospitalar para vivenciar um pouco do leque das possibilidades que o curso de licenciatura em pedagogia oferece não apenas para o status de carreira mas para desenvolvimento de uma consciência crítica quanto a função social de um pedagogo. A educação é livre e perpassa todos os lugares e se molda em várias modalidades, e o pedagogo atua nos lugares que o caráter educacional atinge, como presídios, hospitais, casas de acolhimentos, empresas, escolas itinerantes e etc. O que vem se evidenciado a anos é uma centralidade que chega a ser alienante nos cursos de formação de pedagogos,

a preparação de profissionais para atuarem apenas na educação infantil e tirando do roteiro de formação as possibilidades de escolhas deste profissional que acabam pela finitude de possibilidade sendo agentes educacionais inconformados com sua realidade e sem nenhum espírito educacional pois não tem um empoderamento de suas ações sobre a sociedade.

Não podemos oferecer apenas duas áreas de aprofundamento: Educação Especial (pessoas com alguma deficiência) e Educação de Jovens e Adultos (alfabetização de jovens e adultos e recuperação de escolaridade) e haver satisfação. São duas linhas importantes, mas que precisam de abrangência, a educação de jovens e adultos pode englobar também a pedagogia empresarial, a educação especial pode inserir um enfoque a pedagogia hospitalar, pedagogia do ensino personalizado.

Se ouve dizer que o pedagogo não é valorizado socialmente pelos governantes, pois o estado não dar valor a educação, há um fundo de verdade nesta afirmação, contudo é necessário fazer a valorização não de modo global e imediato mas de forma peculiar e significativa na realidade do seu lugar. O pedagogo é um cientista da educação, não um simples auxiliar da educação infantil que higieniza crianças, não uma babá, não a pessoa que é mordido por uma criança ganhando menos que um salário mínimo.

Valoriza-se o pedagogo o dando asas para poder voar e a liberdade de escolher. Deem autonomia aos pedagogos de poderem pensar, optar e agir fora da caixa e eles farão coisas incríveis e reconhecíveis na sociedade através de suas profissões. Os professores dos anos iniciais, são professores polivalentes não apenas no domínio e excussão de várias disciplinas. Professor polivalente é aquele que pode atuar em mais de um lugar e educar onde houver uma necessidade.

O campo do hospital e domicílio restaura um princípio do que é ser professor polivalente, leva o pedagogo a se desafiar e reinventar a educação. Atuando no hospital o profissional aprende que o ensino transdisciplinar, interdisciplinar é possível, e mais do que uma possibilidade é uma necessidade tocante para a formação do sujeito de forma global e plena de suas habilidades. Estagiar, estudar, atuar no campo da pedagogia hospitalar e domiciliar com a criança enferma, reforça também a reflexão da função social do pedagogo e como sua profissão pode mudar significativamente uma realidade.

É desenvolvida a habilidade de planejar ações e atividades fora da zona de conforto, a criatividade, a autonomia do pensamento individual, senso crítico, idealismo, o pedagogo hospitalar fica apto a depurar problemas de grande intensidade que não possui apenas a variável intelectual e emocional na qual na escola regular são expostos, mas

também problemas de preservação e sobrevivência sua e da criança mediada. Sabe utilizar os avanços científicos e tecnológicos para reinventar e dinamizar suas aulas. Contagia as pessoas com o sentimento de possibilidade e esperança, principalmente seus alunos e familiares acompanhantes.

Este trabalho sugere a elaboração de projeto político pedagógico para estruturar e nortear politicamente a classe hospitalar que se oriunda no Hospital Universitário Lauro Wanderley. Aponta-se também a consideração de reestruturação do currículo dos cursos de pedagogia, os convidando a avaliarem a possibilidade de inserir na grade curricular duas novas disciplinas, uma para a área de aprofundamento: “Educação especial transdisciplinar: a atuação do pedagogo hospitalar e domiciliar” e outra voltada para as habilitações pedagógicas: “ Espaços de atuação pedagógicas e a transversalidade da educação ” duas disciplinas dedicadas a dar um grito de autonomia aos pedagogos em sua formação e tornar não alienante suas formações quanto à educação infantil e as possibilidades do professor polivalente. Este estudo reivindica a inclusão dos excluídos abrangendo pessoas, categorias, espaços de atuação e ampla formação do professor, reclamando assim a prerrogativa de Comenius “Ensinar tudo a todos”.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, Daniella Patti; SILVA, M. T. P. **Formação prática pedagógica em classes hospitalares: respeitando a cidadania de crianças e jovens enfermos**. 2008. Disponível em: <
<http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/formacaopedagogicaclasseshospitalares.pdf>>. Acessado em: 17 de Dezembro de 2018.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. Editora Brasiliense, 1981.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília-Senado Federal, 1988.
- _____. (Conselho Nacional da Criança e do Adolescente). Resolução 45/95. Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. 1995.
- _____. Lei Nº 8. 069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acessado em: 02 de agosto de 2018.
- _____. Lei Nº 9. 394, de 20 de Dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acessado em: 16 de junho de 2018.
- _____. (Ministério da Educação – Secretaria de Educação Especial). **Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: Estratégias e orientações**. 2002.
- CATÃO, M. Ó. Estrutura hospitalar moderna. In: **Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade**. Campina Grande: Editora UEPB, 2011. p. 101-138.
- CECCIN, Ricardo Burg. **Classe Hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar**. In: **Pátio on-line**. Ano 3, nº 10 ago./out. Porto Alegre, 1999.
- CHALITA, Gabriel. **Pedagogia do Amor: a contribuição das histórias universais para a formação de valores das novas gerações**. 9º. ed. São Paulo: Editora Gente, 2005.
- DANNA, Marilda Fernandes; MATOS, Maria Amélia. **Ensinando observação: uma introdução**. São Paulo: Editora Edicon, 1986.
- DUBREUCQ, Francine. **Jean-ovide Decroly**. Recife: Editora Massagana, 2010.
- FERREIRA, Débora Carvalho; et. al. A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 38 (2), 2014. p. 283- 288.
- FONSECA, Eneida Simões. Classe hospitalar: ação sistemática na atenção às necessidade pedagógicas-educacionais de crianças e adolescentes hospitalizados. In: **Temas sobre Desenvolvimento**, v.8, n.44, p.32-37,1999.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA; HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA. **Carta da Criança Hospitalizada**. Lisboa : IAC, 1998. - 9 p.: il; 22 p. Disponível em: <http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf>. Acessado em: 22 de fevereiro de 2018.

LIBÂNEO, José Carlos. Organização e gestão da escola: teoria e prática. **In: Revista e Ampliada**. 6º. ed. São Paulo: Heccus Editora, 2015.

LUCKESI, Carlos Cipriano. O que é mesmo o ato de avaliar aprendizagem?. **In: Pátio on-line**. Ano 3, nº 12 fev./abr. Porto Alegre, 2000.

MENEZES; C. V. A. A Educação Hospitalar: Uma breve história da trajetória paranaense. **In: Revista Educare**. João Pessoa- PB, 2018. V- 12, Nº 1. p. 52-72

MULLER, T. M. P. A primeira escola especial para crianças anormais no Distrito Federal: o pavilhão Bourneville (1983-1920). **In: Revista Brasileira de Educação Especial**. v. 6, nº 1. 2000. p. 79-77.

NUNES, A. M. M. B. **Afetividade e desenvolvimento cognitivo na educação infantil: um olhar sobre a formação continuada no município de João Pessoa**. Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em Educação) – Universidade Federal da Paraíba, 2018.

OLIVEIRA; T. C.; Um breve histórico sobre as classes hospitalares no Brasil e no Mundo. **In: XI Congresso Nacional de Educação – Educare**. Curitiba – PR, 2013. Anais (online). Disponível em: <http://educere.bruc.com.br/ANAIS2013/pdf/9052_5537.pdf>. Acessado em: 16 de Janeiro de 2019.

ORTIZ, L. C. M.; MUNHÓZ, M. A. Um estudo da aprendizagem e desenvolvimento de crianças em situação hospitalar. **In: Pátio on-line**. v. XXIX, nº 1 jan./abr. Porto Alegre, 2006. p. 65-83.

_____; SIMÕES, M. L. **Um passado sempre presente no fazer pedagógico**. João Pessoa: Fox Editora, 2015.

SARAIVA, K. M. P.; GARCIA, R. C. P. Era uma vez... no hospital. **In: 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**. Belo Horizonte, 2014

SILVA, Renata Prudencia. Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-escola Bourneville no início do século XX. **In: Revista Lattinoam**. v. 12, nº 1 mar. São Paulo: 2009. p. 195-208.

SILVA, Nelson da; ANDRADE, Elane Silva. **Pedagogia Hospitalar: Fundamentos e Práticas de Humanização e Cuidado**. Bahia: Editora UFRB, 2013.

SOUZA, A. C. S.; **A prática pedagógica no ambiente hospitalar: um estudo de caso no HULW**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) – Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB, 2017.

TEIXEIRA, E. F. B. **A educação do homem segundo Platão**. São Paulo: Paulus, 1999.

VOLTAIRE. **Dicionário Filosófico**. São Paulo: Editora Martin Claret, 2002.