



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Caren Castelar Queiroz Lara

O ato educativo no contexto hospitalar: as percepções do profissional de saúde

Brasília/DF

2025

Caren Castelar Queiroz Lara

O ato educativo no contexto hospitalar: as percepções do profissional de saúde

Tese submetida à banca examinadora, como exigência para obtenção do grau de Doutora em Educação, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação – Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, na linha de pesquisa: Educação e diversidade na infância, juventude e vida adulta - EDIJA, sob orientação da professora Dra. Inês Maria Marques Zanforlin Pires de Almeida.

Brasília/DF

2025

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ca	CASTELAR QUEIROZ LARA , CAREN O ato educativo no contexto hospitalar: as percepções do profissional de saúde / CAREN CASTELAR QUEIROZ LARA ; orientador Prof. Dra. Inês Maria Marques Zanforlin Pires de Almeida. Brasília, 2025. 200 p. Dissertação (Doutorado em Educação) Universidade de Brasília, 2025. 1. Educação. 2. Psicanálise. 3. Classe Hospitalar. 4. Saúde. 5. Criança hospitalizada. I. Marques Zanforlin Pires de Almeida, Prof. Dra. Inês Maria, orient. II. Título.
----	--

Caren Castelar Queiroz Lara

O ato educativo no contexto hospitalar: as percepções do profissional de saúde

Tese submetida à banca examinadora, como exigência para obtenção do grau de Doutora em Educação, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação – Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, na linha de pesquisa: Educação e diversidade na infância, juventude e vida adulta - EDIJA, sob orientação da professora Dra. Inês Maria Marques Zanforlin Pires de Almeida.

Defendida e aprovada em: 29 de agosto de 2025.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Inês Maria Marques Zanforlin Pires de Almeida
Universidade de Brasília - PPGE (Presidente)

Prof. Dra. Sandra Ferraz de Castilho
IP/ UnB (membro interno)

Prof. Dra. Manuela Costa Melo
Escola Superior de Ciências de Saúde – ESCS - Brasília (membro externo)

Prof. Dr. João Gabriel Nunes Modesto
Universidade Estadual de Goiás - UEG (membro externo)

Prof. Dr. Paulo Sérgio de Andrade Bareicha
IDA/UnB (suplente)

Dedico primeiramente a Deus, fonte de força, esperança e sentido em todos os caminhos que percorri até aqui. Como disse o Papa Francisco: “Guardar a esperança: essa é a força da fé, ser capaz de ver com os olhos de Jesus a realidade, mesmo aquela mais difícil e dolorosa, e saber que não estamos sozinhos”.

AGRADECIMENTOS

A tentativa de nomear todos aqueles que contribuíram, de forma direta ou indireta, para a realização deste trabalho é, ao mesmo tempo, desafiadora e comovente. Esta tese é o resultado de um percurso coletivo, tecido em meio a encontros, diálogos, cafés, almoços, escutas generosas e gestos de partilha. Se o doutorado teve origem em um desejo profundamente pessoal, sua conclusão só foi possível graças à presença, ao compromisso e ao afeto de muitas pessoas queridas, cuja colaboração se fez essencial em diferentes momentos dessa trajetória.

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela paz que me sustenta e pela força silenciosa que me acompanha nos momentos de dúvida e cansaço.

Ao meu pai, Carlos Cesar de Queiroz, minha eterna referência de amor e resiliência. Seu exemplo e sua crença inabalável no poder transformador da educação foram farol em minha caminhada. A educação transformou a sua história, a da nossa família e, certamente, a minha. A você, meu mais profundo reconhecimento e gratidão.

À minha filha amada, Luanna Queiroz, razão maior da minha existência e fonte inesgotável de inspiração. Sua determinação, ética e responsabilidade com os estudos motivaram-me em cada etapa desta escrita. Ser sua mãe é o maior privilégio da minha vida. Obrigada por ser essa mulher incrível, generosa e admirável.

À minha irmã, Carla Queiroz de Castro, por sua presença constante, por seu coração imenso e por um amor que me sustenta e fortalece nos momentos mais difíceis. Sua existência é um abrigo seguro.

Ao meu companheiro de vida, meu amor, João Henrique de Almeida Lara, por seu apoio incondicional, pela escuta atenta e pela paciência infinita. Esta tese também carrega sua marca: cada página foi escrita com a tranquilidade proporcionada pelo seu cuidado, seja nos afazeres da casa, na gestão do tempo ou no incentivo cotidiano. Seu amor, livre de cobranças e competições, foi essencial para que eu pudesse me reconhecer como mulher, professora e pesquisadora. Obrigada por tanto.

Aos meus sobrinhos, Carlos César de Queiroz Neto, Elisa Lara, Felipe Castro, Isabelly Lara, Marcella Castro e Vitória Melo meu amor incondicional. Vocês alegram meus dias e dão sentido à minha existência. Sou profundamente grata por fazer parte da vida de vocês e por ser agraciada com tanto carinho.

Registro também um agradecimento especial ao meu cunhado, Airton Castro, cuja presença em nossa família é motivo de grande admiração. Exemplo de pai dedicado,

profissional comprometido e ser humano generoso, Airton inspira pelo amor com que conduz sua vida e pela forma carinhosa e atenta com que cuida da minha irmã.

Ao meu sogro, Henrique de Almeida Lara, pela sabedoria serena, pela generosidade e por ser, para mim, um exemplo de humanidade e amor.

À minha querida orientadora, profa. Dra. Inês Maria Marques Zanforlin Pires de Almeida, minha "Mamis Epistemológica", referência de compromisso ético, rigor acadêmico e sensibilidade. Sua orientação foi mais do que uma orientação epistemológica: foi um gesto de cuidado com o saber, com a minha formação como pesquisadora e como pessoa. Sua postura diante do mundo e da educação me inspira a buscar sempre mais.

À profa. Dra. Manuela Costa Melo, por sua escuta atenta, pela parceria construída ao longo da minha trajetória profissional e acadêmica e por aceitar compor esta banca com tamanha generosidade. Sua presença me honra profundamente.

Aos professores dra. Sandra Ferraz, Dr. João Modesto e Dr. Paulo Sérgio Bareicha, pelo compartilhamento de saberes, pelas contribuições valiosas e pela disponibilidade em contribuir com este trabalho.

Um agradecimento especial às queridas colegas e amigas Amanda Figueiredo, Denise Vogt, Érika Gomides e Fabíola Recheden e, professoras da classe hospitalar, com quem compartilho não apenas a experiência cotidiana do atendimento educacional em um contexto tão singular, mas também reflexões, desafios e afetos que sustentaram esta pesquisa. A parceria, a escuta e o compromisso de vocês foram fundamentais para a construção deste trabalho.

Aos meus amigos de vida e estudos Frizette de Oliveira, Katilen Squarisi, Maria José Gontijo e Silvano Messias pela generosidade com que dividiram saberes, livros, leituras, escutas e afetos ao longo dessa trajetória. A presença de vocês tornou o caminho mais leve, potente e partilhado, amigos com quem aprendi que construir conhecimento também é gesto de afeto e solidariedade.

Com muito carinho, registro também minha gratidão às amigas: Alíria Eloisa da Silva, Ana Carolina Freitas, Denise Odermatt, Rachel Botelho e Rafaela Raposo com quem compartilhei os anos de graduação em pedagogia. Embora nem todas tenham seguido o caminho da docência, os laços construídos naquele período permaneceram vivos e significativos ao longo do tempo. A amizade que cultivamos resistiu às transformações da vida e continua sendo uma fonte de apoio, afeto e pertencimento. Em meio às exigências da trajetória acadêmica, saber que posso contar com essas companheiras de caminhada é uma das maiores riquezas que a universidade me proporcionou.

Agradeço, com todo o meu carinho, às amigas Paula Renata Farias e Patrícia Brito, que não são apenas companheiras de caminhada, mas parte fundamental da minha história de vida. Com elas compartilhei não apenas momentos de alegria, mas também desafios, escolhas e reconstruções. A presença constante, mesmo nos silêncios, me fortaleceu ao longo deste percurso. A amizade verdadeira, como a que construí com vocês, é um porto seguro e saber que posso contar com esse vínculo afetivo é um presente que carrego com gratidão e ternura.

Às crianças que encontrei nas salas de aula dos hospitais, meu mais profundo agradecimento. Suas histórias, olhares curiosos, perguntas inesperadas e coragem cotidiana foram fonte inesgotável de inspiração e aprendizado ao longo deste percurso acadêmico. Cada encontro vivido no contexto da classe hospitalar reforçou em mim a certeza de que a educação é um espaço potente de escuta, acolhimento e transformação, mesmo, e especialmente, em meio à fragilidade da doença. Este trabalho se sustenta, em grande parte, na vivência partilhada com vocês, cujas existências repletas de sensibilidade e resistência iluminam os caminhos da pesquisa e reafirmam o sentido humano da docência.

À Universidade de Brasília (UnB), espaço formativo e de pensamento crítico que me acolheu e possibilitou o desenvolvimento desta pesquisa com liberdade intelectual e rigor acadêmico.

À Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, pela oportunidade de atuação na classe hospitalar, e à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, pelo diálogo interinstitucional que permite que o cuidado à criança hospitalizada seja construído de forma integrada entre os campos da saúde e da educação.

E, por fim, minha mais sincera homenagem *in memoriam* a quatro mulheres que marcaram profundamente minha história e que continuam me acompanhando de outras formas: minhas tias Albanice Queiroz e Izolina Queiroz, minha inesquecível amiga Janaína Fioravanti, e minha sogra Maria Aparecida Lara. Com elas aprendi que a vida é muito mais do que uma passagem. Aprendi sobre amor, coragem, ternura e permanência. Que a memória de cada uma siga sendo luz no meu caminho.

A todas as pessoas que caminharam comigo, nos pequenos e grandes gestos, deixo aqui meu reconhecimento mais sincero. Esta tese é, também, de vocês.

“Ensinar é um exercício de imortalidade. De alguma forma continuamos a viver naqueles cujos olhos aprenderam a ver o mundo pela magia da nossa palavra”.
Rubem Alves (2000, p.03)

RESUMO

Esta pesquisa qualitativa investigou, à luz do arcabouço teórico da psicanálise sobre as ideias freudianas a respeito do tratamento psicanalítico gratuito e do histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que partem do princípio de defesa da saúde e da educação como direito público fundamental, assim como a garantia de que as pessoas tenham acesso ao tratamento humanizado. Sendo assim, este estudo explorou as convergências e divergências entre essas visões, com ênfase no que significa, para o acesso à educação nas unidades pediátricas do Distrito Federal, compreendendo como as concepções de Freud se relacionam com as políticas contemporâneas que visam promover o bem-estar da população e o desenvolvimento dos sistemas de saúde e de educação mais inclusivos e acessíveis. A investigação centrou-se no objetivo geral de compreender as percepções de profissionais da saúde acerca do ato educativo e de suas (im)possíveis contribuições no contexto hospitalar. O estudo ocorreu no período entre 01 de outubro de 2024 a 19 de dezembro de 2024. Para tanto, o estudo foi pontuado na abordagem qualitativa, utilizados como procedimentos metodológicos entrevistas semiestruturadas, análise documental e observações participantes, com registros em diário de campo. A população participante foi identificada por conveniência, participaram os profissionais de saúde que atuam no referido hospital. A análise dos dados foi realizada integrando os achados empíricos ao arcabouço teórico adotado, a observação participante com registro no diário de campo, a análise documental e a entrevista semiestruturada, culminando na identificação de três eixos temáticos: Educação Hospitalar como Direito Público, O Sujeito Escolar Hospitalizado e O Modelo Biomédico em Saúde. Esses eixos permitiram elucidar possíveis repercussões e significantes do ato educativo no ambiente hospitalar. A análise foi orientada pelo percurso metodológico de Bardin e o referencial psicanalítico no campo da educação. Articulou-se a teoria e os dados para compreender como a presença do Programa Classe Hospitalar ressignifica a experiência do adoecimento infantil, reafirmando a identidade da criança como estudante e subvertendo a lógica passiva atribuída ao significante “paciente”. Participaram oito profissionais, com idade entre 40 e 53 anos, com mais de três anos de experiência. Com relação aos eixos temáticos: o primeiro, Educação Hospitalar como Direito Público, abordou os aspectos relacionados ao reconhecimento da educação como um direito fundamental e refletiu sobre os desafios enfrentados atualmente para oferta do Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal; segundo, o Sujeito Escolar Hospitalizado, conectou as ideias relacionadas a escola e à criança hospitalizada, destacou como o trabalho pedagógico realizado pelo Programa Classe Hospitalar não apenas promove o

avanço na aprendizagem, mas também proporciona à criança uma experiência escolar inserida no contexto do adoecimento e o reconhecimento pela equipe de saúde das questões subjetivas que envolvem a internação com crianças; último eixo, identificou o Modelo Biomédico em Saúde a predominância do discurso racional na área da saúde influencia as dificuldades enfrentadas na implementação e no desenvolvimento das atividades escolares no ambiente hospitalar. Conclui-se que o referido programa não apenas assegura o direito à educação no hospital, mas também preserva dimensões subjetivas essenciais, impactando as práticas das equipes de saúde e promovendo uma abordagem pediátrica mais integral e humanizada, sensível às necessidades da criança hospitalizada. Reforça-se que a partir das reflexões apresentadas, espera-se potencializar o debate sobre o programa classe hospitalar, evidenciando a importância de ultrapassar perspectivas unilaterais e abrir espaço para olhares interdisciplinares nos campos da saúde e da educação, possibilitando maior interlocução entre essas áreas, vislumbrando possíveis ações conjuntas que contribuam para o aprimoramento, expansão e fortalecimento do Programa Classe Hospitalar. Evidenciou-se também que a presença do Programa Classe Hospitalar no ambiente hospitalar não apenas favoreceu a continuidade do processo educacional das crianças internadas, mas também provocou deslocamentos significativos na forma como a equipe de saúde se relaciona com a criança hospitalizada. A inserção de práticas pedagógicas no espaço hospitalar atuou como elemento catalisador de reflexões e questionamentos sobre os limites do modelo biomédico tradicional, historicamente dominante nesse contexto.

Palavras-chave: psicanálise; classe hospitalar; criança hospitalizada.

ABSTRACT

This qualitative research investigated, in light of the psychoanalytic theoretical framework on Freudian ideas regarding free psychoanalytic treatment and the historical development of the Unified Health System (SUS) in Brazil—which are grounded in the principle of defending health and education as fundamental public rights, as well as ensuring that people have access to humanized treatment. Accordingly, this study explored the convergences and divergences between these perspectives, with emphasis on their implications for access to education in pediatric units of the Federal District. It examined how Freud’s conceptions relate to contemporary policies aimed at promoting population well-being and the development of more inclusive and accessible health and education systems. The investigation was guided by the general objective of understanding health professionals’ perceptions of the educational act and its (im)possible contributions in the hospital context. The study took place between October 1, 2024, and December 19, 2024. A qualitative approach was employed, using semi-structured interviews, document analysis, and participant observation with field diary records as methodological procedures. The participating population was identified by convenience sampling and consisted of health professionals working in the hospital under study. Data analysis was conducted by integrating empirical findings with the adopted theoretical framework, participant observation with field diary records, document analysis, and semi-structured interviews, culminating in the identification of three thematic axes: Hospital Education as a Public Right, The Hospitalized School Subject, and The Biomedical Model in Health. These axes elucidated possible repercussions and meanings of the educational act in the hospital environment. The analysis was guided by Bardin’s methodological framework and the psychoanalytic reference in the field of education. Theory and data were articulated to understand how the presence of the Hospital Class Program re-signifies the experience of childhood illness, reaffirming the child’s identity as a student and subverting the passive logic historically attributed to the signifier “patient.” Eight professionals participated, aged between 40 and 53 years, each with more than three years of experience. Regarding the thematic axes: the first, Hospital Education as a Public Right, addressed aspects related to the recognition of education as a fundamental right and reflected on the current challenges of offering the Hospital Class Program in the Federal District; the second, The Hospitalized School Subject, connected ideas related to school and the hospitalized child, highlighting how the pedagogical work carried out by the Hospital Class Program not only promotes learning progress but also provides the child with a school experience within the context of illness, while also fostering recognition

by the health team of the subjective dimensions involved in children's hospitalization; the last axis, The Biomedical Model in Health, identified how the predominance of rational discourse in health care influences the difficulties faced in implementing and developing educational activities in the hospital environment. The study concludes that the program not only guarantees the right to education in the hospital but also preserves essential subjective dimensions, impacting health teams' practices and fostering a more integral and humanized pediatric approach, sensitive to the needs of hospitalized children. Based on these reflections, the study seeks to strengthen the debate on the Hospital Class Program, highlighting the importance of overcoming unilateral perspectives and opening space for interdisciplinary approaches in health and education. Such approaches can enable greater dialogue between these fields and foster joint actions that contribute to the improvement, expansion, and consolidation of the Hospital Class Program. The findings also revealed that the presence of the Hospital Class Program in the hospital environment not only facilitated the continuity of the educational process for hospitalized children but also provoked significant shifts in the way the health team relates to them. The inclusion of pedagogical practices in the hospital space functioned as a catalyst for reflection and questioning about the limits of the traditional biomedical model, historically dominant in this context.

Keywords: psychoanalysis; hospital class; hospitalized child.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Organização dos artigos – base de dados Scopus-	44
Quadro 2 - Organização dos artigos – base de dados Eric-	45
Quadro 3 - Organização dos artigos – base de dados Scielo-.....	46
Quadro 4 - Organização dos artigos – base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS),	47
Quadro 5 - Organização dos artigos (resultados) – base de dados Scopus , Eric , e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS),.....	48
Quadro 6 - Organização das Pesquisas – base de dados BDTD.....	49
Quadro 7 - Aspectos Descritivos do Diário de Campo	91-92
Quadro 8 - Aspectos Reflexivos das Anotações do Diário de Campo	92
Quadro 9 - Questões Éticas	94
Quadro 10 - Dados Quantitativos: Hospital Materno Infantil de Brasília Dr. Antônio Lisboa	111
Quadro 11 - Dados sociodemográficos dos participantes de pesquisa.....	112

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Entrada da Ala A.....	97
Figura 2 - Entrada da Ala B.....	97
Figura 3 - Entrada UCIPE	98
Figura 4 - Entrada DIP	98
Figura 5 - Imagem enfermaria com 01 berço e 01 cama	99
Figura 6 - Imagem enfermaria com 04 berços e poltronas para acompanhante	99
Figura 7 - Banheiro da enfermaria.....	100
Figura 8 - Estante de livros UCIPE	100
Figura 9 - Espaço lúdico UCIPE	101
Figura 10 - Espaço lúdico DIP	101
Figura 11 - Espaço lúdico DIP	102
Figura 12 - Posto de enfermagem da DIP.....	102
Figura 13 - Parquinho	103
Figura 14 - Entrada do parquinho.....	103
Figura 15 - Lateral do parquinho.....	104
Figura 16 - Fachada da Classe Hospitalar	104
Figura 17 - Pintura externa da classe hospitalar	105
Figura 18 - Espaço interno da classe hospitalar	105
Figura 19 - Cantinho da leitura Classe Hospitalar-HMIB.....	106
Figura 20 - Estante de legos e gibis.....	106
Figura 21 - Mobiliário TV.....	107
Figura 22 - Computador e armários de jogos	107
Figura 23 - Filtro e espaço para higienização.....	108
Figura 24 - Banheiro da Classe Hospitalar.....	108

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BDTD	Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DIP	Doença infecto parasitária
DNSP	Diretoria Nacional de Saúde Pública
EJA	Educação de Jovens e Adultos
GDF	Governo do Distrito Federal
HMIB	Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
HRT	Hospital Regional de Taguatinga
IGES Base	Hospital De Base do Distrito Federal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPAS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MTIC	Ministério do Trabalho Indústria e Comércio
NUEP	Núcleo de Educação e Pesquisa
ONA	Organização Nacional de Acreditação
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEEDF	Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal
SESDF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUBEB	Subsecretaria de Educação Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIPE	Unidade Cirúrgica Pediátrica
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UnB	Universidade de Brasília
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

MEMORIAL	19
INTRODUÇÃO	22
PROBLEMA DE PESQUISA	25
Objetivos.....	25
Objetivo Geral.....	25
Objetivos específicos:	25
CAPÍTULO 1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA: DE (IM)POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES PSICANÁLISE, EDUCAÇÃO E SAÚDE AO ATENDIMENTO PEDAGÓGICO HOSPITALAR.....	26
1.1 Análise Documental: refletindo sobre direito à educação e à saúde no contexto do atendimento pedagógico hospitalar.	26
1.1.1 Psicanálise: acessível e gratuita.....	26
1.1.2 História da Saúde Pública no Brasil da origem à criação do Sistema Único de Saúde (SUS).....	28
1.1.3 O direito à educação no espaço hospitalar.....	34
1.2 Estado da Arte.....	42
1.2.1 Reflexões sobre o ato educativo a partir dos estudos psicanalíticos no campo da educação	43
1.2.2 O ato educativo no contexto hospitalar: perspectivas dos pesquisadores	49
CAPÍTULO 2 TESSITURAS DE SABERES: PSICANÁLISE, EDUCAÇÃO E SAÚDE	51
2.1 Contribuições dos estudos psicanalíticos no campo da educação.....	51
2.2 O espaço hospitalar: tecendo reflexões a partir da perspectiva psicanalítica....	67
2.3 O ato educativo e a criança hospitalizada: refletindo sobre o papel da educação no cenário hospitalar	74
CAPÍTULO 3 MÉTODO.....	85
3.1 Procedimentos metodológicos	85
3.2 Cenário do estudo	88
3.3 Participantes do estudo	89
3.4 Coleta de dados (Instrumentos/Procedimentos)	90
3.5 Análise de dados.....	93
3.6 Aspectos éticos.....	94
CAPÍTULO 4 RESULTADO DOS DADOS.....	96
4.1 Descrição do cenário do estudo.....	96

4.2	Rotina de Atendimento do Programa Classe Hospitalar no HMIB.....	108
4.3	Caracterização dos Participantes	112
4.4	Eixos Temáticos.....	113
4.4.1	Educação Hospitalar como Direito Público	114
4.4.2	O Sujeito Escolar Hospitalizado.....	118
4.4.3	Modelo Biomédico em Saúde	128
4.5	Discussão dos eixos temáticos	134
CAPÍTULO 5 (IN) CONCLUSÕES		146
REFERÊNCIAS		151
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....		161
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....		164
APÊNDICE C – CARTA DE REVISÃO ÉTICA.....		166
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....		168
APÊNDICE E - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....		171
ANEXO A – PORTARIA CONJUNTA N°09		173
ANEXO B - PLANO DE TRABALHO		181
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....		189
ANEXO D – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL		196
ANEXO F- FICHA DE REGISTRO AVALIATIVO		198

MEMORIAL

“Vou criar o que me aconteceu. Só porque viver não é relatável. Viver não é vivível”.
Clarice Lispector (2009, p. 19)

Ao começar a escrita do memorial, lembrei da obra freudiana *Recordar, Repetir e Elaborar* (1914/1996), que me possibilitou compreender as complexidades do processo de rememoração e escrita. Elaborar uma trajetória pessoal e profissional exige mais do que enumerar fatos cronológicos: implica interpretar marcas subjetivas que se entrelaçam com os caminhos percorridos. Ainda que, oficialmente, essa história tenha começado em 20 de fevereiro de 1977, data registrada em minha certidão de nascimento, compreendo, à luz da psicanálise, que o sujeito se constitui a partir de tramas anteriores, muitas vezes invisíveis, que atravessam gerações e experiências familiares.

Na minha família, a educação sempre ocupou um lugar importante, vista como instrumento de transformação e possibilidades. Meu pai nasceu em Apiacá, uma pequena cidade do interior do Espírito Santo. Nas brincadeiras familiares, chamávamos a cidade de “uma única placa”, pois era tão pequena que o mesmo letreiro saudava e se despedia dos visitantes. Recentemente, Apiacá voltou ao noticiário por conta de uma enchente devastadora, e essa tragédia repercutiu em mim como um lembrete de pertencimento: ainda que eu não tenha nascido lá, parte de minha história está enraizada naquele lugar. Por meio dos estudos, meu pai migrou de Apiacá para o Rio de Janeiro, onde cursou Agronomia, e posteriormente construiu sua trajetória profissional no estado de Goiás e em Brasília.

Nasci em Goiânia, em pleno Carnaval de 1977. Apesar da origem goiana, os sabores e sons que me formaram são mais próximos da Brasília multicultural: meu gosto se inclina ao rock nacional, ao samba e à feijoada, mais do que ao pequi e à música sertaneja. Vivi em algumas cidades durante a infância, devido à formação acadêmica de meu pai e às transições familiares. Realizei a educação infantil em Lavras, Minas Gerais, enquanto meu pai cursava o mestrado. Depois, retornamos a Brasília, onde estudei no Colégio Alvorada até a adolescência. Com as mudanças trazidas pelo Governo Collor, especialmente com a extinção de empresas estatais, parte da minha família voltou a Goiânia, onde cursei o magistério no tradicional Instituto de Educação de Goiás.

No ano de 1995, ingressei na Universidade de Brasília no curso de Pedagogia. Tive a oportunidade de ter uma formação diferenciada, crítica e transformadora. Preciso destacar a importância de algumas professoras nesse percurso: Zélia Borba Rocha, Fátima Guerra e Maria

Alexandra Rodrigues, minha eterna gratidão. Vários professores foram importantes nesse momento, mas alguns marcaram a minha vida.

Em 1997, fui aprovada no concurso da Fundação Educacional, que posteriormente tornou-se a Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. A primeira instituição pública onde lecionei foi o Jardim de Infância da 312 Norte. Lembro-me claramente: a escola contava com apenas cinco salas de aula, cada uma pintada em uma cor diferente. A sala em que eu lecionava era a rosa, compartilhada com a professora Cris, uma pessoa encantadora, tão acolhedora quanto nossa sala cor-de-rosa. Em 1998, estudava e trabalhava. Cursava Pedagogia na Universidade de Brasília no período matutino e trabalhava no período vespertino.

No ano seguinte, através de um concurso de remoção, fui transferida para uma escola no Paranoá. No entanto, devido à distância da Universidade de Brasília (UnB), solicitei transferência para trabalhar na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE-DF). Durante cinco anos, a APAE-DF foi meu lar, onde aprendi, na prática, que deficiência não significa incapacidade. A instituição é uma referência nacional em educação profissional para pessoas com deficiência. Os sujeitos com os quais tive a honra de trabalhar foram capazes de me impactar profundamente, e sou eternamente grata por essa experiência.

Em setembro de 2002, fui convidada a retomar o atendimento pedagógico hospitalar na Unidade de Pediatria do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). Após os trâmites legais, iniciei a reconstrução da Classe Hospitalar naquela unidade. Durante 18 anos, atuei como professora nesse contexto. O envolvimento da equipe multiprofissional e o comprometimento da gestão foram essenciais para consolidar esse espaço educativo. Uma enfermaria foi transformada: os leitos deram lugar a mesas e cadeiras coloridas, os suportes de soro foram substituídos por brinquedos e jogos, e um pequeno jardim se tornou extensão simbólica do brincar e do aprender. Esse processo, fruto de construção coletiva, representou a ressignificação do espaço hospitalar como lugar também de vida, de sonhos e de continuidade dos processos educativos, mesmo diante do adoecimento.

Ao longo desses anos, enfrentei inúmeros desafios: a ausência de diálogo entre os sistemas de saúde Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF) e Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal (SEEDF), a falta de profissionais, a precariedade estrutural, e decisões administrativas que fragilizavam o atendimento. Apesar dessas adversidades, a união e a resistência dos profissionais permitiram a manutenção de um trabalho ético, sensível e comprometido com a infância. A pandemia da Covid-19 foi, talvez, o mais exigente desafio nesse percurso. Com o fechamento temporário da unidade de pediatria e sua

transferência para o Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa (HMIB), foi necessário reorganizar práticas e sentidos. Esse período, de incertezas e reinvenções, coincidiu com a continuidade do meu mestrado, realizado de forma remota, exigindo resistência e adaptação.

A vivência do adoecimento, seja em contexto individual, coletivo ou institucional tem me provocado reflexões constantes. É nesse ponto que a psicanálise oferece uma lente potente para compreender o sofrimento, as defesas e os processos de subjetivação que emergem no hospital, tanto nas crianças quanto nos adultos que as acompanham e as cuidam. O adoecer não é apenas um evento biológico, mas uma experiência que convoca o sujeito e o atendimento pedagógico nesse espaço deve considerar essa complexidade. A minha implicação pessoal com o atendimento, me fez continuar os estudos e no ano de 2022 ingressei no doutorado.

A conclusão do doutorado representou uma trajetória acadêmica profundamente transformadora, especialmente pela adoção da abordagem qualitativa, que possibilitou um mergulho em uma escuta atenta e sensível dos sujeitos e contextos investigados. O percurso investigativo constituiu-se em um espaço fértil de construção de significantes, aberto ao inusitado, ao não planejado, e exigindo constante disposição para o questionamento e a criação. Ao consolidar a tese, reconheço que esse processo não apenas ampliou minha compreensão sobre o ato educativo no ambiente hospitalar, mas também reafirmou minha convicção na educação como um gesto ético e político, expressão de cuidado, resistência e compromisso com a dignidade humana.

Neste momento de fechamento de um ciclo, não poderia deixar de expressar minha profunda gratidão à minha orientadora, Profa. Dra. Inês Maria Marques Zanforlin Pires de Almeida que, com generosidade intelectual, escuta atenta e presença constante, caminhou ao meu lado em cada etapa desta jornada. Sua orientação firme e acolhedora foi essencial para que eu pudesse transformar inquietações e sonhos em caminhos de pesquisa e fazer da escrita acadêmica também um espaço de afeto, rigor e criação.

INTRODUÇÃO

A hospitalização da criança envolve uma complexa rede de relações, na qual os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental, não apenas na assistência clínica, mas também na dimensão subjetiva da experiência hospitalar. Compreendendo a importância das posições ocupadas por esses profissionais e sua representatividade para a criança hospitalizada, este estudo buscou investigar a percepção desses profissionais sobre o ato educativo no ambiente hospitalar. Fundamentado em conceitos da psicanálise aplicados ao campo da educação, este trabalho ultrapassa os protocolos gerais para examinar o discurso e a relação dos sujeitos com seus significantes.

É posto que o entendimento que a equipe de saúde apresenta sobre o atendimento pedagógico no ambiente hospitalar interfere na organização, na estrutura e no funcionamento do Programa Classe Hospitalar. Diante do cotidiano hospitalar permeado por exames, medicações e procedimentos, a criança hospitalizada é absorvida por uma rotina nova e, por vezes, hostil. O ato educativo tão necessário para suavizar essas marcas se faz necessário, mas é essencial a construção de um trabalho multidisciplinar que reconheça e valorize o fazer pedagógico nesse ambiente.

No contexto educacional, o ato de ensinar e aprender é fundamentalmente construído na interação entre os sujeitos, o que implica uma abertura para a expressão da subjetividade. No entanto, quando nos deparamos com o ambiente hospitalar, essa dinâmica se confronta com uma realidade que, por vezes, prioriza os protocolos clínicos em detrimento da subjetividade do usuário. No hospital, em várias circunstâncias, a doença assume um papel dominante, eclipsando a singularidade do sujeito. Nesse cenário desafiador, a educação enfrenta o dilema de como estabelecer e manter essa relação educativa que respeita a subjetividade do estudante hospitalizado, enquanto também atende às exigências clínicas e aos protocolos rigorosos.

O presente estudo parte da premissa que, para que haja o atendimento humanizado nas unidades pediátricas de saúde, faz-se necessário o reconhecimento sobre a importância do trabalho multidisciplinar, no qual cada profissional é essencial e a criança hospitalizada é o centro dessa construção.

Nessa perspectiva, foi suscitado o interesse, para além do desafio em investigar como o ato educativo no ambiente hospitalar pode ressignificar o trabalho das equipes multidisciplinares a partir da troca de conhecimentos, experiências e vivências entre os profissionais envolvidos, como também compreender a percepção do profissional de saúde sobre o ato educativo realizado no ambiente hospitalar.

A partir do Estado da Arte, identificamos uma lacuna significativa nas pesquisas existentes sobre o trabalho escolar nos hospitais a partir do referencial teórico da psicanálise. A maioria dos estudos focam no atendimento pedagógico escolar e nas brinquedotecas a partir de outros referenciais teóricos. Além disso, há uma escassez de investigações que explorem a percepção dos profissionais de saúde sobre o Programa Classe Hospitalar. Essa lacuna ressalta a necessidade de uma abordagem que possibilite a escuta desses profissionais para investigar o tema, buscando uma compreensão sobre as questões subjetivas que envolvem o atendimento pedagógico nesse contexto.

O presente trabalho está organizado em cinco capítulos, que se articulam para oferecer uma compreensão sobre a relação entre educação e saúde no contexto hospitalar, à luz do referencial teórico da psicanálise. No primeiro capítulo, são abordadas as concepções de educação e saúde como políticas públicas fundamentais, com especial atenção ao direito ao atendimento escolar no ambiente hospitalar. A partir do arcabouço teórico psicanalítico, discute-se como o acesso à educação nesse contexto configura-se como um direito que ultrapassa os aspectos legais, atingindo dimensões subjetivas essenciais à criança hospitalizada.

No segundo capítulo, são desenvolvidas reflexões acerca das conexões entre psicanálise, saúde e educação, considerando o pressuposto de que o trabalho pedagógico realizado no espaço hospitalar pode representar uma oportunidade de transformação nas posições assumidas pelas equipes de saúde frente à criança hospitalizada. Argumenta-se que essa prática pedagógica além de possibilitar a escolarização do estudante hospitalizado, também promove o reconhecimento da criança como sujeito de direitos, com identidade própria para além da condição de paciente.

O terceiro capítulo é direcionado à exposição do percurso metodológico adotado nesta pesquisa, detalhando os procedimentos de coleta, análise e interpretação dos dados.

O quarto capítulo dedica-se à apresentação e à análise dos eixos temáticos que emergiram do processo investigativo, construídos a partir das narrativas dos profissionais de saúde entrevistados, dos registros sistematizados nos diários de campo e da análise de documentos institucionais.

Esses eixos configuram-se como elementos fundamentais para a compreensão dos significantes atribuídos ao ato educativo no contexto hospitalar, revelando suas múltiplas dimensões e implicações nas práticas institucionais. Além disso, oferecem subsídios importantes para a reflexão crítica e a formulação de políticas públicas orientadas por princípios de inclusão. A partir dessa análise, a conclusão retoma os principais achados da pesquisa,

destacando suas contribuições para os campos da educação e da saúde em espaços não escolares e apontando caminhos possíveis para o fortalecimento de práticas educativas mais sensíveis às especificidades do ambiente hospitalar.

PROBLEMA DE PESQUISA

Percepções do profissional de saúde e o ato educativo no cenário hospitalar: (im)possíveis contribuições?

Objetivos

Objetivo Geral

Compreender as percepções do profissional de saúde, a partir dos estudos psicanalíticos no campo da educação, sobre o ato educativo e as suas (im)possíveis repercussões no cenário hospitalar.

Objetivos específicos:

- Investigar como ocorrem as ações pedagógicas desenvolvidas no contexto hospitalar e as possíveis implicações mútuas entre: profissionais de saúde/docentes/estudantes internados neste espaço, a partir do enfoque psicanalítico.
- Discorrer sobre o processo de construção e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que colabora com o fortalecimento do Programa Classe Hospitalar.
- Descrever o Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal e como se organiza a parceria entre a Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal (SEEDF) e a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF).
- Analisar os impasses presentes na Portaria Conjunta nº 09 de julho de 2021 e como se vinculam com as dificuldades enfrentadas pelo Programa Classe Hospitalar no DF.
- Reconhecer que a concepção de subjetividade na abordagem psicanalítica pode contribuir para a reconfiguração do atendimento humanizado nas unidades de saúde pediátricas.

CAPÍTULO 1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA: DE (IM)POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES PSICANÁLISE, EDUCAÇÃO E SAÚDE AO ATENDIMENTO PEDAGÓGICO HOSPITALAR

“Vivia num país distante e céu cor de anil, um povo pobre e feliz, que na sua pobreza tinha tempo e gosto para cantar, brincar, fazer versos e experimentar com aquelas artes e aquelas ciências que faziam alegre o seu coração”.
Rubem Alves (2001, p. 09)

1.1 Análise Documental: refletindo sobre direito à educação e à saúde no contexto do atendimento pedagógico hospitalar.

Este capítulo pretende colocar em discussão a educação e a saúde como políticas públicas fundamentais, com ênfase sobre o direito ao atendimento pedagógico no ambiente hospitalar a partir do arcabouço teórico da psicanálise. Nesse cenário, as ideias pioneiras de Sigmund Freud continuam a ecoar, especialmente aquelas que defendem que a psicanálise, a saúde e a educação devem ser acessíveis a toda população. Em 1919, durante o Quinto Congresso Psicanalítico Internacional, realizado em Budapeste, Freud proferiu um discurso instigante sobre a acessibilidade à psicanálise. Este estudo tem como objetivo colocar em discussão essa visão freudiana e estabelecer um paralelo com os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, bem como a defesa do direito à educação no ambiente hospitalar.

A relação entre a visão freudiana e as políticas de saúde pública, como o SUS, é um campo de estudo em constante evolução. Ambas as abordagens têm o objetivo de promover a saúde e garantir que as pessoas tenham acesso ao tratamento humanizado e a interlocução com o campo da educação é fundamental. Sendo assim, este estudo reforça explorar as convergências e divergências entre essas visões, com ênfase no que isso significa para o acesso à educação nas unidades pediátricas do Distrito Federal, compreendendo como as ideias de Freud se relacionam com as políticas contemporâneas que visam promover o bem-estar da população e o desenvolvimento dos sistemas de saúde e educação mais inclusivos e acessíveis.

1.1.1 Psicanálise: acessível e gratuita

O discurso de Freud realizado em Budapeste e publicado no Brasil como *Caminhos da Psicoterapia Psicanalítica* (1919a/1996) defendia a concepção de que a psicanálise deveria ser acessível a todos, assim como outras especialidades médicas, desconstruindo a representação social de que a psicanálise é destinada para elite. Em sua argumentação, Danto (2019, p. 9) sinaliza que:

Mesmo em 1918, a psicanálise corria risco iminente de irrelevância prematura e isolamento causados pelo elitismo. A mesma independência fervorosa que havia impulsionado o movimento psicanalítico, relativamente marginal às comunidades médicas e acadêmicas de Viena e praticado por um grupo eclético de pensadores livres, ameaçava sua estabilidade. [...] Freud estava propondo que somente o Estado poderia colocar os cuidados com a saúde mental no mesmo nível da assistência à saúde física.

A publicação do livro *As Clínicas Públicas de Freud: Psicanálise e Justiça Social* (Danto, 2019) possibilitou através da retrospectiva histórica desconstruir a narrativa que a psicanálise tenha sido concebida como um tratamento destinado a elite, possibilitando o resgate desse movimento iniciado por Freud e defendido por psicanalistas acerca da psicanálise como direito social. Danto (2019, p. 9) pontua:

Freud proclamou: É possível prever que a consciência da sociedade irá se despertar, e fará com que se lembre de que o pobre deve ter tanto direito à assistência para sua mente quanto dispõe agora do auxílio oferecido pela cirurgia a fim de salvar a sua vida; de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, e tampouco podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da sociedade. Então, serão criadas instituições e clínicas ambulatoriais, para quais serão designados médicos analiticamente preparados, [...] Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que se passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres.

O clima tenso entre guerras resultando em condições de saúde degradantes da população fizeram com que Freud revisse a posição terapêutica da psicanálise, apontando para a necessidade que os soldados prejudicados pela neurose de guerra precisavam mais de cuidados do que punição. De acordo com Danto (2019, p. XXX):

Quando, em maio de 1922, os psicanalistas do círculo de Freud abriram o ambulatório para adultos, crianças e famílias que buscavam tratamento externo de saúde mental, o caráter da social-democracia e de suas instituições de bem-estar social permeava de tal modo a cidade natal de Freud que a sua clínica era apenas um dentre os muitos serviços gratuitos oferecidos.

Segundo Danto (2019), além da clínica psicanalítica em Viena, pelo menos mais doze clínicas cooperativas de saúde mental foram criadas inspiradas pelas ideias freudianas de gratuidade, acessível aos trabalhadores, professores de escola pública, agricultores e desempregados, abrangendo as camadas populares em geral.

A policlínica de Berlim foi criada em 1920. Danto (2019, p. XXXI) sinaliza a importância desse instituto, iniciando o debate formal sobre a análise infantil, “As inovações

da policlínica incluíam diretrizes sobre a duração do tratamento, análise fracionada (limitada no tempo), e é claro o tratamento gratuito”.

No ano de 1933, com a nomeação de Hitler pelo presidente alemão Paul Hindenburg, como chanceler consolidou o caminho para a ditadura nazista. Essa circunstância histórica afetou o destino do Instituto de Berlim, como destaca Danto (2019, p. 325), no evento ocorrido na última palestra proferida pelo grupo de Seminário de Crianças: Psicanálise, Socialismo e as Tarefas para o Futuro. “As obras de Freud e Adler foram queimadas em uma enorme exposição pública de ódio aos intelectuais”.

É importante ressaltar que Freud, até o último momento de vida, defendeu e apoiou as clínicas gratuitas, assim como defendeu honorários mais flexíveis para o tratamento psicanalítico, porém o momento político e a perseguição contra os judeus foram pontos decisivos para o recuo e a expansão da psicanálise.

A atmosfera política e a conjuntura histórica entre as Guerras Mundiais e o nazismo são aspectos essenciais que contribuíram para o apagamento histórico que ocorreu no movimento psicanalítico em relação a criação das clínicas públicas, sinalizando que as barbaridades características desse período violento colaboraram significativamente para que a história da psicanálise fosse desconstruída ou recontada a fim de preservar seu criador: Sigmund Freud.

O pensamento freudiano acerca da importância da psicanálise acessível a todos e subsidiada pelo Estado corrobora com os princípios de universalidade e igualdade presentes no Sistema Único de Saúde, assim como os princípios constitucionais sobre a educação que versam sobre a gratuidade e responsabilidade do Estado na garantia e na oferta, possibilitando refletir sobre os desafios enfrentados, no Brasil, nos serviços públicos de saúde e educação na atualidade.

1.1.2 História da Saúde Pública no Brasil da origem à criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

Historicamente, ao pesquisar sobre a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil, percebe-se a Reforma Sanitária de 1980 como alicerce para a construção da estrutura de saúde pública no cenário brasileiro até chegarmos ao marco legal da Constituição Federal, em 1988, inscrevendo o acesso à saúde como direito fundamental para toda população.

No Brasil, o modelo de saúde pública foi estruturado numa ação de saúde voltada para poucos, inicialmente, numa concepção higienista de combate às doenças infecciosas,

destacando: febre amarela, peste e varíola e, posteriormente, estruturada para combater as mazelas rurais da época: mal de Chagas e malária, conforme assevera Baptista (2007, p. 32):

Assim, as primeiras ações de saúde pública (políticas de saúde) que surgiram no mundo e que também passaram a ser implementadas no Brasil Colônia voltaram-se especialmente para:

- proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados;
- controle e observação das doenças e doentes, inclusive e principalmente dos ambientes;
- teorização acerca das doenças e construção de conhecimento para adoção de práticas mais eficazes no controle das moléstias.

Em 1889, a partir da Proclamação da República começa um novo modelo de fortalecimento do Estado e de organização econômica. Nesse momento, as políticas de saúde assumem um novo papel. O contexto econômico com base na cafeicultura (exportação) trouxe a necessidade cada vez maior de um modelo de produção que dependia do trabalhador assalariado e as péssimas condições de trabalho interferiam negativamente no crescimento econômico. Em consequência desse momento histórico, conforme aponta Baptista (2007), acontece, em 1920, a criação da Diretoria Nacional de Saúde Pública (DNSP) reforçando o papel central do governo nas bases para a formação da burocracia em saúde pública no país.

A partir do governo de Getúlio Vargas, nos anos 30, com um modelo econômico estruturado na industrialização com altos investimentos nas áreas de energia, transporte e siderúrgica, ocorre a criação de duas instituições públicas importantes no campo da saúde: o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC).

A política de proteção ao trabalhador iniciada no governo Vargas marca uma trajetória de expansão e consolidação de direitos sociais. Algumas políticas foram importantes: a obrigatoriedade da carteira profissional para os trabalhadores urbanos, a definição da jornada de trabalho de oito horas, o direito a férias e a lei do salário-mínimo. Getúlio, o pai dos trabalhadores, como passou a ser conhecido, inicia no Estado brasileiro uma política de proteção ao trabalhador, garantindo, com isso, uma mão-de-obra aliada ao projeto de Estado, mantendo sua base decisória na estrutura estatal centralizada e atendendo aos seus interesses econômicos. Nesta fase que são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IPAS) (Baptista, 2007, p. 37).

É importante salientar que esses institutos estavam vinculados ao trabalhador formal que contribuísse financeiramente, esses trabalhadores teriam garantia do benefício previdenciário e acesso à assistência hospitalar limitado aos contribuintes. Os benefícios eram

disponibilizados de acordo com a categoria e o valor da contribuição, gerando assim desigualdade entre os próprios trabalhadores, promovendo acesso restrito e limitado aos serviços de saúde. O restante da população que não era contemplado pelos Institutos era tratado pelo Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), restrito aos casos de: saúde mental, tuberculose, hanseníase, ou ficava à mercê da caridade e do assistencialismo dos hospitais e de profissionais de saúde.

Em consequência do período pós-guerra mundial, nos anos 50, nos países da Europa comprometidos com a democracia e a justiça social, diante da necessidade de se estruturar economicamente e de reconfigurar o Estado, ocorreu a estruturação dos chamados Estados de Bem-estar social que, segundo Baptista (2007, p. 39), “consistem em uma política sustentada e pactuada entre área econômica e área social com o objetivo de garantir o bem-estar da população e manter a produção econômica”. A política de Estado nesses países se estrutura com os princípios de empregabilidade, de serviços públicos universais como: saúde, educação, saneamento e habitação. Apesar de toda essa reconfiguração no cenário mundial, o Brasil não aderiu a essa reorganização, mas essa política de Estado abriu espaço para a ideologia desenvolvimentista, que apontasse para a necessidade de políticas públicas sobre a saúde como condição para a promoção do desenvolvimento no país. Esses ideais foram adormecidos a partir da ditadura militar.

Com o golpe militar, em 1964, o país se organiza num modelo desenvolvimentista conservador e autoritário. O período de 1968 a 1973 é marcado por grande crescimento econômico e ficou conhecido como “milagre econômico”, porém esse processo ocorreu de modo desordenado com crescente processo de endividamento do país com o capital internacional, tendo como consequência a concentração de renda nas mãos da elite e o aumento da desigualdade social.

Nos anos de 1973 a 1974, começaram a surgir os primeiros sinais de uma crise abrangente de sustentabilidade política, econômica e social do modelo de Estado adotado, sendo também reflexo da crise global na economia, destacando-se a crise do petróleo. A situação revelava-se preocupante devido à significativa dependência da economia brasileira dos investimentos estrangeiros.

Diversos movimentos sociais expressavam preocupações sobre violações de direitos humanos, tais como tortura, perseguição política, maus-tratos em hospitais psiquiátricos, ocupação ilegal de terras, desapropriação de terras indígenas e o aumento da violência. Esses movimentos, que englobavam atividades de grupos negro, indigenista, associações de

moradores, trabalhadores e estudantes, convergiam em sua luta pela democratização do Estado e se uniam em defesa da implementação de novas políticas com ampliação do acesso a serviços de saúde. Esses grupos protestavam por transformações na direção de políticas públicas fundamentadas no reconhecimento de direitos e respeito à diversidade.

Desse modo, em 1974, o Brasil adota a estratégia política de iniciar um processo de abertura do governo autoritário de maneira lenta, gradual e segura. A diversidade e as características das políticas sociais implementadas a partir desse período demonstram o duplo objetivo do Estado neste período, que consiste na manutenção da ordem com apoio social e na formação de um Estado com capacidade mínima para promover o desenvolvimento. Nessa época, fortalece o diálogo de diversos movimentos sociais que incorporam o pensamento social em saúde, resultando num movimento de construção de saúde coletiva.

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) surgiu em 1977, durante o regime militar, por meio da Lei nº 6.439, que desmembrou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), atualmente conhecido como Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Esse órgão era uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, hoje integrado ao Ministério da Previdência Social. Antes da criação do SUS, o INAMPS representava a política pública de saúde vigente e foi encerrado pela Lei federal nº 8.689, em 1993. A extinta instituição era encarregada da prestação de assistência médica aos trabalhadores que contribuíam para a previdência social.

No ano de 1984, um elemento adicional se incorporou ao curso da reforma sanitária: a definição do destino político do país estava em jogo com a seleção indireta, via Colégio Eleitoral, do próximo presidente. A "Nova República" e a "transição democrática" introduziram novas visões e suscitavam expectativas consideráveis de transformação. Observa-se que os pressupostos de equidade e de justiça social, presentes nesse movimento, influenciaram a construção do Estado Democrático Brasileiro, possibilitando a reconfiguração do país amparada legalmente pela Constituição Federal (1988).

O cenário de exclusão da maioria da população à assistência médica ofertada pelo INAMPS impulsionou a Reforma Sanitária de 1980, provocando uma mudança singular do entendimento da política de saúde como o direito de saúde para todos, resultado da articulação de diferentes movimentos sociais no meio acadêmico, igreja, populares e mulheres, em defesa da democracia e da ampliação ao acesso à saúde pública.

Conforme sublinha Baptista (2007, p. 43):

O movimento sanitário buscava reverter a lógica da assistência à saúde no país apresentando quatro proposições para debate:

- A saúde é um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação;
- As ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo;
- A gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios;
- O Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde.

A concepção do projeto de reforma sanitária é fundamentada na identificação de uma crise, abarcando conflito no conhecimento e na prática médica, a tensão do autoritarismo, o colapso no estado sanitário da população e a crise no sistema de prestação de serviços de saúde.

A promulgação da Carta Constitucional de 1988, que inclui o artigo nº 196 estabelecendo que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação", representa um marco significativo na história da saúde no Brasil, considerando o compromisso do Estado com base nos princípios de universalização da proteção social previsto no texto constitucional.

Após a oficialização do SUS, em 1988, esforços foram empreendidos para estabelecer, por meio de novas legislações e portarias do Ministério da Saúde, diretrizes destinadas a assegurar o financiamento do setor, bem como regulamentar o setor privado e outros aspectos relevantes da política de saúde. Os princípios e diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), complementada pela Lei nº 8.142/1990, incluem:

- Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência;
- Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- Integralidade da assistência;
- Participação da comunidade;
- Descentralização política – administrativa.

Destacam-se, nesse estudo, dois princípios mencionados e previstos no Sistema Único de Saúde (SUS):

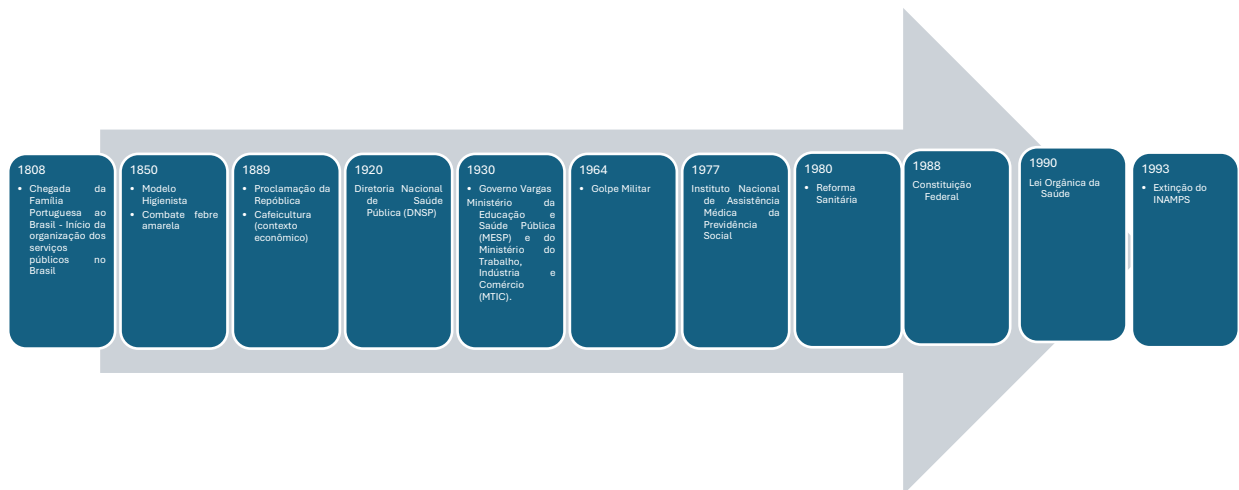
O princípio do acesso universal reflete a igualdade no direito de todos em receber ações e serviços necessários, sem considerar a complexidade, custo ou natureza dos mesmos. Esse conceito marca a substituição do modelo contributivo, que predominou por muito tempo no Brasil e condicionava o acesso dos contribuintes da Previdência Social, inicialmente composto por categorias profissionais específicas e, posteriormente, por trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho, aos serviços públicos e privados credenciados ao sistema previdenciário. Com a abordagem de universalidade, as condições socioeconômicas da população não devem influenciar o acesso diferenciado a certos serviços, uma vez que os riscos de adoecimento e o financiamento são compartilhados solidariamente, sendo uma responsabilidade de toda a sociedade.

O princípio da Igualdade na assistência à saúde que reafirma a necessidade de eliminar qualquer forma de discriminação no acesso aos serviços de saúde. Em outras palavras, é inaceitável que certos grupos tenham acesso a determinados serviços e outros não, com base em fatores como renda, cor, gênero ou religião. O acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser orientado exclusivamente pelas diferentes necessidades de saúde, determinando as escolhas de ações e tecnologias para o cuidado das pessoas com base em uma perspectiva de igualdade social.

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde prevê a saúde como um direito de todo cidadão, independente de contribuição, e garante o acesso igualitário a todos os serviços de saúde.

Sendo assim, relaciona-se o direito do “acesso igualitário a todos os serviços de saúde” ao acesso igualitário ao Programa Classe Hospitalar, nesse estudo é compreendido como um serviço que deve ser ofertado ao estudante matriculado na Educação Básica, que se encontra em situação de internação, se efetivando com os princípios de universalização e integralidade previstos no SUS.

Com o objetivo de proporcionar uma compreensão mais clara e contextualizada, apresenta-se a seguir uma linha do tempo que ilustra os principais marcos históricos, desenvolvidos no estudo, da Saúde Pública no Brasil.



1.1.3 O direito à educação no espaço hospitalar

A menção à democracia e a relação desta com a psicanálise, saúde e educação são pontos marcantes para entendimento desses enquanto direito público fundamental, corrobora com uma visão de um Estado que tenha como seu ideal a democracia, garantindo princípios de equidade e acesso aos serviços básicos ofertados à população. Como explicita Teixeira (1984, p. 685), “A democracia é, assim, o regime em que a educação é o supremo dever, a suprema função do Estado”.

A educação é um direito universal e investir em seu desenvolvimento é investir na melhoria da qualidade de vida, sendo necessário a convergência de um conjunto de políticas que compreenda a educação a partir de uma perspectiva combinada, como direito e bem-estar social.

Nesse sentido é preciso analisar as principais legislações existentes no campo da educação que apresentam no cerne da sua concepção a garantia à educação, destacando nesta pesquisa as que tratam sobre o direito à educação no ambiente hospitalar.

Inicialmente, ressalta-se o que estabelece a Constituição Brasileira de 1988 no seu artigo 205º: “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (Brasil, 1988). E, também, o artigo 206º “que garante os princípios de igualdade, permanência, liberdade de aprender, ensinar, pesquisar, gratuidade do ensino público e pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas no ensino brasileiro”. A Constituição é a lei fundamental que possibilita abranger a educação para além do processo de escolarização, segundo aponta Santos (2019, p. 3):

No Brasil, somente a partir do final da década de 1980, especificamente a partir da Constituição Federal, na qual a educação como direito fundamental ganha status constitucional, começou-se a revitalizar o papel da escola na sociedade não somente como espaço de aperfeiçoamento cognitivo, de socialização ou de formação política, mas como espaço protetivo de direitos.

Outro marco legal garantidor do atendimento educacional para além dos espaços escolares é a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), Lei Federal nº 9.394/96 que no artigo 5º, §5º que para garantir o cumprimento da obrigatoriedade de ensino, o poder público criará formas alternativas de acesso aos diferentes níveis de ensino; reforçada pelo artigo 23º, que estabelece que o poder público poderá organizar-se de diferentes formas para garantir o processo de aprendizagem. Cabe pontuar que no ano de 2018, a Lei nº 13.716, alterou a LDBEN e incluiu um artigo específico que trata do estudante em situação de internação: “Artigo 4º-A. É assegurado atendimento educacional, durante o período de internação, ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado”. (Brasil, 2018).

O acréscimo deste artigo sinaliza o reconhecimento legal do trabalho pedagógico que vem sendo realizado durante anos nos hospitais brasileiros, mas que carecem de normas regulamentadoras no âmbito estadual e municipal, garantindo a expansão e a qualidade do atendimento.

Essa realidade foi vivenciada no Distrito Federal, no qual os registros históricos sobre a educação hospitalar são anteriores à regulamentação, como explicita Lara (2021, p. 25):

No ano de 1969, por meio do contato telefônico realizado pela então Diretora da Clínica Psicopedagógica da Fundação Educacional do Distrito Federal, professora Joanita Botelho, foi solicitado que Dr. Oscar Moren consultasse algumas crianças que apresentavam dificuldades em relação à escola e aproveitou a oportunidade para expor o seu projeto de atendimento lúdico e pedagógico para as crianças hospitalizadas. A partir do acordo, foi indicada a professora Delza Moura Guimarães para dar início às atividades, com uma jornada de vinte horas semanais no Hospital de Base de Brasília.

Diante da situação de hospitalização, o estudante é surpreendido por uma ruptura da sua rotina, sendo afastada dos espaços e de pessoas que fazem parte do seu cotidiano, como a família e a vida escolar. Com o intuito de preservar o vínculo com o processo educativo, no ano 1985, foi estabelecido a primeira regulamentação no Distrito Federal. “[...] no dia 27 de agosto de 1985, foram estabelecidas responsabilidades e áreas de atuação das partes, ampliando o atendimento das classes hospitalares para todos os hospitais da Fundação Hospitalar do Distrito

Federal” (Lara, 2021, p. 24-25). A regulamentação ocorreu posteriormente ao estabelecimento da primeira classe hospitalar no Distrito Federal.

No Distrito Federal, o primeiro marco legal é a Lei Distrital nº 2.809/01 que, em seu artigo 1º, estabelece que às crianças e adolescentes hospitalizados em Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (SUS) é garantido o atendimento pedagógico durante a atenção hospitalar, inclusive quanto à escolaridade, que posteriormente alterada pela Lei Distrital nº 5.743/2016 e pela Lei Distrital nº 6.199/2018.

Recentemente, apesar de todo amparo legal existente no âmbito nacional e todos os entes federados sobre a oferta da educação hospitalar, conforme aponta pesquisa realizada por Lara (2021, p. 29), o Distrito Federal ficou oito anos sem regulamentação do Programa Classe Hospitalar.

No Distrito Federal, existem inúmeras leis tramitando referentes ao processo de escolarização no ambiente hospitalar, porém esse fato não se reflete na atual situação do Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal. A portaria conjunta que regulamenta o atendimento está em tramitação desde 2012, o que coloca os professores regentes em situação de total vulnerabilidade frente aos seus direitos profissionais básicos, tais como: garantia de professor substituto, espaço físico para o atendimento e recebimento de material didático-pedagógico, dentre outros.

Essa morosidade no processo de regulamentação trouxe consequências para o atendimento no Distrito Federal, segundo dados apresentados por Lara (2021, p. 73-74):

No ano letivo de 2020, os hospitais que possuíam classes hospitalares em funcionamento e que permaneceram com o atendimento pedagógico remoto, de modo híbrido, durante a pandemia em decorrência do Coronavírus, foram:

- Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa (Cirurgia e internação);
- Hospital Regional da Asa Norte (Pronto-socorro e internação – atendimento exclusivo para casos suspeitos e confirmados de contaminação pelo Coronavírus);
- Hospital Regional Leste - Paranoá (Ortopedia e internação);
- Hospital Regional de Sobradinho (Pronto-socorro geral, ortopedia e internação);
- Instituto Hospital de Base de Brasília (Internação, cirurgia e ortopedia) e
- Instituto Hospital de Santa Maria (Ortopedia e internação).

A partir desses dados, nota-se que algumas unidades pediátricas e hospitais não possuem o atendimento do Programa Classe Hospitalar, apesar de terem unidades de internações pediátricas: Hospital da Criança José de Alencar e Hospital Regional de Taguatinga (HRT).

Após essa lacuna, em julho de 2021, a Portaria Conjunta nº 09 é publicada no Diário Oficial do Distrito Federal (ver Anexo A) que:

Dispõe sobre a cooperação mútua entre a Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal e a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, visando a oferta de Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares às crianças da Educação Infantil e crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental, incluídos os diagnosticados com deficiência, com matrícula ativa e impossibilitados de frequentar as unidades escolares de origem (Distrito Federal, 2021, p. 01).

Após a publicação da Portaria nº 09, as Unidades de Saúde que possuem o atendimento do Programa Classe Hospitalar em parceria com a Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal são: Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa (HMIB), Hospital Regional de Sobradinho, Hospital Regional Leste (Paranoá) e Hospital da Criança José de Alencar. Nota-se, também, a exclusão do atendimento nos seguintes locais: Instituto Hospital de Base de Brasília e Instituto Hospital de Santa Maria. É importante destacar que as referidas unidades continuam atendendo crianças, porém, por se configurarem como institutos que estabelecem parcerias público/privado, tiveram a suspensão do atendimento e a exclusão da referida Portaria.

O Hospital Regional da Asa Norte teve a unidade de pediatria fechada temporariamente a partir da situação de pandemia decorrente do Covid-19, conforme o memorando nº 23/2021 – SES/SAIS/COASIS (57520861), o qual a:

Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços, em consonância com a Coordenação de Atenção Especializada à Saúde e a Subsecretaria de Atenção integral à Saúde, considerando o atual estado de emergência em saúde do Distrito Federal, sugere mudança no fluxo da pediatria da Região de Saúde Central, fechando temporariamente o Pronto-Socorro e a Enfermaria da Pediatria do Hospital Regional da Asa Norte – HRAN, direcionando, assim o fluxo da referida Região para o Hospital Materno – Infantil de Brasília – HMIB.

Observa-se que a pandemia afetou a oferta de número de leitos pediátricos no Distrito Federal, como modificou a estrutura das unidades pediátricas nos hospitais. Até o presente momento, o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) continua sem unidade de internação pediátrica.

O Hospital Regional de Ceilândia está com o atendimento suspenso, temporariamente, pois a docente está de licença por motivos de saúde e não foi encaminhado, até o presente momento, professor substituto.

O Hospital da Criança José de Alencar foi incluído na atual Portaria vigente que regulamenta o atendimento, pois a sua inauguração foi posterior ao último termo de Cooperação vigente até 2012.

Apesar da publicação da Portaria Conjunta nº 09 (Anexo A), ficou evidente a insuficiência da oferta do Programa Classe Hospitalar com redução no número de hospitais atendidos, retirada dos institutos e, até o presente momento, a falta de profissional para o atendimento no Hospital Regional de Taguatinga.

A partir da análise documental, observam-se impasses na Portaria Conjunta nº 09, de 20 de julho de 2021 (Anexo A), assim como o Plano de Trabalho (Anexo B), que norteiam o atendimento no Distrito Federal. Alguns equívocos são identificados no que se refere à responsabilidade do Estado na garantia dos direitos dos estudantes hospitalizados.

Nos objetivos propostos pela portaria citada, destacamos:

- a) elaborar estratégias e orientações para viabilizar o Atendimento Educacional Hospitalar, por meio das Classes Hospitalares, contribuindo para o processo de desenvolvimento e construção do conhecimento das crianças e adolescentes que se encontram impossibilitados, de forma temporária, de frequentar as Unidades Escolares da rede pública ou privada de ensino do Distrito Federal (Distrito Federal, 2021, p. 02).

No entanto, o que se constata é que o Programa Classe Hospitalar regulamentado pela referida Portaria Conjunta apresenta um caráter segregador ao limitar o atendimento pedagógico para os estudantes matriculados na rede pública e privada de ensino do Distrito Federal, excluindo os estudantes oriundos de outros Estados. Sendo assim, compreende-se que o acesso dos estudantes à educação, enquanto direito social, está restrito ao seu vínculo escolar nas instituições públicas e privadas do Distrito Federal contrariando, também o princípio de universalidade presente no Sistema Único de Saúde que garante, todos os hospitais públicos ou conveniados do SUS (nas especialidades garantidas) não poderão negar atendimento a qualquer pessoa, independentemente de sua classe social, sexo, cor, crença, idade ou da localidade do País da qual for originária.

Na prática, os docentes continuam atendendo os estudantes oriundos de outros Estados, com exceção do Hospital da Criança José de Alencar que, no ano de 2023, a chefia imediata suspendeu o atendimento escolar aos estudantes de outras federações, colocando sob a responsabilidade do corpo de estagiários, voluntariado e/ou brinquedistas que realizam o trabalho nas brinquedotecas nessa instituição. Desse modo, uma parcela significativa dos estudantes internados no Hospital da Criança José de Alencar fica sujeito ao trabalho voluntário com ausência de vínculo formal com as escolas de origem.

O plano de trabalho (Anexo B) que regulamenta a organização do atendimento educacional hospitalar apresenta divergência da própria Portaria Conjunta no que se refere ao público-alvo a ser atendido:

crianças da Educação Infantil e crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental, incluídos os diagnosticados com deficiência, com matrícula ativa na rede pública de ensino do Distrito Federal, e impossibilitados de frequentar as unidades escolares, em razão da internação hospitalar para tratamento de saúde nas Unidades Regionais Hospitalares do DF, que ofertem atendimento na Pediatria (SEE/SUBEB, 2021, p.02).

Outra incoerência destacada refere-se à exclusão da rede particular de ensino do Distrito Federal que está prevista na Portaria e excluída no Plano de Trabalho, além da exclusão dos estudantes de outros Estados e demais segmentos da Educação Básica.

Com isto colocado, vale frisar que a redução do Programa Classe Hospitalar aos estudantes com matrículas ativas afeta outro aspecto no trabalho humanizado e multidisciplinar desenvolvido nas unidades pediátricas: o de acolhimento, escuta e encaminhamento dos alunos que se encontram fora da rede escolar, por motivos diversos e que necessitam de apoio da rede para sua reinclusão escolar.

Outra divergência decorre do fato que a oferta do Programa Classe Hospitalar, na referida Portaria, está destinada às crianças da Educação Infantil e crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental, incluídos os diagnosticados com deficiência, com matrícula ativa. Percebe-se, entretanto, a exclusão das demais etapas da Educação Básica, tais como: segunda etapa do Ensino Fundamental e Ensino Médio, assim como a modalidade da Educação de Jovens e Adultos (EJA). De acordo com objetivo elencado na referida Portaria:

c) oferecer o Atendimento Educacional Hospitalar, no âmbito da Educação Infantil e dos anos iniciais do Ensino Fundamental, de forma individual ou coletiva, nos espaços das Classes Hospitalares ou nos leitos, conforme a necessidade da criança e adolescente em situação de internação hospitalar (Distrito Federal, 2021, p. 02).

Outro desafio posto refere-se a situações similares da pandemia, como a originada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), ocorrida no ano de 2020. As instituições de ensino tiveram que reinventar o trabalho pedagógico, obedecendo os protocolos de isolamento social necessários para conter a disseminação do vírus. Nessa circunstância, a Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal implementou o ensino remoto como alternativa de continuidade da escolarização. Entretanto, esse mecanismo não pôde ser desenvolvido pelo Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal, uma vez que a Secretaria de Estado de Saúde não possui rede de

acesso à internet aos seus usuários, requisito básico para o ensino remoto, entre outras demandas. Desse modo, apresenta-se outro impasse para implementação do ensino remoto, da referida portaria, em relação à oferta de alternativas mediante ao uso de tecnologias em situações similares à da pandemia:

§ 3º O Atendimento Educacional Hospitalar obedecerá a mesma forma de oferta implementada nas Unidades Escolares da rede Pública de Ensino do Distrito Federal, podendo ser presencial e/ou mediado por tecnologia, a depender das condições sanitárias vigentes e das medidas de controle sanitário epidemiológico adotados pelo Governo do Distrito Federal, analisado e aprovado no âmbito da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal (Distrito Federal, 2021, p.02).

O enfrentamento da pandemia representou um desafio monumental em um país como o Brasil, marcado por históricas e profundas desigualdades em áreas como renda, escolaridade, habitação/condições de moradia e transporte, etnia/raça/cor, gênero e de saúde. A complexa relação existente nas esferas educacionais pública versus privada na oferta, estrutura e acesso aos serviços educacionais tecnológicos, nesse período, acentuou as desigualdades na educação no país. Várias pesquisas destacaram que os impactos da Covid-19 no Brasil evidenciaram e ampliaram todas essas desigualdades, abrangendo todas as esferas da sociedade.

Nesse ponto, é fundamental delinear os impactos durante a pandemia no atendimento educacional hospitalar no Distrito Federal. Segundo pesquisa realizada por Lara (2021, p. 32-33):

No que se refere ao atendimento pedagógico remoto no ambiente hospitalar, no Distrito Federal, as professoras tiveram que lutar pela permanência do programa. Para tanto, promoveram o debate junto à gestão pública tanto na Secretaria de Educação quanto na Secretaria de Saúde sobre a importância da manutenção do atendimento durante a pandemia. De acordo com o SEI nº 4317119, ofício nº 83/2020 que trata do ofício nº 76/2020-SEE/SUBEB-41958070, conforme despacho SES/SAIS/COASIS/DASIS – nº 42224450 “da manutenção dos professores atuantes nas classes hospitalares para auxílio nas atividades remotas junto ao paciente internado, considerando sua experiência e conhecimento sobre a criança nessas condições durante o período de oferta de atividades pedagógicas não presenciais”.

De acordo com Lara (2021, p. 33), nesse período pandêmico, o atendimento pedagógico no ambiente hospitalar foi organizado da seguinte maneira:

Após a autorização da Secretaria de Educação para a realização do atendimento educacional remoto no Programa Classe Hospitalar, as professoras elaboraram plano de ação para ensino remoto/híbrido; as atividades são organizadas por meio de acesso ao prontuário eletrônico, em algumas unidades, e/ou contato com a equipe de plantão para a coleta de dados

dos alunos internados e, também, realizam contato com a unidade escolar de origem para adequar as atividades educacionais à situação de saúde da criança/adolescente hospitalizados. As atividades são viabilizadas de modo impresso, pois a rede pública de saúde do Distrito Federal não disponibiliza acesso à internet para os usuários. O acompanhamento pedagógico é realizado no leito, em dias alternados e respeitando as orientações de segurança ao usuário e aos protocolos estabelecidos pelas autoridades de saúde.

Em relação às percepções dos profissionais de saúde, nesse momento, Lara (2021, p. 33) sublinha:

O relato da equipe técnica de saúde sobre o desenvolvimento do atendimento pedagógico remoto/híbrido no ambiente hospitalar foi positivo, pois, durante o período de suspensão das atividades educacionais pelo decreto do governador, no início da pandemia, ocorreram inúmeros relatos da equipe e dos pais/responsáveis sobre como as crianças/adolescentes internados estavam ansiosos, por estarem restritos aos leitos para evitar a contaminação e sem as atividades pedagógicas acentuando, assim, os aspectos negativos oriundos da hospitalização.

Com esses acontecimentos, ocorridos no período pandêmico, observa-se a ausência de recursos tecnológicos educacionais desde o mais simples, como disponibilidade de rede *wi-fi* aos usuários SUS, e de *tablets* ou *notebooks* até chegarmos numa discussão mais complexa, que envolve a oferta da educação remota. Será possível o dispositivo tecnológico substituir a ação docente? Diante de tantos desafios, entende-se que é necessário um estudo mais amplo acerca de possibilidades educacionais em situações semelhantes à pandemia da Covid-19. Portanto, a possibilidade de se ter em situações semelhantes ao ensino “mediado por tecnologia”, conforme proposto na Portaria vigente, requer um olhar mais atento desde a estrutura e recursos existentes na rede de saúde até o uso da tecnologia como substituição do trabalho docente no espaço hospitalar, ou seja, requer pensar para além da precariedade dos recursos ofertados como no debate sobre os princípios que norteiam a experiência escolar.

Outro aspecto analisado conforme o artigo 21º diz respeito: “A cooperação mútua decorrente desta Portaria Conjunta não implicará transferência de recursos financeiros, razão pela qual eventuais despesas correrão à conta das respectivas dotações orçamentárias dos órgãos signatários” (Distrito Federal, 2021, p. 01). Não existe a determinação de proventos para investimento e manutenção do Programa Classe Hospitalar. A ausência de recursos gera impactos no funcionamento do atendimento.

É preciso garantir recursos e políticas condizentes com as necessidades do Programa Classe hospitalar, ancorados na perspectiva de compreender as especificidades relacionadas ao atendimento à criança/adolescente hospitalizado que envolvem o diagnóstico, o tempo e o tipo

de tratamento e as limitações em decorrência da situação de saúde e de garantir o acesso universal à educação. Para as ações das Secretaria de Estado de Educação e Secretaria de Estado de Saúde, os serviços, os usuários e os profissionais de educação e saúde devem importar tanto quanto as condições e capacidades para fazer política, planejamento e gestão da oferta do atendimento hospitalar escolar.

As contradições entre o que está estabelecido no arcabouço legal e o que consta na referida Portaria comprometem o alcance dos objetivos definidos nos documentos oficiais referentes à Classe Hospitalar, segundo destaca Fonseca (2015, p. 16):

Dar continuidade aos processos de desenvolvimento e de aprendizagem do aluno hospitalizado; desenvolver currículos flexibilizados; contribuir para o retorno e reintegração da criança a seu grupo escolar; facilitar o acesso da criança sem escolaridade à escola regular.

Ao conhecer os pontos estabelecidos na Portaria Conjunta nº 09 e no Plano de trabalho no Distrito Federal sobre o Programa Classe Hospitalar, percebem-se impasses em todas as suas dimensões, tais como garantia de acesso para todos, oferta de recursos, garantia de direito dos professores, entre outros pontos apresentados nesta pesquisa. Isso não ocorre por acaso, mas como resultado de uma ausência de diálogos entre Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal (SEEDF), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF), professores e comunidade.

1.2 Estado da Arte

Inicialmente, foi realizada uma revisão narrativa, a partir do Estado da Arte com intuito de mapear o cenário das pesquisas com o aporte epistemológico da psicanálise no campo da educação que envolvam a temática do atendimento pedagógico no ambiente hospitalar, tendo como marco temporal o ano de 2018 até 2023. Esse período foi delimitado considerando o ano de 2018 como marco legislativo relevante devido à alteração da LDBEN (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), a partir da Lei nº 13.716 com a inclusão do artigo 4º-A: “É assegurado atendimento educacional, durante o período de internação, ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado” (Brasil, 2018). Do ponto de vista legislativo, marcando um grande avanço do reconhecimento do trabalho educacional realizado nas unidades de saúde do país.

Tal esforço tem como objetivo levantar pesquisas que versam sobre essa temática, buscando propiciar articulações entre as pesquisas realizadas, assim como, identificar possíveis lacunas. Conforme destaca Ferreira (2002, p. 259):

Sustentados e movidos pelo desafio de conhecer o já construído e produzido para depois buscar o que ainda não foi feito, de dedicar cada vez mais atenção a um número considerável de pesquisas realizadas de difícil acesso, de dar conta de determinado saber que se avoluma cada vez mais rapidamente e de divulgá-lo para a sociedade, todos esses pesquisadores trazem em comum a opção metodológica, por se constituírem pesquisas de levantamento e de avaliação do conhecimento sobre determinado tema.

Pretende-se articular as produções acadêmicas que trazem ressonância com o objeto de estudo da referida pesquisa com objetivo de circular diferentes saberes sobre o atendimento pedagógico no ambiente hospitalar, possibilitando tecer reflexões da relação essencial e inseparável entre saúde e educação.

1.2.1 Reflexões sobre o ato educativo a partir dos estudos psicanalíticos no campo da educação

Cabe pontuar que os descritores e as palavras-chave elencadas para a referida pesquisa foram definidos a partir de alguns critérios que fizessem interlocução com o tema desta pesquisa, em questão: O ato educativo no contexto hospitalar: as percepções do profissional de saúde.

Num primeiro momento, foi necessário buscar as expressões referentes ao atendimento pedagógico no ambiente hospitalar. Sendo assim, considerou-se as nomenclaturas utilizadas nas legislações, documentos oficiais e nas pesquisas científicas, sendo elas: classe hospitalar, educação escolar hospitalar, pedagogia hospitalar e atendimento pedagógico nos hospitais. Entretanto, a partir desses descritores, o resultado não apresentava nenhuma pesquisa que tivesse o aporte teórico da psicanálise, sendo necessário incluir as palavras-chave: psicanálise, educação, criança e hospital para se alcançasse as publicações e pesquisas científicas que fizessem intersecção com a temática pesquisada e o referencial teórico utilizado.

Vale frisar que não foram considerados os descritores: brincar e brinquedoteca, pois o estudo refere-se ao processo de escolarização realizado nas unidades de saúde, conforme previsto em legislação nacional e distrital que se difere do trabalho desenvolvido nas brinquedotecas.

A princípio, a sondagem dos artigos teve como objetivo delinear as pesquisas que envolvam o tema proposto, apresentando às seguintes questões:

- Como se presentifica a instância da subjetividade no cenário hospitalar?
- Quais as implicações do ato educativo no ambiente hospitalar?
- O que prevalece nos discursos dos pesquisadores sobre atendimento pedagógico nas unidades de internação pediátrica?

A partir dessa proposta, empregando a metodologia do tipo estado da arte realizou-se a pesquisa no Portal de Periódicos Capes/MEC¹, utilizando a base de dado eletrônico: *Scopus*²; *Eric*³; rede Scielo (*PubMed/LILACS*)⁶, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)⁴, Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações⁵ (BDTD).

Essa busca utilizou os seguintes descritores em português, utilizou o DESC: criança, hospital, educação e psicanálise; e seus respectivos em inglês, utilizou o MESH: *children, hospital, education, psychoanalytic*. E utilizado o boleano AND.

Para melhor compreensão, foram organizados quadros a partir de cada base de dados pesquisada. No levantamento foram vinte e três artigos (23) apresentados da seguinte forma: Quadro 1(*Scopus*) 03 artigos; Quadro 2 (*Eric*) 12 artigos; Quadro 3 (*Rede Scielo-PubMed/LILACS*) 05 artigos; Quadro 4 (Biblioteca Virtual em Saúde), 05 artigos; de acordo com o ano de publicação, título e autores.

Quadro 1 - Organização dos artigos – base de dados Scopus⁻⁶

Qtd.	Ano	Título	Autores
01	2020	Um lugar ético para o adulto na relação com crianças e adolescentes: Bernfeld e o para além da patologização.	CARNEIRO, Cristiana; SCRINZI, Mariana; ZELMANOVICH, Perla
02	2021	“Que bom que ele havia estranhado”: Considerações sobre a metodologia IRDI.	SILVA, Milena da Rosa <i>et al.</i>
03	2021	Análise da agressividade docente na cena pedagógica: implicações para a formação de professoras (es).	OLIVEIRA, Andrea Pires de <i>et al.</i>

¹ Disponível em: <https://www-periodicos-capes-gov-br.ez54.periodicos.capes.gov.br/>

² Disponível em: <https://www.scopus.com>

³ Disponível em: <https://eric.ed.gov/>

⁴ Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/>

⁵ Disponível em: <https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#/>

⁶ Disponível em: <https://search.scielo.org/>

⁶ Filtro 1: Desde 2018, criança AND hospital AND educação AND psicanálise

Fonte: elaborado pela autora

Posteriormente, realizou-se a consulta no banco de dados eletrônicos: *Eric*⁷, resultando em doze (12) produções.

Quadro 2 - Organização dos artigos – base de dados Eric-⁸

Qtd.	Ano	Título	Autores
01	2018	Contenção e negação: aumentando a conscientização sobre processos inconscientes presentes quando os professores trabalham com crianças e famílias onde há violência doméstica.	ELLIS, Gemma
02	2018	Amor, satisfação e exaustão no berçário: questões metodológicas na avaliação do impacto dos Grupos de Discussão do Trabalho no berçário.	ELFER, Peter <i>et al.</i>
03	2018	Escolaridade Cristã Reformada e Branquitude: Examinando a Supremacia e a Identidade Branca nos Espaços Escolares e as Motivações dos Pais.	LEO, Sara
04	2019	Brexit, "criança como método" e a pedagogia do fracasso: como os discursos da infância estruturam a resistência do discurso racista à análise.	BURMAN, Erica
05	2019	Autismo Infantil no Reino Unido e na Grécia: Um Estudo Transnacional do Progresso em Diferentes Contextos de Intervenção.	POPPI, Kristi; JONES, Júlia; BOTTING, Nicola
06	2019	O projeto contestado da educação sexual infantil: crescimento queer e incerteza epistêmica.	DYER, Hannah
07	2020	O Data-Doppelgänger e o Cyborg-Self: Teorizando a Dataficação da Educação.	PIERLEJEWSKI, Mandy
08	2020	Uma abordagem psicanalítica do elemento espaço nos livros infantis protegidos por direitos autorais de Erich Kästner.	DUMANLI KADIZADE, Esma; ANILAN, Serhan Olcay
09	2020	Mostre seu trabalho: currículos de matemática, conhecimento e pedagogia reumanizadora.	STEARNS, Clio
10	2021	Um referencial psicanalítico para interpretar observações de crianças pequenas que integra o	SHAW, Janete

⁷ Disponível em: <https://eric.ed.gov/>

⁸ Filtro 2: Desde 2018, “Hospitalized Children” AND *psychoanalytic*

		desenvolvimento emocional e cognitivo.	
11	2023	Pedagogia Qualificadora: Observações sobre um Encontro Pedagógico	MISHRA TARC, Aparna
12	2023	Teorias do desenvolvimento infantil e seu impacto na educação e no cuidado na primeira infância.	SARACHO, Olivia N

Fonte: elaborado pela autora

Na rede Scielo (*PubMed/LILACS*), foram apresentados 5 trabalhos:

Quadro 3 - Organização dos artigos – base de dados Scielo-⁹

Qtd	Ano	Título	Autores
01	2019	Grupos de pais-bebês nas creches como estratégia de promoção da saúde mental na primeira infância.	PESARO, Maria Eugênia <i>et al.</i>
02	2019	Carmen Lyra, professora nas pegadas de um ecletismo pedagógico.	RUBIO, Torres Carlos.
03	2020	Do cuidado com o bebê ao cuidado com o educador.	WILES, Jamille Mateus; FERRARI, Andrea Gabriela
04	2021	Juventude e desamparo: relato de uma pesquisa de uma intervenção.	KLAUTAU, Perla; MACEDO, Maria Manuela Dias Ramos de; SINISCALCHI, Marcella
05	2021	Observando o invisível: a relação transferencial a partir dos discursos entre crianças e monitoras em um observatório astronômico.	LIMA, Gleici Kelly de; LANGHI, Rodolfo

Fonte: elaborado pela autora

Outra base de dado consultada foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)¹⁰, utilizando o mesmo critério de período citado anteriormente, 2018 até 2023. Os resultados alcançados foram:

⁹ Disponível em: <https://search.scielo.org/>

¹⁰ Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/>

Quadro 4 - Organização dos artigos – base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)¹¹,

Qtd	Ano	Título	Autores
01	2021	Análise da agressividade docente na cena pedagógica: implicações para a formação de professoras (es).	OLIVEIRA, Andréa Pires de <i>et al.</i>
02	2022	A partir dos muros da universidade: implementação de uma clínica psicanalítica para crianças autistas.	CALZAVARA, Maria Gláucia Pires; CALAZANS, Roberto
03	2023	Percepções de familiares sobre uma rede de cuidados de saúde mental infantojuvenil.	REIS, Luciana Bicalho; PEREIRA, Camila Maechiori
04	2023	Telas na infância: postagens de especialistas em grupos de cuidadores no facebook.	PUCINELLI, Mariana Farias; MARQUES, Fernanda Martins; LOPES, Rita de Cássia
05	2023	A clínica psicanalítica das urgências subjetivas no hospital universitário: construção de um caso clínico.	ALMEIDA, Daniela Lima de; AIRES, Suely

Fonte: elaborado pela autora

Para organização dos artigos que estabelecem relação com o referido estudo, priorizou-se as pesquisas desenvolvidas com crianças em faixa-etária escolar, nas seguintes etapas de ensino: educação infantil (pré-escola: de 4 a 5 anos) e 1ª etapa do ensino fundamental, pois são as etapas contempladas, atualmente, no Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal e os estudos relacionados diretamente ao atendimento pedagógico no ambiente hospitalar. Sendo assim, posterior à análise dos títulos e resumos, utilizou-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão nas produções:

Critérios de Inclusão:

- Participantes/sujeitos das pesquisas em faixa-etária escolar, considerando a educação infantil (4 a 5 anos/ pré-escola) e a 1 etapa do ensino fundamental (1º ano até o 5º ano)
- Referencial teórico: psicanálise (Freud)

Critérios de exclusão:

- Participantes/sujeitos das pesquisas - bebês matriculados em creches (0 a 3 anos)
- Disponível em mais de uma base de dados

¹¹ Filtro 10: Desde 2018, criança AND hospital AND educação AND psicanálise

- Ensino Religioso
- Abordagem comportamental

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, considerando os periódicos revisados por pares, atingimos o seguinte resultado:

Quadro 5 - Organização dos artigos (resultados) – base de dados Scopus , Eric , e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)¹²,

Ano	Título	Autores	Base de dados
2018	Contenção e negação: aumentando a conscientização sobre processos inconscientes presentes quando os professores trabalham com crianças e famílias onde há violência doméstica.	ELLIS, Gemma	<i>Eric</i>
2020	Um lugar ético para o adulto na relação com crianças e adolescentes: Bernfeld e o para além da patologização.	CARNEIRO, Scrinzi Zelmanovichi	<i>Scopus</i>
2023	A clínica psicanalítica das urgências subjetivas no hospital universitário: construção de um caso clínico.	ALMEIDA, Daniela Lima de; AIRES, Suely	BVS

Fonte: elaborado pela autora

Reconhece-se que as produções que proporcionaram contribuições para a compreensão da relação entre criança e adulto, utilizando conceitos provenientes da psicanálise: a pesquisa de Ellis (2018) aborda a posição do educador e profissional de saúde diante de uma criança que não atende às expectativas. Esse adulto é influenciado pelos discursos predominantes em sua época, os quais, longe de serem neutros, moldam ideais, perspectivas e práticas. O estudo de Carneiro, Scrinzi e Zelmanovichi (2020) também sinaliza que, diante do mal-estar gerado pela criança que não se encaixa no ideal, o adulto pode atribuir caráter patológico ao seu comportamento, por um lado, associando-o a um nome de doença ou transtorno; e por outro, situando-o em um funcionamento ou disfuncionamento próprio da criança. Ao fazer isso, o adulto desloca o desconforto para outra área: a médica, minimizando a angústia de não saber lidar com o não-saber.

Indicam-se as contribuições realizadas por Almeida e Aires (2023) sobre as questões da subjetividade no cenário hospitalar. Esse estudo investiga como a urgência no contexto

¹² Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/>

hospitalar pode se manifestar como dor, sofrimento insuportável, instaurando em cada sujeito, uma vivência de angústia, sinalizando e apontando para as contribuições da escuta psicanalítica no tratamento das urgências e na atuação em equipe multiprofissional no contexto hospitalar. Sendo assim, possibilitar o uso da palavra para que o sujeito possa construir algum contorno psíquico, passando da urgência generalizada para uma subjetivação.

1.2.2 *O ato educativo no contexto hospitalar: perspectivas dos pesquisadores*

Em pesquisa realizada na Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações¹³ (BDTD), indicando as palavras-chave: criança, educação e psicanálise, apresentou-se o quantitativo a seguir:

Quadro 6 - Organização das Pesquisas – base de dados BDTD¹⁴

Ano	Título	Autor	Tipo de trabalho	Instituição
2019	Narrativas transferenciais sobre a intervenção precoce em um ambulatório de pediatria: tecitura de encontro.	BELLINI, Marcela	Dissertação	UFTM
2021	Formação de Professores em Ambiente Hospitalar: uma leitura a partir da Psicanálise na Educação.	LARA, Caren Castelar Queiroz	Dissertação	UnB
2021	Dos mistérios do corpo ao falante: a escuta psicanalítica de sujeitos intersexo no contexto hospitalar.	SILVA, Heloene Ferreira da	Tese	UERJ
2022	A imposição da terminalidade: desdobramentos narcísicos de sujeitos em cuidados paliativos.	NUNES, Morgana	Dissertação	UFRGS

Fonte: elaborado pela autora

Inicialmente, ao empregar os mesmos critérios de exclusão e inclusão, nota-se lacunas nas pesquisas relacionadas à temática da escolarização de estudantes internados com um enfoque teórico na psicanálise. Identificou-se apenas uma única produção científica no período de 2018 a 2023, na base de dados BDTD, sendo: Formação de Professores em Ambiente Hospitalar: uma leitura a partir da Psicanálise na Educação (Lara, 2021).

¹³ Disponível em: <https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#/>

¹⁴ Filtro 3: Desde 2018, criança AND hospital AND educação AND psicanalise

A pesquisa realizada por Lara (2021) oferece contribuições significativas para estudos relacionados à educação escolar de crianças hospitalizadas, apresenta registro histórico do programa Classe Hospitalar no Distrito Federal, investiga como ocorrem as ações pedagógicas desenvolvidas no ambiente hospitalar e aborda o processo de constituição subjetiva e a formação de professores das classes hospitalares, diante do adoecimento dos alunos internados e as possíveis implicações em sua atuação nesse contexto.

Assim, percebe-se escassez de estudos que abordem o atendimento pedagógico no ambiente hospitalar, a partir do arcabouço teórico da psicanálise. Destaca-se a relevância da pesquisa a ser conduzida, com o propósito de compreender as percepções dos profissionais de saúde sobre o ato educativo e suas possíveis contribuições no contexto hospitalar.

CAPÍTULO 2 TESSITURAS DE SABERES: PSICANÁLISE, EDUCAÇÃO E SAÚDE

“Até nos batizamos *Homo Sapiens*- título de nobreza e presunção. No fundo afirmamos que as outras espécies padecem de uma certa estupidez: não escrevem livros, não fazem bombas. Tenho dúvidas.

Tubarões, besouros, lagartixas e formigas...Todas elas carregam em silêncio, nos seus corpos uma sabedoria, toda ela a serviço de sua sobrevivência... A situação do *Homo Sapiens* parece ser distinta. Ele é o único bicho em que o aumento do saber implica também um aumento das possibilidades da sua própria extinção”.

Rubem Alves (2001, p. 100)

No âmbito da complexa trama de acontecimentos que envolvem a cena hospitalar, a abordagem singular se destaca: a racionalidade científica. Essa prática impregnada de uma lógica fundamentada no universal e no padrão não apenas aparece nos corredores dos hospitais, mas também permeia os processos, protocolos e decisões que ali se desdobram para além da paisagem física, assim como influencia as perspectivas e abordagens adotadas na prática em saúde contemporânea.

Pelo fato da prática pedagógica hospitalar, sustentada neste estudo, estar inscrita no arcabouço teórico da psicanálise, entende-se ser necessário tecer algumas considerações acerca das interlocuções entre a psicanálise, a saúde e a educação. A partir do entendimento de que o trabalho pedagógico pensado e desenvolvido no ambiente hospitalar permita ser uma oportunidade de produzir deslocamentos na posição da equipe de saúde em relação à subjetividade da criança hospitalizada, transformando certezas fundamentadas nos diagnósticos e nos protocolos em possibilidades de escuta do sujeito, vislumbra-se possíveis efeitos sobre o trabalho em equipe nas unidades pediátricas.

Nessa direção, pensamos que a psicanálise, aqui assumida numa perspectiva extramuros, portanto, para além do setting clínico, possa contribuir para uma abordagem em saúde que esteja a serviço da subjetividade, da singularidade, do desejo do sujeito, na medida em que propõe outra narrativa sobre o adoecimento, para além do orgânico, servindo-nos, assim, como possível instrumento para repensarmos a suspensão da lógica interpretativa medicalizante, fortemente presente no discurso da saúde e da educação.

2.1 Contribuições dos estudos psicanalíticos no campo da educação

Apesar de Sigmund Freud não ter direcionado seus estudos para a esfera educacional, seus escritos não deixaram de mencionar o quanto a psicanálise poderia vir a contribuir com o campo da educação. No Prefácio da publicação, *A Juventude Desorientada* de Aichhorn (1925/1996, p. 106), Freud sublinha: “Nenhuma das aplicações da psicanálise excitou tanto

interesse e despertou tantas esperanças, e nenhuma, por conseguinte, atraiu tantos colaboradores capazes, quanto seu emprego na teoria e prática da educação”. Essa observação indica a relevância e a receptividade que a psicanálise encontrou no contexto educacional, evidenciando um terreno fértil para sua aplicação e desenvolvimento.

No mesmo texto, Freud (1925/1996), destaca que os estudos psicanalíticos tiveram seu início direcionados às demandas relacionadas às históricas. No entanto, o autor observa que, posteriormente, as crianças emergiram como o tema central nas pesquisas psicanalíticas, abrindo caminho para contribuições significativas à educação. Freud (1925/1996, p. 106) ressalta: “Não é de admirar, portanto, que tenha surgido a expectativa de que o interesse psicanalítico nas crianças beneficiaria o trabalho da educação, cujo objetivo é orientar e assistir as crianças em seu caminho para diante e protegê-las de se extraviarem”. Essa transição de foco para as crianças dentro da psicanálise suscita a perspectiva de uma valiosa interseção entre a teoria psicanalítica e o campo educacional. Andrade (2025, p. 11) sublinha:

A educação, quando utiliza de uma Pedagogia com contribuições psicanalíticas, é, segundo Freud (1913), uma profilaxia social aos males maiores. Profilático – esta palavra, não muito usada no cotidiano, é aquilo que diz respeito ao preventivo da saúde de uma população. A educação pode ser uma excelente forma de promoção de saúde, uma vez que traz ao sujeito recursos sublimes para se inventar no mundo, porém, ela pode também ser um ato de crueldade quando feita sem preparo. É preciso que uma educação que preze pela ética das relações recue do recurso de repressão como forma imediata de lidar com as coisas e adote em suas medidas formas mais sublimes de trabalhar.

A compreensão da educação, a partir dessas perspectivas, amplia-se para além dos limites institucionais da escola.

Lajonquière (2010, p. 149) destaca que:

Educar é colocar em circulação marcas simbólicas, significantes que possibilitem à criança que os apreende o usufruto de um lugar a partir do qual o desejo seja possível. [...] A transmissão dos significantes possibilita a conquista de um lugar de enunciação. O usufruto desse lugar por parte de alguém o sujeita ao desejo do Outro, ou seja, faz dele um sujeito numa história sempre em curso.

Complementando essa visão, Squarisi (2024, p. 153) afirma que:

Importante reconhecer a educação como um processo e uma prática que se manifestam nas interações sociais, portanto, que vão além dos ambientes escolares. Nesse sentido, a partir de um olhar amplo que extrapola o universo formal escolar, a educação compreende o processo de socialização da cultura

da vida, na qual saberes, conhecimentos e valores são construídos, mantidos e transformados.

Nas palavras de Andrade (2025, p. 83) “Educação é desafio e pode fazer a vida daquela criança quieta, sem roupas de marca, sem muito conhecimento de mundo, sem muito acesso as coisas novas, que esta possa ser alguém de destaque fazendo ecoar no mundo seu nome e o orgulho que carrega do professor”.

Em linhas gerais, a psicanálise traz uma perspectiva distinta das teorias pedagógicas sobre o processo de aprendizagem e as relações educacionais. Ao reconhecer a falta e a incompletude como características constitutivas do sujeito, a psicanálise questiona abordagens que visam controlar e moldar o aluno. Conforme pontuam Kupfer e Gaviolli (2011, p. 274):

Longe de supor que uma criança precisa ser educada apenas para adaptar-se às demandas sociais, a Psicanálise entende hoje a educação como uma prática que transcende o ato de adaptar e é sobretudo uma prática que constitui o próprio sujeito, em sua singularidade e em sua peculiar e desejante interpretação do mundo.

A educação escolar trata das questões relacionadas à aprendizagem, enquanto a psicanálise, segundo Simonetti (2019, p. 18), “[] tem a função de produzir entendimento e explicação do que se chama adoecimento, reconhecendo de saída que tal explicação é frequentemente provisória e precária, podendo sempre ser refeita e jamais abarcando o todo da vivência que o humano experimenta”. A interseção entre psicanálise e educação permite refletir sobre o ato educativo nesse cenário de incertezas, no qual ensinar não oferece garantias sobre o que o aluno efetivamente aprendeu. Portanto, prevê que propostas educacionais que buscam o controle total da aprendizagem ou métodos didáticos que apenas treinam e modelam o aluno estão possivelmente fadados ao fracasso. Nessa direção, Freire (2002, p. 15) assegura que “[...] *formar* é muito mais do que puramente *treinar* o educando no desempenho de destrezas”. Lajonquière (1999, p. 28) reitera:

A pedagogia atual explica tudo aquilo que considera um fracasso educativo em termos de resultados de uma falta de adequação, ou relação natural, entre a intervenção do adulto e o estado psico maturacional das crianças e dos jovens. Assim oscila-se entre do tipo “ainda não está maduro para tal atividade” e/ou o método utilizado revelou ser pouco eficaz.

No ambiente escolar, a premissa de que o método de ensino não assegura a aprendizagem torna-se ainda mais desafiadora no contexto hospitalar, onde as crianças enfrentam condições adversas em relação ao aprender. O próprio conceito de adoecimento

sugere o significante de uma criança incapaz de aprender, desviando-se do seu ideal de desenvolvimento. Diante desse cenário, a abordagem psicanalítica para elucidar o ato educativo revela-se apropriada.

Essa linha de argumentação ganha destaque sobretudo a partir da obra de Freud (1930/1996), "O mal-estar na civilização". O autor incita uma reflexão sobre o mal-estar que fundamenta a civilização, ressaltando direções que conduzem os indivíduos ao sofrimento, como o declínio natural do corpo (envelhecimento/morte), as imperfeições em nossa ordem legal, as demandas internas por satisfação e as relações com os outros humanos. Dessa forma, a psicanálise evidencia que vivemos em um contínuo conflito entre nossos desejos e as influências sociais que nos envolvem, rompendo com os ideários de busca incessante pela felicidade e bem-estar, como os propostos pela UNESCO (2016) para educação humanista, pela busca do bem-estar do ser humano, conforme assinala Fanizzi (2023, p. 28):

[...] o mal-estar à luz dos escritos de Freud (2010) consiste naquele experimentado por todos os seres que vivem juntos em condição humana, isto é, por todos aqueles que vivem em uma cultura qualquer. O mal-estar é desse modo, algo próprio à condição humana, uma vez que não há sujeito sem social, tampouco o seu inverso.

No presente estudo, estamos considerando como Educação Humanista a proposta apresentada pela UNESCO (2016, p. 40, grifo nosso) no texto *Repensar a Educação: rumo a um bem comum mundial?* que indica uma visão de humanismo a uma pretensão da educação para o século XXI, de “[...] apoiar e potencializar a dignidade, a capacidade e o **bem-estar do ser humano**”.

Questionando o ideal “imaginário” de educação, em seu trabalho intitulado *Educação Impossível*, Mannoni (1998, p. 44) sinaliza:

Tal opção tem suas raízes no imaginário (do educador) e participa de todas as divagações referentes a um mundo melhor (divagações que estão presentes em todas as civilizações). Uma pesquisa pedagógica que estabelece desde o início o ideal a atingir só pode desconhecer o que se diz respeito à verdade do desejo (da criança e do adulto).

No contexto hospitalar, as representações inconscientes relacionadas ao sofrimento exercem efeitos visíveis e invisíveis na criança internada, tornando inviável adotar o ideal de uma educação humanista. Esse ideal entra em confronto com a concepção de homem apresentada por Freud, caracterizada pelo inconsciente e pela impossibilidade de satisfação total de seu desejo. Andrade (2025, p. 25) alerta: “A Psicanálise, por apostar em uma ética que

atravessa as palavras, atua com a responsabilização do sujeito em relação ao seu desejo, não com a punição”.

Em consonância com esse pensamento, a partir dos estudos lacanianos, Lerner e Voltolini (2016, p. 83) afirmam que:

A originalidade de tese lacaniana, apresentada já no início do ‘Seminário, livro 7’, reside em trazer ao centro da discussão a tensão decorrente da oposição entre prazer e realidade, afirmando com isso que não há ordem racional que dê garantias para a felicidade, nem no campo social e nem no campo subjetivo.

Não há garantias de que o ato educativo no ambiente hospitalar seja eficazmente capaz de eliminar a dor, superar a doença, assegurar a cura, e a própria aprendizagem dos conteúdos escolares, ou até mesmo evitar a morte. No entanto, o acompanhamento pedagógico pode contribuir para a travessia da criança, da família e da equipe, a partir da escuta, e da interação de todos os envolvidos, sem silenciar os sujeitos diante do processo de hospitalização.

Nessa direção, é compreender que o ato educativo permita ao estudante internado (re)pensar e criar estratégias para elaborar seu processo de adoecimento, sem fazer disso a base de possíveis sintomas, dando um sentido, “uma condição de saber”, ainda que a partir de um sofrimento inerente à condição humana.

Na relação psicanálise e educação, é importante sublinhar o lugar que ocupa o sujeito do inconsciente no contexto educativo. A psicanálise traz uma compreensão diferente do sujeito em relação às concepções pedagógicas contemporâneas, com as quais possíveis diálogos podem emergir, não no sentido de uma psicanálise interessada em ocupar o lugar de mestra da educação, nem da educação como campo passivamente submisso ao saber advindo da psicanálise, mas de dois campos com particularidades teóricas e epistemológicas que se respeitam e, por isso, interagem e provocam-se. É considerar o caráter subversivo da psicanálise, em oposição ao caráter adaptativo da educação.

Enquanto a educação enfatiza um sujeito consciente, reflexivo e controlador, a psicanálise reconhece um sujeito dividido e submetido ao inconsciente, o que pode possibilitar uma forma diferenciada de posicionamento do educador diante das questões latentes e manifestas que se apresentam no processo de ensinar e aprender, como destaca Kupfer (2010, p. 266), “Quero centrar minha atenção na noção de sujeito, porque por esse prisma se podem perceber diferenças. Os inúmeros sujeitos presentes nas concepções e teorias pedagógicas da atualidade não coincidem com o sujeito da psicanálise”.

É exatamente nesse ponto que se percebe uma torção em relação ao processo de aprendizagem e suas relações propostas por outras vertentes. A psicanálise concebe um sujeito que não é da ordem do controle, nomeado sujeito do inconsciente: característica da epistemologia freudiana que indica que na cena pedagógica sempre haverá algo que escapa, que é da ordem da incompletude, pois a falta nos constitui enquanto sujeito e atravessa, também, o campo da educação. Esses autores imbuídos dos princípios psicanalíticos, Lerner e Voltolini (2016, p. 83-84) ressaltam que:

A busca por satisfação empreendida pelo sujeito, portanto, nunca se completa, dado o caráter imaginário do objeto. Neste horizonte há uma falta, algo que não nos realiza completamente e que, portanto, opera como condição para que sigamos desejando algo que nunca encontramos uma satisfação plena, absoluta e conclusiva de nosso desejo. Os objetos são sempre substitutos e colocam-se em uma condição de precariedade para a satisfação esperada. Entretanto, se por um lado, o objeto não passa de uma miragem perante a expectativa de satisfação plena e irrestrita, por outro, a impossibilidade dessa experiência de completude é essencial para o sujeito, já que a falta inscrita desde sempre em sua experiência subjetiva é o que move o sujeito, influenciando suas possibilidades de ação no mundo.

A concepção freudiana de sujeito contrasta com a visão cartesiana de um indivíduo pensante e racional. O sujeito da psicanálise está descentralizado e submetido à influência do inconsciente, o que implica que ele não pode conhecer-se plenamente. Nesse sentido, este estudo considera a concepção lacaniana de sujeito, atento ao papel dos discursos sociais e históricos na formação do sujeito do inconsciente e suas possíveis incidências no campo educativo, em especial, no nosso caso, no contexto hospitalar, conforme descreve Kupfer (2010, p. 264-265):

O sujeito do inconsciente resulta do funcionamento e da incidência de discursos sociais e históricos sobre a cerne do ser. O conjunto de discursos sociais e históricos, tomados não anônimos porque sustentados pelos outros parentais, e organizados por referências pautadas pelo desejo, ganha na teoria lacaniana o nome de Outro. Esse Outro é propriamente a estrutura da qual a criança pequena deverá extrair a argamassa e os tijolos com os quais constituirá a sua subjetividade.

A presença do sujeito do inconsciente na educação tem repercussões significativas na relação entre professor e aluno, bem como no processo de aprendizagem. Embora exista uma diferença fundamental entre os sujeitos da educação e da psicanálise, essa divergência pode proporcionar produções entre os dois campos. Desse modo, a noção de sujeito do inconsciente, peculiar à psicanálise, se incorporada às concepções e práticas educativas, pode possibilitar o

questionamento e, quiçá, uma “renovação” das abordagens historicamente predominantes na educação. Ademais, ressalta Kupfer (2010, p. 266):

Mas é também por esse mesmo prisma, o da diferença entre os sujeitos da educação e o da psicanálise, que se poderá ver, paradoxalmente, um dos mais frutíferos encontros entre a psicanálise e a educação. A noção de sujeito do inconsciente, tão diferente das noções de sujeito na educação, pode ser instalada na base de algumas práticas, capazes de renovar as ações educativas que predominam hoje no campo da educação.

Em consequência das descobertas psicanalíticas, entende-se que a linguagem não é simplesmente meio de comunicação, mas o modo como o sujeito se constitui a partir das inscrições com o Outro¹⁵ e com a realidade externa. Para Kupfer (2010, p. 265):

Para que se constitua esse sujeito, um bebê receberá dos pais inscrições psíquicas transmitidas a partir de uma referência ou de um organizador, a que Freud chamou Lei do Pai. Essas inscrições presidirão a uma longa e indefinida série de novas inscrições, desdobrando-se no tempo, em conexão com a primeira. Tais marcas manifestam-se vez por outra nas fraturas dos enunciados. O sujeito é a emergência dessas marcas postas na linguagem, dessas inscrições dessa escritura originária, no discurso originário do Eu.

É relevante ressaltar que, sustentados pelos fundamentos da psicanálise, as noções de função paterna e função materna não se restringem a papéis biológicos ou a vínculos consanguíneos, mas remetem a posições simbólicas que estruturam o sujeito em sua relação com o Outro. Conforme esclarece Andrade (2025, p. 215), no campo da psicanálise, “Tendo em vista as referências paternas e maternas, abro aqui um parêntese para pontuar que pai e mãe em psicanálise são funções, lugares ocupados, de cuidados e acolhida de uma vida”, indicando que essas funções se referem a lugares psíquicos e discursivos que operam na constituição subjetiva, mais do que a identidades fixas ou determinadas por laços naturais.

Assim sendo, é fundamental destacar a importância das relações primordiais para constituição do psiquismo. O bebê recebe um banho de linguagem ao nascer que irá marcá-lo. Kupfer (2013, p. 37) destaca que “A linguagem não tem apenas o poder de nomear algo, ela tem o poder de constituir esse algo, de criá-lo quando nomeia”.

Partindo dessa consideração, Fanizzi (2023, p. 5) assinala:

Ao agirem e falarem uns com os outros, os sujeitos interpretam as obras humanas e a si mesmos, isto é, constroem entre si um conjunto de significados

¹⁵ Para diferenciar do parceiro imaginário, o pequeno outro, Lacan escreveu Outro, que não é um semelhante, com um “grande A” (outro, em francês *autre*), sendo este relacionado ao código, ao significante, ou seja, a relação do sujeito com o simbólico. “Na psicanálise, a elaboração das instâncias intrapsíquicas é necessariamente acompanhada da atenção à relação do sujeito com o outro, ou com o Outro” (Chemama, 1995, p. 156).

e representações acerca daquilo que os une em um mundo comum. E esses significados e representações, ao mesmo tempo em que *constituem*, *condicionam* os sujeitos.

Em consonância com essa perspectiva, Andrade (2025, p. 48) enfatiza que “ganhamos nome, não por acaso, todos temos um nome que nos identifica. Ter nome é ter lugar, é uma forma de se apegar. Nomeamos apenas o que relacionamos. Ninguém vive só”. Atribuir um nome não representa apenas uma convenção social, mas constitui um ato simbólico fundamental que inscreve o sujeito no campo do reconhecimento, conferindo-lhe lugar e pertencimento no laço social. A partir desse entendimento, o nome funciona como mediador das relações e das identificações, sendo através dele que o sujeito é convocado ao mundo intersubjetivo, reforçando a noção de que a existência humana se dá necessariamente no encontro com o outro.

Nessa perspectiva, Mannoni (1988, p. 76) ressalta que “É pela descoberta da subjetividade, quando se apropria da linguagem a partir do Outro, que a criança se liberta, até um certo ponto da alienação que se encontra tolhida”. Desse modo, a partir do nascimento, a criança ingressa na ordem simbólica como um objeto, para posteriormente se posicionar como sujeito.

As nomeações e significantes construídos no ambiente hospitalar sobre a criança podem marcar a sua trajetória hospitalar e posterior. Na atualidade, observa-se excessiva demanda advindas dos pais e próprios professores, por exemplo, por diagnósticos cujo objetivo é orientar o trabalho educacional, principalmente, com as crianças que não correspondem ao imaginário do aluno “ideal”. Para Carneiro, Scrinzi e Zelmanovich (2020, p. 243-245):

Na atualidade, à medida que o diagnóstico passa a ser prioritariamente concebido pelo neurobiológico e pelo comportamental, a escola também passa a ocupar a função de identificar a soma dos comportamentos desviantes, encaminhando rapidamente a criança ou adolescente para serviços de saúde mental.

A interpretação unívoca de que as diversas situações que afligem a criança hospitalizada podem ser tratadas apenas por meio do diagnóstico e de medicamentos desvela o imaginário de que na cena hospitalar tudo pode acontecer de forma controlada e ajustada de acordo com padrões fundamentados naquilo que é orgânico, excluindo a falta que nos constitui enquanto sujeito. Diante desse cenário de adoecimento e hospitalização, ressaltamos, em diálogo com Voltolini (2018, p. 29), que “o papel da psicanálise na educação é fundamentalmente o de recolocar o sujeito na cena educativa da qual ele foi expulso”, considerando a situação em que

essa criança se encontra, quer seja a curto, médio ou longo prazo. A esse respeito, também destaca Fanizzi (2023, p. 158) que “As expectativas, desse modo, deixam de estar enraizadas no passado, nas memórias, nas experiências do sujeito e passam a se alienar à prescrição médica, àquilo que é esperado e recomendado àqueles acometidos pela doença ou distúrbio”.

Nesses casos, ressalta-se a função crucial da ciência enquanto discurso que sustenta certezas sobre o outro e que tende à universalização das práticas. É como tudo que se apresenta no campo da educação para que tivesse sucesso tem que estar submetido ao controle e fundamentado pela objetividade científica, como descreve Imbert (2001, p. 48):

A fabricação do Eu-Mestre encontrará a garantia de seu sucesso em uma prática erigida em ciência. Compreende-se, então, a insistência do pedagogo em fazer apelos aos serviços do psicólogo ou de qualquer outro cientista. Para além de qualquer informação, o pedagogo espera obter um saber sobre a criança; um saber que lhe permita superar seu objeto e lhe garanta que nada de imprevisto poderá advir; nada que possa introduzir a menor brecha em uma compreensão que pretende ser completa e definitiva.

Contradizendo essa visão idealizada do aluno, a psicanálise apresenta uma contribuição significativa desse diálogo entre psicanálise e educação diz respeito ao conceito do aluno idealizado, que Lajonquière (2010, p. 10) nomeou de “A-Criança.

Esse ser natural, dotado de direitos e necessidades educativas mais ou menos especiais, porém sempre clamante de satisfação, virou parâmetro comportamental onipresente na vida junto a esses seres pequenos, que temos o hábito, até agora, de chamarmos de crianças.

No cenário hospitalar, como adverte Lara (2021, p. 94) sobre a relevância de desconstruir a concepção de aluno ideal “A criança escolar, previamente idealizada, encontra-se bem distante da prática pedagógica nos hospitais; mas o adoecimento não coloca o aluno na posição de incapaz ou vítima”.

No âmbito educacional, é comum a concepção de que um aluno que enfrenta desafios no processo de aprendizagem, ou que não se adequa às normas, está com dificuldades possivelmente relacionadas a questões orgânicas, biológicas ou à falta de estímulos ambientais adequados. Geralmente, procura-se um diagnóstico para abordar e resolver os problemas de aprendizagem nesses casos, sublinham Carneiro, Scrinzi e Zelmanovichi (2020, p. 250):

Se, por um lado, reconhecemos que há toda uma expansão da nova cultura diagnóstica e um discurso que associa o comportamento fora da norma à patologia, podemos nos perguntar por que os adultos que educam e tratam as crianças estão prontamente aderindo e endossando esse discurso.

Alinhando-se a essa reflexão, Andrade (2025, p. 157) observa que, em nome de um ideal, passa-se a buscar incessantemente classificações e patologizações para aquilo que não corresponde a esse parâmetro.

Em nome do ideal, saímos procurando nomes e patologizações para tudo. Dar nome é uma forma de supor domínio e conhecimento. Uma criança que não aprende não é uma criança doente. Todo mundo aprende algo da vida e ninguém aprende por igual. Uns se destacam mais cedo, outros desabroçam mais tarde e há os que se encontram em outros locais. Ao encaminhar uma criança ao médico para que este medique, é necessário resgatar uma ética do encaminhamento e indagar se realmente é questão de doença ou se é da vida mesmo. Se for da vida, não é com remédio que terá o sucesso, pois a vida não é medicável.

A questão que se coloca é o diagnóstico, supondo que por si só, irá resolver os impasses que se colocam diante do “não aprender”? Diante dessa realidade, a busca do professor por respostas a partir de laudos parece representar uma manifestação de um “não saber” por parte do docente, conforme sugerem Carneiro, Scrinzi e Zelmanovichi (2020, p. 251): “Podemos dizer que a patologização do mal-estar por parte do adulto que educa e/ou trata a criança, pode ser uma espécie de saída defensiva diante de um não saber que incomoda” ou, nas palavras de Lajonquière (2010, p. 261), que “[...] cada um de nós tenta na educação de uma criança vir a repor algo que ficou pendente em nosso percurso”.

Isso expôs a própria característica do sujeito que se apresenta na psicanálise: a falta constitutiva. Segundo Carneiro, Scrinzi e Zelmanovichi (2020, p. 244):

[...] tolerar algo sobre não saber em relação à criança exigiria que o adulto assumisse parcialmente sua própria estranheza constitutiva. O “não querer saber”, marca de todo adulto, poderia, assim, abrir algumas lacunas no querer saber sobre o mal-estar e a inquietação que a criança e o adolescente não modelares nos causam.

O excesso de diagnósticos contribui para eliminar ou distorcer o sentido de estar na escola. Neste sentido, Kupfer (2015, p. 173) reflete sobre um dos problemas de classificar, rotular as crianças, assim sendo: “não levar em conta as manifestações singulares de cada sujeito”. Ao vincular a aprendizagem ao diagnóstico rompe-se com a possibilidade da escuta do sujeito, colocando a criança na condição de objeto na cena pedagógica. Isso faz com que o estudante seja visto como uma figura sem contornos, identificada com as marcas simbólicas impostas pelo diagnóstico. Afinal, “ensinar exige saber escutar” (Freire, 2002, p. 127).

Na contemporaneidade, os discursos que reduzem a aprendizagem a dados mensuráveis e à regulação das chamadas “competências socioemocionais” correm o risco de esvaziar a

complexidade subjetiva envolvida nos processos educativos. A centralidade conferida às neurociências, muitas vezes sem o devido diálogo com os campos da psicologia e da psicanálise, pode levar à negação de aspectos fundamentais da constituição do sujeito em sua relação com o saber. Como alerta a autora, (Pirone, 2021, p. 125):

O risco é a exclusão da dimensão da relação com o outro, necessária aos processos da aprendizagem humana, a perda da visão das questões de identificação, da ambivalência do laço com o outro, do amor e do ódio, do lugar dos afetos e a negação da angústia e do risco de transgressão requeridos pela aventura do saber e sua relação com o desejo, exclusivamente, com as neuro-emoções.

Nessa direção, é essencial recuperar a centralidade da escuta, do vínculo e do desejo no ato educativo, reconhecendo que aprender envolve sempre um atravessamento subjetivo, relacional e ético.

É fundamental compreender que o diagnóstico clínico não deve ser concebido como uma barreira ou restrição à prática pedagógica, mas sim como uma ferramenta que auxilia na compreensão das necessidades específicas de cada estudante. Nesse sentido, é necessário romper com concepções reducionistas que associam o diagnóstico à limitação das possibilidades de intervenção educativa. Como adverte Andrade (2025, p. 178), "Não use o diagnóstico para inibir a relação e dizer que nada pode fazer, pois tem até diagnóstico. Diagnóstico usado para gerar desesperança, é desamparo". O autor chama atenção para os riscos de uma abordagem que naturaliza o imobilismo pedagógico frente à condição clínica do estudante, produzindo uma forma de negligência institucional mascarada de cuidado. Assim, a escuta sensível, o olhar pedagógico atento e a disposição para a construção de vínculos devem prevalecer sobre qualquer rótulo diagnóstico.

Esse modo de olhar, ler e interpretar o aluno, a partir do diagnóstico, produz um efeito de homogeneização, normatização e diluição das diferenças, resultando no silenciamento do aluno. O que se observa é que, de fato, não é possível ter controle sobre as intervenções pedagógicas e os resultados que poderão emergir, entretanto esse “não saber” pode ser a mola propulsora para tempos e espaços de criação de uma experiência singular na relação do docente com o aluno. Fanizzi (2023, p. 85) ressalta que “é justamente a partir da impossibilidade de controle dos efeitos educativos que se instala o imponderável, o imprevisto, isto é, a potência do ato educativo”. Nessa direção Andrade (2025, p. 12) pontua: “Educar é do campo do não-todo possível, nos lembra Freud. Deste modo, a frustração faz parte, uma vez que o ideal não

se concretizará. Então como lidar? Educar é árduo, mas nem por isso tem que ser do campo do adoecimento”.

Parafraseando Andrade (2025), nesse sentido, resgata-se a noção freudiana do não-todo, traduzido pelo conceito de impossível. Freud identifica três campos de atuação que compartilham essa marca estrutural do impossível: educar, analisar e governar. Esses três domínios são considerados impossíveis porque não se deixam reduzir a regras fixas ou procedimentos universais, sempre haverá um excedente, algo que escapa ao controle, exigindo constante movimento, criatividade e inovação por parte daqueles que se colocam nesses lugares. Assim, a impossibilidade não é sinal de irrealizável, mas de abertura para o inédito e para a reinvenção contínua das práticas.

O impossível do educar, segundo os ensinamentos psicanalíticos, ocorre justamente por não sabermos os efeitos da linguagem, por não haver um controle do que se ensina e do que se aprende. Para Fanizzi (2023, p. 118):

Não há remédios ou medidas preventivas para educar alguém. Para lidar com a impossibilidade, com o *imprevisto* que se aninha na educação, é imprescindível a presença de um sujeito que continuamente o acolha e o relance à ação educativa: o educar depende da prontidão de alguém agir.

No hospital, o professor encontra o desafio de criar e reinventar espaços de aprendizagem para além dos muros escolares, pois a própria situação do adoecimento da criança convoca o docente para o inédito, o inesperado, promovendo circunstâncias que é essencial romper com a norma, com o que está posto no campo educativo, para que se construa o laço social. A ruptura com os métodos tradicionais de ensinar constitui uma contribuição singular advinda da articulação entre a psicanálise e a educação, segundo assinala Filloux (1999, p. 38):

A questão do que a psicanálise “propõe”, no nível de um processo de mudança, isto é, de criatividade nos processos tanto de conhecimento quanto de ação “pedagógicas”: possibilidade de abordagem de problemas que a pedagogia não coloca jamais; possibilidade de que a leitura do campo pedagógico e educativo, e de que a leitura que o professor faria de si mesmo nesse campo possa questioná-lo sobre a prática e colocá-lo em posição de criar.

A partir disso, tem-se a elaboração de novos sentidos diante do ensinar e aprender. Retomando Carneiro, Scrinzi e Zelmanovichi (2020, p. 253), “O estilo foi considerado o produto do vínculo singular que cada educador estabelece com o objeto do seu ensino, a partir de sua própria história como criança e aluno, e seu desejo”. Cada professor constitui sua história acadêmica e profissional a partir de marcas advindas dos processos de ensino e de

aprendizagem, dos enlaces ou desafetos com seus mestres, das identificações, transferências que o constituíram ao longo da sua trajetória.

Os estudos realizados por Freud (1912-1919/1996, p. 60) no artigo “A dinâmica da transferência” propõem que o estabelecimento da transferência se dá não apenas pela antecipação das ideias conscientes, mas também pelas que foram guardadas, ou seja, aquelas que estão no inconsciente “[...] permanece sendo um enigma a razão por que, na análise, a transferência surge como a *resistência mais poderosa* ao tratamento, enquanto, fora dela, deve ser encarada como veículo de cura e condição de sucesso”.

Desse modo, o conceito freudiano acerca da transferência possibilita o entendimento no campo da educação como uma via de identificação entre o professor e o aluno, no qual o professor ocupa a posição de grande Outro em relação ao estudante, ou seja, de Sujeito suposto Saber, reconhecendo a importância do outro no processo de subjetivação. Como reitera Fanizzi (2023, p. 189): “A educação se estrutura e se endereça de um *alguém* para outro *alguém*, é um laço”. Nessa perspectiva, Andrade (2025, p. 37) destaca que “Preparar o professor para o lugar de suposto saber, e não o de detentor deste, faz com que gere efeitos de ensino e não apenas produtor de imitadores. O professor deve ser causa de saber e não o seu fim”.

Conforme exemplifica Borges (2021, p. 108), “Os mecanismos psíquicos inconscientes fazem com que, nesse processo de identificação, ocorra tanto o desejo de repetir quanto o de afastar de situações e/ou ações que remetem às experiências vivenciadas na trajetória constitutiva do sujeito”. No ambiente hospitalar, esse processo de identificação e transferência é intensificado pelo repertório social das internações, que desperta sensações de identificação e angústia em relação à própria história.

De maneira semelhante ao que ocorre na sala de aula, em uma relação transferencial, o sujeito-aluno tende a se espelhar em seu(s) mestre(s). Como destaca Andrade (2025, p. 38), “Ser suposto saber faz com que reste sempre algo a ser buscado com amparo. Os alunos se identificam com seus professores, seja pelo ódio e/ou pelo amor. Não é possível escapar disso, mas é possível fazer a diferença”. Em consonância com essa perspectiva, Andrade (2015, p. 101) reforça: “É exatamente pela via da transferência, afeto inconsciente, que o aluno faz daquele adulto o seu professor ou não. O pedagogo e educador em sua função só existirá se o aluno o eleger e for registrado no seu inconsciente como tal”.

Isso acontece porque estes ocupam a posição de suposto saber, detentores das chaves para decifrar enigmas e responsáveis por apresentar significantes e modos de inserção e atuação subjetiva nas relações com seus pares e no laço social. Monteiro (2016, p. 56) define

transferência como: “[transferência] fenômeno constitutivo das ligações objetais, de modo geral, e das ligações com o aluno, em particular, ou melhor, são os ‘lugares’ simbólicos ocupados por professor e aluno na sala de aula que devem, então, ser o foco de interesse desses educadores”. O entendimento posto é que para além dos conteúdos acadêmicos na cena pedagógica é preciso olhar os aspectos subjetivos, segundo Andrade (2025, p. 38) “O professor, para inventar modalidades transferenciais, tem de atravessar o fantasma da prática científica, pautada em conversões numéricas, não se diz para abandonar, mas ir além. Eis a travessia que interessa ao ensino, a caminhada ao singular”.

Na psicanálise, infância e infantil têm significantes distintos, porém conectados. Enquanto a infância compreende um tempo cronológico e diz respeito a um período espaçotemporal vivido pelo sujeito, o infantil é atemporal, onipresente, e refere-se a um período, ao mesmo tempo “esquecido” e determinante (ativo) na constituição psíquica. Kupfer (2013, p. 37) assinala que “Freud explodiu os limites do infantil: tratamos da criança no adulto, ou seja, a criança persiste no adulto a ponto de fazê-lo adoecer”. Numa psicanálise, descobre-se que a vida adulta é sempre menos adulta do que parece: ela é pilotada por restos e rastros da infância (Calligaris, 2010).

Desse modo, Carneiro, Scrinzi e Zelmanovich (2020, p. 251) ressaltam que “há ainda a relação do próprio adulto com sua infância evocada e atualizada na relação com a criança”, portanto, marcas singulares são constituídas na relação aprender e ensinar que estão revestidas pela trajetória de cada sujeito. Nessa direção, Borges (2021, p. 101) destaca: “Mesmo que nos surpreendam, muitas vezes as escolhas são feitas a partir de marcas, marcas próprias do desejo inconsciente”. Ademais, importante enfatizar, que os ‘adultos’ que se apresentam na cena hospitalar estão marcados pelas experiências e vivências que os constituíram enquanto sujeitos, e o lugar que ocupam diante da criança hospitalizada está emergido desses traços do infantil, Para Santos (2024, p. 56),

Deste modo, deslocada da compreensão puramente genética e cronológica, o infantil em Freud deixa de ser considerado uma “etapa da vida perdida” e é reconhecida seu caráter indelével: persiste no adulto e inconscientemente comparece no cotidiano, pois muito do que pensa, deseja, sofre e vive tem raízes ligadas às experiências de outrora. Assim, desvela a psicanálise, o adulto é adulto somente em relação à idade cronológica, pois os eventos da infância, não ficam na infância, sendo, portanto, o infantil irredutível à infância cronológica.

Conforme o entendimento psicanalítico, o objeto do desejo é o objeto do desejo do Outro e o desejo é sempre desejo de outra coisa, que é o que falta ao objeto primordialmente

perdido e que, portanto, não pode ser preenchido por nenhum objeto, então só há desejo porque existe a falta. Este registro de castração, que mantém o professor e o aluno em busca do saber sobre seu desejo, acontece junto com a transferência, sendo assim, as relações estabelecidas pelo professor e aluno que se produzem na cena pedagógica dizem-nos de um fenômeno de transferência. Nessa direção, Lajonquière (1997, p. 30) ressalta que

Em toda educação está em questão a transmissão de um conjunto parcial de conhecimentos ou uma amostra daquilo que os outros souberam acumular com antecedência. Porém, aquele que aprende algo não só adquire um certo domínio sobre algum dos mundos possíveis - aqueles das letras, da natureza, ou das virtudes humanas, dentre outros - mas também, é marcado pelo apre(e)ndido no próprio coração da vida. Quando o aprendiz adquire o domínio de uma série de conhecimentos, acaba se parecendo um pouco com seu mestre.

A psicanálise nos revela que o desejo de saber do aluno articula-se com o desejo de ensinar no professor que parece ser condição para realização de um ensino. Nesse sentido Filloux (1999, p. 33) indica que: “[...] parece, por exemplo, que a atividade intelectual depende ao mesmo tempo da sublimação e de um trabalho de identificação com o professor, de tal modo que o professor tem um papel eminente no destino de desejo de saber do aluno”.

Na teoria psicanalítica, a sublimação é concebida como um dos destinos possíveis das pulsões, especialmente das pulsões sexuais, permitindo que sua energia seja desviada para fins socialmente valorizados e não sexuais. Diferentemente do recalque, que implica a exclusão do representante pulsional da consciência, a sublimação permite uma transformação funcional da energia pulsional, canalizando-a para atividades culturais, artísticas, intelectuais ou socialmente úteis. Para Ferenczi, (1913/1992, p. 81),

Ora, é a educação que tem por tarefa conter, domar, domesticar essas pulsões associadas. Para tanto, dispõe de dois meios: o recalque e a sublimação. O primeiro esforça-se por paralisar completamente as pulsões primitivas, por impedir suas manifestações pela severidade e intimidação, e por rechaçá-las da consciência. Em contrapartida, a sublimação, que reconhece as preciosas fontes de energia contidas nessas pulsões, orienta-as a serviço de objetivos admitidos pela sociedade.

Freud aborda a sublimação em diferentes momentos de sua obra, destacando-a como um mecanismo fundamental tanto para o progresso individual quanto para o avanço da civilização. Em Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905/1996), ele aponta que parte das pulsões sexuais pode ser sublimada, ou seja, dessexualizada e redirecionada para fins elevados. Em O mal-estar na civilização (1930/1996), Freud retoma o tema ao considerar que

o desenvolvimento cultural da humanidade depende, em grande parte, da capacidade dos indivíduos de sublimar suas pulsões, investindo energia libidinal em realizações culturais e artísticas em vez de descarregá-la diretamente em satisfação sexual.

Como indica Andrade (2025, p. 184), “A arte, a dança, o esporte e outras agitações do corpo podem ser um destino interessante para as energias que nos habitam e que carecemos de algum destino; a estas energias a Psicanálise dá o nome de pulsão”.

Assim, a sublimação opera como uma solução criativa para os conflitos entre as demandas pulsionais e as exigências da vida em sociedade, permitindo ao sujeito encontrar formas alternativas e socialmente aceitas de realização e expressão. Esse processo de sublimação é fundamental para a educação, pois como afirma Andrade (2025, p. 58):

Aos educadores muito interessa, ou devia interessar, a maneira sublimada de obter domínio do impulso de saber. Por sublimado, entende-se que o impulso recebeu uma transformação e seu destino recaí no social e tece laços, seja pelo trabalho, pela arte, pelo intelecto, por algum meio. A sublimação é a elevação social da pulsão, é quando esta sofre mutações, transforma parte de sua força sexual e consegue interessante relação com o mundo externo.

Outra possibilidade de manejo das pulsões, segundo a psicanálise, é o recalque, que, conforme aponta Ferenczi (1913/1992, p. 82), deve ser evitado pela educação sempre que possível.

Dos dois meios de adaptação, o recalqueamento (mesmo que não possa ser inteiramente eliminado) é aquele que impõe, sem sombra de dúvida, o maior esforço, que predispõe para a doença, que é mais difícil de suportar e que, além de tudo isso, é o mais oneroso, por deixar inutilizadas energias preciosas. A educação deve descartá-lo, na medida do possível. A Pedagogia baseada nas teses da psicanálise recorrerá, portanto, sempre que possível, à sublimação.

No ambiente hospitalar, as situações de aprendizagem são construídas a partir de vivências, nas quais o professor favorece a articulação entre os conhecimentos adquiridos e as questões relacionadas ao próprio processo de adoecimento. Esse processo inclui a escuta atenta e sem julgamentos do aluno, reconhecendo que a apropriação do saber pode representar uma forma de elaboração de sua condição de saúde. É comum que, por meio de diálogos, produções escritas ou desenhos, as crianças expressem sentimentos e percepções sobre sua experiência com a doença. Conforme reitera Andrade (2025, p. 33):

É compreensível que o profissional da educação não tenha a escuta necessária para tratar as manifestações do inconsciente, tal como a Psicanálise o tem, ainda que também trabalhem com as palavras e relações de afetos humanos.

Cientes de que a escuta é diferente (e tem que ser mesmo), devido a distinção dos ofícios, estes profissionais podem evitar fazer interpretações selvagens, análises silvestres e buscar a promoção do diálogo, da escuta e do encaminhamento, ao em vez de ficarem fazendo julgamentos disfarçados de diagnósticos.

No contexto hospitalar, os docentes que trabalham a partir da escuta têm a possibilidade de permanecer receptivo ao inesperado, ao imprevisto, ao que foge do pensado pelo planejamento pedagógico, e podem propor abordagens criativas e alternativas capazes de transformar a direção do trabalho em equipe. Para Kupfer (2013, p. 71),

Uma criança pode, eventualmente, viver uma experiência de natureza analítica, num momento que alguma coisa ocorre em relação ao seu devir. Essa experiência pode ser deflagrada por uma resposta qualquer, inesperada, vinda de um profissional informado ou não pela psicanálise.

Portanto, a possibilidade da escuta do sujeito no ambiente hospitalar interpela quem quer que seja para pensar a hospitalização para além do orgânico, na perspectiva de que, para além de um corpo biológico, há um sujeito do desejo que se constitui, marca e é marcado pelo Outro, pelos ditos e não ditos circulantes na cultura e nos discursos médicos ou pedagógicos que podem produzir sintomas, angústias e mal-estares. Na concepção de Mannoni (1988, p. 23-24),

Em torno de qualquer sintoma desenvolve-se um discurso coletivo. Um mal-estar pode ser sempre objetivado mas não pode deixar de levar em conta a maneira como o outro (amigo, pai, mãe e médico) imagina para si a doença, o paciente. Ora, no diagnóstico formulado pelo médico, raramente se faz constar as palavras ou queixas do paciente. Mesmo que fiquem presentes na “observação médica”, elas são como que subtraídas ao que foi trazido para encontro médico-paciente.

Em meio às adversidades decorrentes do adoecimento às quais o sujeito, pais e profissionais envolvidos direta e/ou indiretamente se enlaçam, os conhecimentos psicanalíticos podem vir a convocar a equipe multidisciplinar a uma elaboração e implicação no processo de cuidado.

2.2 O espaço hospitalar: tecendo reflexões a partir da perspectiva psicanalítica

No campo da saúde, fundamentado no modelo biomédico, prevalece a ideia de que a cura depende do seguimento de padrões e protocolos estabelecidos. No entanto, o adoecimento não promove o apagamento do sujeito. De maneira semelhante, no discurso educacional, muitas vezes se pressupõe que a técnica, por si só, é suficiente para garantir a aprendizagem. Mannoni

(1998, p. 49) adverte que “a nossa crença na técnica impede-nos de efetuar uma verdadeira mudança pedagógica”, enquanto Bergel [prefácio] (Simonetti, 2019, p. 12) destaca “o paradoxo da psicanálise, que não se configura como um método de tratamento tradicional nem busca a cura em um sentido estrito”. Esses tensionamentos entre saúde, educação e psicanálise instigam a reflexão sobre os limites da técnica e a centralidade do sujeito nos processos de ensino e cuidado.

Para compreender melhor o conceito de doença, é fundamental entender o que significa saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, saúde não é apenas a ausência de enfermidades, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Essa visão se contrapõe ao modelo biomédico tradicional, ao considerar a saúde como resultado de múltiplas variáveis inter-relacionadas, como as condições de vida, os vínculos sociais, entre outros fatores. Trata-se, portanto, de uma abordagem mais ampla, que vai além do foco exclusivo no aspecto orgânico. Para Mader (2016, p. 52) “Saúde carrega, portanto, uma ideia de plenitude que transcende o bem-estar e aponta para as explicações e crenças culturais do sagrado e perfeito. Por essa razão, a visão objetiva e científica não abrange todo o seu significado. A ciência possui uma compreensão parcial de saúde”.

Fundamentado nos estudos psicanalíticos aplicados à área da saúde, entende-se que o processo de adoecimento não se limita ao uso de medicações e procedimentos invasivos, mas também envolve dimensões subjetivas que emergem do sujeito por meio da escuta. Nessa perspectiva, os serviços em saúde devem ser organizados para além da oferta da assistência médica, mas também para promover espaços que possibilitem o cuidado e o desenvolvimento da saúde. Ferenczi enfatiza a importância de considerar o ser humano e a doença de forma equilibrada. O autor (1933/2011, p. 121) afirma que:

Para a medicina, dividida em tantas especialidades, a psicanálise é uma bênção, pois recomenda, em toda forma de doença, tratar o doente, tanto quanto a doença. Isto sempre foi reconhecido como um princípio, mas, no entanto, raramente realizado pela falta de conhecimento psicológico [...]. Sem dúvida, já é tempo de levar a sério a expressão ‘tratamento individual do paciente’.

Na concepção de Simonetti (2019), compreende-se que, além das singularidades individuais, a psicanálise opera por meio de modos de funcionamento que, ao compartilharem certas características, são agrupados nas categorias de discurso do mestre, discurso do cientista, discurso do analista e discurso do histórico, conforme os estudos lacanianos (1969-1970) apresentados no Seminário 17, na obra *O Avesso da Psicanálise*.

A partir da teoria lacaniana, sobre os quatros discursos, aplicada ao contexto do adoecimento, Simonetti (2019, p. 130, grifo nosso) apresenta:

Discurso do mestre. *Na Minha experiência...* O médico sabe o que faz o paciente sofrer, e sabe a partir de sua sabedoria pessoal [...] **Discurso do cientista.** *Segundo a literatura...* O médico sabe, mas não a partir de sua pessoa ou de sua experiência, e sim fundamentado na ciência. É a medicina baseada em evidências. **Discurso da histérica.** *Doutor eu sei que o senhor sabe.* O paciente instala o médico no lugar de suposto saber e espera que ele, o médico, não apenas o leve à cura, mas que se responsabilize por sua felicidade. **Discurso do analista.** *Mas... e aí?* O médico faz semblante de que sabe, mas gradualmente conduz o paciente a uma descoberta desconcertante: ele, o paciente, detém um conhecimento sobre si mesmo sem o qual não há cura possível.

Embora o diagnóstico assuma um lugar de imperativo no discurso médico, a psicanálise permite ressignificá-lo, deslocando-o de uma perspectiva padronizada para uma leitura centrada na singularidade do sujeito. Como destaca Andrade (2025, p. 162), “o diagnóstico em psicanálise é transferencial, refere-se à pessoa naquela relação, e não a um destino a ser seguido como uma cartilha baseada em definições pré-estabelecidas na internet”.

Parafraseando Simonetti (2019), a medicina caracteriza-se como um campo fundamentado em um saber racional e científico voltado para a compreensão das doenças e de seus respectivos tratamentos. Nesse contexto, aquele que ocupa a posição de médico tende a incorporar o discurso do mestre ou do universitário, assumindo a autoridade do conhecimento médico. De maneira complementar, espera-se que o paciente, por sua vez, se posicione como objeto desse saber, submetendo-se às diretrizes e prescrições estabelecidas pela prática médica. Esse entendimento, conduz a concepção de saúde e doença e da posição ocupada pelo médico no hospital e no imaginário social.

No cenário hospitalar, o médico e/ou a equipe de saúde ocupam, para o paciente e sua família, o lugar de Suposto Saber, conceito fundamentado nos estudos de Lacan (1979), que implica a atribuição de um saber ao Outro. Ismael, em sua obra *O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada* (2005, p. 9), reforça essa ideia ao afirmar: “Penso que o médico possui um extraordinário poder de cura apenas com a sua presença. Não que se trate de um mágico ou feiticeiro; é que emana dele um poder indefinido, capaz de transmitir a sensação que as vicissitudes do paciente serão amenizadas”.

Essa percepção é ainda mais fortalecida pelo avanço tecnológico na área da saúde que tem promovido transformações significativas no diagnóstico, no tratamento e no acompanhamento de pacientes. Equipamentos de última geração, inteligência artificial e

telemedicina são hoje ferramentas indispensáveis em hospitais e clínicas. Esses recursos ampliaram a precisão diagnóstica, a eficácia dos tratamentos e a agilidade nos atendimentos. A própria Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal ao implantar o prontuário eletrônico, sistema *TrackCare*, possibilitou maior agilidade nos registros de informações sobre os atendimentos realizados, assim como garantia que essas informações não fossem extraviadas, danificadas ou sumissem, como acontecia frequentemente nos prontuários físicos.

No entanto, ao mesmo tempo em que essas inovações representam avanço na medicina, também impõem desafios éticos e humanos importantes. Uma questão central se instala nesse cenário: Será possível o dispositivo tecnológico substituir a ação médica? Ismael (2005, p. 92) adverte “A perda da humanidade é causada, especialmente, por três fatores: o excesso de tecnicismo, o desprezo pela subjetividade dos pacientes e a formação médica incompleta e pouco direcionada para seus aspectos humanos”, não há dispositivo tecnológico capaz de substituir a sensibilidade e a experiência inerentes ao encontro humano.

A dependência da tecnologia tende a deslocar o foco do cuidado para uma abordagem mais técnica, centrada em dados, exames e protocolos. Com isso, corre-se o risco de reduzir o paciente/sujeito a um número, a um prontuário eletrônico, perdendo de vista sua singularidade, seu sofrimento subjetivo e a complexidade de sua vivência com a doença. O toque, o olhar atento, a escuta sensível são elementos fundamentais da relação terapêutica que se tornam secundários diante da tela do computador ou dos aparelhos que monitoram sinais vitais. Para Ismael (2005, p. 93): “Essa posição reacionária impede o médico de se abrir para as necessidades básicas do paciente, além daquilo que os livros de medicina ensinam. Elas podem ser reduzidas a quatro atitudes: o conforto, a escuta, o olhar e o toque”.

Esse afastamento do sujeito humano no cuidado pode comprometer o vínculo entre profissional e paciente/sujeito, prejudicando não apenas a experiência do adoecimento, mas também os próprios resultados clínicos. Afinal, o acolhimento, a confiança e o reconhecimento da subjetividade do outro são, muitas vezes, tão importantes quanto o tratamento medicamentoso ou cirúrgico. Conforme menciona Ismael (2005, p. 11), “O problema é quanto mais se ‘tecniciza’ a medicina, mais as máquinas se interpõem entre o médico e o paciente, maior é a necessidade de que essa relação seja humanizada”.

Esse avanço da tecnologia reforça uma hierarquia claramente definida em relação aos procedimentos hospitalares. A equipe de saúde, amparada por seu conhecimento técnico, possui a autoridade e a responsabilidade sobre o tratamento da criança, sendo suas orientações

amplamente aceitas e raramente questionadas, como exemplificam Simonato, Mitre e Galheijo (2019, p. 09):

Na situação hospitalar ainda se acrescenta que este é um espaço em que está estabelecida uma hierarquia no que se refere às intervenções e cuidados, onde a equipe tem o poder e a autorização, pelo conhecimento técnico, de agir sobre a criança, fato não apenas esperado, mas também consentido pelas mães.

Para além do discurso conferido ao saber técnico no cotidiano hospitalar, é necessário reconhecer que a realização de uma prática verdadeiramente multidisciplinar em saúde exige a abertura para o diálogo entre diferentes campos de conhecimento. Essa construção coletiva demanda o reconhecimento da legitimidade de múltiplos saberes que coexistem e se complementam no cuidado ao sujeito, contribuindo para uma escuta mais sensível e uma ação coletiva frente ao tratamento. A esse respeito, a psicanálise oferece importantes contribuições ao enfatizar que a singularidade do profissional não se define exclusivamente pelo domínio técnico, mas pela sua capacidade de lidar com as dimensões simbólicas e subjetivas que atravessam as relações interpessoais. Como ressalta Andrade (2025, p. 256), “o que difere um profissional do outro não é tanto o saber, é bem mais a capacidade deste de tatear e de manejar o abstrato que atravessa e marca presença nas relações humanas”.

Observa-se que, especialmente em internações prolongadas, a rotina hospitalar é estruturada com base nas diretrizes estabelecidas pela equipe de saúde, conforme destacam Simonato, Mitre e Galheijo (2019, p. 09),

O cotidiano hospitalar construído por essas mães e crianças é regido por uma ordem externa, preestabelecida, e pouco leva em conta seus desejos e singularidades. As atividades mais banais, como os horários de acordar, dormir, comer ou cuidar de seus filhos são regidas pela equipe de saúde, que prioriza a rotina de procedimentos e cuidados técnicos.

Destaca-se o papel secundário e de objeto que, por vezes, a criança ocupa-se durante o seu próprio tratamento, como abordado por Lara (2021, p. 53), “No hospital, percebe-se no olhar de cada criança uma angústia, muitas vezes traduzida por perguntas e olhares distantes, tais como: o que estou fazendo aqui? Como vim parar aqui? Vou morrer? Quem são essas pessoas que tanto falam sobre mim, mas não se endereçam a mim”. Raramente, as crianças são incentivadas a desempenhar um papel ativo em seu próprio cuidado ou a desenvolver maior autonomia em relação ao tratamento de saúde, desafio que se intensifica no ambiente hospitalar, especialmente quando apresentam múltiplas dependências.

Porém, no cenário hospitalar, a experiência do adoecimento é singular, pois o diagnóstico, por si só, não abarca todas as demandas que emergem do sujeito. Essa questão torna-se especialmente evidente no trabalho com crianças, cuja espontaneidade e a linguagem se manifestam de forma mais livre, sem as amarras impostas pelo julgamento.

Nessa direção, Freud, em sua abordagem com as histéricas, compartilhava esse pensamento, conforme destaca Lajonquière (2013, p. 72), “Uma vez tendo as histéricas mostrado isso ao mestre vienense, este, ao nos relatá-lo, abriu nossos olhos para que, onde acreditávamos ver um organismo, pudéssemos escutar o resmungar de um corpo”.

Assim sendo, a psicanálise nos convoca a refletir sobre considerar o sujeito na cena hospitalar, e considerar o sujeito, implica reconhecê-lo em sua singularidade, sem enclausurá-lo no diagnóstico do adoecimento.

Ademais, Almeida e Aires (2023) sublinham que quando algo escapa aos protocolos, quando as tentativas de eliminar o sintoma fracassam, instala-se uma angústia entre aqueles que estão envolvidos no trabalho, afetando, assim, não apenas o sujeito, mas também os profissionais e a instituição.

É necessário salientar que a equipe da saúde tem um desafio constante diante das demandas que emergem no ambiente hospitalar: considerar os aspectos subjetivos presentes na cena hospitalar; compreender que a ação em saúde está para além dos exames e protocolos; substituir uma prática baseada em evidências, na objetividade, na racionalidade para a escuta do sujeito. Para Simonetti (2019, p. 34), “Eles agem assim porque o lugar que ocupam, de agentes do discurso científico, exige essa isenção como forma de maximizar sua eficácia”. Nesse contexto, a racionalidade moderna ainda insiste em uma visão reducionista, que restringe o doente e seu corpo à condição de mero organismo biológico. Para Marcon (2016, p. 34), “Esse modo de olhar, ler, e interpretar as situações (próprio da medicina atual, logo, do modelo biomédico), relaciona-se com o modo de fazer ciência desde a Modernidade”.

No cotidiano das internações pediátricas, os profissionais de saúde costumam buscar o espaço e as professoras do Programa Classe Hospitalar, quando algo da subjetividade da criança atravessa a cena institucional, ocasionando obstáculos na adesão ao tratamento. Conforme sinaliza Marcon (2016, p. 27):

A hipótese aqui sustentada é que o modelo biomédico, que orienta o saber e o fazer da medicina, para se constituir como um saber objetivo e científico sobre o corpo, exclui o que é da ordem do sujeito e da subjetividade do doente. Mas o que é excluído acaba retornando e, sem lugar, torna-se empecilho para intervenção médica.

A dificuldade de elaboração, seja por parte da criança ou da família, podem servir de laço entre o trabalho da equipe multiprofissional e o docente hospitalar. Inclusive, como afirma Cirino (2015, p. 37), “Parece-nos que, no caso dos seres falantes, nunca estará ‘fora de moda’ a perspectiva ética de que o laço social é o principal remédio para o sofrimento psíquico e que não podemos recusar a busca pelo sentido subjetivo do sintoma”.

É importante destacar que a implicação da equipe de saúde para a construção de um trabalho junto ao processo de escolarização no ambiente hospitalar pode favorecer a construção de um trabalho multidisciplinar fundamentado na escuta da criança hospitalizada. Segundo explicitam Almeida e Aires (2023, p. 12),

A implicação da equipe na abordagem do sofrimento permite que o sujeito possa realizar uma reconstrução de seu laço com o outro, dando um contorno à vivência de angústia, e reposicionar-se no mundo por meio de soluções menos devastadoras para bordejar o encontro com o real.

É imprescindível que o profissional da área de saúde busque "escutar" a criança em adoecimento de forma atenta e singular, afinal cada ser é único, mesmo que esteja em tratamento em decorrência de uma patologia igual a de outra pessoa. Nessa perspectiva, Monteiro (2007, p. 16) destaca:

Ainda que adoecer e morrer faça parte da vida de qualquer um, os riscos, não são iguais para todos. As oportunidades também não são iguais para todos e as doenças afetam as pessoas de maneiras diferentes ainda que, clinicamente, o conjunto de sinais e sintomas seja comum em patologias similares.

Apesar das inúmeras adversidades enfrentadas pelas equipes de saúde como a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos estruturais, precarização dos sistemas públicos de saúde, judicialização dos tratamentos em saúde e a elevada demanda de atendimentos, a escuta sensível permanece como uma prática fundamental para a qualificação do cuidado. Trata-se de uma competência relacional que vai além da simples recepção de informações clínicas, permitindo a construção de vínculos/laços, o reconhecimento das singularidades de cada paciente e a humanização do atendimento. Em contextos de pressão e limitações institucionais, escutar com empatia e atenção representa não apenas um ato de respeito, mas também uma estratégia terapêutica que favorece o acolhimento e fortalece a relação entre profissional e paciente. Assim, mesmo em cenários adversos, o investimento na escuta qualificada pode contribuir para um cuidado mais humanizado.

Sob o ponto de vista de Ismael (2005, p. 96-97), aponta:

As pessoas falam de si mesmas e para si mesmas, realçando sem constrangimento, a irrelevância do interlocutor. A autêntica escuta exige paciência, atenção e interesse. Cada paciente tem uma história, a *sua* história, que para ele é a mais original e sofrida entre todas que o médico, ouviu sem escutar, pois, para ele se trata de mais um relato, igual a tantos prontuários que escreveu. O médico que quiser desenvolver com o paciente uma relação construtiva não pode demonstrar tédio ou impaciência: precisa *escutá-lo* com toda atenção, mesmo porque para muitos pacientes sua história pessoal só começa a ter algum significado com o aparecimento da doença.

Portanto, é urgente refletir sobre como integrar tecnologia e humanização de forma equilibrada. A verdadeira inovação na saúde não está nas tecnologias, mas na capacidade de aliar sensibilidade, técnica, afeto e escuta. Recolocar o humano no centro do cuidado é um desafio ético e existencial que deve orientar a prática em saúde.

2.3 O ato educativo e a criança hospitalizada: refletindo sobre o papel da educação no cenário hospitalar

Este estudo nos convoca a refletir sobre que lugar a educação ocupa no tecido simbólico do hospital. Desse modo, apesar do ato educativo no ambiente hospitalar ser regulamentado com o objetivo de promover a escolarização dos estudantes internados, entende-se que o atendimento pedagógico pode vir a ser desenhado para oferecer-lhes refúgio e cuidado, podendo contribuir para reintroduzir a dimensão subjetiva, possibilitando, assim, novos significantes para a educação.

Nesta pesquisa, entendemos a classe hospitalar como um espaço para a construção de pensamentos e ideias que possibilitem à criança hospitalizada dialogar com sua realidade e com a experiência do adoecimento. Dessa forma, a escolarização no contexto hospitalar não se configura como uma simples adaptação da sala de aula tradicional, conforme destaca Monteiro (2007, p. 26), “A ação educativa desenvolvida no espaço hospitalar tem, portanto, a orientação da pedagogia escolar. Isso, todavia, não significa uma transposição direta de toda e qualquer prática desenvolvida na escola para o interior do hospital”.

Desse modo, o trabalho pedagógico no ambiente hospitalar não coincide com o processo de homogeneização que, por vezes, nos remete a classe regular, partindo do mesmo currículo e semelhantes processos avaliativos, agrupando os alunos por idade ou ano escolares, como disposto na organização escolar tradicional, conforme apontam Arosa e Shilke (2007, p. 26):

Tal estratégia de homogeneização não corresponde à realidade educativa hospitalar; pois não sabemos que o aluno nos espera para o trabalho educativo; suas idades e níveis de conhecimentos são desconhecidos e os critérios de

enturmação são arbitrários, exigindo do professor, uma organização flexível não compatível com a perspectiva tradicional da classe.

O docente que atua no contexto hospitalar deve, em sua prática pedagógica, buscar compreender a trajetória de vida da criança, seus interesses e os elementos que compõem seu processo de escolarização, tanto anterior quanto durante a hospitalização. A apropriação dessas informações permite uma intervenção pedagógica mais alinhada à realidade vivenciada pelo estudante hospitalizado, considerando suas demandas individuais e a especificidade da situação de internação. Nesse sentido, Metz e Ribeiro (2007, p. 75) assinalam que:

Nossos professores, no hospital trabalham em uma perspectiva de valorização do que as crianças estão vivendo: sabem que o processo ensino aprendizagem não é linear e, por isso, respeitam os diferentes ritmos e interesses apresentados por estas crianças. Sabem também que a rotina hospitalar é muito diferente da rotina escolar, uma vez que o grupo de alunos se refaz com regularidade e apresentam idades diferenciadas.

Nessa perspectiva, Andrade (2025, p. 214) sinaliza que

O pedagogo é responsável por apresentar o mundo às crianças, por flexibilizar as caminhadas e falas. Caminhe! Fale! Estas duas propostas da Psicanálise também participam dos princípios de uma Pedagogia que em seu caráter profilático visa a lapidar as energias pulsionais e inquietantes a uma aguçada capacidade de curiosidade e de canalização social pelo conhecimento.

Compreendemos a classe hospitalar como um ato educativo, um ato que vai além de um simples movimento ou ação, pois carrega em si a potência de provocar transformações, marcando uma diferença entre o antes e o depois. O ato educativo desenhado nesse estudo opera à medida que o sujeito, mesmo em situação de adoecimento, é capaz de transformar o conhecimento em um objeto que desperta o desejo de aprender. Nessa linha de argumentação, Arosa e Shilke (2007, p. 30) destacam:

Os sujeitos que protagonizam esse processo trazem consigo suas histórias pessoais, suas vivências, suas marcas, que se entrecruzam nas diversas relações que estabelecem e se inscrevem no contexto social, político e econômico em que estão inseridos e dos quais são partes. Nesse contexto, e a partir das suas falas, de suas experiências, do diálogo, portanto; o conhecimento é construído como um bem social efetivamente partilhado e posto a serviço da transformação.

A partir dessa premissa, Borges (2021, p. 64) sinaliza que “[...] as oportunidades ocorrem para além da doença, buscando sempre apostar no sujeito sem se prender ao diagnóstico, pensando nas possibilidades e respeitando as particularidades de cada um”. Dessa

maneira, o tratamento de saúde, o diagnóstico e a internação não devem ser utilizados como justificativa para a falta de aprendizado do estudante hospitalizado, nem como perda de direito à escolarização e tampouco como um obstáculo definitivo em sua trajetória escolar, mas pode vir a configurar uma experiência emancipadora e de transformação. Como explicita Freire (2002, p. 41),

Uma das tarefas mais importantes da prática educativa-crítica é proporcionar as condições em que os educandos em suas relações uns com os outros e todos com o professor ou a professora ensaiam a experiência profunda de assumir-se. Assumir-se como ser social e histórico como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos.

O adoecimento na criança promove rupturas com estruturas estabelecidas, desde a simples rotina familiar, escolar e o brincar até as mais complexas que podem afetar a percepção de mundo e a sua estrutura psíquica. As circunstâncias que envolvem o diagnóstico e o tratamento, por vezes, apresentam situações de desamparo nas quais a criança se percebe diante da emergência de um real incontornável e impossível de suportar.

Nesse sentido, o Programa Classe Hospitalar pode favorecer a criança internada, possibilitando um espaço de organização subjetiva, reinstauração de uma condição desejante, podendo assim, modificar a sua relação com o processo do adoecimento e consigo mesmo. Sendo assim, o fato de ter o Programa Classe Hospitalar articulado com a escola e com o processo de subjetivação vai auxiliar no avanço do conhecimento, como também favorecer a constituição psíquica da criança, possibilitando a construção de novos sentidos diante da hospitalização.

No cenário hospitalar atravessado por experiências emocionais intensas e, por vezes, marcadas pela angústia, torna-se imprescindível que o professor exerça um papel ativo na criação de vínculos que favoreçam a constituição de um espaço educativo sustentado pelo afeto, pela escuta sensível e pela valorização do sujeito. Tal postura pedagógica busca romper com lógicas que reduzem o estudante à condição de paciente, silenciando sua subjetividade em prol do adoecimento. Nesse sentido, conforme aponta Andrade (2025, p. 215), o engajamento afetivo e simbólico do educador é elemento fundamental para que o processo de aprendizagem se efetive:

Na tangente dos lugares daqueles que se portam nas relações pedagógicas, está o segredo do movimento de investimento do aprendiz. A relação transferencial, pedagógica, na base do amor e confiança inconsciente, pode fazer com que o aprendiz invista cada vez mais no que é transmitido e por isso absorva até mesmo uma matéria que outrora em sua história ele odiava.

Essa perspectiva já havia sido assinalada por Freud (1914/1996, p. 147), “É difícil dizer se o que exerceu mais influência sobre nós e teve importância maior foi a nossa preocupação pelas ciências que nos eram ensinadas, ou a personalidade de nossos mestres”, ao salientar a relevância das influências exercidas tanto pelos conteúdos ensinados quanto pela figura dos educadores na ação educativa. Assim, a dimensão relacional do ensino, quando atravessada por elementos transferenciais positivos, pode reconfigurar a experiência do conhecimento mesmo em situações como a hospitalização. Kupfer (1992, p. 8-9) reitera: “Aquilo que Freud denominou transferência pode ser encontrado num contexto analítico, mas também na relação professor-aluno. É a partir da análise dessa relação que se pode pensar no que faz um aluno aprender. O que o faz acreditar no professor”

A internação na vida da criança representa, por vezes, sua primeira experiência de crise, desencadeando conflitos decorrentes da escassez de informações fornecidas por profissionais e familiares. Além disso, a dificuldade em compreender essa situação pode acarretar efeitos negativos, os quais podem ser amenizados por meio de um contexto mais próximo da realidade infantil.

Segundo Dunker (2016, p. 67),

[...] o adoecimento é, antes de tudo, uma experiência de saber. Um saber composto pela experiência corporal e pelos seus signos de mal-estar, pelos seus autodiagnósticos e paradiagnósticos que constituem esse saber como indeterminado diante de uma verdade por vir.

A entrada da criança no espaço hospitalar é marcada por diversas mudanças que, por vezes, a descaracteriza, pois as vestimentas hospitalares são iguais para todos; os brinquedos na cama do seu quarto não são parecidos com os instrumentos tecnológicos existentes no leito; o barulho da casa, da rua e da família é substituído pelos bips dos aparelhos e por uma rotina de entrada e saída de pessoas da equipe técnica de saúde que não são pessoas da família, mas que, a partir do momento da hospitalização, fazem perguntas, tocam e falam sobre a criança e, de repente esse lugar, que não é familiar, torna-se parte da rotina da criança internada. Cabe ao professor hospitalar juntamente com a equipe de saúde apresentar esse “novo mundo” para a criança hospitalizada, como reitera Arendt (1958/2005, p. 248),

A competência do professor consiste em conhecer o mundo e em ser capaz de transmitir esse conhecimento aos outros. Mas a sua autoridade funda-se no seu papel de responsável pelo mundo. Face à criança, é um pouco como se ele fosse um representante dos habitantes adultos do mundo que lhe apontaria as coisas dizendo: «Eis aqui o nosso mundo!

Em algumas situações durante o processo de internação, é perceptível que a criança é invadida por todas as sensações e angústias que advém do diagnóstico, do tratamento e da internação, por vezes nota-se que a criança vai demonstrando no corpo e no olhar expressões do seu sofrimento. É então, nesse cenário, onde crescem as patologias e desvanece o subjetivo, o corpo entra em cena sinalizando as marcas de relação da criança com a hospitalização. De acordo com Brasil (2020, p. 44),

O corpo representado psiquicamente é um corpo construído a partir das ideias, dos fantasmas das percepções sensoriais, dos traços deixados pela experiência de prazer e desprazer enlaçado pelo seu componente erótico. De fato, a construção teórica sobre o corpo erótico em psicanálise é marcada pela perspectiva do desenvolvimento psicosssexual, a partir do qual o bebê vai se apropriando do corpo erótico na medida em que vai surgindo uma integração entre função biológica e sexualidade.

Do ponto de vista psicanalítico, o corpo erótico se constitui a partir do corpo biológico, mas não está submetido à função biológica, conforme indica Brasil (2020, p. 45), “O corpo erótico é o herdeiro da história da relação da criança com os adultos e não se curva ao destino biológico”. A criança precisa desse adulto que é responsável pelo ingresso desse bebê no mundo, oferecendo os significantes necessários à inclusão e participação no laço social. Sendo assim, as contribuições da psicanálise possibilitam ver o corpo para além da dimensão orgânica, sinaliza para a constituição de um corpo subjetivo. Para Anzie (2000, p. 57-58),

Quando da amamentação e dos cuidados com ele, o bebê tem uma terceira experiência concomitante às duas precedentes: ele é segurado nos braços, apertado contra o corpo da mãe, de quem sente o calor, o cheiro e os movimentos; é carregado, manipulado esfregado, lavado, acariciado, e tudo acompanhado por um banho de palavras e cantarolar.

Todas essas ações são estruturantes e fundantes para a constituição do psiquismo no bebê, pois o *infans* depende totalmente do Outro para se constituir, principalmente, nos primeiros anos de vida, o desenvolvimento dos recursos que o sujeito apresenta para lidar com as diferentes experiências de vida, positivas ou negativas, está intimamente ligado à qualidade e à relação com o outro humano.

Diante do exposto, observa-se que, no hospital, a criança encontra-se nesse estado de desamparo e de total dependência do outro, assim como nos primeiros marcos da infância. A criança hospitalizada precisa desse outro para compreender e agir perante os significantes que envolvem o adoecimento. O diagnóstico e os procedimentos, por vezes, invasivos, necessitam ser esclarecidos para que a criança se aproprie do seu tratamento e possa desenvolver suas

associações a respeito da sua condição de saúde. Os processos subjetivos e de aprendizagem contribuem para o desenvolvimento do conhecimento da criança sobre si mesma e sobre o tratamento de saúde ao qual está sendo submetida.

Em algumas situações no hospital, o processo do adoecimento faz registros físicos no corpo, porém os estudantes internados sinalizam desconfortos em relação aos procedimentos invasivos. Nesse sentido, o trabalho desenvolvido nas unidades pediátricas que envolvem a escolarização, a ludicidade, a contação de histórias, entre outras atividades que fazem parte do universo infantil, podem viabilizar um espaço de encontro entre a criança e a infância.

Nesse contexto, o trabalho pedagógico pode ser um dispositivo que ameniza o sentimento de impotência frente à doença e às restrições impostas pelo ambiente hospitalar. Simonato, Mitre e Galheijo (2019) destacam que, na maioria das vezes, a passagem da criança pelo hospital é temporária e logo ela recebe alta para ir para a casa e retomar sua rotina. Contudo, a situação pode ser mais desafiadora para a criança e sua família, quando esta criança sofre de uma doença crônica, por exemplo, que lhe impõe um cotidiano de longos períodos no espaço hospitalar e que a afasta da convivência familiar e do espaço escolar.

Outro ponto relevante a considerar em relação às internações prolongadas e aos estudantes com doenças crônicas é a evasão escolar. Os efeitos das sucessivas internações podem desencadear na ruptura da trajetória escolar. Simonato, Mitre e Galheijo (2019, p. 07) alertam que os efeitos da hospitalização prolongada afetam outros aspectos da vida, como:

No universo hospitalar, as atividades ligadas aos cuidados em saúde tornam-se, hierarquicamente, a esfera mais importante deste cotidiano; muitas vezes, as demais demandas e interesses são colocados em segundo plano, frente à importância da luta pela sobrevivência.

Nessas circunstâncias, o hospital se torna uma parte significativa do cotidiano desse grupo, demandando cuidados que vão além dos procedimentos hospitalares convencionais. Conforme apontam Simonato, Mitre e Galheijo (2019, p. 02),

Nestes casos, [adoecimento crônico] é uma experiência constitutiva do sujeito e gera circuitos de sociabilidade, amizade, temas, objetos e repertórios de vida que dialogam com o viver adoecido cronicamente, compondo, assim, o processo de desenvolvimento.

Dessa maneira, o Programa Classe Hospitalar desempenha um papel crucial ao facilitar a reintegração dos estudantes à vida escolar e ao prepará-los para continuar sua jornada educacional após receberem alta hospitalar, podendo vir a contribuir com a escola de origem,

fornecendo informações essenciais sobre as necessidades específicas dos estudantes com doenças crônicas.

A internação hospitalar da criança pode ser causada por diferentes circunstâncias e pode desencadear situações traumáticas. Quando uma criança é hospitalizada, várias razões podem estar envolvidas, como doenças graves, acidentes ou procedimentos médicos complexos. Essas circunstâncias podem ser assustadoras e estressantes para a criança, pois ela pode enfrentar dor física e emocional, separação dos pais e rotina hospitalar desconhecida. Segundo Almeida e Aires (2023, p. 02),

O hospital geral constitui-se como um contexto em que a urgência subjetiva pode vir a se apresentar de forma frequente, uma vez que nos deparamos com sujeitos em vivência acentuada de angústia, diante de adoecimento, violências, perdas e rupturas dos laços sociais, ou diante do que pode marcar, para cada um, um excesso que convoca ao trabalho de elaboração psíquica.

A cena traumática da internação pode ser agravada pela falta de compreensão e incapacidade da criança de lidar com a situação. Nesse contexto, o atendimento pedagógico desempenha um papel importante. Por meio de interações, brincadeiras e atividades lúdico-pedagógicas, os professores podem auxiliar a criança a compreender o que está acontecendo, oferecer informações adequadas à sua faixa etária e reduzir a ansiedade e o medo, auxiliando-a na elaboração emocional sobre o processo de hospitalização. A partir dessa perspectiva, Borges (2021, p. 49) sinaliza:

É importante reconhecer que, em todas as interações da criança com o mundo, o prazer está presente e as regula, seja com os objetos, com o saber ou com o conhecimento. O prazer orienta e determina o desejo do sujeito e marca suas relações afetivas.

Inicialmente, o adoecimento é cercado por um “não-saber”, pois apesar de sucessivas internações, a família, a criança e a equipe multidisciplinar podem ser surpreendidas por situações em que não existam protocolos ou diagnósticos que possam prever como cada sujeito vai reagir. Demonstra, também, que em alguns casos, o trabalho da classe hospitalar viabiliza tanto para a equipe multidisciplinar, quanto para a família e a criança que esse espaço de troca “sobre e com” a criança hospitalizada é um local em que a família, apesar de toda adversidade vivenciada na internação, sente segurança em deixar o seu filho.

O Ministério da Saúde (2014, p. 10) ressalta sobre a importância desse trabalho:

A prática do cuidado dá-se pelo encontro entre sujeitos – trabalhador e usuário, que atuam uns com os outros, encontram-se e se escutam. Deve haver

uma acolhida das intenções e das expectativas colocadas. O que se privilegia é a construção coletiva de uma experiência comum, solidária e igualitária, nas práticas de saúde. É a partir da transformação, da maneira como os sujeitos entram em relação, que as práticas de saúde podem ser alteradas de forma efetiva.

Diante da tristeza da internação, do desconhecimento da doença, do inesperado da hospitalização, é inegável que a ação educativa pode contribuir nesse processo de elaboração.

A ludicidade proporcionada pelo atendimento pedagógico permite que a criança se envolva em atividades divertidas e criativas, adaptadas às suas necessidades e limitações no ambiente hospitalar. Isso pode incluir jogos, brinquedos, artesanato, contação de histórias e outras formas de expressão. Essas atividades rompem com a rotina hospitalar, possibilitando à criança elaborar uma nova relação com o real: se distrair, expressar emoções e desenvolver habilidades cognitivas e sociais.

Além disso, o atendimento pedagógico no hospital proporciona um ambiente de interação social, onde a criança pode conhecer outras crianças na mesma situação, compartilhar experiências e criar laços de amizade. Essa interação com outras crianças hospitalizadas pode ser reconfortante e promover a sensação de pertencimento e apoio mútuo. Desse modo, a sala de aula no hospital pode oportunizar o espaço para a escuta da criança hospitalizada. Como pontua Simonetti (2019), para que se considere a subjetividade de um sujeito, é preciso que ele fale e seja escutado, não há outro jeito. Nesse mesmo sentido, Andrade (2025, p. 109) reforça que “Um profissional de educação que promove a escuta, faz muito. Escutar não é deixar falar até babar, é captar a linguagem até no silêncio, é destacar a presença e ancorar afetos”.

O brincar pode ser um indicador, para a família e para a equipe multiprofissional, dos sentimentos da criança frente ao processo do adoecimento. A corporeidade na infância é atravessada pela capacidade de brincar. Nota-se que durante o processo de adoecimento, algumas crianças vão perdendo a sua capacidade de brincar, perdendo a conexão com a sua própria essência.

Por outra via, percebe-se que as crianças desenvolvem estratégias por meio do brincar e do estudar que buscam minimizar os efeitos traumáticos da hospitalização. A brincadeira pode propiciar ao sujeito um trabalho de elaboração da sua experiência subjetiva com a internação hospitalar. Conforme ressalta Andrade (2025, p. 189), “Lembremos do brincar, esse recurso lúdico que muito ajuda para lidar com o luto. Crianças brincam para lidar com suas perdas recolhendo como cacos os recursos que ficaram”.

Na pesquisa realizada por Silva e Rabelo (2018, p. 97) que discorre sobre *Atendimento escolar no hospital universitário da Universidade Federal do Maranhão: percepção das crianças hospitalizadas*, observa-se o quanto o atendimento pedagógico hospitalar pode ressignificar o processo de hospitalização:

A partir da observação participante evidenciou-se que as crianças, antes de participarem das atividades do projeto, se sentiam vulneráveis e isolavam-se devido a existência de insegurança e medo no ambiente hospitalar, além da presença de tratamento doloroso e invasivo. Ao participarem das atividades na sala do projeto inicialmente, apresentavam-se arredias e distantes. A partir do momento que havia uma frequência das crianças neste espaço, as mesmas puderam interagir e socializarem-se, participando das rodas de conversa e verbalizando seus sentimentos e ideias.

A ação educativa pode contribuir para que a criança expresse seus sentimentos e angústias ressignificando o adoecimento, ou seja, a educação pode ser um recurso para a elaboração de um acontecimento, tal como o processo de hospitalização. É o que há de mais singular na relação com o saber que se presentifica, no trabalho pedagógico e na elaboração simbólica perpassando pela “escuta sensível”, que possibilita circunscrever os impasses no tratamento e na hospitalização. Essa escuta caminha no sentido de tentar fazer uma “escuta sensível” das necessidades, saberes e curiosidades dos alunos internados (Barbier, 1993). Como assinala Ceccin (2000, p. 15):

O termo escuta provém da psicanálise e diferencia-se da audição. Enquanto a audição se refere à apreensão/compreensão de vozes e sons audíveis, a escuta se refere apreensão/compreensão de expectativas e sentidos, ouvindo através das palavras as lacunas do que é dito e os silêncios, ouvindo expressões e gestos, condutas e posturas. A escuta não se limita ao campo da fala ou do falado, ao contrário, busca perscrutar os mundos interpessoais que constituem nossa subjetividade cartografar o movimento das forças de vida que engendram nossa singularidade.

Dessa forma, entende-se que o ato educativo no ambiente hospitalar, a partir da leitura psicanalítica, nos convoca a refletir sobre os aspectos subjetivos e constitutivos que afetam a criança hospitalizada, dando a oportunidade do espaço de fala e da escuta e viabilizando uma prática comprometida com a singularidade do sujeito e pela responsabilidade social no campo da saúde.

O processo de hospitalização pode silenciar a criança e as suas demandas, exigindo que se adequem ao tratamento. Tal premissa pretende dialogar com as ideias de causalidade e determinação que, atribuídas ao adoecimento, coloca a criança num lugar no qual estaria impedida de agir e operar. Nesse contexto, a educação hospitalar favorece um espaço de diálogo

entre a família, a equipe de saúde e a criança. Trata-se de uma forma diferenciada de posicionamento da criança diante das questões que se apresentam no processo clínico, podendo, assim, corroborar e contribuir nesse processo de transformação e reelaboração dos conceitos de saúde e doença, assegurando para as crianças hospitalizadas o devido estatuto de existência e singularidade.

Indica-se que os aspectos que envolvem o universo escolar no campo da saúde, a ludicidade, a contação de histórias, as fantasias, a escrita, as atividades artísticas, entre outras intervenções, devolvem ao sujeito a condição de criança escolar, para que, o adoecimento não se torne mais significativo que a própria criança durante a internação. Nesse sentido, Kupfer (2013, p. 36) sublinha que “A criança moderna é uma criança ligada indissolivelmente ligada ao escolar, que lhe atribui lugar social, a inserção social, é o que a constitui, o que lhe dá identidade”. Por isso, torna-se essencial recuperar a dimensão do lugar social da criança contemporânea, a partir da educação hospitalar, resgatando esse valor simbólico primordial do estudante hospitalizado.

O ato educativo, no contexto hospitalar pode auxiliar a criança a produzir uma nova relação com o vivido, consigo mesmo e com os outros, potencializando espaços criativos de reconstrução e de elaboração. O estudo realizado por Passeggi, Rodrigues e Furlanetto (2019, p. 136) aponta que

É nesse sentido que se pode pensar um movimento dialógico entre a escola e a classe hospitalar, mas essencialmente, entre as crianças, estudantes, professores e pesquisadores, que respeitem o tempo da criança enferma, seus desejos, suas vivências. Para além da percepção da escola regular como lugar repleto de desafios, nas rodas de conversa elas falam da escola como promotora do bem-estar, como lugar que fazem crescer a probabilidade de continuar vivendo.

A partir dessa perspectiva, é fundante atribuir novos contornos à interpretação do estudante hospitalizado como indicativo de potência, como forma de enunciar a existência de um sujeito de desejos, capaz de emergir diante do inesperado, como propõe Fanizzi (2023, p. 62):

A faculdade humana de agir mantém aberta no horizonte dos sujeitos a possibilidade de resistir, de suportar e operar uma mudança no rumo dos acontecimentos. Assim, não há caminho ou destino único para uma crise. Ao agir, o sujeito emerge, aparece no mundo, justamente como aquilo que resta e resiste às forças da repetição, ao comportamento mecânico: *ele é diferença criativa*.

A condição da hospitalização pode ser tomada como uma condição que afeta à criança, mas não é determinante. Essa posição de aluno, no estudante hospitalizado, abre possibilidades de significantes de pertencimento e de reconhecimento no mundo. Para Borges (2021, p. 110):

É importante reconhecer que em todas as interações da criança com o mundo, o prazer está presente e a regula, seja com os objetos, com o saber ou com o conhecimento. O prazer orienta e determina o desejo do sujeito e marca suas relações afetivas. Desse modo, ao pensar na palavra “afeto” enquanto um modo de afetar o outro, de marcar [...].

Assim, o professor que atua no hospital precisa deslocar a criança da condição de vítima, por vezes, associada ao adoecimento. Nas palavras de Fanizzi (2023, p. 111), “Um professor age quando, a despeito da incapacidade atestada em um laudo médico ou avaliação padronizada, sustenta seu endereçamento à criança a possibilidade de que algo da ordem do desejo possa emergir”.

Desse modo, o trabalho do docente hospitalar deve estar vinculado às experiências que possibilitem aos estudantes internados, sair do óbvio da cena pedagógica. A esse respeito, novamente recorremos a Fanizzi (2023, p. 111): “Um professor age quando decide assumir o risco implicado no abandono temporário das atividades previstas no sistema apostilado para dedicar-se àquilo que a experiência do instante parece exigir”. Isso nos parece essencial na perspectiva de estabelecer um trabalho pedagógico que permita à criança hospitalizada vivenciar a condição escolar de forma significativa e enriquecedora.

Dessa forma, ao considerar as contribuições da psicanálise no campo da educação hospitalar, é possível perceber como essa abordagem inaugura outras possibilidades de leitura sobre o sujeito em situação de adoecimento. Longe de oferecer respostas prontas ou prescrições metodológicas, a escuta psicanalítica desloca o olhar da técnica para o vínculo, da adaptação para o reconhecimento da singularidade. Ao enfatizar a importância do discurso, do afeto e da escuta sensível, a psicanálise nos convida a repensar as práticas pedagógicas nesse contexto, reconhecendo que, mesmo em meio à dor e à fragilidade, o sujeito continua a produzir sentido e a se inscrever no mundo. Assim, o cenário hospitalar pode se tornar, também, espaço de interlocução, acolhimento e reinvenção, onde a fala encontra lugar e o desejo pode ser, ainda que brevemente, reinstaurado.

CAPÍTULO 3 MÉTODO

“Tal como os artistas, os cientistas criadores precisam, em determinadas ocasiões, ser capazes de viver em um mundo desordenado-descrevi essa necessidade como a ‘tensão essencial’ implícita na pesquisa científica”.

Thomas Kuhn (2011)

3.1 Procedimentos metodológicos

Neste capítulo, apresentamos a estrutura da pesquisa, fundamentada em uma abordagem qualitativa. Buscamos discutir as questões subjetivas que influenciam a percepção dos profissionais de saúde acerca do Programa Classe Hospitalar no Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa, situado em Brasília, Distrito Federal. Detalhamos o contexto do estudo, identificamos os participantes, e definimos os instrumentos, procedimentos, estratégias e os instrumentos de pesquisa. Para a análise e discussão dos resultados, utilizamos a análise documental, a observação participante registrada em diário de campo e entrevistas semiestruturadas, organizando as informações em três eixos temáticos.

A pesquisa foi conduzida pela perspectiva qualitativa, a qual promove uma postura interpretativa e reflexiva, e nos possibilita fundamentar e questionar os pressupostos metodológicos, reconhecendo tanto seus limites quanto suas possibilidades, viabilizando a escuta dos participantes. A partir dessa perspectiva, é possível compreender a pesquisa no contexto das suas relações sociais, pois se considera o espaço social da pesquisa.

Segundo Creswell (2014, p. 44-45),

A pesquisa qualitativa começa com pressupostos e o uso de estruturas interpretativas/teóricas que informam o estudo dos problemas da pesquisa, abordando os significados que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano. Para estudar esse problema, os pesquisadores qualitativos usam uma abordagem qualitativa da investigação, a coleta de dados em um contexto natural sensível às pessoas e aos lugares em estudo e a análise dos dados que é tanto indutiva quanto dedutiva e estabelece padrões ou temas. O relatório final ou a apresentação incluem as vozes dos participantes, a reflexão do pesquisador, uma descrição complexa e interpretação do problema e a sua contribuição para a literatura ou um chamado à mudança.

Argumenta-se sobre a relevância de uma abordagem qualitativa quando o pesquisador procura compreender o significado da experiência, das ações e dos eventos por meio da interpretação, enfatizando a importância de ser sensível à complexidade do comportamento e do significado no contexto em que se manifestam verdadeiramente. De acordo com Gil (2021, p. 15),

Assim entendida, a pesquisa qualitativa enfatiza as qualidades de entidades e de processos que não são apresentadas em termos de quantidade, intensidade ou frequência. Ela enfatiza a natureza socialmente construída da realidade, o relacionamento íntimo entre o pesquisador e o que é estudado, além das restrições situacionais que moldam a investigação.

Isso implica que os pesquisadores qualitativos investigam elementos dentro de seus contextos naturais, buscando compreender ou interpretar os fenômenos em relação aos significados que as pessoas lhes conferem (Creswell, 2014).

A pesquisa envolveu questões e procedimentos emergentes, incluindo a coleta de dados no ambiente dos participantes, a análise dos dados, partindo de temas específicos para mais abrangentes, e as possíveis interpretações de seus significados.

Esse estudo compreendeu a abordagem metodológica de estudo de caso que, conforme Creswell (2014, p. 86):

A pesquisa de estudo de caso é uma abordagem qualitativa na qual o investigador explora um sistema delimitado contemporâneo da vida real (um caso) ou múltiplos sistemas delimitados (casos) ao longo do tempo, por meio da coleta de dados detalhada em profundidade envolvendo múltiplas fontes de informação (p. ex., observações, entrevistas, material audiovisual e documentos e relatórios) e relata uma descrição do caso e temas do caso.

Esse tipo de investigação é amplamente utilizado nas pesquisas qualitativas que envolvem a psicanálise e a educação. Para Creswell (2014, p. 87), “A abordagem do estudo de caso é familiar aos cientistas sociais devido à sua popularidade na psicanálise (Freud), na medicina (análise de caso de um problema), no direito (caso jurídico) e na ciência política (relatos de casos)”.

Neste estudo, em particular, todos os possíveis participantes compartilham a experiência profissional no ambiente hospitalar e atendem crianças hospitalizadas, estabelecendo uma relação de cuidado com estudantes internados que participam do Programa Classe Hospitalar desenvolvido por meio de parceria entre a SEEDF e a SESDF. De acordo com Creswell (2014, p. 87), “A pesquisa de estudo de caso começa com a identificação de um caso específico. Esse caso pode ser uma entidade concreta, como um indivíduo, um pequeno grupo, uma organização ou uma parceria. Em nível menos concreto, ela pode ser uma comunidade, um relacionamento, um processo de decisão ou um projeto específico”.

O referencial teórico nesta pesquisa é a psicanálise. Os pensamentos freudianos que abordam a visão do homem e as relações humanas divergem das concepções convencionais sobre a constituição humana e suas relações, que até então eram fundamentadas no paradigma

moderno, um saber que negligencia o inconsciente. Portanto, a psicanálise desafia a compreensão da subjetividade, da singularidade e dos desejos do sujeito. A ruptura promovida pela psicanálise em relação à racionalidade científica tradicional acerca do sujeito humano configurou uma nova perspectiva epistemológica e prática no campo científico, conforme destacam Lara, Oliveira e Borges (2024, p. 72):

No campo das ciências modernas, em geral, ancoradas ou não em positivismo cartesiano, busca-se assertiva disto ou daquilo, sem cogitar outra opção. No contraponto dessa posição coloca-se a Psicanálise, que se sustenta inextinguível indagação que nos movimenta. É uma “aposta no sujeito”, em sua maneira singular de se aperceber, de dissonâncias e incompletude, acolhendo seus medos, desejos, falando de seus sintomas, desvelando enigmas, num possível *vir a ser*.

O entendimento psicanalítico posto sobre a constituição do sujeito e o adoecimento possibilitam um novo olhar a respeito do trabalho pedagógico desenvolvido no contexto hospitalar, propondo reflexões sobre as questões subjetivas que compõem a cena hospitalar e afetam os profissionais de saúde, os estudantes e a família, possibilitam um fazer científico a partir dos sujeitos que compõem a cena hospitalar, como ressaltam Lara, Oliveira e Borges (2024, p. 76):

Portanto, entende-se que a Psicanálise parte de um não saber, um não todo e, no campo da pesquisa, esse entendimento aponta para a aposta de que o saber é suposto a partir do sujeito na pesquisa. Destarte, não é o pesquisador quem sabe, mas o sujeito, figura central na pesquisa, deixando que o pesquisador se surpreenda com o conhecimento que o sujeito produz a partir da sua realidade.

Mezan (2006, p. 228) sublinha que, desde o início, Freud considerava o trabalho com seus pacientes simultaneamente como tarefa terapêutica e investigação científica, pois “Entendia que a clínica propiciava descobertas que não se restringiam àquele determinado paciente, mas podiam ser integradas a uma teoria geral da psique, de seu funcionamento e de seus transtornos”.

A pesquisa em psicanálise, para além dos contextos da clínica, é compreendida a partir de uma metodologia que possibilite o acesso à subjetividade, em consonância com essa perspectiva, é relevante considerar a centralidade dos processos inconscientes na constituição do sujeito, conforme apontam Lara, Oliveira e Borges (2024, p. 81).

Na Psicanálise, reconhece-se o comparecimento de processos inconscientes em uma posição de centralidade. Desse modo, a ilusão de um sujeito onipotente é desfeita. Esse fundamento psicanalítico denota uma forma autêntica de perceber, abordar e construir o conhecimento diferenciado do

paradigma cartesiano que, ainda, prevalece em produções científicas. O assujeitamento do sujeito à palavra, ao inconsciente e como forma da produção de conhecimento que rompe com o paradigma cartesiano se firma na complexidade das relações e interações do sujeito consigo e com o outro, inaugurando outras formas de lidarmos com o conhecimento e sua produção.

A psicanálise, ao reconhecer a presença determinante do inconsciente, rompe com a concepção de um sujeito plenamente racional, autônomo e onipotente, desestabilizando, assim, os pressupostos fundantes do paradigma cartesiano que ainda orienta grande parte das produções científicas contemporâneas. Tal abordagem propõe uma forma distinta de conceber e produzir conhecimento, ancorada na complexidade das relações do sujeito consigo mesmo, com o outro e com o saber. O assujeitamento à linguagem e ao inconsciente, longe de ser uma limitação, constitui-se como condição para a emergência de novas possibilidades epistemológicas. Diante disso, o percurso metodológico adotado nesta pesquisa se inscreve nesse movimento, assumindo o sujeito em sua incompletude e reconhecendo o saber como produto das mediações simbólicas, das experiências singulares e das interações que marcam a existência humana.

Num primeiro momento, o desenvolvimento do referencial teórico foi elaborado a partir da análise documental, referente às legislações que versam sobre o Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal e a criação do Sistema Único de Saúde, relacionando educação, saúde e psicanálise como direito fundamental.

Num segundo momento, foi realizado o Estado da Arte, com objetivo de mapear as pesquisas realizadas com o aporte epistemológico da psicanálise no campo da educação que abordem o tema do atendimento pedagógico no ambiente hospitalar, considerando o período de 2018 até 2023.

Em seguida, são empregadas as obras de Freud e de outros estudiosos que exploram a intersecção entre psicanálise, saúde e educação, possibilitando tecer novos sentidos relacionados ao ato educativo no ambiente hospitalar.

3.2 Cenário do estudo

Relevante salientar que a Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal (SEEDF) é encarregada de prover a educação básica pública para a população do Distrito Federal. Desse modo, o atendimento pedagógico em ambiente hospitalar é coordenado pela Portaria Conjunta n. 09, de 20 de julho de 2021. Essa portaria estabelece diretrizes e

responsabilidades entre a Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal e a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Atualmente, as Unidades de Saúde do Distrito Federal que possuem Classe Hospitalar em funcionamento são:

- Hospital da Criança José de Alencar
- Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa
- Hospital Regional de Sobradinho
- Hospital Regional Leste (Paranoá)

Sendo assim, a escolha do Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa foi realizada observando os seguintes critérios:

- A Unidade de Saúde, na qual o Programa Classe Hospitalar está ativo desde 1986, é a segunda implementada no Distrito Federal e, conseqüentemente, é a mais antiga em funcionamento atualmente.
- É a Unidade de saúde que apresenta gestão única pelo Sistema Único de Saúde (SUS).
- Pertence à Coordenação Regional Central de Saúde do Distrito Federal, hospital de médio porte referência no atendimento multiprofissional aos usuários internados.
- É o hospital de referência pediátrica no Distrito Federal, sendo único que tem o funcionamento de ‘portas abertas’, pronto-socorro para todas as especialidades pediátricas.
- As Unidades de internações compreendem patologias diversas que interferem no tempo de permanência e tipo de tratamento do estudante internado.
- É hospital-escola, tendo formação em residência em múltiplas áreas da saúde.
- É a Unidade de Saúde que o Programa Classe Hospitalar atende os estudantes internados da educação Infantil até a primeira etapa do ensino fundamental matriculados no Distrito Federal, incluindo matrículas tanto do Distrito Federal quanto de outros Estados (cidades e municípios).

3.3 Participantes do estudo

A presente pesquisa teve como discussão as percepções dos profissionais de saúde sobre o ato educativo e as (im) possíveis contribuições no cenário hospitalar, tendo como referencial

teórico conceitos advindos da psicanálise para melhor entendimento de como o trabalho pedagógico, desenvolvido no ambiente hospitalar com estudantes internados, poderá repercutir nas relações de cuidado e na construção do atendimento humanizado nas unidades de saúde.

Para garantir a preservação da identidade dos participantes e assegurar o sigilo da pesquisa, cada profissional de saúde foi identificado pela Letra P, de forma sequencial, de P1 a P8, sendo que P significa participantes e os números são sequências de entrevistas realizadas.

Os dados sociodemográficos dos participantes foram organizados com base nas seguintes variáveis: idade, área de formação, nível de escolaridade, área de atuação no Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa (HMIB), ano de conclusão da graduação e tempo de experiência profissional na instituição.

A população participante foi identificada por conveniência. Como critérios de inclusão, foram considerados profissionais de saúde concursados que atuam nas Unidades de Internação (ALA A, ALA B, DIP – Doenças Infecto-Parasitárias e UCIPE) do Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa, vinculado à SESDF, com tempo de atuação superior a três anos nas referidas unidades. As áreas contempladas incluíram: médica, enfermagem (enfermeiro e técnico), nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social e psicologia. Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam em licença, por qualquer motivo, durante o período de desenvolvimento da pesquisa. Após a adesão voluntária, foi priorizada a participação de um profissional de cada área mencionada, totalizando oito participantes.

3.4 Coleta de dados (Instrumentos/Procedimentos)

A partir da descrição desse cenário institucional e dos objetivos, foram utilizadas as seguintes fontes de dados: observação participante com registro no diário de campo, análise documental e entrevista semiestruturada como instrumentos norteadores da pesquisa.

- Observação participante foi realizada nas unidades de internações, estabelecidas anteriormente (participantes do estudo), sendo elas: Unidades de Internação (ALA A, ALA B, UCIPE- Unidade Cirúrgica Pediátrica e DIP- Doenças Infecto Parasitárias) e no espaço coletivo do Programa Classe Hospitalar do Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa. O período foi de 01 de outubro de 2024 até 19 de dezembro de 2024, após aprovação e autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), ver Anexo C - Parecer Consubstanciado do CEP, ver Apêndice C – Carta de Revisão Ética e do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NUEP/ HMIB), ver Anexo D - Termo de Anuência Institucional, considerando os seguintes critérios apresentados por Creswell (2014, p. 138):

- ✓ Escolha um local a ser observado.
- ✓ Obtenha as permissões necessárias para obter acesso ao local.
- ✓ No local, identifique quem ou o que observar, quando e por quanto tempo.
- ✓ Determine, inicialmente, um papel a ser assumido como observador. Esse papel pode variar desde o de um completo participante (ser nativo) até o de um completo observador.
- ✓ Crie um protocolo observacional como método para registro das observações no campo. Inclua neste protocolo observações descritivas e reflexivas (isto é, notas sobre suas experiências, impressões e aprendizados). Certifique-se de colocar data, local e hora da observação.

Para aprofundar a compreensão sobre o Programa Classe Hospitalar, foram conduzidas observações diretas com registros em diário de campo no espaço coletivo da classe hospitalar. A participação ocorreu mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais e/ou responsáveis Apêndice D, além do termo de assentimento para as crianças Apêndice E.

Para preservar a identidade dos estudantes e garantir a confidencialidade da pesquisa, cada estudante foi identificado pela letra "E", seguida de uma numeração sequencial (E1 a E8), em que "E" representa estudante e os números correspondem às observações registradas. Ressaltamos que a participação dos estudantes, neste estudo, foi para melhor compreensão do tema da pesquisa.

Nesse protocolo observacional foi utilizado o diário de campo, pois constituiu um instrumento essencial para o registro sistemático dos dados coletados a partir de diversas fontes de significação no ambiente estudado, bem como para a documentação das impressões e reflexões do pesquisador ao longo do processo investigativo. Realizou-se adaptação de dois quadros desenvolvidos por Oliveira (2014) que abrangem as dimensões descritivas e reflexivas.

Quadro 7 - Aspectos Descritivos do Diário de Campo

ASPECTOS	DESCRIÇÃO
1.Reconstrução do diálogo.	Conversas privadas do sujeito que estão para além das narrativas da/na entrevista.
2. Descrição do espaço físico. Este é um aspecto que não pode ser deixado de lado.	Desenhos, croquis, fotografias do espaço, dos móveis, das paredes, das janelas e portas, elementos nas paredes, etc.
3. Relato de acontecimentos particulares.	Quem esteve no local da entrevista, de que maneira esteve, como se envolveu.
4. Descrição das atividades.	Descrição detalhada dos comportamentos, olhares, gestos, etc.
5. O comportamento do observador.	Aqui o/a pesquisador/a como parte integrante da pesquisa deve anotar seu comportamento, suas

	impressões, suposições, enfim, tudo que possa intervir nas informações coletadas, conseqüentemente na análise e escrita da pesquisa.
--	--

Fonte: Oliveira (2014, p.75-76).

Quadro 8 - Aspectos Reflexivos das Anotações do Diário de Campo

ASPECTOS	ESCRITOS
1. Reflexão sobre a análise.	Temas que emergiram, conexões entre eles, o que aprendeu, pensamentos acerca das questões que surgem, etc.
2. Reflexão sobre o método.	Procedimentos e estratégias utilizadas, decisões tomadas no plano de estudo.
3. Reflexões sobre conflitos e dilemas éticos.	Nessa parte, é preciso pensar e elaborar questões sobre a ética nas pesquisas com seres humanos, fazer análise entre o documento apresentado como proposta ética da pesquisa e os caminhos tomados pelo/a pesquisador/a.
4. Reflexões sobre o ponto de vista do observador.	Refletir sobre as ideias preconcebidas do/a pesquisador/a acerca dos sujeitos envolvidos na pesquisa – colaboradores/as.

Fonte: Oliveira (2014, p.76).

A partir das proposições teóricas desenvolvidas por Oliveira (2014) acerca do uso do diário de campo como instrumento metodológico na pesquisa qualitativa, foram elaborados os diários de campo que subsidiaram o presente estudo. A estrutura desses registros foi organizada de forma a contemplar distintos e complementares aspectos da experiência observacional, incluindo a descrição do contexto em que ocorreram as atividades, o detalhamento das interações presenciadas, a análise reflexiva sobre eventuais conflitos e dilemas éticos emergentes no processo, bem como considerações críticas a partir da perspectiva do observador, permitindo uma compreensão mais aprofundada da realidade investigada.

- Análise documental: o desenvolvimento do referencial teórico foi elaborado a partir da análise documental, referente às legislações que versam sobre o Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal e sobre a criação do Sistema Único de Saúde. De acordo com Gil (2021, p. 128)

O principal valor da análise documental na pesquisa qualitativa é, pois, possibilitar a triangulação metodológica, que se refere ao uso de múltiplos métodos para obter dados tão completos e detalhados quanto possível sobre o fenômeno. Assim, os dados obtidos a partir de documentos são combinados com outros, obtidos geralmente mediante entrevistas e observações,

possibilitando compreender melhor os diferentes aspectos da realidade, evitando os vieses provocados pela utilização de um método único.

Posteriormente, os documentos que foram utilizados no referido estudo contribuíram para análise dos dados juntamente com os demais instrumentos de coleta de dados citados (entrevistas semiestruturadas, observações participantes com registro em diário de campo).

- Entrevistas semiestruturadas: foi utilizado um roteiro específico para este estudo, com utilização de linguagem clara e acessível aos participantes (Apêndice B). Na construção deste roteiro, foram considerados os aspectos referentes à identidade e às narrativas dos profissionais de saúde sobre o atendimento pedagógico no ambiente hospitalar, na busca do entendimento da educação e a saúde enquanto direito social, e repensando sobre as relações de cuidar, a partir do atendimento humanizado em saúde. Este contato foi realizado presencialmente. As transcrições foram realizadas manualmente a partir das gravações.

3.5 Análise de dados

Inicialmente, para a análise de dados foi utilizado percurso metodológico de Bardin (2010), recomendado para a técnica da análise de conteúdo do tema proposto, devendo organizar-se em três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (a inferência e a interpretação).

Creswell (2014) aponta para análise dos dados a ser realizada considerando as declarações significativas, unidades de significados, descrição textual e estrutural e descrição da “essência”. Segundo Kupfer (2013, p. 27), “a psicanálise, desde o princípio, não opera com fatos observáveis, mas com interpretações, com sentidos. Em uma palavra: com linguagem”.

No momento da exploração do material, buscamos as recomendações de Creswell (2014, p. 151), indicando a possibilidade de o pesquisador organizar temas/eixos norteadores, considerando os seguintes aspectos:

informações que os pesquisadores esperam encontrar antes do estudo;
informações surpreendentes que os pesquisadores não esperavam encontrar; e
informações que são conceitualmente interessantes ou incomuns para os pesquisadores (e, potencialmente, os participantes e o público).

Posteriormente, discutimos os achados da pesquisa articulados com o referencial teórico e os saberes emergentes que construíram a dimensão nuclear dos eixos temáticos.

3.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi realizada considerando as dimensões éticas em cada etapa, incorporando os preceitos éticos propostos por Creswell (2014, p. 54-55, grifo nosso):

Quadro 9 - Questões Éticas

ONDE NO PROCESSO DE PESQUISA OCORRE A QUESTÃO ÉTICA	TIPO DE QUESTÃO ÉTICA	COMO TRATAR A QUESTÃO
Antes de conduzir o estudo	✓ Buscar a aprovação da faculdade/universidade no campus ✓ Obter a permissão do local e dos participantes	✓ Submeter-se à aprovação do comitê de ética ✓ Consultar os tipos de padrões éticos que são necessários nas áreas profissionais ✓ Identificar e passar por aprovações locais; encontrar autoridades para ajudar ✓ Dar crédito para o trabalho feito no projeto
Começando a conduzir o estudo	✓ Revelar o propósito do estudo ✓ Não pressionar os participantes a assinarem formulários de consentimento informado	✓ Contatar os participantes e informá-los do propósito geral do estudo ✓ Dizer aos participantes que eles não são obrigados a assinar o termo de consentimento ✓ Descobrir que diferenças culturais, religiosas, de gênero e outras diferenças precisam ser respeitadas
Coletando os dados	✓ Respeitar o local e perturbar o menos possível ✓ Evitar enganar os participantes ✓ Respeitar desequilíbrios potenciais de poder e a utilização (p. ex., entrevistando, observando) ✓ Não “usar” os participantes, coletando os dados e deixando o local sem dar uma retribuição	✓ Construir confiança, informar o grau de perturbação prevista ✓ Discutir o propósito do estudo e como os dados serão usados ✓ Evitar perguntas preparadas; abster-se de compartilhar impressões pessoais; evitar divulgar informações delicadas
Analisando os dados	✓ Evitar tomar partido dos participantes ✓ Evitar apresentar somente os resultados positivos ✓ Respeitar a privacidade dos participantes	✓ Relatar múltiplas perspectivas; relatar achados contrários u ✓ Atribuir nomes fictícios ou pseudônimos; ✓ desenvolver perfis coletivo
Relatando os dados	✓ Falsificação da autoria, evidências, dados, achados, conclusões ✓ Não plagiar ✓ Evitar apresentar informações que prejudicariam os participantes	✓ Relatar com honestidade ✓ Usar histórias coletivas de modo que os indivíduos não possam ser identificados ✓ Usar linguagem adequada ao público da pesquisa

	✓ Comunicar-se em linguagem clara, simples e apropriada	
Publicando os dados	✓ Compartilhar os dados com os outros ✓ Não duplicar ou fragmentar publicações ✓ Preencher a prova de conformidade com questões éticas e ausência de conflito de interesses, se solicitado	✓ Fornecer cópias do relatório aos participantes e autoridades; compartilhar os resultados práticos; considerar a divulgação no website; considerar a publicação em diferentes línguas ✓ Evitar usar o mesmo material para mais de uma publicação

Fonte: adaptado de Creswell (2014, p. 54-55).

Em todas as etapas da pesquisa, foram observadas as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa com seres humanos estipuladas pelo Conselho Nacional de Saúde: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, Resolução do CNS nº 510/2016 destacando o Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP: “VII- pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito” (Brasil, 2016).

O desenvolvimento deste estudo ocorreu mediante aprovação e autorização pelas seguintes instituições: Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), e Núcleo de Ensino e Pesquisa (NUEP/ HMIB), cumprindo as etapas estabelecidas pelo setor NUEP/HMIB conforme Anexo-C. (Parecer Consubstanciado do CEP).

Para a coleta de dados, os participantes foram primeiramente apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), no qual foi requerida sua assinatura inicial. Nesse momento, foram fornecidas informações detalhadas sobre os objetivos da pesquisa, assegurando o anonimato, a confidencialidade dos dados, o acesso aos resultados e o direito de recusar a resposta a quaisquer perguntas que pudessem gerar desconforto.

CAPÍTULO 4 RESULTADO DOS DADOS

“Onde quer que eu vá, descubro que um poeta já esteve antes de mim, sempre soube que no fundo somos governados por nossos amores e não por nosso saber”.
Sigmund Freud (1906/1996).

4.1 Descrição do cenário do estudo

Este estudo foi conduzido no Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa, envolvendo profissionais de saúde que atuam nas unidades de internação pediátrica. As unidades pediátricas, em particular, são ambientes dinâmicos e complexos, onde a assistência envolve não apenas a abordagem clínica, mas também aspectos emocionais, sociais e familiares. Nesse contexto, compreender as dinâmicas do atendimento, a interação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, bem como os desafios e as melhores práticas na prestação de cuidados, torna-se essencial para construção de um espaço de escuta e receptivo às demandas da criança hospitalizada. Assim, este estudo busca compreender as percepções do profissional de saúde, a partir dos estudos psicanalíticos no campo da educação, sobre o ato educativo e as suas (im)possíveis contribuições no cenário hospitalar e repercussões para o desenvolvimento de ações que favoreçam uma assistência mais humanizada dentro das unidades pediátricas hospitalares.

As unidades de internação pediátrica do Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa estão estruturadas em quatro alas: Ala A, Ala B, DIP (Doenças Infecto-Parasitárias) e UCIPE (Unidade Cirúrgica Pediátrica), totalizando 64 leitos, conforme registrado no relatório semestral do Programa Classe Hospitalar/HMIB/2024 (processo nº SEI_00060_00612179/2023-23). Essas unidades prestam atendimento a crianças de 0 a 13 anos 11 meses e 29, dias encaminhadas tanto pelo pronto-socorro do próprio hospital quanto por outras unidades hospitalares, incluindo hospitais de outros estados, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Corpo de Bombeiros, transferências hospitalares e encaminhamentos ambulatoriais.

A distribuição dos leitos e o perfil dos pacientes atendidos variam conforme a especificidade de cada ala. Essa organização visa atender à complexidade dos casos pediátricos e garantir assistência especializada conforme as demandas clínicas apresentadas pelos pacientes internados.

A Ala A dispõe de 18 leitos e tem como principal demanda as internações por doenças respiratórias.

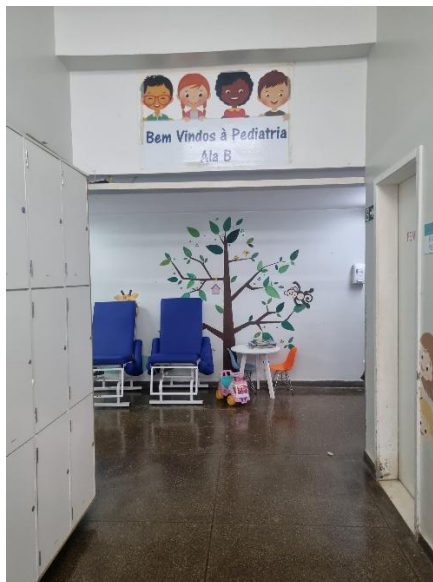
Figura 1 - Entrada da Ala A



Fonte: arquivo da autora

A Ala B conta com 16 leitos e recebe pacientes com perfis diversos, incluindo aqueles com diagnóstico de diabetes, patologias renais, condições neurológicas e transtornos psiquiátricos.

Figura 2 - Entrada da Ala B



Fonte: arquivo da autora

A UCIPE, com 14 leitos, destina-se predominantemente a pacientes cirúrgicos, com maior incidência de casos de apendicite, além da realização de procedimentos cirúrgicos diversos, incluindo cirurgias eletivas.

Figura 3 - Entrada UCIPE



Fonte: arquivo da autora

Por fim, a DIP, com 16 leitos, atende casos de doenças infectocontagiosas, como meningite, tuberculose, influências, pneumonias e parasitoses.

Figura 4 - Entrada DIP



Fonte: arquivo da autora

De modo geral, o tamanho das enfermarias varia, podendo acomodar de dois a oito berços ou camas, dependendo de sua dimensão. Cada enfermaria dispõe de um banheiro próprio, conforme ilustrado nas imagens a seguir.

Figura 5 - Imagem enfermaria com 01 berço e 01 cama



Fonte: arquivo da autora

Figura 6 - Imagem enfermaria com 04 berços e poltronas para acompanhante



Fonte: arquivo da autora

Figura 7 - Banheiro da enfermaria



Fonte: arquivo da autora

Em cada ala, existe um espaço com mesinhas e cadeiras para o uso das crianças com livros e brinquedos.

Figura 8 - Estante de livros UCIPE



Fonte: arquivo da autora

Figura 9 - Espaço lúdico UCIPE



Fonte: arquivo da autora

Figura 10 - Espaço lúdico DIP



Fonte: arquivo da autora

Figura 11 - Espaço lúdico DIP



Fonte: arquivo da autora

Figura 12 - Posto de enfermagem da DIP



Fonte: arquivo da autora

A classe hospitalar está, atualmente, situada no jardim central do hospital. Inaugurado em 2019, esse espaço anteriormente funcionava dentro da Unidade Cirúrgica, onde compartilhava com a sala de prescrição médica. A nova estrutura representa um avanço significativo no atendimento pedagógico hospitalar, oferecendo um ambiente mais arejado, mobiliário adequado e maior capacidade para atender um número ampliado de estudantes. Em novembro de 2024, foi inaugurado um parquinho localizado em frente à classe hospitalar.

Figura 13 - Parquinho



Fonte: arquivo da autora

Figura 14 - Entrada do parquinho



Fonte: arquivo da autora

Figura 15 - Lateral do parquinho



Fonte: arquivo da autora

Figura 16 - Fachada da Classe Hospitalar



Fonte: arquivo da autora

Figura 17 - Pintura externa da classe hospitalar



Fonte: arquivo da autora

O ambiente é acolhedor, equipado com mesas de diferentes alturas para atender tanto crianças quanto adolescentes. Conta com banheiro, filtro de água, televisão e computador. O acervo de jogos e livros pedagógicos é amplo e variado, sendo que, de acordo com as docentes, grande parte do material foi obtida por meio de doações e compras feitas por elas próprias.

Figura 18 - Espaço interno da classe hospitalar



Fonte: arquivo da autora

Figura 19 - Cantinho da leitura Classe Hospitalar-HMIB



Fonte: arquivo da autora

Figura 20 - Estante de legos e gibis



Fonte: arquivo da autora

Figura 21 - Mobiliário TV



Fonte: arquivo da autora

Figura 22 - Computador e armários de jogos



Fonte: arquivo da autora

Figura 23 - Filtro e espaço para higienização



Fonte: arquivo da autora

Figura 24 - Banheiro da Classe Hospitalar



Fonte: arquivo da autora

4.2 Rotina de Atendimento do Programa Classe Hospitalar no HMIB

A organização da rotina de atendimento do Programa Classe Hospitalar é construída por diversos fatores que impactam sua estrutura e metodologia. Primeiramente, um aspecto a ser considerado é a condição clínica do estudante, uma vez que seu estado físico, emocional e diagnóstico determinam a modalidade do atendimento pedagógico. Em casos que exigem cuidados específicos, como a necessidade de aparelhos conectados ao leito, dependência de

oxigênio ou restrições impostas por protocolos de isolamento definidos pela equipe de saúde, o atendimento é realizado diretamente no leito. Sempre que as condições clínicas permitirem, o estudante é incentivado a integrar as atividades coletivas promovidas no espaço da classe hospitalar, favorecendo sua interação e participação no ambiente educacional.

Durante o período de observação, nota-se que a primeira abordagem das professoras ocorre diretamente no leito, na presença do estudante, da família e/ou do acompanhante. Nesse momento, são apresentados o funcionamento do programa, sua organização, os horários de atendimento e os cuidados com a higienização do estudante. Além disso, são solicitadas informações sobre a escola de origem, incluindo nome da instituição, ano escolar, docente responsável, contato com a escola e período de ausência do estudante. Caso o próprio estudante ou seu responsável mencione espontaneamente o diagnóstico e o tratamento, as professoras registram essas informações, sempre com discrição e sensibilidade. Observa-se cuidado ético em não questionar diretamente sobre a condição clínica, considerando que algumas internações resultam de situações de vulnerabilidade e violência. Como os leitos são frequentemente compartilhados, busca-se preservar a privacidade do estudante e de sua família. Para complementar as informações, as professoras têm acesso ao Sistema *TrackCare* (prontuário eletrônico) da SESDF, o que facilita a obtenção de dados sobre diagnóstico, tratamento e registros dos atendimentos realizados pela equipe de saúde e pedagógica.

Em um segundo momento, os atendimentos são organizados por alas, evitando a mistura de estudantes de diferentes unidades de internação. Segundo as docentes, essa prática segue a orientação do núcleo de vigilância epidemiológica do hospital, com o objetivo de prevenir infecções cruzadas. Cada ala recebe atendimento por aproximadamente uma hora, sendo que o tempo de permanência do estudante na atividade depende da rotina hospitalar, incluindo horários de exames, administração de medicações e condições clínicas durante a aula. Em algumas situações, os estudantes podem apresentar sintomas como enjoos, tremores, crises de ausência ou desmaios, o que leva à interrupção imediata do atendimento, com acionamento do acompanhante e solicitação de suporte da equipe médica. Diante desse contexto, recomenda-se que o responsável pelo estudante permaneça próximo ao espaço da classe hospitalar para garantir uma resposta rápida em casos de intercorrências. Esses fatores também são levados em consideração no atendimento realizado no leito.

Para a realização das atividades escolares, as professoras buscam organizar os estudantes em mesas de acordo com faixas etárias e anos escolares semelhantes e/ou próximos, sempre que possível. No entanto, as turmas são multisseriadas, podendo abranger desde a

Educação Infantil até o 5º ano do Ensino Fundamental. O atendimento tem início com atividades pedagógicas, priorizando os estudantes que já receberam materiais enviados por suas escolas de origem. Para aqueles cuja escola ainda não encaminhou atividades, as professoras elaboram propostas didáticas alinhadas ao ano escolar correspondente, seguindo as diretrizes do Currículo em Movimento da SEEDF. Observa-se que as professoras demonstram atenção às falas dos estudantes sobre os conteúdos trabalhados, buscando compreender suas experiências acadêmicas. Durante as interações, utilizam expressões como: ‘Estamos conhecendo vocês, precisamos que nos falem o que gostam de estudar, o que estavam aprendendo antes da internação. Não tenham receio de dizer se a atividade está difícil ou se não entenderam algo’. Dessa forma, criam um ambiente acolhedor, incentivando a participação e promovendo maior conforto aos estudantes.

Outro aspecto relevante refere-se à orientação fornecida a cada família quanto à obtenção do atestado médico. Esse documento oficial é essencial para a instituição de ensino de origem, uma vez que justifica a ausência do estudante durante o período de hospitalização e recuperação domiciliar, conforme a avaliação e recomendação médica.

Ao término de cada atendimento, as atividades desenvolvidas com o estudante são registradas na ficha avaliativa do Programa Classe Hospitalar (ver Anexo F). Esse registro pedagógico é formalizado após a realização de, no mínimo, quatro atendimentos, uma vez que a alta rotatividade dos pacientes durante a internação resulta em permanências variáveis. Embora algumas crianças participem do Programa, sua breve hospitalização pode limitar a possibilidade de um acompanhamento mais extenso. O registro na ficha avaliativa abrange aspectos fundamentais do processo de aprendizagem nesse contexto, incluindo: objetivos de aprendizagem, habilidades desenvolvidas, nível de interesse nas atividades propostas, interação com colegas e docentes, condições clínicas para a realização das atividades, recursos utilizados e encaminhamento das atividades pela escola de origem.

Os registros do Programa Classe Hospitalar são inseridos no prontuário eletrônico (*TrackCare*), incluindo informações sobre a escola de origem, ano cursado, professor regente e contato com a escola. Esses dados permitem que toda a equipe de saúde tenha acesso às informações educacionais do estudante. Além disso, os registros gerais são documentados no livro ata e, ao final de cada semestre, é elaborado um relatório contendo dados quantitativos e informações sobre os estudantes atendidos, segundo modelo disponibilizado pela SEEDF.

Conforme indicado no Relatório Semestral nº 00060-00612179/2023-23, referente ao número de estudantes atendidos pelo Programa Classe Hospitalar – HMIB no segundo semestre

do ano letivo de 2024, 29 de julho de 2024 a 19 de dezembro de 2024, o quantitativo de atendimentos está organizado segundo o quadro a seguir:

Quadro 10 - Dados Quantitativos: Hospital Materno Infantil de Brasília Dr. Antônio Lisboa

Número de alunos atendidos	Etapas/ Modalidades	Total	Total Geral
	Educação Infantil DF - SEEDF	41	365
	Ensino Fundamental/Anos Iniciais - SEEDF	154	
	Educação Especial/Precoce/sala de recursos/ Turma Reduzida/ Classe Especial - SEEDF	16	
	Instituições Privadas de Ensino DF	37	
	Outros Estados	117	

Fonte: autoria própria.

A análise do quantitativo do quadro de atendimentos realizados no segundo semestre letivo de 2024, evidencia a complexidade e a diversidade do público atendido pela Classe Hospitalar. Do total de trezentos e sessenta e cinco (365) estudantes acompanhados nesse período, duzentos e onze (211) são provenientes da rede pública do Distrito Federal, sendo quarenta e um (41) da Educação Infantil, cento e cinquenta e quatro (154) da primeira etapa do Ensino Fundamental e dezesseis (16) da Educação Especial. Somam-se a esse grupo trinta e sete estudantes (37) oriundos da rede privada de ensino e cento e dezessete (117) provenientes de outros Estados da Federação.

Tais dados não apenas demonstram a abrangência do atendimento pedagógico hospitalar, como também revelam a sua natureza transversal e intermitente, marcada por um perfil de sazonalidade que escapa à lógica regular das instituições escolares tradicionais. O fluxo contínuo de estudantes de diferentes redes e territórios aponta para a importância de um olhar mais flexível e sensível às condições reais de inclusão escolar no contexto hospitalar.

Contudo, o mesmo quadro aponta para uma possível situação de exclusão. Caso as docentes da Classe Hospitalar fossem restringidas ao cumprimento literal das diretrizes estabelecidas na Portaria Conjunta vigente, cento e cinquenta e quatro (154) estudantes, ou seja, mais de quarenta por cento (40%) do total atendido não teriam acesso ao atendimento educacional hospitalar durante esse período. Tal cenário evidencia uma tensão entre a normatização burocrática e as demandas concretas do cotidiano hospitalar, o que reforça a

necessidade de se pensar políticas públicas mais alinhadas com a realidade dos sujeitos em situação de vulnerabilidade, respeitando a singularidade dos trajetos escolares marcados pelo adoecimento.

4.3 Caracterização dos Participantes

Quanto aos participantes da pesquisa, durante o período de coleta de dados, selecionou-se um representante de cada área de atuação que presta atendimento nas unidades de internação pediátrica do Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa. Participaram do estudo oito profissionais de saúde, atuantes nas unidades Ala A, Ala B, DIP e UCIPE, contemplando as áreas de enfermagem, fisioterapia, medicina, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

Com relação à faixa etária, a idade dos participantes variou entre 40 e 53 anos. O tempo de formação profissional na área de exercício profissional é superior a 11 anos. Em relação à experiência na área de internação do Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa, constatou-se que todos os participantes possuíam mais de três anos de experiência, o que indica que nenhum deles estava em estágio probatório. No que tange ao ingresso na SESDF, todos os participantes ingressaram por meio de concurso público para atuar nas respectivas áreas, sendo que a maioria do grupo é composta por profissionais com nível superior.

Quadro 11 - Dados sociodemográficos dos participantes de pesquisa

Idade	Área de formação	Nível de Escolaridade	Área de atuação no HMIB	Ano de Conclusão da Graduação na área de atuação	Tempo de atuação no HMIB
34	Enfermagem	Mestrado em Ciências da Saúde	Infecto Pediatria -DIP (enfermaria)	2013	08 anos
43	Enfermagem (nível técnico)	Curso Técnico em Enfermagem	Infectologia- DIP	2000	10 anos
53	Fisioterapia	Pós-graduação <i>lato sensu</i> cardiorrespiratória Mestrado em Gerontologia	Enfermarias: Ala A, Ala B, DIP e UCIPE	1995	06 anos
44	Medicina	Residência em pediatria	Enfermarias: Ala A, Ala B, DIP e UCIPE	2000	04 anos

48	Nutrição	Pós-graduação <i>lato sensu</i> em nutrição e Clínica Funcional e Mestrado em Gerontologia	Ala – B, Pronto-socorro, Ambulatório com pacientes com doenças genéticas	1998	06 anos
41	Psicologia	Pós-graduação <i>lato sensu</i> em Psicologia Hospitalar	Enfermarias: Ala A, Ala B, DIP e UCIPE	2006	03 anos
45	Serviço Social	Mestrado em Serviço Social	Serviço Social – referência na UTI Pediátrica, mas por carência de profissionais, atua no Hospital, em todas as áreas	2000	13 anos
42	Terapia Ocupacional	Graduação	Enfermarias: Ala A, Ala B, DIP e UCIPE	2004	06 anos

Fonte: autoria própria.

4.4 Eixos Temáticos

Fundamentados nas análises das entrevistas, nas observações realizadas, na análise documental e no referencial teórico estudado, foram definidos três eixos temáticos. O primeiro eixo, intitulado Educação Hospitalar como Direito Público, aborda os aspectos relacionados ao reconhecimento da educação como um direito fundamental. A perspectiva freudiana, que defende a acessibilidade da psicanálise para todos e seu financiamento pelo Estado, reforça os princípios de universalidade e igualdade previstos no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, esses princípios dialogam com os preceitos constitucionais sobre educação, que destacam a gratuidade e a responsabilidade do Estado na garantia e oferta desse direito. Esse eixo permite refletir sobre os desafios enfrentados atualmente para oferta do Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal.

O segundo eixo temático, nomeado O Sujeito Escolar Hospitalizado, buscou conectar as ideias relacionadas ao universo escolar e à criança em situação de hospitalização. Esse eixo destacou como o trabalho pedagógico realizado pelo Programa Classe Hospitalar não apenas promove o avanço na aprendizagem, mas também proporciona à criança internada uma experiência escolar inserida no contexto do adoecimento e o reconhecimento pela equipe de saúde das questões subjetivas que envolvem a internação com crianças.

O terceiro eixo é identificado como Modelo Biomédico em Saúde discute-se sobre a prevalência do discurso racional na área da saúde, dividindo o sujeito entre o orgânico e o emocional, corpo e mente. A predominância do discurso racional na área da saúde influencia as dificuldades enfrentadas na implementação e no desenvolvimento das atividades escolares no ambiente hospitalar.

4.4.1 Educação Hospitalar como Direito Público

O primeiro eixo temático, Educação Hospitalar como Direito, teve como objetivo explorar a concepção da educação hospitalar como um direito garantido a todos os cidadãos, independentemente de sua condição de saúde. Para isso, buscou analisar as relações estabelecidas em torno da garantia da educação escolar como direito das crianças e adolescentes hospitalizados, com destaque para o Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal.

Nas narrativas dos profissionais de saúde, percebe-se o reconhecimento da educação hospitalar como um direito.

Assim, eu percebo assim que quando a gente encaminha, quando a gente orienta a buscar, a gente está garantindo a criança um direito, né? Então é isso aí. Tem muito a ver com o nosso trabalho, né? Que essa questão de acessar direitos e tudo, né? É uma forma de garantir esse direito à criança. (P7).

Primeiro, essa criança continua sendo escolarizada, a gente não interrompe, a gente não faz com que a criança depois tenha que correr atrás de todo esse prejuízo. (P1)

As falas dos participantes sobre os direitos educacionais de crianças e adolescentes hospitalizados revelam que, embora existam bases legais que respaldem a oferta dessa modalidade de ensino, a Portaria Conjunta que regulamenta o Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal apresenta limitações na garantia efetiva do direito à educação no contexto hospitalar, restringindo o atendimento à educação infantil e a primeira etapa do ensino fundamental, como ilustrado no trecho a seguir:

Eu percebo também que as crianças que não estão contempladas, né, acima de 12 anos, você sente, é muito frustradas. Por conta de que elas veem as outras crianças deixando a enfermaria, elas veem as crianças saindo e elas não podem sair. Então eu já escutei de várias crianças. Eu escutei de várias crianças a frustração de não poder sair porque não estava contemplada por conta da idade das crianças. (P8)

No decorrer do processo de observação, foram identificadas diversas situações diretamente relacionadas ao eixo temático em análise, referentes ao direito à educação escolar

no contexto hospitalar. Tais situações evidenciam os impactos das restrições estabelecidas pela Portaria Conjunta sobre a efetividade e a qualidade do atendimento pedagógico ofertado no ambiente hospitalar, revelando implicações significativas para a garantia desse direito educacional em condições de hospitalização.

A limitação do Programa Classe Hospitalar a determinados hospitais públicos do Distrito Federal, aliada à exclusão dos Institutos de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal e das unidades privadas de saúde, compromete a garantia do direito à educação dos estudantes hospitalizados, resultando em descontinuidade na oferta, restrita aos hospitais mencionados na Portaria Conjunta.

Diário de Campo – outubro, 2024.

Contexto: Um caso que chamou atenção foi o do aluno E1 de 6 anos, estudante da rede pública de ensino do Distrito Federal, 1º ano. Ele esteve internado no IGES - Base por três meses e, nesse período, não teve acesso ao atendimento pedagógico, pois não há professores disponibilizados para esse fim nos Institutos de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal.

No início do ano letivo de 2024, E1 foi transferido para o HMIB, onde concluiu a educação infantil sem participação regular nas atividades escolares. Após essa transferência, foi matriculado em uma nova escola, mas segue internado no HMIB, sem previsão de alta. Até o momento, ele não conhece sua atual escola, seus colegas de classe nem seus professores.

No início, a família demonstrou resistência em levar E1 à classe hospitalar, justificando dificuldades no manuseio da cadeira de rodas e do suporte de soro. No entanto, após o primeiro dia de atendimento e a visível mudança no humor do estudante, começaram a levá-lo com maior frequência. A docente procurou a enfermeira responsável pelo plantão para maiores informações acerca da dinâmica familiar. A enfermeira relatou que a dinâmica familiar estava interferindo na internação da criança. A família resistiu à realização de uma ressonância agendada, como exemplo desses conflitos. A equipe de enfermagem auxiliou no transporte da criança e reforçou os horários da escolinha ao verem as professoras na enfermaria, o que colaborou para participação do estudante.

No primeiro contato realizado pelas docentes, E1 demonstrou insegurança e relutou em entrar na classe hospitalar. Ele faz uso temporário de cadeira de rodas devido aos procedimentos cirúrgicos recentes. Foram necessárias algumas tentativas para que aceitasse participar das atividades, pois aparentava desânimo e receio.

Registro da interação: Após algumas abordagens e um acordo de que ficaria apenas cinco minutos para conhecer o espaço, E1 decidiu entrar. Ao notar os brinquedos e a mesa com potes de lápis e materiais, começou a conversar e retirou o dedo da boca, sinalizando maior conforto. A docente então apresentou a atividade: a construção de uma camiseta onde cada campo solicitava uma informação pessoal, como cor predileta, nome de amigo(a), quem morava na casa com ele, animal preferido e comida favorita. E1 demonstrou envolvimento, pintando o desenho do lápis com sua cor escolhida e desenhando sua comida favorita, completando a atividade com motivação.

Ao finalizar, E1 participou de um jogo de dominó de associação com a professora e outra estudante que estava na mesma mesa. Foi perceptível a mudança em sua expressão e humor. O tempo de permanência, inicialmente previsto para cinco minutos, se estendeu para uma hora. Ao sair, compartilhou com sua avó que havia gostado da experiência e que retornaria no dia seguinte, o que de fato aconteceu.

Reflexões sobre conflitos e dilemas éticos: A longa ausência da escola e a falta de acompanhamento pedagógico durante o início da internação no IGES – Base resultaram na interrupção de hábitos e rotinas de estudo, o que contribuiu para a resistência inicial tanto do estudante quanto de sua família.

Além disso, os conflitos familiares tendem a se intensificar durante o período de internação, especialmente quando prolongado, impactando não apenas na dinâmica familiar, mas também, em muitos casos, na estrutura econômica da família.

Reflexões sobre o ponto de vista do observador: Apesar das adversidades que inicialmente dificultaram a participação do estudante, ao longo do tempo, o bem-estar da criança tornou-se um fator motivador. Tanto a família quanto a equipe de saúde passaram a incentivar sua presença na classe hospitalar, reconhecendo os benefícios dessa interação.

Diário de campo – novembro, 2024.

Contexto: No início da manhã, a professora entra na enfermaria da Ala B para realizar a coleta de dados educacionais das crianças internadas. No momento, há quatro pacientes internados. Ao perguntar para cada estudante, idade e ano escolar que está cursando a docente identifica que apenas uma estudante está matriculada no 5º ano, enquanto os demais frequentam o 6º e 7º anos. A professora posiciona-se ao lado do leito da estudante do 5º ano e explica sobre o Programa Classe Hospitalar e o horário de atendimento.

Registro da Interação: Após finalizar a explicação, quando a docente preparava para sair da enfermaria, foi interpelada por E2, uma paciente de 12 anos, matriculada no 6º ano, questionou:

"Então, eu não poderei ir?"

A professora responde, infelizmente, não será possível e orienta a acompanhante a informar a escola sobre a situação, além de solicitar o atestado médico ao final da internação para apresentar na escola de origem.

Reflexões sobre Conflitos e Dilemas Éticos: A professora fica incomodada com a situação. Em conversa com um membro da equipe de saúde, reflete sobre como a atual Portaria Conjunta impõe restrições ao atendimento de estudantes da segunda etapa do ensino fundamental. Compreendendo que, se exceções forem abertas, a Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal (SEEDF) não organizará e encaminhará professores devidamente habilitados para essa etapa educacional. Entretanto, no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), observa-se que estudantes de outros estados, pertencentes à Educação Infantil e à primeira etapa do Ensino Fundamental, são atendidos, o que já contradiz o que está previsto na Portaria vigente, a professora reflete sobre a incoerência de atender apenas os estudantes do Distrito Federal, uma vez que todos têm o direito garantido por lei.

Reflexões sobre o ponto de vista do observador: Essa situação levanta questionamentos sobre a equidade e a abrangência do direito à educação no contexto hospitalar.

Diário de campo –outubro, 2024.

Contexto: No início da manhã, durante a rotina de identificação dos perfis escolares dos estudantes internados, a professora responsável pelo atendimento pedagógico no ambiente hospitalar adentrou a enfermaria da UCIPE com o objetivo de realizar a coleta de dados educacionais. Entre os pacientes internados, encontrava-se E2, uma adolescente de 12 anos, regularmente matriculada na rede pública de ensino do Distrito Federal, cursando o 6º ano do ensino fundamental.

Registro da Interação: Após concluir as orientações gerais sobre os procedimentos relacionados ao acompanhamento escolar hospitalar, e já se preparando para deixar o leito, a professora foi abordada pela mãe da paciente, e essa a questionou o motivo pelo qual sua filha não poderia participar das atividades do Programa Classe Hospitalar.

Com postura acolhedora, mas constrangida, a docente explicou que, conforme determina a Portaria Conjunta em vigor, firmada entre a Secretaria de Estado da Educação do

Distrito Federal (SEEDF) e a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF), o atendimento educacional hospitalar está restrito às crianças da Educação Infantil e aos estudantes da primeira etapa do Ensino Fundamental (1º ao 5º ano). Informou, ainda, que, diante da ausência de previsão normativa para o atendimento de estudantes da segunda etapa do Ensino Fundamental (6º ao 9º ano), infelizmente, não seria possível incluir a aluna no programa.

A professora orientou a mãe a comunicar a escola de origem sobre o período de afastamento e a solicitar, ao final da internação, um atestado médico para formalizar a justificativa da ausência. Diante da negativa, a mãe, visivelmente insatisfeita, manifestou a intenção de registrar uma ouvidoria, considerando a medida discriminatória e injusta frente ao direito à educação previsto em lei.

Reflexões sobre o ponto de vista do observador: A situação vivenciada revela tensões estruturais que atravessam a oferta da educação em ambientes não escolares, especialmente quando regulada por normativas que não acompanham as complexas realidades das infâncias e adolescências em situação de adoecimento. A negativa do atendimento à aluna E2, respaldada por uma normatização administrativa, explicita a distância entre o que é garantido em documentos legais como a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, e o que de fato é viabilizado na prática.

4.4.2 O Sujeito Escolar Hospitalizado

O segundo eixo temático, O Sujeito Escolar Hospitalizado, permite refletir sobre a importância da escolarização no ambiente hospitalar, pois ela devolve à criança internada sua identidade de estudante, resgatando seu lugar social como criança contemporânea e destacando aspectos que vão além da situação de adoecimento.

As entrevistas suscitaram um conjunto de questões pertinentes à dimensão subjetiva da experiência escolar vivida pela criança hospitalizada, destacando, em especial, os sentimentos de pertencimento que se manifesta em relação à escola inserida no ambiente hospitalar. Os relatos apontam que, mesmo diante do contexto adverso da hospitalização, a escola hospitalar configura-se como um espaço significativo de vínculo, continuidade e identidade para criança hospitalizada.

Todas as crianças que estão em idade escolar e que frequentam a classe escolar, todas assim são todas apaixonadas. Elas falam é principalmente aquelas internações longas. Elas falam do horário da aula como o momento mágico do dia delas, porque é aquele momento que ela sai, daquele ambiente hospitalar, daquela sala, daquele quarto quadradão branco, que tem medicação

toda hora, que tem gente se examinando toda hora daquela, daquela quebra da rotina deles que eles estão ali, que eles estão o tempo todo lembrando que estão doentes e eles vêm para um ambiente que eles se reconectam com a rotina deles, porque eles retomam o estudo. Muitas vezes aquele dever de casa é um dever de casa que eles têm ali, um contato com a professora. Que eles estão tendo contacto com os colegas de uma certa maneira, né? Então eles estão reproduzindo coisas da rotina deles, estão num ambiente que tem todo um preparo para receber um acolhimento, que tem todo um ambiente lúdico para isso, né? Então, para eles, o ponto alto é o é a hora da escola. Eles são apaixonados pelo horário da escola. (P6)

As falas dos entrevistados pontuaram situações nas quais as crianças expressam sinais de desconforto diante do processo de hospitalização. Esse desconforto está frequentemente associado à interrupção brusca de sua rotina habitual, bem como à dificuldade de assimilar à nova realidade imposta pelo ambiente hospitalar. A transição repentina do cotidiano familiar e escolar para um espaço institucional, marcado por regras, protocolos, procedimentos médicos e restrições, tende a gerar sentimento de insegurança, estranhamento e resistência.

Eu acho assim que primeiro sai do da rotina, né? Sai do ambiente, é um ambiente estranho. Então, assim, ela está num local estranho, com pessoas estranhas, tem a companhia do pai ou da mãe. Isso aí já reduz um pouco do estresse, mas eu acho que assim que a criança fica sem ir para a escola, sem socializar, eu acho que talvez nessa fase da internação, acho que a falta da socialização. Eu acho que elas que elas devem sentir mais. (P7)

Eu acho que o medo a criança lida muito com medo, com a ansiedade do desconhecido e de fato, como sair do ambiente que é seguro para ela. (P1)

Olha, a hospitalização por si só já é desafiadora, porque é as crianças, elas não têm tanto repertório para lidar emocionalmente com esse cenário, né? Então, muitas vezes a gente precisa trabalhar com elas, né, para assimilar melhor, né, compreender algumas coisas do cenário. Então, assim, é muita gente que vem, que examina, que pergunta que é todo o tempo interrupção. Muitas vezes você está num descanso e vem alguém pra te dar medicação? Você tá fora da sua rotina? A maioria das enfermarias é compartilhada, então você tá ali com várias famílias, eles têm que lidar às vezes com situações desagradáveis dentro da própria enfermaria. Então às vezes uma criança que não está bem, que precisa dormir e do lado tem uma criança muito chorosa e você não dorme direito, é briga pelo ar-condicionado. Então ali tem inúmeros desafios. É o por si só estar doente, porque já tem o desconforto de estar doente, os medos que a criança traz, junto com isso, as questões de serem manipulada, de ser examinada, de ser furada, né? De ter o tempo todo está saindo para fazer exame, então já tem toda a ansiedade que isso envolve. Ainda tem as questões de convivência com os demais, que também vira e mexe a gente tem situações envolvendo isso.

Então, são inúmeros os desafios e quando a internação é longa, os desafios se ampliam, porque aquela criança que está há muito tempo longe da família, às vezes assim, com saudade de um irmão que muitas vezes não vai ter autorização de entrar para visitar, né? Em alguma situação específica, permite, mas nem sempre é permitido. Então é saudade do irmão, é saudade da rotina. É aquela angústia de por que é que eu não melhoro, por que é que a minha

internação está longa, por que é que eu tenho que passar tanto tempo aqui? (P6)

As narrativas dos participantes da pesquisa revelaram que, na percepção dos profissionais de saúde, a participação das crianças hospitalizadas no Programa Classe Hospitalar promove mudanças significativas e positivas durante a internação. Os profissionais relataram que percebem que quando as crianças participam das atividades pedagógicas oferecidas pelo programa, as crianças tendem a demonstrar uma aceitação melhor em relação à hospitalização, o que contribui para uma experiência menos traumática.

Inclusive a gente teve um paciente lá da UTI que ficou muito tempo internado e a gente fez essa articulação com vocês e a gente percebeu depois que ela começou esse tipo de atividade, até uma melhora assim no humor mesmo, porque essas internações assim, muito prolongadas, causam estresse na criança, né? E ela, ela está fazendo uma atividade nesse sentido. Dá uma nova visão do dia dela, né? Um estímulo a mais, né? (P7)

É, a gente consegue organizar uma rotina com essa criança de até tornar o nosso acesso à criança um pouco mais humanizado, um pouco mais facilitado. Essa criança tem uma receptividade maior da equipe quando ela está envolvida nesse contexto, sem dúvida. (P1)

O fato de ter a classe assim, a equipe de saúde como um todo, o fato de ter um trabalho de escolarização com a criança para a equipe de saúde, acho que sim. Eu acho que até as rotinas são mais fáceis de serem organizadas, a gente determina, a gente consegue organizar melhor a dinâmica de um plantão, quando a gente tem o apoio de atividades que são pertinentes à rotina da criança. (P1)

Eu vejo assim, que contribui demais para melhora da criança, né? Porque é meio que simular a rotina dela, né? Ela vai para a escola, ela brinca. Ela também tem o seu momento de diversão. (P3)

As crianças que passam pela classe, mas realmente são crianças que aceitam mais o ambiente hospitalar. (P4)

É, com certeza, sim. É importante não só por essa questão das crianças, né, não perderem o conteúdo, mas também é uma forma delas. E manterem ativas, né? (P5)

A classe hospitalar ela é, ela anda de mãos dadas. A gente da saúde mental, porque ela é fundamental para promover saúde mental dentro hospital. (P6)

Que eles retornam do quando vão para o ambiente mesmo, que tem outras perspectivas, né? Eles saem daqui, tem uma outra atividade, eles voltam mais ativos, mais colaborativos com a gente. Tira um pouco o estresse da criança. (P2)

Eu percebo que a atuação da classe é, ela vem a agregar, né? No sentido de ser mais uma atividade. Para tirar aquela criança do leito, para fazer aquela criança se movimentar, né? Às vezes a criança não quer sair, às vezes a criança

está com dor. Então, assim, é mais uma forma de fazer essa criança deixar o leito e andar, né? Mudar o ambiente, mudar a forma como ela estava na internação, né? É mais uma estratégia, né? Além de não fazer com que ela perca o contato, né? Porque às vezes a criança perde o contato com a parte pedagógica, não quer saber de fazer nada referente a isso. É mais uma estratégia, né, no sentido de deixar essa internação menos traumática e menos estressante para as crianças. (P8)

A gente percebe que as crianças ansiosas. Elas ficam muito angustiadas, né? Solicitando alta, solicitando retorno para casa, porque isso aqui é um ambiente muito diferente do ambiente que ela está acostumada, não é? Além de ser um ambiente além dela, está fora do ambiente. Fora da família, ela também está passando muitas vezes por procedimentos invasivos, né? Então é eu acesso, é uma injeção, é uma medicação, né? São procedimentos dolorosos, são procedimentos invasivos e para aquela criança que nunca foi internada ou que raramente foi internada, isso é muito angustiante. Isso é muito estressante, nem. Então assim, eu acho que a classe ela ajuda muito nesse sentido. (P8)

Nos relatos dos participantes da pesquisa, observa-se como o papel da escola hospitalar atribui um novo significante para a criança hospitalizada. Nesse contexto, o foco deixa de ser exclusivamente a condição de saúde e passa a destacar a criança como estudante, oferecendo uma perspectiva diferente para a experiência da criança hospitalizada. Dessa forma, evita-se que o adoecimento se sobreponha à essência do sujeito criança durante a internação.

Ela não perde o conteúdo, principalmente essas de longa, de longa permanência, né? E se mantém ativas assim. Então eu vejo vocês muitas Juntamente com as terapeutas, né? Trazendo atividades, livrinhos e conteúdo para esses meninos para eles se manterem sempre, né? Estudando. (P5)

Eu acho que em alguns atendimentos que a criança trouxe questões escolares, de situações da escola, que a gente teve a oportunidade de fazer a troca com vocês. E vocês que têm esse contato direto com a escola, que vocês foram atrás e viram que a gente conseguiu dar orientações para a família, dar direcionamento para a família que acabou, que o atendimento foi para além das situações, para lá, né? Então eu me lembro de uma mãe. Eu não vou lembrar agora o nome da criança, né? O nome da mãe. Mas eu me lembro de uma mãe que trouxe uma situação escolar que ela estava amarrada, tentando resolver. A gente viu que ela estava realmente mãos atadas. E a gente teve uma troca. E a partir dessa troca e de uma conversa com a escola, a gente conseguiu é dar um norte para essa mãe na situação dela resolver aquela questão. Então, assim, você vê que vai para além do ambiente hospitalar. Aquele caso especificamente que eu me lembro que era uma mãe bem angustiada, eu lembro que ela tinha relatório da escola, era uma situação de aprendizagem, ela tinha relatórios da escola e como a gente dentro do ambiente hospitalar, a gente muitas vezes está ali conversando com a mãe. Eu falo muito assim, eu dou o meu. O meu trabalho é dar o suporte emocional no contexto do adoecimento, mas a gente nunca sabe o que vem dali. Então, às vezes o adoecimento não é o que está gerando um sofrimento emocional ali. Às vezes tem uma questão lá de casa que está ali junto e que essa mãe vai aproveitar a oportunidade para conversar sobre aquilo, para desabafar sobre aquilo. Então esse caso específico foi isso.

Essa mãe tinha uma questão com o filho na escola e eu lembro que ela tinha os relatórios da escola e a gente teve uma troca e daí a gente conseguiu dar um norte para esse daí. Então, ou seja, foi para além do contexto da internação. (P6)

Durante a escuta dos profissionais de saúde, torna-se evidente a relevância atribuída pelas crianças hospitalizadas ao atendimento pedagógico oferecido no ambiente hospitalar. Observa-se, por meio dessa escuta qualificada, que o espaço educativo se configura como uma dimensão valorizada pelas crianças.

Eu estou esperando o horário da escolinha, está na minha hora. Elas não querem ser atendidas, elas não querem que a gente faça nada, né? Então elas preferem ir para a escola, né não, tia. Depois, na hora que eu voltar da escola, a gente conversa, a gente brinca e tal, porque é a escolinha é muito importante para elas, né? Essa questão de deixar o leito, de sair, de manter o vínculo para a escola, né, de manter uma coisa que é que elas entendem que é importante. (P8)

Então ela não quer perder nem um minuto, então na hora que a gente chega, ela já fala que eu estou indo para escola. Elas ficam contando os minutos, toma banho. Às vezes tem que criança não quer nem tomar banho, tomar banho para ir para a escola. Isso é muito assim. É bem visível isso a gente consegue perceber bem, claro. (P8)

E você reconecta a criança com a rotina dela, ela está de repente, ela Ops, saiu um pouco daquele ambiente hospitalar. Eu estou num ambiente lúdico, eu tenho contato com a escola, eu tenho contato com aprendizado, eu estou momentaneamente ali, eu esqueço que eu estou naquele ambiente, não é? Então eu acho que essa, essa reconexão, ela ajuda muito na saúde mental da criança, inclusive durante o processo de hospitalização. (P6)

A primeira que eu acho que, do ponto de vista educacional, você não interrompe esse processo de educação da criança. E eu acho que o segundo tem a ver com a socialização desse ambiente, a internação. Ela já é muito traumática para criança, então a gente tira ela de todo o contexto dela, então, eu entendo que, primeiro, essa criança continua sendo escolarizada, a gente não interrompe, a gente não faz com que a criança depois tenha que correr atrás. De todo esse prejuízo. E o segundo a gente mantém ela minimamente dentro daquilo que é o escopo da rotina social da ela. Então acho que esses dois aspectos principais. (P1)

As entrevistas realizadas evidenciaram que, sob a perspectiva dos profissionais de saúde, que para a família do estudante internado a participação dos filhos no Programa Classe Hospitalar é percebida não apenas como uma atividade complementar durante o período de internação, mas, sobretudo, como uma forma concreta de assegurar a continuidade de um direito fundamental da criança: o direito à educação. Tal participação é compreendida pelas famílias como um indicativo de cuidado integral, uma vez que demonstra sensibilidade

institucional às necessidades da criança em situação hospitalar. Nesse contexto, o programa não apenas preserva vínculos com a rotina escolar e o processo de aprendizagem, mas também reforça o sentimento de cuidado em meio ao ambiente hospitalar, contribuindo para o fortalecimento da confiança das famílias nas práticas de cuidado desenvolvidas pela equipe multiprofissional.

Até para os pais compreenderem o processo de internação e entender que todos os aspectos da infância estão sendo preservados ou mais preservados possível, né? Porque é uma internação. Não tem como a gente não, não causar alguma reação nessa, nessa criança, nessa família, né? Mas eu acho que ela entende que. (P1)

Sim, acho que os pais passam a aceitar mais a internação prolongada porque veem que as crianças estão de alguma forma tendo instrução, tendo ajuda naquele momento. (P4)

Mas eu vejo o interesse das mães, até da própria criança. Ela quer vir. Ela sente vontade de estar aqui, de interagir, de fazer as atividades. É uma coisa muito rica, né, para criança, para mãe, para escola. (P3)

As falas dos participantes destacam a classe hospitalar como um ambiente escolar focado na escolarização, diferenciando-se das atividades realizadas na brinquedoteca. Observa-se que as vivências relacionadas ao ambiente escolar no contexto da saúde, como o lúdico, a leitura, a escrita, a pintura, o desenho e outras intervenções, promovem a reconexão da criança com sua identidade escolar.

Com certeza, principalmente para aquelas crianças que têm internação mais a longo prazo, não é para não perderem as atividades da escola provas, né? Conteúdo em si com certeza. Ela não perde o conteúdo, principalmente essas de longa, de longa permanência, né? E se mantém ativas assim. (P5)

Inclusive a participação mesmo de educacional. Elas ficam muito ansiosas. Assim, se vão reprovar de ano, então todo o apoio que, ajuda, não é? Continuar o desenvolvimento está lá mesmo da criança, nessa preocupação. Se eu vou passar de ano, se eu vou ver meus amiguinhos, tudo, eles realmente eles referem isso. (P2)

Sim, principalmente nas internações de longo prazo, porque ajuda na retomada, né, da escola, depois da alta? (P4)

É, acho que é muito importante essas crianças, né? Às vezes com longa internação. Precisam ter esse apoio, né? Da escola é a parceria das meninas que trabalham aqui, as professoras com as escolas de origem. (P3)

As crianças ficam ansiosas pelo horário, elas ficam ansiosas por poderem sair do leito. Poder procurar a sala, que é uma forma de, além de manter o contato com a parte pedagógica, que muitas vezes fica um tempo internado, também é uma forma de sair do leito, né? E mudar aquele ambiente. (P8)

A vida da criança na casa dela, né? Ela tem essa rotina da escola, ela tem, hora lúdica que ela brinca. Então, assim é, é como se continuasse, né? Durante a internação dela, num período difícil que ela está enfrentando, né? Na doença, na restrição com o leito. Então, ao meu ver, é o fato dela ser criança e ter que ficar restrita, né? Ao leito. É assim que assim que ela me tem alguma melhora que a gente consegue tirar. Ela que pode tirá-la do leito, né? A gente faz um trabalho no sentido de acelerar isso para poder dar mais atividade a essa criança. (P3)

A partir da análise dos registros provenientes das observações realizadas, emergiram diversas situações que demonstram, o papel fundamental que a escola desempenha na vida da criança em situação de internação hospitalar. Essas situações revelam que, mesmo diante do adoecimento e do afastamento do ambiente escolar convencional, o vínculo da criança com a escola permanece como um elemento estruturante de sua identidade, oferecendo-lhe referências de pertencimento e continuidade da trajetória educativa. A presença de atividades escolares no contexto hospitalar, promovidas, por meio do Programa Classe Hospitalar, surge como uma oportunidade de reconexão com aspectos familiares da rotina cotidiana, mitigando os efeitos da ruptura provocada pela hospitalização. Assim, a escola, ainda que adaptada ao contexto hospitalar, se configura como um espaço simbólico de estabilidade e pertencimento, contribuindo para o enfrentamento do sofrimento e do desconhecido pela criança em situação de internação.

Diário de Campo - outubro, 2024

Contexto: E3, 7 anos, estudante da rede pública do Distrito Federal e matriculada no 2º ano do ensino fundamental, encontra-se internada devido a complicações no pós-operatório. A hospitalização já se estende por quase dez dias. Apesar das sucessivas abordagens das professoras da classe hospitalar, E3 ainda não havia demonstrado interesse em participar das atividades. Observa-se que a criança está frequentemente chorosa, reagindo com emoção intensa sempre que alguém entra na enfermaria. As docentes também notaram que E3 apresenta uma fala mais infantilizada, comportamento que, segundo relato da mãe, surgiu após a internação.

Registro da Interação: E3 permanece em frente à porta de vidro junto de sua mãe. A professora a convida a entrar. Inicialmente hesitante, E3 olha para a mãe, que lhe devolve um olhar de incentivo. A criança então sinaliza positivamente com um leve movimento do pescoço. A professora reforça que a mãe está próxima e que, caso precise, pode chamá-la ou sair a qualquer momento.

Ao adentrar o espaço da classe hospitalar, a professora inicia um diálogo com perguntas simples: se E3 gosta da escola, quais são os nomes dos amigos. E3 responde e, aos poucos, engaja-se na conversa. A professora apresenta uma atividade de associação de palavras a imagens. E3 demonstra interesse e começa a realizar a tarefa. Durante a atividade, manifesta espontaneamente: “Estou muito triste, pois perdi o passeio da escola.” A professora escuta atentamente e pergunta sobre o destino do passeio. E3 responde: “No circo” e, nesse momento, começa a chorar. Entre soluços, acrescenta: “Não quero passar o meu aniversário aqui!”

A professora percebe a tristeza da estudante e manifesta acolhimento. Ao verificar que E3 havia completado recentemente a data, pergunta: “Quando é o seu aniversário?” E3 responde que é em outubro. Com empatia, a professora reforça que a estudante está melhorando, destacando o progresso do dia: “Hoje você conseguiu caminhar até aqui, isso é sinal de melhora!”

Reflexões sobre o ponto de vista do observador: A interação evidencia que a hospitalização não desconecta a criança de sua rotina e dos eventos que compunham sua experiência escolar. O relato de tristeza em relação ao passeio escolar e ao aniversário demonstra o impacto emocional da internação, ressaltando a importância da manutenção de vínculos e atividades que proporcionem à criança um senso de continuidade e pertencimento. A inserção da estudante na classe hospitalar, mesmo que inicial e hesitante, representa um passo importante no seu processo de compreensão sobre o ambiente hospitalar e na reconstrução de sua rotina escolar dentro desse novo contexto.

Diário de campo: novembro, 2024.

Contexto: E4, estudante da rede pública de ensino, 7 anos, 2º ano, frequentou pela primeira vez a classe hospitalar. Durante a aula, demonstrou interesse e engajamento nas atividades propostas.

Registro da interação: Ao final do atendimento, ao sair, E4 virou-se para a mãe e disse animada:

- Mãe, amanhã eu volto para brincar no fogãozinho!

A professora, então, explicou:

- Mas amanhã é sábado, e a escola não funciona aos sábados.

Diante disso, E4 olhou para a mãe e respondeu:

- Então, eu vou ficar doente de novo, para a professora me ensinar mais e eu brincar mais!

Reflexões sobre o ponto de vista do observador: O episódio evidencia como a experiência na classe hospitalar proporcionou à estudante um ambiente acolhedor e estimulante, despertando nela o desejo de continuar aprendendo e interagindo, mesmo em um contexto de internação.

No espaço da classe hospitalar, ocorrem situações que demonstram que, além da escolarização, o ambiente favorece trocas entre os estudantes que vão além do aspecto acadêmico, criando oportunidades para que compartilhem suas experiências e falem sobre si, suas dores e anseios.

Diário de campo: dezembro, 2025.

Contexto: Durante a interação na Classe Hospitalar, observei uma conversa entre E5, estudante da rede pública do Distrito Federal, 10 anos, 5º ano, e E6, também estudante da rede pública, 8 anos, 2º ano.

Registro da interação: E5 compartilhou com E6 que seus pais eram separados e que sua mãe havia tido gêmeos com seu padrasto. Ele mencionou que gostava do padrasto, mas que preferia morar com o pai. Em seguida, perguntou a E6:

- Onde você mora?

E6 respondeu:

- No Recanto das Emas.

Diante da resposta, E5 comentou:

- Eu também tenho um padrasto, mas eu gosto dele. Porque o meu pai... aquilo eu não posso chamar de pai. Ele me espancava, espancava minha mãe e abandonou a gente.

Reflexões sobre o ponto de vista do observador: A conversa evidenciou relatos espontâneos sobre experiências familiares marcadas por desafios e violências, demonstrando como as vivências pessoais emergem nos diálogos entre os estudantes no contexto hospitalar.

Diário de Campo – outubro, 2024.

Contexto: Observação em sala de aula durante atividade de matemática no atendimento pedagógico no ambiente hospitalar. A proposta consistia em pintar coelhos associando a quantidade ao algarismo.

Registro da interação: E6, estudante de 6 anos, envolveu-se na atividade e pintou um coelho de marrom e outro de amarelo. Durante o processo, verbalizou espontaneamente a seguinte fala para a professora:

E6 (apontando para o coelho amarelo) – Esse coelho é do rico, e esse (apontando para o coelho marrom) é do pobre.

A professora, buscando compreender o raciocínio da criança, perguntou:

– Mas por que, E6?

Ele respondeu, de maneira assertiva:

– Porque a vida é assim, professora.

Reflexões sobre o ponto de vista do observador: O comentário espontâneo da criança sugere uma internalização precoce de percepções sociais sobre desigualdade e status, expressa por meio de uma atividade lúdica. A fala de E6 levanta questões sobre como conceitos socioeconômicos são assimilados na infância e se manifestam no contexto hospitalar.

Diário de Campo - novembro, 2024

Contexto: Observação em sala de aula durante uma atividade de português no atendimento pedagógico no ambiente hospitalar. Participam da atividade dois estudantes em internação prolongada: E7, de 9 anos, matriculada na rede pública do Distrito Federal e cursando o 4º ano, que passou por complicações e pela UTI; e E8, de 8 anos, estudante da rede municipal de Goiás, cursando o 3º ano. A professora distribui atividades diferentes de português para cada um.

Registro da Interação: A professora inicia a atividade dirigindo perguntas a E7, que permanece em silêncio. Diante da insistência da professora, E8 intervém e comenta:

Professora, E7 é assim, de pouca conversa. Ela não gosta de conversar, estou na mesma enfermaria dela e ela não me responde também. A professora ouve atentamente e questiona E7:

Você está com dor? E7 acena com a cabeça, confirmando.

Diante disso, a professora aciona a mãe e sugere que E7 seja encaminhada para avaliação médica.

Com a saída de E7 da sala, E8 comenta com a professora:

É dor, né? Difícil.

Reflexões do Observador: A interação revela como as condições de saúde influenciam o envolvimento dos estudantes nas atividades pedagógicas em um contexto hospitalar. A observação de E8 sobre o comportamento de E7 evidencia um entendimento empático da situação e uma percepção sensível sobre a dor e o silêncio. A atitude da professora ao perceber

a necessidade de intervenção médica destaca a importância de um olhar atento e responsivo no atendimento educacional hospitalar.

4.4.3 *Modelo Biomédico em Saúde*

O terceiro eixo revela como, no contexto hospitalar, o discurso da racionalidade científica assume um papel central. Fundamentada em uma lógica de universalidade e padronização, essa abordagem extrapola as paredes brancas dos hospitais, influenciando processos, protocolos e decisões. Seu alcance ultrapassa o espaço físico, impactando de maneira significativa as perspectivas e práticas da saúde contemporânea.

A análise dos excertos das narrativas dos participantes permite demonstrar que, no cotidiano da instituição hospitalar, há uma prevalência marcante da valorização do discurso médico como principal referência para a condução das práticas e tomadas de decisão. Esse predomínio discursivo reflete a hegemonia do saber biomédico no ambiente hospitalar, o qual é historicamente legitimado como a instância de maior autoridade técnica e científica no cuidado à saúde. Tal centralidade do discurso médico tende a organizar e hierarquizar as relações entre os diferentes profissionais, influenciando inclusive a percepção dos usuários e acompanhantes sobre quais saberes são considerados válidos ou relevantes nesse contexto. Em consequência, observa-se uma relativa invisibilização de outras dimensões do cuidado, como os aspectos pedagógicos, psicológicos e sociais, os quais, embora fundamentais para a integralidade da atenção em saúde, acabam muitas vezes subordinados à lógica médica.

Assim, por mais que tenha evoluído, a gente ainda está num ambiente assim periférico. Vamos assim, biomédico, né? A gente ainda é um pouco periférico, né? Mas assim eu diria que aos poucos a gente vai ganhando nosso espaço na nossa atuação, entendeu? (P8)

Eu acho que as rotinas hospitalares talvez ainda sejam muito rígidas. Isso dificulta um pouco. Então, se a gente for pensar na nossa rotina aqui na enfermaria, é o horário da aula. Bate com o horário que a gente tem coleta de exame. Então, quando a gente tem coleta de exame, como eu não tenho a rotina do laboratório de retornar com outro horário, eu falo para essa criança, hoje você não vai. Então eu acho que essa rotina hospitalar ainda é muito rígida. Em relação, pensar estes aspectos. E a gente centra tudo muito ainda o aspecto médico, né? Então a gente prioriza, isso em detrimento do resto. (P1)

A partir dos trechos das entrevistas, torna-se latente a predominância de uma valorização do corpo biológico nas falas dos participantes, revelando uma concepção de saúde ainda fortemente ancorada na perspectiva biomédica tradicional. Essa ênfase recai sobre os aspectos fisiológicos e patológicos do adoecimento, como se fossem prioritários no processo

de tratamento, em detrimento de outras dimensões igualmente relevantes, como as esferas subjetiva e relacional da criança hospitalizada. Tal percepção sugere uma separação simbólica entre corpo e mente, como se o sofrimento psíquico, os afetos e as experiências subjetivas não integrassem de forma significativa o quadro clínico ou o processo de tratamento. Essa fragmentação do sujeito, típica da racionalidade biomédica, contribui para a construção de práticas que privilegiam intervenções centradas no organismo e nos sintomas físicos, desconsiderando, muitas vezes, a complexidade e integralidade do ser humano em situação de adoecimento.

Eu acredito que quando a gente está cuidando da criança, a gente está cuidando do todo, então é lógico que a criança está internada porque a priori que estão a ser resolvida é de saúde física, né? Tem algum adoecimento ali que precisa ser resolvido, precisa ser cuidado, mas a gente não pode esquecer que a criança, ela é um ser completo. O emocional também tem um peso e é lógico que quando você trabalha em equipe, cada um vai ter o seu papel. Mas se a gente trabalha junto e a gente tem trocas, eu acho que todo mundo tendo essas trocas, todo o mundo consegue avaliar o que. É que cada um ali contribui e a classe hospitalar contribui muito da saúde mental da criança. (P6)

Nas entrevistas, em alguns trechos, embora haja entre os participantes o reconhecimento da relevância do trabalho pedagógico no contexto da hospitalização, existe uma etapa que fica restrita ao campo da saúde. Essa delimitação manifesta-se na forma de uma separação funcional, na qual o cuidado com o corpo físico e os procedimentos terapêuticos continuam sendo compreendidos como pertencentes exclusivamente à esfera médica e assistencial, enquanto as ações educativas são vistas como complementares ou acessórias.

Assim, claro, as crianças que passam pela classe, mas realmente são crianças que aceitam mais o ambiente hospitalar. [...] O tratamento, sim. É o diagnóstico? Não acho que não influencia, não. Mas quanto ao tratamento ou se a fluidez do tratamento, eu acho que ajuda. (P4)

Em determinados registros oriundos das observações de campo, foi possível identificar manifestações por parte dos familiares que indicam a incorporação do discurso biomédico. Esse modelo, centrado na dimensão física da doença e no tratamento clínico do corpo adoecido, tende a influenciar significativamente a forma como as famílias compreendem as possibilidades de participação da criança hospitalizada em atividades educativas. Nessa perspectiva, observou-se que, em diversas situações, os responsáveis acabam por restringir o envolvimento do estudante nas ações pedagógicas desenvolvidas no contexto da Classe Hospitalar, com base em critérios relacionados exclusivamente ao estado físico da criança, desconsiderando, por vezes, suas potencialidades. Tal postura pode, ainda que de forma não intencional, contribuir para o

reforço de uma visão reducionista da infância em situação de adoecimento, limitando oportunidades de aprendizagem e expressão que seriam fundamentais para o enfrentamento da hospitalização.

Diário de campo - novembro, 2024.

Contexto: Durante a passagem pelo leito, a professora reforça o horário de atendimento pedagógico para E9., estudante de 6 anos, matriculado na rede pública de ensino do Distrito Federal, atualmente no 1º ano. E9 encontra-se em internação prolongada e sua família já está adaptada à rotina hospitalar.

Registro da interação: Ao ser informada sobre o atendimento, a mãe responde prontamente:

E9 não irá hoje. A professora questiona a razão da ausência e a mãe, sem olhar para a criança, responde:

-Ele está com o soro na mão que escreve. Diante dessa justificativa, a professora explica que a presença do estudante é possível, pois as atividades serão adaptadas conforme suas condições. E9 observa a fala, mas permanece em silêncio, enquanto a mãe insiste:

- Ele não tem condições de ir. A professora sugere que a mãe reavalie a situação, considerando a importância do vínculo e da continuidade das atividades educacionais.

Reflexões sobre o ponto de vista do observador: A interação revela um possível conflito entre a perspectiva da professora, que busca garantir o direito à educação e realização das atividades adaptadas à condição de saúde da criança, e a percepção da mãe, que pode estar priorizando outros aspectos do cuidado. O silêncio da criança também chama atenção, sugerindo a necessidade de compreender melhor sua vontade e disposição para participar das atividades escolares. A situação levanta questões sobre o papel da família no processo educativo no contexto hospitalar, como também a prevalência do que é da ordem do biológico em detrimento de outros aspectos que também estão presentes na cena hospitalar e os desafios de manter o vínculo escolar durante a internação.

Durante as observações, aconteceram situações diversas, e mesmo diante dos desafios enfrentados pelo estudante hospitalizado, ainda assim houve momentos em que o desejo de aprender prevaleceu frente às adversidades.

Diário de Campo - novembro, 2024

Contexto: Duas estudantes em internação prolongada participam da atividade pedagógica: E10, 9 anos, matriculada na rede pública do Distrito Federal e cursando o 4º ano, passou por complicações e esteve na UTI; e E11, 9 anos, estudante da rede municipal de Goiás, cursando o 3º ano. Ambas compartilham a mesma enfermaria e já foram mencionadas anteriormente em registros. Esta observação ocorre após um período de ausência de E10 na classe hospitalar, pois houve complicação no seu quadro de saúde. E10 está com atividades encaminhadas pela escola de origem.

Registro da Interação: Ao chegar na salinha, observo que E10 além do suporte de soro, está com sonda nasoentérico, o que gera mais desconforto. A estudante está com atividades encaminhadas pela escola de origem. Quando a professora termina a explicação, a médica chega para examinar E10. A professora esclarece que aluna ia começar a atividade e relata o esforço de E10 para chegar até a classe. A médica escuta atentamente a docente falando sobre o esforço e a dedicação que E10 tem demonstrado para participar das atividades. A médica decide não retirar E10 da salinha e permite que a estudante conclua seus exercícios e posteriormente, ela irá examiná-la. E10 e E11 manifestam satisfação em poderem terminar as atividades juntas.

Reflexões sobre o ponto de vista do observador: A situação reforça a importância do ambiente escolar no contexto hospitalar. O empenho de E10 em participar das atividades, mesmo diante do desconforto físico, evidencia o valor que a aprendizagem tem para ela. A postura da professora ao destacar o esforço da aluna e a receptividade da médica mostram uma interação positiva, que respeita o direito da criança à educação mesmo em condições adversas.

A satisfação de E10 e E11 ao permanecerem juntas na atividade indica o papel significativo do vínculo no processo de aprendizagem e no bem-estar emocional das estudantes.

As observações evidenciaram os vínculos estabelecidos entre a equipe de saúde e os professores do Programa Classe Hospitalar, os quais repercutem diretamente na qualidade do atendimento prestado à criança hospitalizada.

Diário de Campo – outubro, 2024.

Contexto: A psicóloga busca a equipe pedagógica para discutir o caso de uma estudante do 6º ano (E12) que apresenta queixas recorrentes de dores físicas sem causa orgânica identificada nos exames médicos.

Registro de interação: Durante o encontro, a psicóloga destacou que, embora E12 não estivesse formalmente incluída nos atendimentos regulares do Programa Classe Hospitalar, ela

considerava importante trazer a situação para discussão. A psicóloga relatou que E12 demonstra grande interesse e conhecimento em biologia, especialmente em temas relacionados a animais e espécies, mas enfrenta dificuldades significativas de socialização na escola. Segundo relato materno, E12 tende a isolar-se, considerando os colegas de sua turma “infantis” e não conseguindo integrar-se ao grupo de alunas mais velhas, que não a acolhem. Observou-se ainda que, no ambiente familiar, os pais dedicam atenção majoritária à irmã mais nova devido a questões de saúde, o que pode estar influenciando o comportamento da estudante.

Ao término da conversa, a equipe pedagógica, em conjunto com a psicóloga, refletiu sobre a necessidade de encaminhamento para a equipe de altas habilidades, considerando o perfil e os interesses acadêmicos demonstrados por E12. Além disso, destacou-se a importância de abordar a dinâmica familiar, visando uma redistribuição mais equitativa das atenções parentais.

Reflexões do observador: A situação de E12 revela não apenas um desafio escolar, mas também uma teia complexa de interações emocionais e familiares que impactam diretamente seu bem-estar e desempenho. Como observadora, percebo que as queixas somáticas podem estar funcionando como uma forma indireta de expressão das tensões emocionais vividas pela estudante. Além disso, a ausência de um espaço social de pertencimento na escola reforça o sentimento de isolamento, apesar de suas habilidades intelectuais destacadas. Esse episódio ressalta a importância de uma abordagem interdisciplinar que articule o trabalho pedagógico, psicológico e familiar, de modo a acolher as necessidades do estudante em sua integralidade.

Durante o período de acompanhamento, foram observadas situações em que a presença contínua do estudante no espaço da classe hospitalar se configurou como um elemento significativo no contexto terapêutico, atuando como indicador relevante do seu estado emocional e engajamento com o processo de recuperação. A equipe multiprofissional reconheceu que as vivências proporcionadas no ambiente educativo hospitalar desempenharam um papel fundamental como mediadoras na travessia da criança pelo processo de adoecimento, contribuindo para a elaboração subjetiva da experiência hospitalar e promovendo um sentimento de continuidade e pertencimento diante da ruptura imposta pelo adoecimento e pela internação prolongada.

Diário de Campo – novembro, 2024.

Contexto: O estudante E13, com 10 anos de idade, era regularmente matriculado na rede pública de ensino do Distrito Federal e cursava o 4º ano do ensino fundamental. Sua hospitalização foi motivada por complicações decorrentes de um acidente com o guidão de uma bicicleta, o que resultou em múltiplos procedimentos cirúrgicos e a necessidade de uso prolongado de sonda, impossibilitando a ingestão de alimentos sólidos. Ao longo de um período de internação estendido, o quadro clínico do estudante evoluiu de forma delicada, culminando, após meses de tratamento intensivo, em seu falecimento.

Registro de interação: Durante a internação, E13 demonstrou envolvimento contínuo com as atividades pedagógicas mediadas pela classe hospitalar, frequentando o espaço com regularidade sempre que seu estado de saúde permitia. Mesmo diante de um contexto de dor, limitações físicas e recorrentes procedimentos invasivos, manteve-se interessado nas propostas da escola de origem, realizando tarefas tanto no ambiente da sala hospitalar quanto no próprio leito. Sua postura ativa e o desejo de continuidade da rotina escolar revelavam não apenas um compromisso com a aprendizagem, mas também uma forma de preservar vínculos com sua identidade estudantil e seu cotidiano anterior à hospitalização.

Após uma nova intervenção cirúrgica, seu estado clínico agravou-se significativamente, resultando em maior fragilidade física. Ainda assim, E13 mantinha o hábito de solicitar novas atividades, expressando um desejo constante de permanecer engajado. Em sua última interação com a professora da classe hospitalar, pediu especificamente um quebra-cabeças, demonstrando interesse por uma atividade lúdica e desafiadora. No retorno da professora, após o final de semana, foi informada por uma enfermeira sobre o falecimento do estudante. A profissional, sensibilizada com o vínculo estabelecido entre docente e aluno, compartilhou uma fotografia registrada momentos antes do óbito: E13 havia completado o quebra-cabeças e solicitado que fosse tirada uma foto para que a professora pudesse ver o resultado.

Reflexões do observador: A experiência vivida com o estudante E13 revelou de forma marcante o potencial transformador da classe hospitalar no contexto do cuidado integral à criança hospitalizada. A participação ativa do aluno, mesmo diante de um quadro clínico severo e progressivo, evidencia que o espaço escolar no ambiente hospitalar não deve ser compreendido apenas como um recurso pedagógico, mas também como um instrumento de ressignificação do processo de adoecimento. A vinculação afetiva com a professora e com as atividades propostas demonstrou não apenas um desejo de continuidade da experiência escolar,

mas também uma tentativa de preservação de sua identidade enquanto sujeito em desenvolvimento, para além da condição de paciente.

A solicitação de um quebra-cabeças e o esforço em finalizá-lo, mesmo em um momento de extrema fragilidade física, constituem um gesto simbólico de resistência. A fotografia registrada pela equipe de enfermagem, a pedido do próprio estudante, aponta para a importância do reconhecimento do vínculo estabelecido com a docente e para o valor atribuído por ele à mediação pedagógica em um momento delicado da internação. Tal acontecimento traz à tona a necessidade de compreensão ampliada do papel da educação em contextos não convencionais, como o hospitalar, ressaltando a potência dos vínculos afetivos e do cuidado pedagógico no enfrentamento de situações de sofrimento, incerteza e finitude.

4.5 Discussão dos eixos temáticos

A presente pesquisa possibilitou uma compreensão das percepções dos profissionais de saúde do Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa, à luz dos estudos psicanalíticos no campo da educação, acerca do ato educativo e de suas (im) possíveis contribuições no contexto hospitalar. A partir da análise qualitativa dos dados, incluindo as narrativas dos participantes, os registros das observações e documentos institucionais analisados, foram construídos eixos temáticos que emergiram do processo de análise dos conteúdos, conforme proposto por Bardin (2010). Esses eixos temáticos: Educação Hospitalar como Direito Público, O Sujeito Escolar Hospitalizado, Modelo Biomédico em Saúde expressam as principais dimensões presentes nos discursos e práticas observadas e possibilitam o desvelamento dos significantes que sustentam o tema pesquisado.

Em relação ao eixo: Educação Hospitalar como Direito Público, destacamos que a educação é um direito fundamental assegurado pela Constituição Federal de 1988, sendo reconhecida como princípio indispensável para o exercício pleno da cidadania. Muito além do acesso à escola, o direito à educação hospitalar implica possibilidades de transformação do sujeito frente ao processo do adoecimento, promovendo a inclusão escolar. Ao garantir a educação como um direito básico, o Estado reconhece seu papel na formação de sujeitos críticos, autônomos, participativos e transformadores, capazes de compreender e atuar na realidade em que vivem.

Dessa forma, assegurar esse direito, em todos os contextos, inclusive em situações de hospitalização, é condição essencial para a construção de uma sociedade inclusiva e democrática e para garantia de outros direitos que se vinculam ao acesso a escolarização,

mesmo em situações adversas. A partir de fundamentos psicanalíticos, Lerner e Voltolini (2016, p. 89) destacam a importância de que a educação inclusiva seja compreendida como:

Nesse sentido, propomos que a educação inclusiva, para além da propagação de sua tendência democrática e igualitária, considere a noção psicanalítica de sujeito do inconsciente que carrega certa indeterminação quanto à execução das práticas pedagógicas. Para além do reducionismo da técnica, as práticas inclusivas alinhadas a esse discurso oferecem um lugar de enunciação no campo da palavra e da linguagem para que o sujeito possa ‘bem-dizer-se’ a partir de sua singularidade.

Souza (2025, p. 28) corrobora essa análise ao afirmar que:

Outro fundamento central dessas práticas é o princípio da inclusão, que estabelece que todos os estudantes devem ter acesso a uma educação de qualidade, independentemente de suas condições físicas ou de saúde. A inclusão, nesse sentido, vai além da adaptação do currículo ou do ambiente pedagógico; ela implica na adoção de uma postura ética e humanizada, que reconheça e valorize a singularidade de cada indivíduo.

A escuta dos participantes da pesquisa evidenciou que o Programa Classe Hospitalar contribui para que a equipe de saúde reconheça a criança hospitalizada como um sujeito de direitos no contexto da internação hospitalar. Conforme sinaliza Fonseca (2015, p. 14) “É importante que o hospital e os profissionais de saúde compreendam que a criança doente tem direito de continuidade da escolaridade mesmo durante o tratamento médico”.

O modo como a equipe de saúde compreende o trabalho pedagógico no ambiente hospitalar afeta a organização, a estrutura e o funcionamento do Programa Classe Hospitalar. Durante as observações, vivenciamos situações em que até a garantia do espaço físico para o atendimento escolar representa uma conquista e depende do olhar multidisciplinar tanto da gestão hospitalar quanto da equipe de saúde. Dessa forma, observa-se que o reconhecimento do direito à escolarização durante o tratamento de saúde contribui para uma maior participação do estudante hospitalizado e, também, viabiliza ações que possibilitem melhorias no espaço físico, acolhimento do corpo docente, ampliação e manutenção da oferta do programa.

Outro aspecto relevante observado foi a compreensão, por parte da equipe de saúde, acerca das distinções entre as atividades desenvolvidas pela brinquedoteca e aquelas promovidas pela classe hospitalar. As falas de todos os entrevistados evidenciaram a associação do Programa Classe Hospitalar com o processo de escolarização e com as ações realizadas pela escola de origem. Nesse contexto, Souza (2025, p. 27) conceitua a brinquedoteca hospitalar como:

As brinquedotecas hospitalares, enquanto espaços dedicados à ludicidade, desempenham um papel complementar às classes hospitalares e ao atendimento domiciliar. Fundamentadas na concepção de que o brincar é essencial para o desenvolvimento infantil, essas iniciativas utilizam jogos e atividades lúdicas como instrumentos pedagógicos e terapêuticos.

É importante salientar que o HMIB não conta com brinquedistas em seu quadro de funcionários, e que alguns espaços lúdicos são utilizados de forma pontual para a execução de projetos específicos, como, por exemplo, o serviço de atendimento a pessoas em situação de violência.

A ludicidade configura-se como um elemento recorrente nas práticas pedagógicas implementadas no âmbito do Programa Classe Hospitalar. No entanto, observa-se, por parte das docentes, uma intencionalidade metodológica em demarcar os limites conceituais e funcionais entre a brinquedoteca e o trabalho da classe hospitalar. Tal distinção não visa desqualificar as dinâmicas que envolvem o brincar, mas, antes, ressalta a necessidade de reconhecer as particularidades inerentes à organização de uma proposta educativa vinculada a escola de origem, adaptada às singularidades do contexto hospitalar e orientada por objetivos pedagógicos específicos.

No que se refere à Portaria Conjunta, os relatos da equipe de saúde evidenciaram suas limitações, destacando, entre outros aspectos, os sentimentos de frustração manifestados por adolescentes matriculados nos anos finais do ensino fundamental, os quais não são contemplados pelo programa. Sendo assim, observa-se uma incoerência em relação aos princípios do SUS, como a universalidade e a igualdade, bem como ao princípio constitucional que assegura o direito à educação. É fundamental que essas garantias saiam do papel e se concretizem na prática cotidiana. Para Schilke (2007, p. 33) “Embora a legislação reconheça o direito da criança de receber atendimento pedagógico durante o período de internação, a oferta desse serviço é muito restrita”. Não basta que existam leis que proclamem esses direitos; é preciso que políticas públicas eficazes, integradas e sensíveis as realidades da população hospitalizada que assegurem seu pleno cumprimento.

As observações revelaram situações em que tanto as famílias quanto os estudantes manifestam questionamentos sobre a exclusão do atendimento. Verificou-se que a limitação da oferta apenas aos hospitais listados na Portaria Conjunta, com a exclusão do IGES e da rede privada de saúde, gera uma descontinuidade no atendimento, uma vez que a criança em tratamento circula por diferentes unidades de saúde. É importante destacar que, no HMIB, as professoras realizam o atendimento de estudantes matriculados em outros estados e oriundos

de instituições privadas de ensino, mesmo que esse público não esteja contemplado pela referida Portaria e no Plano de trabalho.

Outro prejuízo identificado em relação à restrição da oferta é a descontinuidade do atendimento, principalmente dos pacientes crônicos com internações sucessivas que circulam por diferentes unidades de saúde, o que resulta em repetência contínua e, em alguns casos, na evasão escolar.

Esses aspectos revelam-se contraditórias, uma vez que a própria Portaria Conjunta faz referência ao artigo nº 13 da Resolução nº 02, de 11 de setembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação (CNE), que estabelece:

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

Percebe-se que as diversas lacunas presentes na Portaria Conjunta resultam em falhas na garantia do acesso à escolarização no ambiente hospitalar. Embora esse direito esteja previsto na legislação vigente, a Portaria mostra-se insuficiente na organização do Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal. As lacunas mencionadas foram evidenciadas na pesquisa por meio das narrativas dos profissionais de saúde, dos registros nos diários de campo e análise dos documentos e legislações, sinalizando a percepção dos participantes sobre a criança hospitalizada como um sujeito de direitos, que deve ser incluída e participar ativamente de todos os espaços sociais destinados à infância. Como apontam Lerner e Voltolini (2016, p. 75):

Para além dos argumentos morais e jurídicos, encontramos na literatura especializada diversas perspectivas teóricas que apontam para os benefícios da escolarização para as crianças incluídas. A perspectiva sociológica destaca o papel determinante da convivência com os pares para a construção da identidade social, que se dá na e pela relação com outros significativos.

No eixo nomeado: O Sujeito Escolar Hospitalizado destaca-se a partir dos relatos da equipe de saúde, a importância que o estudante hospitalizado atribui ao Programa Classe Hospitalar. Essa valorização revela um novo significado no processo de adoecimento, em que a educação hospitalar faz emergir o significante criança escolar, permitindo que a identidade da criança como estudante seja preservada e reafirmada mesmo no contexto hospitalar. Essa posição de estudante na cena hospitalar, subverte o significante paciente, passivo diante de tudo que acontece no tratamento, conforme salienta Andrade (2025, p. 54):

O estudante é aquele que indaga a vida, teórica e prática, que busca saber de algum modo. Este é o estudante, e não aquele que se fecha ao desejo do outro, que faz deste cópias eternas do modo de ser. Todo estudo tem como base uma energia que é de vida, que é de experiência singular, deste modo, impulso sexual.

Os enunciados dos participantes da pesquisa desvelaram situações em que os estudantes sinalizam o atendimento pedagógico como um momento especial em meio à rotina hospitalar. Para a criança, “o significante escola é decisivo: escola é o lugar social da criança” (Lerner; Aversa, 2005, p. 36). A classe hospitalar, respeitando suas especificidades, de certo modo assume esse papel no ambiente hospitalar ao remeter as crianças a um espaço social, pedagógico e cultural denominado escola. Rahme (2010, p. 330) corrobora essa perspectiva ao afirmar que “[...] estar na escola e compartilhar espaços de convivência comuns pode representar para a criança a vivência de uma experiência subjetiva significativa”.

Do ponto de vista psicanalítico, o estudo não pode ser reduzido a uma atividade meramente cognitiva ou técnica, pois ele está intrinsecamente articulado ao desejo do sujeito. O ato de buscar saber sobre algo, seja no âmbito acadêmico, científico ou pessoal, mobiliza processos psíquicos profundos, atravessados pela curiosidade, pelo investimento libidinal e pela relação com o conhecimento. Como já apontava Freud (1905/1996), no contexto das pulsões epistêmicas, o desejo de saber nasce da curiosidade infantil, relacionada não apenas a interesses intelectuais, mas também a questionamentos sobre a origem, o corpo, o sexo e o enigma do outro.

É fundamental reconhecer o potencial de interesse e curiosidade do estudante em situação de hospitalização, de modo a favorecer processos de aprendizagem mesmo em contextos de internação, como sinaliza Andrade (2025, p. 206) “A energia do estudante deve ser olhada como elemento em prol do conhecimento, do saber e da curiosidade e não como obstáculo ao ensino”, portanto a própria situação do adoecimento pode vir a configurar espaço de conhecimento, cabe ao professor saber explorar essas situações em prol da aprendizagem.

No contexto da hospitalização infantil, em que a criança frequentemente vivencia rupturas em sua rotina, perdas momentâneas de autonomia e experiências potencialmente traumáticas, a possibilidade de estudar adquire uma função simbólica importante: ela não apenas mantém ativa a ligação com o mundo externo, mas também reaviva o desejo e a capacidade de agir, oferecendo um espaço de criação e ampliação subjetiva. Como observa Andrade (2025, p. 46), “aquele que vai em direção a qualquer estudo, que ao conhecimento se dirige, que busca saber sobre algo, é alguém que se permite ir de encontro ao novo e à ampliação de um novo mundo”. Assim, o estudo, no contexto hospitalar, pode ser compreendido como

um espaço de abertura para o novo e como uma oportunidade de restabelecimento de vínculos significativos com o desejo e com a vida, frente às experiências de sofrimento e adversidade.

Compreende-se que o processo de hospitalização não descaracteriza a essência da infância, uma vez que a criança, mesmo no contexto hospitalar, continua a exercer seu protagonismo como sujeito em constante construção e transformação. Conforme enfatiza Fonseca (2015, p. 16-17):

Mesmo diante de tanta diversidade, as crianças hospitalizadas que frequentam o atendimento escolar não são apenas doentes. Elas continuam crescendo e se desenvolvendo mesmo que com alguns comprometimentos causados pela enfermidade ou pelo tratamento médico necessário (intervenções cirúrgicas, exames invasivos, fármacos com efeitos colaterais) e têm interesses e necessidades também no âmbito acadêmico, e precisam de assistência do profissional docente.

As atividades pedagógicas desenvolvidas no espaço da classe hospitalar, assim como as narrativas dos estudantes, evidenciam a vivência do sentimento de pertencimento, à medida que estes têm a oportunidade de falarem de si e serem ouvidas, se tornando agentes de sua própria transformação diante do adoecimento.

No contexto da hospitalização infantil, observou-se que a criança, mesmo diante do adoecimento, mantém a preocupação com aspectos de sua vida extra-hospitalar. Muitas vezes, ela sinaliza suas responsabilidades escolares, mencionando prazos, provas e atividades das quais está temporariamente afastada. Essa experiência de ruptura não impacta apenas sua rotina, mas marca profundamente sua constituição subjetiva, sua história e sua narrativa pessoal, gerando deslocamentos que vão além das questões físicas e alcançam o campo emocional, social e identitário.

Nesse cenário, o trabalho pedagógico desenvolvido na classe hospitalar torna-se essencial, sobretudo quando organizado a partir de práticas lúdicas e pedagógicas que valorizem a dimensão afetiva. O espaço pedagógico não apenas garante o direito à educação, mas também oferece um ambiente de acolhimento que dialoga com as necessidades da criança e de sua família. As atividades lúdico-pedagógicas operam, assim, como mediadoras de continuidade simbólica entre o mundo externo e a experiência hospitalar, permitindo que a criança se reconheça como sujeito de direitos e desejos. Ao considerar essas percepções torna-se, portanto, não apenas uma questão pedagógica, mas também ética, no sentido de garantir à criança hospitalizada um espaço legítimo de expressão e participação. Como sinalizam Ceccim e Carvalho (1997, p. 79):

O atendimento pedagógico envolve ações pontuais diretas como no programa escolar-curricular e ações de acompanhamento, no sentido de observar a evolução do processo de desenvolvimento cognitivo e sócio-afetivo da criança. Entendemos que a criança, porque aprende, porque pensa, se desenvolve e, com isso enfrenta melhor os acontecimentos de sua vida. À percepção de que, mesmo doente, pode aprender, brincar, criar e, principalmente, continuar interagindo socialmente, muitas vezes ajuda na recuperação. Entendendo melhor o que acontece com ela, a sua doença e o contexto hospitalar, a criança terá uma atitude mais ativa diante da enfermidade, independente de suas consequências, ao invés de uma atitude passiva de vitimização.

No contexto da classe hospitalar, as situações vivenciadas revelam que o estabelecimento de laços ultrapassa as configurações puramente acadêmicas. Como ressalta Freud (1915/1996, p. 178), “o afeto é, em geral, menos sujeito à repressão que a ideia à qual está associado. Ele sofre deslocamento e transformação, mas em si mesmo é indestrutível”. Assim, os vínculos construídos nesse espaço não se restringem apenas à transmissão de conteúdos escolares, mas envolvem intensas dimensões afetivas que marcam profundamente as relações entre educadores, educandos, familiares e profissionais da saúde, provocando transformações de todos os sujeitos envolvidos no processo do adoecimento.

Além disso, essas transformações observadas extrapolam o impacto individual, reverberando nas dinâmicas institucionais ao favorecer uma integração mais humanizada e interdisciplinar entre as práticas educativas e os cuidados em saúde, o que, por sua vez, reforça a importância da inserção de iniciativas pedagógicas no contexto hospitalar como parte integrante do processo terapêutico.

Observou-se que, durante o período de internação hospitalar, a família é impactada de diversas formas. Esses impactos abrangem desde aspectos objetivos, como a desestruturação econômica familiar, exemplificada pela perda do emprego ou pela redução da renda até dimensões subjetivas, como o sentimento de culpa frequentemente experienciado pelos familiares. Tais situações foram evidenciadas ao longo da pesquisa, conforme ressalta Monteiro (2007, p. 17),

As doenças costumam provocar crises no ambiente doméstico porque, na maioria das vezes, os responsáveis se culpam pela doença ou, o que também é comum, um culpa o outro. Estas crises se acirram quando há necessidade da internação hospitalar. O medo da gravidade da doença, aliado aos malefícios futuros que ela possa provocar, e a permanência fora do seu habit levam a uma ansiedade crescente.

Ressalta-se a relevância da presença de um familiar que atue como figura de referência afetiva e de convivência próxima para a criança hospitalizada, proporcionando segurança

emocional, continuidade de vínculos e sensação de acolhimento durante a internação. A literatura evidencia que tal acompanhamento contribui significativamente para o bem-estar psicológico da criança, auxiliando na melhor aceitação ao ambiente hospitalar e na adesão ao tratamento.

No entanto, nota-se na prática cotidiana que o processo de hospitalização frequentemente desorganiza a dinâmica familiar, gerando impactos emocionais, logísticos e econômicos que reverberam diretamente nas relações de cuidado. A necessidade de reorganização das rotinas, a sobrecarga dos cuidadores e a possível ausência de outros membros da família no ambiente hospitalar podem comprometer a qualidade do suporte oferecido à criança, evidenciando a complexidade que envolve o cuidado em contextos de internação prolongada.

Na presente pesquisa, observou-se que, mesmo diante de situações desafiadoras enfrentadas pelas famílias durante o período de hospitalização, o retorno positivo por parte do estudante, após sua participação nas atividades do Programa Classe Hospitalar, produzia um efeito significativo no campo emocional dos familiares. Tal retorno contribuía para um deslocamento das angústias e ansiedades previamente instauradas, promovendo uma sensação de alívio e conforto, na medida em que representava um sinal de continuidade do desenvolvimento escolar e de preservação da rotina e identidade da criança hospitalizada.

Ao abordar o eixo temático intitulado Modelo Biomédico em Saúde, os profissionais entrevistados refletem sobre o cotidiano hospitalar e destacam a maneira como o discurso biomédico influencia e estrutura as rotinas institucionais. Além disso, observa-se que numerosas decisões relacionadas ao tratamento em saúde são fundamentadas predominantemente em um viés de natureza biológica.

A crescente valorização dos diagnósticos no campo educacional e de saúde reflete uma adesão cada vez mais intensa à racionalidade científica, pautada em procedimentos de classificação, mensuração e normatização dos sujeitos. Nota-se uma tendência a transformar características humanas em dados quantificáveis, alinhados a expectativas de controle e previsibilidade. A lógica que sustenta esse processo busca capturar a complexidade do sujeito por meio de categorias fixas, operando uma redução que ignora o caráter singular da experiência e da subjetividade. A psicanálise, por sua vez, subverte essa racionalidade ao desnaturalizar o saber estabelecido e ao sustentar a escuta do sujeito em sua dimensão única e enigmática. Ao invés de enquadrar o comportamento em moldes predefinidos, a psicanálise se interessa pelo que escapa à classificação, pelo que resiste à norma, abrindo espaço para a palavra, para o

desejo e para a singularidade do sintoma. Assim, no campo da educação, especialmente na educação hospitalar, a presença de um olhar psicanalítico permite tensionar os imperativos normalizadores, promovendo uma ética do cuidado que reconhece o sujeito para além de seus rótulos diagnósticos e das exigências adaptativas do sistema.

Nesse movimento, como assevera Pirone (2021, p. 126),

definir as classificações; contar e correlacionar; quantificar as qualidades; medicalizar; normatizar, no sentido de definir as normas mensuráveis e quantitativas; biologizar, que significa encontrar o sentido biológico das doenças e dos comportamentos humanos; fazer genética; burocratizar, isto é, adaptar as classificações às necessidades administrativas; tomar posse de sua identidade, em outros termos, reivindicar para si mesmo a classificação criada pelos experts.

Observa-se que esse modelo, centrado predominantemente nos aspectos orgânicos e fisiológicos da doença, estabelece uma lógica de funcionamento hospitalar que tende a minimizar as manifestações subjetivas e emocionais das crianças internadas. Nesse sentido, é pertinente recuperar a contribuição histórica da psicanálise, que, conforme pontua Freud (1919b/1996, p. 163), “A psicanálise nasceu por necessidade médica. Originou-se da necessidade de ajudar os pacientes neuróticos, que não haviam encontrado alívio por meio das curas de repouso, das artes da hidropatia ou da eletricidade”. Rompeu com a hegemonia do modelo biológico ao propor uma escuta voltada para aquilo que, no hospital, escapava ao saber e ao discurso do médico, Andrade (2025, p. 65) reitera:

A psicanálise nasceu da tentativa de escutar as manifestações da existência que escapavam nos corpos internados sem o mínimo de compreensão sobre. No hospital, chegavam pacientes neuróticos com manifestações que desafiavam a medicina. Não tendo nada mais o que fazer através do arsenal médico, eles deixavam de lado. Aquelas vidas que eram tidas como enigmáticas, como estranhas, como isoladas, como exclusas, como restos, guardavam segredos que Freud foi descobrir. Assim sendo, a psicanálise nasceu da crise, das crises históricas e existenciais. Nasceu não em um ato único, mas de um processo de escuta, prática e teorização que segue em movimento até os dias atuais.

É relevante destacar que, assim como a psicanálise teve sua origem a partir da escuta atenta e inovadora de um médico: Sigmund Freud, diante das demandas subjetivas das pacientes históricas, a implantação da classe hospitalar no Distrito Federal também teve início graças à sensibilidade de um profissional da medicina, Dr. Oscar Moren, conforme pesquisa realizada por Lara (2021). Esse médico demonstrou um olhar ampliado sobre o cuidado em saúde, reconhecendo nas crianças hospitalizadas necessidades que ultrapassavam o tratamento

orgânico, considerando também suas dimensões cognitivas, emocionais e sociais, e contribuindo, assim, para a inserção do direito à educação no contexto hospitalar.

Nesse cenário, as narrativas dos profissionais discorrem como, de certo modo, o trabalho desenvolvido pela Classe Hospitalar, ao introduzir a criança escolar opera fissuras no modelo biomédico tradicional. Tal atuação afeta não apenas a rotina, mas também interroga as práticas da equipe de saúde, desafiando a rigidez e a inflexibilidade das dinâmicas hospitalares e propondo um cuidado mais ampliado, que considere a subjetividade e as demandas emocionais e sociais da criança hospitalizada.

É importante sinalizar as diversas formas de cuidado observadas no hospital em questão, as quais transcendem os aspectos estritamente biomédicos da assistência à saúde. Evidências visuais, como os registros fotográficos dos espaços lúdicos cuidadosamente organizados em cada ala da instituição, revelam um comprometimento da equipe multiprofissional com uma abordagem mais integral do cuidado. Tais iniciativas demonstram sensibilidade e atenção às necessidades emocionais e subjetivas das crianças hospitalizadas, reafirmando a importância de um ambiente acolhedor e humanizado. Esse tipo de prática indica que, para além da função técnica simbolizada pelo jaleco branco, há uma dimensão ética e afetiva no trabalho dos profissionais, que se traduz em gestos cotidianos voltados à preservação da infância, e à ressignificação da experiência hospitalar. Assim, o cuidado emerge como expressão de humanidade, capaz de restaurar vínculos, esperanças e projetos de vida. Conforme indica Ceccin (1997, p. 76):

Pensar a criança com todas as suas necessidades específicas, e não só na necessidade de recomposição do organismo doente, e organizar uma assistência hospitalar que corresponda ao seu nível de desenvolvimento e realidade biológica, cognitiva, afetiva, psicológica e social demonstra uma iniciativa de reformulação do modelo tradicional de atendimento pediátrico para integrar conhecimentos, visões e experiências de atendimento infantil, cotejados com as diferentes áreas de elaboração do saber sobre a infância para despertar projetos construtivos.

Dentre as observações, pôde-se perceber quando algo de subjetivo atravessa a cena hospitalar e não cessa de se inscrever, portanto a explicação biológica não é suficiente para dar conta, ocorre um deslocamento da preocupação com a doença para a preocupação como sujeito, segundo ilustra Andrade (2025, p. 33):

O sujeito passa por vários exames médicos e em inúmeros casos nada é encontrado, pois a ciência, por mais moderna que seja, não consegue alcançar o habitat singular de quem somos. As palavras, aponta Freud, são o caminho para dar conta de encontrar, libertar e negociar com o recalcado, que faz o Eu

de refém e, por consequência, o corpo. A angústia, que bate no corpo e não tem nome, não é apontada em exames, é apontada pela existência.

Nas unidades pediátricas, torna-se evidente que o atendimento à criança hospitalizada exige uma abordagem integrada e ampla, que ultrapasse os limites do modelo biomédico tradicional. As crianças em contexto de hospitalização não lidam apenas com desafios físicos, mas também com aspectos emocionais, sociais e pedagógicos que influenciam diretamente sua experiência subjetiva no ambiente hospitalar. Nesse sentido, o trabalho multidisciplinar surge como elemento essencial para garantir um cuidado integral, centrado não apenas na criança, mas também em sua família, sendo crucial o estabelecimento de vínculos entre os diferentes profissionais envolvidos e a realização de encaminhamentos apropriados, que contribuam inclusive para a continuidade do cuidado no período pós-alta hospitalar. Para Andrade (2025, p. 158): “Encaminhar não é jogar para o outro lidar, é acompanhar, para juntos buscarem meios de construir amparos naquilo que se propõe como objetivo”.

As anotações realizadas nos diários de campo ao longo desta pesquisa apresentaram múltiplas situações em que a atuação da classe hospitalar se mostrou decisiva na identificação e articulação de encaminhamentos relacionados a demandas que persistem mesmo após a alta hospitalar. Tais registros revelam a relevância do trabalho interdisciplinar, destacando como a cooperação entre os profissionais da educação e os membros da equipe de saúde é fundamental para a construção de estratégias de acompanhamento e intervenção que contemplem as dimensões pedagógicas, emocionais e sociais do cuidado integral ao estudante em contexto de hospitalização.

Importante destacar que tais parcerias e articulações entre os membros da equipe não ocorrem apenas no nível técnico ou organizacional, mas também são permeadas pelo fenômeno psíquico da transferência, conceito central na psicanálise. A transferência, ao transpor sentimentos, expectativas e representações emocionais de um contexto para outro, mobiliza afetos e estabelece vínculos que sustentam não apenas a relação terapêutica com a criança, mas também as relações interpessoais entre os próprios profissionais da equipe. Como sublinha Andrade (2025, p. 40), “a transferência ampara a relação entre os profissionais; a união, o vínculo deve ser tecido para que eles tratem um do outro e suportem os dias, não os tornando rotinas, possibilitando parcerias de inovações e descobertas”.

Assim, reconhece-se que os vínculos estabelecidos no campo transferencial contribuem não apenas para o acolhimento das demandas emocionais da criança, mas também para o

fortalecimento da equipe multidisciplinar, favorecendo a construção de um ambiente hospitalar mais criativo, solidário e inovador.

Nesse eixo, reconhece-se que, em determinadas situações, a família incorpora o discurso do modelo biomédico, limitando a participação do estudante em função do adoecimento. Esse movimento, por vezes, silencia o desejo da criança, configurando um cenário em que a condição de doença promove uma objetificação que impede a criança de tornar-se sujeito de si mesma, impedindo o lugar de fala, mesmo diante da família. Essa perspectiva reforça a importância de se construir um olhar atento e sensível para a escuta da criança, reconhecendo suas demandas subjetivas e respeitando-a. Como aponta Freud (1909/1996, p. 137), “as crianças pequenas são capazes de uma percepção muito mais fina do que costumamos admitir; possuem um sentido intuitivo para as situações emocionais e são, por conseguinte, capazes de apreender as intenções e sentimentos de seus pais, mesmo sem palavras”. Assim, é fundamental considerar a escuta da criança possibilitando espaço de fala, mesmo em contextos marcados pelo adoecimento.

CAPÍTULO 5 (IN) CONCLUSÕES

"O que me tranquiliza é que tudo o que existe, uma vez sonhado, pode começar a existir."
Clarice Lispector (1999)

A partir das reflexões apresentadas, espera-se potencializar o debate sobre o Programa Classe Hospitalar, evidenciando a importância de ultrapassar perspectivas unilaterais e abrir espaço para olhares interdisciplinares nos campos da saúde e da educação, possibilitando maior interlocução entre essas áreas, vislumbrando possíveis ações conjuntas que contribuam para o aprimoramento, expansão e fortalecimento do Programa Classe Hospitalar.

Este trabalho teve como objetivo compreender as percepções dos profissionais de saúde acerca do ato educativo, tomando como referência os aportes teóricos da psicanálise no campo da educação, e investigar as (im)possíveis contribuições do ato educativo no ambiente hospitalar. Ao viabilizar a escuta dos profissionais de saúde sobre o ato educativo junto às crianças hospitalizadas, o estudo procurou evidenciar os atravessamentos subjetivos, institucionais e sociais que permeiam essas experiências.

As discussões apresentadas buscaram não apenas sistematizar conceitos e experiências relevantes, mas também problematizar práticas, modos de funcionamento e desafios que atravessam o campo da saúde e da educação, com ênfase especial nas questões que impactam diretamente o Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal.

Primeiramente, ao identificar e analisar as lacunas existentes nos estudos que envolvem o atendimento pedagógico hospitalar, bem como às interfaces entre saúde, educação e psicanálise, esta pesquisa pode contribuir com reflexões que fundamentem políticas públicas inclusivas. Tais políticas podem colaborar para a produção de saberes que sustentem tanto as pesquisas quanto as práticas educativas no campo da educação escolar hospitalar. Por exemplo, estudos que abordem ações humanizadas no ambiente hospitalar podem orientar a implementação de programas voltados à inclusão escolar, assegurando o acesso à educação hospitalar para todos os estudantes hospitalizados. Isso visa prevenir a evasão escolar, reduzir índices de repetência e favorecer a reintegração e inclusão no sistema de ensino após a alta hospitalar. Ademais, a pesquisa busca dialogar com outros campos de saberes, especialmente no que diz respeito ao atendimento humanizado no ambiente hospitalar.

Em um segundo momento, o estudo apontou as limitações relacionadas à garantia do direito assegurado pela Portaria Conjunta que regulamenta o Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal. De modo geral, foi possível identificar retrocessos tanto na Portaria Conjunta

n. 09 de julho de 2021 quanto no correspondente Plano de Trabalho, os quais comprometem a plena realização dos objetivos previstos pelas legislações vigentes, destacamos:

- A delimitação do público-alvo à Educação Infantil e aos anos iniciais do Ensino Fundamental (1º ao 5º ano) exclui as demais etapas da Educação Básica, como os anos finais do Ensino Fundamental e o Ensino Médio.
- Alunos matriculados em outros estados não estão contemplados na oferta do Programa Classe Hospitalar.
- Enquanto a Portaria Conjunta menciona estudantes da rede privada, o Plano de Trabalho os exclui.
- Os hospitais listados na Portaria não abrangem todas as unidades pediátricas do DF, deixando de fora instituições vinculadas ao IGES e à rede privada de saúde.
- Não há previsão orçamentária para a manutenção e ampliação do Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal.

Conclui-se que a análise documental, especialmente da Portaria Conjunta e do Plano de Trabalho associada às enunciações dos participantes da pesquisa, permitiu evidenciar a dinâmica contraditória que atravessa a oferta, a expansão e a estruturação do Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal, gerando assimetrias, processos de exclusão e desigualdades no atendimento. Os dados analisados indicam a inexistência de modelos gerais e abstratos de organização capazes de abarcar plenamente as especificidades inerentes ao atendimento pedagógico em ambiente hospitalar, tampouco de assegurar, de maneira integrada, a expansão do serviço e a articulação efetiva entre os interesses das áreas da saúde e da educação. Nesse contexto, torna-se imprescindível a revisão da atual Portaria Conjunta e do Plano de Trabalho vigentes, de modo a promover avanços significativos na consolidação e no aprimoramento do programa.

Diante das análises realizadas, foi possível compreender que, segundo as narrativas dos participantes, os profissionais de saúde reconhecem a participação das crianças hospitalizadas no Programa Classe Hospitalar como um fator decisivo para a promoção de mudanças positivas ao longo do processo de internação. A inserção das atividades pedagógicas no cotidiano hospitalar demonstrou favorecer não apenas uma maior aceitação da hospitalização por parte das crianças, mas também uma vivência menos traumática e mais acolhedora desse período. Nesse sentido, as evidências apontam para a relevância do Programa Classe Hospitalar como estratégia de humanização da assistência hospitalar pediátrica, reafirmando a importância de

políticas públicas que garantam o direito à educação mesmo em contextos de adoecimento e contribuam para uma abordagem interdisciplinar e integral do cuidado.

Sendo assim, a pesquisa tem um impacto direto no trabalho desenvolvido pelas equipes multiprofissionais e na melhoria das práticas humanizadas no hospital. Ao investigar sobre as (im)possíveis contribuições do Programa Classe Hospitalar, os pesquisadores contribuem para a inovação de ações que valorizem e respeitem a subjetividade da criança internada e que valorizem o trabalho escolar hospitalar. Desse modo, os dados da pesquisa apontaram que o acompanhamento pedagógico pode facilitar a trajetória da criança, da família e da equipe, promovendo a escuta ativa e a interação de todos os envolvidos. Isso, por sua vez, pode vir a contribuir no processo de internação da criança hospitalizada, viabilizando espaços de troca entre a equipe/criança e a família.

Diante do que foi apresentado, a tese central desta pesquisa sustenta que o Programa Classe Hospitalar exerce um papel fundamental ao ressignificar o processo de adoecimento infantil, na medida em que a educação hospitalar faz emergir o significante “criança escolar”, permitindo que a identidade da criança como estudante seja preservada e reafirmada, mesmo no contexto hospitalar, e promovendo, entre os profissionais de saúde, a apropriação da criança hospitalizada como sujeito de direitos. A introdução da posição de estudante na cena hospitalar subverte o significante “paciente”, tradicionalmente associado a uma postura passiva diante do tratamento, e se sobrepõe ao significante do adoecimento, que tende a situar a criança em um lugar de incapacidade ou de vítima, ou seja, conseguir enfrentar as dores, os lutos, as perdas, as tristezas, mas ainda assim deixar o amanhã entrar.

Assim, o Programa Classe Hospitalar não apenas assegura o direito à educação, mas também possibilita à criança hospitalizada a manutenção de uma dimensão subjetiva essencial à construção e reafirmação de sua identidade e possibilita sua atuação frente ao seu processo de adoecimento.

Os achados deste estudo evidenciaram que a presença do Programa Classe Hospitalar no ambiente hospitalar não apenas favoreceu a continuidade do processo educacional das crianças internadas, mas também provocou deslocamentos significativos na forma como a equipe de saúde se relaciona com a criança hospitalizada. A inserção de práticas pedagógicas no espaço hospitalar atuou como elemento catalisador de reflexões e questionamentos sobre os limites do modelo biomédico tradicional, historicamente dominante nesse contexto. Tal modelo, centrado na doença e no corpo físico, tende a desconsiderar as dimensões subjetivas, emocionais e sociais do sujeito em sofrimento.

Ainda que o paradigma biomédico ocupe posição hegemônica nas práticas voltadas à saúde, os dados evidenciados pela presente investigação revelam que a atuação do Programa Classe Hospitalar promove espaços de reflexão crítica e problematização dessa perspectiva, contribuindo para a ampliação do olhar sobre o cuidado e a integralidade da atenção à criança hospitalizada. A atuação da Classe Hospitalar, ao priorizar o vínculo, a escuta e a singularidade da experiência da criança, suscitou na equipe a necessidade de repensar suas práticas, abrindo a possibilidade de construção de espaços interdisciplinares mais humanizados. Assim, o contato com uma abordagem que valoriza o sujeito contribuiu para ampliar a escuta dos profissionais de saúde, viabilizando transformações graduais nas suas posturas e no modo de conceber o cuidado em contextos de hospitalização.

A investigação não apenas contribui para a melhoria das práticas humanizadas em saúde, assim como nas práticas pedagógicas desenvolvidas no ambiente hospitalar, mas também desempenha um papel crucial na promoção da inclusão escolar e social. Portanto, a relevância social da pesquisa em educação/saúde é incontestável. Ao abordar questões fundamentais sobre o atendimento escolar ao estudante hospitalizado, a pesquisa não apenas enriquece o campo acadêmico, mas também possibilita mudanças significativas e positivas nas práticas em saúde.

Espera-se que as reflexões aqui desenvolvidas possam contribuir para o aprofundamento e a ampliação dos debates acadêmicos, fomentando novos questionamentos e perspectivas que enriqueçam futuras pesquisas e intervenções, especialmente nas que abordam a temática da educação escolar hospitalar. Além disso, este trabalho busca oferecer subsídios teóricos e práticos que auxiliem profissionais e pesquisadores engajados na construção de práticas mais sensíveis, críticas e inovadoras, que habitam a educação dentro e fora das escolas.

Por fim, reconhece-se que o tema permanece aberto a investigações futuras, pois a incompletude e a pluralidade de sentidos constituem elementos estruturantes de qualquer produção de conhecimento que se proponha a tensionar e refletir criticamente sobre os vínculos entre saúde e educação.

Nessa direção, a escuta psicanalítica contribui de forma significativa ao lançar luz sobre os aspectos inconscientes que atravessam a experiência humana, valorizando a singularidade dos sujeitos, a potência do desejo e os efeitos da linguagem nos processos de formação. Ao se fazer presente no campo da educação, inclusive nos espaços não escolares, como o hospitalar, a psicanálise possibilita deslocamentos conceituais e práticos que desafiam os paradigmas normativos e as lógicas de padronização. Trata-se de um campo fecundo, onde a articulação

entre psicanálise e educação pode favorecer a emergência de novos significantes, abrindo espaços de escuta, acolhimento e elaboração para os sujeitos implicados nos processos educativos, especialmente em contextos marcados pela dor, pela doença e pela ausência. Dessa maneira, mais do que apresentar conclusões fechadas, este trabalho propõe-se como convite ao diálogo contínuo e à abertura ao inusitado que marca a presença do sujeito na experiência educativa.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Daniela Lima de; AIRES, Suely. A clínica psicanalítica das urgências subjetivas no hospital universitário: construção de um caso clínico. **Psicol. ciênc. prof.**, v. 43, p. e253403, 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1448955>. Acesso em: 24 jan. 2023.
- ALVES, Rubem. **A alegria de ensinar**. 6ª. ed. Campinas: Papirus, 2000.
- ALVES, Rubem. **Estórias de quem gosta de ensinar**. 4ª. ed. Campinas: Papirus, 2001.
- ANDRADE, Eduardo Lucas. **Psicanálise e as relações educacionais**: contribuições sobre as questões de violência, adoecimento, tecnologia e outros desafios. Bom Despacho: Literatura em Cena, 2025.
- ANZIEU, Didier. **O Eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- ARENDT, Hannah. A crise na educação. In: ARENDT, Hannah. **Entre o passado e o futuro**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005. p. 227–257. (Trabalho original publicado em 1958).
- AROSA, Armando C; SCHILKE, Ana Lucia. Reflexões sobre a escola no hospital. In: AROSA, Armando C; SCHILKE, Ana Lucia (org.) **A escola no hospital**: espaço de experiências emancipadoras. Niterói: Intertexto, 2007. p. 23-31.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 29-60. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2023.
- BARBIER, René. A escuta sensível em educação. **Cadernos ANPED**: Trabalhos, nº 5, set., 1993.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Loyola. 2010.
- BELLINI, Marcella. **Narrativas transferenciais sobre a intervenção precoce em um ambulatório de pediatria**: tecitura de encontro. 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2019.
- BORGES, Maria José Gontijo. **Laço social na relação professor e educando autista**: uma leitura possível na interface Psicanálise-Educação. 2021. 143 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Brasília, Brasília, 2021.
- BRASIL, Katia Tarouquella. O corpo estranho de nós mesmos: um ensaio sobre a arte, a sensação e a clínica psicanalítica. In: LAZZARINI, Eliana Rigotto *et al.* (org.). **Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea**. Curitiba, PR: CRV, 2020. v. 5, p. 39-53. (Coleção Psicologia Clínica e Cultura – UnB)
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 19 nov. 2023.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, p. 18055, 20 set. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 6 maio 2024.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1. Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 6 maio 2024.

BRASIL. Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1. Brasília, DF, p. 10573, 28 jul. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm Acesso em: 6 maio 2024.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, p. 27833, 23 dez. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm. Acesso em: 6 maio 2024.

BRASIL. Lei nº 13.716, 24 de setembro de 2018. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para assegurar atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado. **Diário Oficial da União**: Seção 1. Brasília, DF, p. 2, 25 set. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13716.htm Acesso em: 19 nov. 2023.

BRASIL. Casa Civil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CEB nº 2, de 11 de setembro de 2001. Institui as Diretrizes Nacionais para a educação de alunos que apresentem necessidades educacionais especiais, na Educação Básica, em todas as suas etapas e modalidades. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf> Acesso em: 18 abr. 2025.

BRASIL. Resolução nº 510/2016 – Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme**: o que se deve saber sobre herança genética. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BURMAN, Erica. Brexit, "criança como método" e a pedagogia do fracasso: como os discursos da infância estruturam a resistência do discurso racista à análise. **Revista de Educação, Pedagogia e Estudos Culturais**, v. 40, n. 2, p. 119–143, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/10714413.2018.1442082>

CALLIGARIS, Contardo. Para que serve a Psicanálise? **Folha de São Paulo**, 26 ago. 2010.

CALZAVARA, Maria Glaucia Pires; CALAZANS, Roberto. A partir dos muros da universidade: Implementação de uma clínica psicanalítica para crianças autistas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, p. 1-14, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003232410>

CARNEIRO, Cristiana; SCRINZI, Mariana; ZELMANOVICH, Perla. Um lugar ético para o adulto na relação com crianças e adolescentes: Bernfeld e o para além da patologização. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 243-257, 2020 Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382020000200011. Acesso em: 25 jan. 2024.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo (org.). **Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 1997.

CECCIM, Ricardo Burg. A escuta pedagógica no ambiente hospitalar. *In*: ENCONTRO NACIONAL SOBRE ATENDIMENTO ESCOLAR HOSPITALAR, 1., 2000. Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: UERJ, 2000.

CHEMAMA, Roland (org.). **Dicionário de psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CIRINO, Oscar. Genealogia da psiquiatria da infância. *In*: KAMERS, Michele; MARIOTTO, Rosa Maria M; VOLTOLINI, Rinaldo (org.). **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015. p. 19-40.

CRESWELL, John. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

DANTO, Elizabeth. Ann. **As Clínicas Públicas de Freud: Psicanálise e Justiça Social**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2019.

DISTRITO FEDERAL. Lei nº 5.743, de 09 de dezembro de 2016. Altera a Lei nº 2.809, de 29 de outubro de 2001, que dispõe sobre a garantia do direito da criança e do adolescente ao atendimento pedagógico e escolar na atenção hospitalar no Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal nº 237**, Brasília, DF, p. 2, col. 2, 19 dez. 2016.

DISTRITO FEDERAL. Portaria Conjunta n. 09, de 20 de julho de 2021. Dispõe sobre a cooperação mútua entre a Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal e a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, visando a oferta de Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares às crianças da Educação Infantil e crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental, incluídos os diagnosticados com deficiência, com matrícula ativa e impossibilitados de frequentar as unidades escolares de origem. **Diário Oficial do Distrito Federal nº 143**: seção, 1, 2 e 3, Brasília, DF, p. 52, col. 2, 30 jul. 2021. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/36faf37db30b475bbaab353999113c3c/Portaria_Conjunta_9_20_07_2021.html. Acesso em: 19 nov. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Lei Ordinária nº 2.809, de 29 de outubro de 2001. Dispõe sobre a garantia do direito da criança e do adolescente ao atendimento pedagógico e escolar na atenção hospitalar no Distrito Federal. Brasília-DF, 2001.

DISTRITO FEDERAL. Lei Distrital nº 6.199, de 31 de julho de 2018. Altera a Lei nº 2.809, de 29 de outubro de 2001, que dispõe sobre a garantia do direito da criança e do adolescente

ao atendimento pedagógico e escolar na atenção hospitalar no Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal nº 146**, Brasília-DF, p. 5, col. 1, 2 ago. 2018.

DUMANLI KADIZADE, Esma; ANILAN, Serhan Olcay. Uma abordagem psicanalítica do elemento espaço nos livros infantis protegidos por direitos autorais de Erich Kästner. **Revista Eurasiática de Pesquisa Educacional**, n. 90, p. 103-120, 2020. Acesso em: 27 jan. 2023.

DUNKER, Christian. Para introduzir o conceito de sofrimento em psicanálise. *In.*: MORETTO, Maria Livia Tourinho; KAMERS, Michele; MARCON, Heloisa Helena (org.). **Desafios Atuais das Práticas em Hospitais e nas Instituições de Saúde**. São Paulo: Escuta, 2016. p. 65-88.

DYER, Hannah. O projeto contestado da educação sexual infantil: crescimento queer e incerteza epistêmica. **Gênero e Educação**, v. 31, n. 6, p. 742–755, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1080/09540253.2017.1380171>. Acesso em: 25 jan. 2023.

ELFER, Pedro; GREENFIELD, Sue; ROBSON, Sue; WILSON, Dilys; ZACHARIOU, Antônia. Amor, satisfação e exaustão no berçário: questões metodológicas na avaliação do impacto dos Grupos de Discussão do Trabalho no berçário. **Desenvolvimento e Cuidados Infantis Precoces**, v. 188, n. 7, p. 892–904, 2018. <https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1446431>. Acesso em: 25 jan. 2023.

ELLIS, Gemma. Contenção e negação: conscientizando os processos inconscientes presentes quando os professores trabalham com crianças e famílias onde há violência doméstica. **Psicologia Educacional na Prática**, v. 34, n. 4, p. 412-429, 2018. DOI:10.1080/02667363.2018.1489221

FANIZZI, Caroline. **O sofrimento docente: apenas aqueles que agem podem também sofrer**. São Paulo: Contexto, 2023.

FERENCZI, Sándor. Sublimação: aplicação social dos impulsos. *In.*: FERENCZI, Sándor. **Contribuições à psicanálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1992. (Trabalho original publicado em 1913).

FERENCZI, Sándor. A influência de Freud na medicina. *In.*: FERENCZI, Sándor. **Psicanálise IV Obras Completas**. Paris: Payot, 2011. p. 113-124. (Trabalho original publicado em 1933).

FERREIRA, Sandra de Almeida. As pesquisas denominadas “Estado da Arte”. **Educação & Sociedade**, Campinas, ano 23, n. 79, p. 257-272, ago. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/vPsyhSBW4xJT48FrdCtqfp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2023.

FILLOUX, Jean Claude. Psicanálise e Pedagogia: sobre considerar o inconsciente no campo pedagógico. *In.*: LAJONQUIÈRE, Leandro de; KUPFER, Maria Cristina (org.). **1º Colóquio do Laboratório de Estudos e Pesquisas Psicanalíticas e educacionais sobre a infância: A Psicanálise e os impasses da Educação**. São Paulo: USP, 1999. p. 9-42.

FONSECA, Eneida Simões da. Classe Hospitalar e atendimento escolar domiciliar: direito de crianças e adolescentes doentes. **Revista Educação e Políticas em Debate**, v. 4, n. 1, jan./jul. 2015.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FREUD, Sigmund. A dinâmica da transferência. *In.*: FREUD, Sigmund. **O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 12, p. 59-65. (Trabalho original publicado em 1912).

FREUD, Sigmund. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. *In.*: FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 10. (Trabalho original publicado em 1909).

FREUD, Sigmund. Caminhos da Psicoterapia Psicanalítica. *In.*: FREUD, Sigmund. **Uma Neurose Infantil e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 17, p. 99-105. (Trabalho original publicado em 1919a).

FREUD, Sigmund. Escritores criativos e devaneios. *In.*: FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 9. (Trabalho original publicado em 1906).

FREUD, Sigmund. Linhas de progresso na terapêutica psicanalítica *In.*: v. 14. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 17. (Trabalho original publicado em 1919b).

FREUD, Sigmund. O Mal-estar na Civilização. *In.*: FREUD, Sigmund. **O Futuro de uma Ilusão, O Mal-estar na Civilização e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 21, p. 37-91. (Trabalho original publicado em 1930).

FREUD, Sigmund. Os instintos e seus destinos. *In.*: FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14. (Trabalho original publicado em 1915).

FREUD, Sigmund. Prefácio à Juventude Desorientada, de Aichhorn. *In.*: FREUD, Sigmund. **O ego e o ID e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 19, p. 106-107. (Trabalho original publicado em 1925).

FREUD, Sigmund. Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise II). *In.*: FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 12, p. 191-203. (Trabalho original publicado em 1914).

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade *In.*: FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 7. (Trabalho original publicado em 1905).

GIL, Antônio Carlos. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Barueri, SP: Atlas, 2021.

KLAUTAU, Perla; MACEDO, Maria Manuela Dias Ramos de; SINISCALCHI, Marcella. Juventude e desamparo: relato de uma pesquisa de uma intervenção. **Educação & Realidade**, v. 46, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-6236109164>

KUHN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas**. Tradução de Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 2011.

KUPFER, Maria Cristina Machado. **Freud e a Educação: O Mestre do Impossível**. São Paulo: Scipione, 1992.

KUPFER, Maria Cristina. O Sujeito na psicanálise e na educação: bases para a educação terapêutica. **Educação & Realidade**, v. 35, n. 1, p. 265-281, 2010. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/9371>. Acesso em: 24. fev. 2024.

KUPFER, Maria Cristina. **Educação para o Futuro: Psicanálise e Educação**. 4. ed. São Paulo: Editora Escuta, 2013.

KUPFER, Maria Cristina. O impacto do autismo no mundo contemporâneo. *In.*: KAMERS, Michele; MARIOTTO, Rosa Maria M; VOLTOLINI, Rinaldo. (org.). **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015. p. 169-184.

KUPFER, Maria Cristina; GAVIOLI, Camille. Médicos, educadores e professores terapeutas? Algumas relações entre o tratar e o educar. *In.*: ALMEIDA, Sandra Francesca Conte; KUPFER, Maria Cristina (org.). **A psicanálise e o trabalho com a criança-sujeito: no avesso do especialista**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011.

IMBERT, Francis. **A questão da ética no campo educativo**. São Paulo: Vozes, 2001.

ISMAEL, José Carlos. **O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada**. São Paulo: MG editores, 2005.

LACAN, Jacques. (1959-1960) **O Seminário-Livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, Jacques. **O Seminário-Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

LAJONQUIÈRE, Leandro de. Dos “erros” e em especial daquele de renunciar à educação: Notas sobre psicanálise e educação. **Estilos clínica**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 27-43, 1997. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281997000200004&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 18 abr. 2025.

LAJONQUIÈRE, Leandro de. **Figuras do Infantil: a Psicanálise na vida cotidiana com as crianças**. Petrópolis: Vozes, 2010.

LAJONQUIÈRE, Leandro de. **Infância e ilusão (psico) pedagógica**. Petrópolis: Vozes, 1999.

LAJONQUIÈRE, Leandro de. **De Piaget a Freud: para uma clínica do aprender**. 16. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

LARA, Caren Queiroz Castelar. **Formação de professores em ambiente hospitalar: uma leitura a partir da psicanálise na educação**. 2021. 121 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

LARA, Caren Queiroz Castelar; OLIVEIRA, Frizette; BORGES, Maria José Gontijo. A pesquisa em educação a partir de estudos no campo psicanalítico: e, afinal, Psicanálise é Ciência? *In*: SANTOS, Adail Silva Pereira dos; SANTOS, Silvano Messias dos (org.). **Entre-linhas Psicanálise e Educação: inscrições e escritas de professores**. Curitiba: CRV, 2024. p. 71-83.

LERNER, Ana. Beatriz. Coutinho.; AVERSA, Paula. Carpinetti. O impacto da loucura no campo escolar. *In*: KUPFER, M. C. M.; COLLI, F. A. G. **Travessias - inclusão escolar: a experiência do Grupo Ponte da Pré-escola Terapêutica Lugar de Vida**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

LERNER, Ana. Beatriz. Coutinho.; VOLTOLINI, Rinaldo. PSICANÁLISE, ÉTICA E INCLUSÃO ESCOLAR. **Nuances: Estudos sobre Educação**, Presidente Prudente, v. 26, n. 2, p. 74–92, 2016. DOI: 10.14572/nuances.v26i2.3185. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/3185>. Acesso em: 4 maio 2025.

LISPECTOR, Clarice. **A paixão segundo G. H.** Rio de Janeiro: Rocco. 2009.

LISPECTOR, Clarice. **A Descoberta do Mundo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

MANNONI, Maud. **Educação Impossível**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 2 ed, 1988.

METZ. Patrícia Ponte; RIBEIRO, Rosana. A Prática Pedagógica e o currículo no hospital: reflexões sobre uma ação educativa emancipadora. *In*: AROSA. Armando C; SCHILKE, Ana Lucia (org.) **A escola no hospital: espaço de experiências emancipadoras**. Niterói: Intertexto, 2007. p. 69-82.

MEZAN, Renato. Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 39, n. 70, p. 227-241, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100015. Acesso: 9 abr. 2024.

MISHRA TARC, Aparna. Pedagogia qualificadora: observações sobre um encontro pedagógico. **Pedagogia, Cultura e Sociedade**, v. 31, n. 1, p. 75–90, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/14681366.2021.1884121>

MADER, Bruno Jardini. Fundamentos em Psicologia Hospitalar e da Saúde. *In*: MORETTO, Maria Livia Tourinho; KAMERS, Michele; MARCON, Heloisa Helena (org.). **Desafios Atuais das Práticas em Hospitais e nas Instituições de Saúde**. São Paulo: Escuta, 2016. p. 47-64.

MARCON, Heloisa Helena. O (sem) lugar do sujeito nas práticas em saúde. *In*: MORETTO, Maria Livia Tourinho; KAMERS, Michele; MARCON, Heloisa Helena (org.). **Desafios Atuais das Práticas em Hospitais e nas Instituições de Saúde**. São Paulo: Escuta, 2016. p. 25-45.

MONTEIRO, Maria do Céu Lobo da Rocha. Humanização nos hospitais: gente cuidando de gente. In: AROSA, Armando C; SCHILKE, Ana Lucia (org.) **A escola no hospital: espaço de experiências emancipadoras**. Niterói: Intertexto, 2007. p. 15-21.

MONTEIRO, Elisabete. Aparecida. **Entre professor e aluno: um estudo psicanalítico sobre a transferência**. Campinas, SP: Mercado de letras, 2016.

NUNES, Morgana. **A imposição da terminalidade: desdobramentos narcísicos de sujeitos em cuidados paliativos**. 2022. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

OLIVEIRA, Andréa Pires de; BELO, Fábio Roberto Rodrigues; ANDRADE, Fernando César Bezerra de; GONZAGA, Katherinne Rozy Vieira. Análise da agressividade docente na cena pedagógica: implicações para a formação de professoras(es). **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 178-201, jun. 2021. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382021000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 maio 2024.

OLIVEIRA, Rita de Cassia Magalhães. (Entre)linhas de uma pesquisa: o diário de campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, v. 2, n. 4, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/educajovenseadultos/article/view/1059>. Acesso em: 10 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **Repensar a educação: rumo a um bem comum mundial?** Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002446/244670POR.pdf>. Acesso em: 6 maio 2024.

PASSEGGI, Maria. da Conceição; RODRIGUES, Senadaht. Baracho; FURLANETTO, Ecleide. Cunico. A criança e o adoecimento: entre a escola e o hospital. **Revista @ambienteeducação**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 123–140, 2019. DOI: 10.26843/v12.n2.2019.741.p123-140. Disponível em: <https://publicacoes.unicid.edu.br/ambienteeducacao/article/view/741>. Acesso em: 18 mar. 2024.

PESARO, Maria Eugênia; MERLETTI, Cristina Keiko INAKUFU de; PELLICCIARE, Fabiana Sampaio. Grupos de pais-bebês nas creches como estratégia de promoção da saúde mental na primeira infância. **Educação e Pesquisa**, v. 44, p. e183424, 2019. DOI: 10.1590/s1678-4634201844183424. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ep/article/view/157510>. Acesso em: 14 maio 2024.

PIERLEJEWSKI, Mandy. O doppelganger de dados e o eu-ciborgue: teorizando a dataficação da educação. **Pedagogia, Cultura e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 463–475, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/14681366.2019.1653357>

PIRONE, Ilaria. A escola inclusiva frente aos procedimentos ideológicos de normalização: salvemos o sujeito! In: SENA, Isael de Jesus (org.). **Saberes expertos e medicalização no domínio da infância**. São Paulo: LiberArs, 2021. p. 119-134.

POPPI, Krist; JONES, Júlia; BOTTING, Nicola. Autismo infantil no Reino Unido e na Grécia: um estudo transnacional sobre o progresso em diferentes contextos de intervenção.

Revista Internacional de Deficiências do Desenvolvimento, v. 65, n. 3, p. 162–174, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1080/20473869.2018.1511254>

PUCINELLI, Mariana Farias; MARQUES, Fernanda Martins; LOPES, Rita de Cássia. Telas na infância: postagens de especialistas em grupos de cuidadores no facebook. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. 1-14, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003253741>

RAHME, Monica. Maria. Farid. **Laço social e educação**: um estudo sobre os efeitos do encontro com o outro no contexto escolar. 2010. 452f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

REIS, Luciana Bicalho; PEREIRA, Camila Maechiori. Percepções de familiares sobre uma rede de cuidados de saúde mental infantojuvenil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. 1-14, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003254081>

SANTOS, Émina. A educação como direito social e a escola como espaço protetivo de direitos: uma análise à luz da legislação educacional brasileira. **Educação e Pesquisa**, v. 45, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S16784634201945184961>

SANTOS, Silvano Messias dos. Das memórias educativas: reminiscências infantis e ecos do passado escolar na constituição subjetiva docente. In: SANTOS, Adail Silva Pereira dos; SANTOS, Silvano Messias dos (org.). **Entre-linhas Psicanálise e Educação**: inscrições e escritas de professores. Curitiba, CRV, 2024. p. 53-70.

SARACHO, Olivia N. Teorias do desenvolvimento infantil e seu impacto na educação e no cuidado na primeira infância. **Revista Educação Infantil**, v. 51, n. 1, p. 15-10, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10643-021-01271-5>

SHAW, Janete. Um referencial psicanalítico para interpretar observações de crianças pequenas que integra o desenvolvimento emocional e cognitivo. **Desenvolvimento e Cuidados Infantis Precoces**, v. 191, n. 14, p. 2217–2231, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/03004430.2019.1698560>

SCHILKE, Ana Lucia. A ação educativa hospitalar que temos... A escola no hospital que queremos. In: AROSA. Armando C; SCHILKE, Ana Lucia (org.) **A escola no hospital**: espaço de experiências emancipadoras. Niterói: Intertexto, 2007. p. 33-45.

SQUARISI, Katilen Machado Vicente. A escuta da educação pela psicanálise. In: SANTOS, Adail Silva Pereira dos; SANTOS, Silvano Messias dos (org.). **Entre-linhas Psicanálise e Educação**: inscrições e escritas de professores. Curitiba: CRV, 2024. p. 149-165.

SILVA, Heloene Ferreira da. **Dos mistérios do corpo ao falante**: A escuta psicanalítica de sujeitos intersexo no contexto hospitalar. 2021. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, Marilize. de Moraes; RABELO, Franci. Sousa. Atendimento escolar no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão: percepção das crianças hospitalizadas. **Revista Diálogos e Perspectivas em Educação Especial**, v. 5, n. 2, p. 85–100, 2018. DOI: 10.36311/2358-8845.2018.v5n2.07.p85. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/dialogoseperspectivas/article/view/6985>. Acesso em: 18 mar. 2024.

SILVA, Milena da Rosa; MEDEIROS, Cléo Busanello de; ARROSI, Kellen Evaldt; FERRARI, Andrea Gabriela. “Que bom que ele havia estranhado”: Considerações sobre a metodologia IRDI. **Psicologia escolar e educacional**, v. 25, n. 2, p. 85–100, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-3539202122633825n2.07.p85>

SIMONATO, Mariana Pereira; MITRE, Rosa Maria de Araújo; GALHEIJO, Maria Sandra. O cotidiano hospitalar de crianças com hospitalizações prolongadas: entre tramas dos cuidados com o corpo e as mediações possíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/tXxwwwHsRDMGp4Qjz5S8TMq/?lang=pt> Acesso em: 1 fev. 2024.

SIMONETTI, Alfredo. **A cena Hospitalar: psicologia médica e psicanálise**. Belo Horizonte: Artesã, 2019.

SOUZA, Livia Barbosa Pacheco. Classe Hospitalar, Atendimento Pedagógico Domiciliar e Brinquedoteca Hospitalar: (im)possibilidades de educação de crianças em tratamento de saúde. In: FURLEY, Ana Karine, Loureiro; PINEL, Hiran; RODRIGUES, José Raimundo; ROSSATO, Cesar Augusto. **Classe hospitalar, atendimento pedagógico domiciliar e brinquedoteca hospitalar: histórias, fundamentos, legislações, experiências e problematizações**. Itapiranga: Schreiben, 2025. p. 25-39.

STEARNS, Clio. Mostre seu trabalho: currículos matemáticos, conhecimentos e pedagogia reumanizante. **Pedagogia, Cultura e Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 299–315, 2020. <https://doi.org/10.1080/14681366.2019.1635191>. Acesso em: 1 fev. 2024.

TEIXEIRA, Anísio. Educação e cultura na Constituição do Estado da Bahia. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 151, p. 685-696, 1984. Disponível em: <http://www.bvanisioteixeira.ufba.br/artigos/educacao5.html>. Acesso em: 6 maio 2024.

VOLTOLINI, Rinaldo. A *démarche* psicanalítica na educação: consequências para o campo da formação docente. In.: VOLTOLINI, Rinaldo *et al.* **Psicanálise e formação de professores: anti-formação docente**. São Paulo: Zagodoni, 2018. p. 19-32.

WILES, Jamille Mateus; FERRARI, Andrea Gabriela. Do cuidado com o bebê ao cuidado com o educador. **Psicologia escolar e educacional**, v. 24, n. 2, p. 85–100, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-35392020213976>

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação
Profa. Dra. Inês Maria Marques Zanforlin Pires de Almeida
Aluna: Caren Castelar Queiroz Lara

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“O ato educativo no contexto hospitalar: as percepções do profissional de saúde”**, de responsabilidade de **Caren Castelar Queiroz Lara**, estudante de doutorado da *Universidade de Brasília*. O objetivo desta pesquisa é **compreender as percepções do profissional de saúde do Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa, a partir dos estudos psicanalíticos no campo da educação, sobre o ato educativo e as suas possíveis contribuições no cenário hospitalar**. Assim, gostaria de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de **entrevistas semiestruturadas**. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa pode implicar em riscos tais como: Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são risco intelectual mínimo, podendo haver quebra de sigilo. Estes riscos serão minimizados com as seguintes estratégias: Para minimizar este risco garantimos o sigilo em relação às respostas dos participantes, sendo utilizados como dados confidenciais (informações pessoais e identidade não serão revelados) e utilizados apenas para fins científicos, como publicação de artigos, resumos em congressos e escrita da tese.

Espera-se com esta pesquisa possa contribuir para o fortalecimento do Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal e a construção de possíveis reflexões sobre a importância do trabalho multidisciplinar e humanizado nas unidades de pediatrias do Distrito Federal, assim

como a implementação e ampliação de políticas públicas que favoreçam o trabalho escolar no ambiente hospitalar.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone **(61) 99102-0340** ou pelo e-mail **carencqueiroz@gmail.com**.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de publicação da tese no repositório da Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br ou pelo telefone: (61) 3107 1592.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

Assinatura do/da participante

Brasília, ____ de _____ de _____

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

Declaro para os fins de realização de pesquisa, ter elaborado esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas nas alíneas acima elencadas e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização dessa pesquisa.

Brasília, _____ de _____ de 2024.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA



Universidade de Brasília - UnB
 Faculdade de Educação
 Programa de Pós-Graduação em Educação
 Profa. Dra. Inês Maria Marques Zanforlin Pires de Almeida
 Aluna: Caren Castelar Queiroz Lara

Prezado(a),

O objetivo desta entrevista é levantar dados de sua vida pessoal e profissional e suas percepções sobre o trabalho pedagógico desenvolvido pelo Programa Classe Hospitalar.

Com o seu consentimento, esta entrevista será gravada em áudio e posteriormente transcrita para análise dos dados. O conteúdo da mesma será utilizado na tese, mas sua identidade será mantida em sigilo.

Parte 1

Caracterização sociodemográfico e profissional

Data: __/__/____

Idade: _____ Sexo: (☐)Fem (☐)Mas

Profissão: _____

Tempo de formação: _____

Área de trabalho (local de atuação no HMIB): _____

Tempo de atuação na área (no HMIB): _____

Titulação: (____) Especialista na área Qual _____

(☐) Mestrado (☐) Doutorado (☐) Pós Doutorado (☐) graduação

Área de atuação: _____

- Sobre o Programa Classe Hospitalar (já ouviu falar? Alguma criança/ família já mencionou o atendimento?)

Parte 2

A entrevista será realizada a partir da questão norteadora que seguirá os temas/ perguntas:

- Questão norteadora

- A importância da escolarização para criança no ambiente hospitalar como ponto de apoio ao tratamento/ diagnóstico (Percebe alguma relação entre a escolarização e o tratamento em saúde?)

- Roteiro para entrevista

- Percepção sobre os estudantes em situação de internação e os desafios frente ao processo de internação. Como percebe e/ou sente quanto ao adoecimento da criança?
- Percepções sobre o Programa Classe Hospitalar (ouviu falar? alguma criança/ família já mencionou o atendimento?)
- Considera importante o trabalho da Classe Hospitalar para sua atuação? percebe alguma relação com o seu trabalho realizado no hospital? poderia esclarecer sua resposta e comentar a respeito?
- Estabelece relações feitas entre o Programa Classe hospitalar e as possibilidades da repercussão para criança internada (você acha que o atendimento do Programa Classe hospitalar faz alguma diferença para criança internada? e para família? para equipe de Saúde? se a resposta for afirmativa, exemplifique:
- A importância da escolarização para criança no ambiente hospitalar como ponto de apoio ao tratamento/ diagnóstico (percebe alguma relação entre a escolarização e o tratamento em saúde? já houve alguma situação em que o atendimento pedagógico no ambiente hospitalar fez diferença para o atendimento da criança? Se a resposta for positiva, descreva).
- Enlaces entre as facilidades e as dificuldades para realização do trabalho multidisciplinar na área da saúde.
- Traços de identificação e lembranças que marcam a trajetória do sujeito (já esteve internado? quando criança? já teve alguém próximo internado? alguém próximo ou você já teve alguma vivência de atendimento pedagógico num espaço fora da escola?)

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE C – CARTA DE REVISÃO ÉTICA



Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação
Profa. Dra. Inês Maria Marques Zanforlin Pires de Almeida
Aluna: Caren Castelar Queiroz Lara

Segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, (CNS), toda pesquisa realizada com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados.

Desse modo, nessa tese buscaremos mitigar eventuais riscos que possam decorrer da coleta de dados.

Por se tratar de um estudo de pesquisa qualitativa, o qual possui destaque no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento do Programa Classe Hospitalar, com realização por meio de aplicação de entrevistas semiestruturadas, pressupõe-se que os riscos referentes ao presente estudo sejam mínimos.

Esta pesquisa assegura privacidade, sigilo e confiabilidade dos envolvidos, sendo-lhes garantido o direito de desistir da participação a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza aos mesmos. Toda a pesquisa será pautada na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) garantindo a transparência do processo e privacidade, sigilo e confiabilidade dos participantes.

Em primeiro lugar, a pesquisa será realizada apenas com profissionais de saúde maiores de idade, além disso será resguardado em todas as etapas da pesquisa o sigilo da identidade dos participantes e o respeito à sua dignidade e autonomia.

Para que os termos da pesquisa fiquem claros, inicialmente, com autorização da equipe gestora do hospital, faremos uma reunião com os profissionais de saúde das Unidades de Internações Pediátricas Pediatria do Hospital Materno Infantil-HMIB que atendam aos pré-requisitos estabelecidos para o estudo, com a finalidade de apresentar os principais aspectos que envolvem a pesquisa, incluindo: resumo, justificativa, problema e objetivos, por fim serão apresentados e lidos o TCLE e o instrumento empregado para a coleta de dado, visando deixar os participantes cientes do contexto da pesquisa em que estarão sendo convidados a contribuir para que assim possam se sentir mais seguros e confortáveis para optar ou não pela participação.

Por fim, me colocarei a disposição para esclarecer todas as eventuais dúvidas que possam surgir antes, durante ou depois da coleta de dados. Ressalta-se que nesse momento também serão entregues aos participantes um breve resumo da apresentação do teor da tese, o TCLE e o roteiro de entrevista que será utilizado como base para coleta de dados, para que possam ser analisados. Oferecendo tempo razoável para a leitura do material e tomada de decisão mais consciente a respeito de sua participação. Ressalta-se que será enfatizado pela pesquisadora o direito que o participante possui de desistir a qualquer momento da pesquisa, sem nenhum tipo de ônus, caso se sinta desconfortável em alguma das etapas.

As entrevistas serão realizadas individualmente com a pesquisadora utilizando a gravação de voz somente para fins investigativos. Isto é, não haverá nenhum tipo de veiculação de imagem. Cumpre destacar que apenas uma amostragem de 08 (oito) profissionais de saúde participarão dessa etapa do estudo. No que diz respeito às respostas dos participantes, coletadas a partir de questionários e entrevistas, é válido destacar que suas identidades serão preservadas em todos os momentos.

Visando minimizar riscos quanto a quebra de sigilo e confiabilidade dos dados pessoais dos participantes, em consonância com a Circular no 1/2021 - CONEP/SECNS/MS, após concluída a coleta dos dados, será feito download e o armazenamento dos dados obtidos dará-se-á em dispositivo eletrônico local da pesquisadora, inviabilizando desta forma a manutenção dos dados em ambiente compartilhado ou plataformas virtuais.

Acerca dos benefícios da pesquisa, cumpre destacar que, a partir dos resultados é possível que pesquisa possa contribuir para o fortalecimento do Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal (Portaria Conjunta n. 09, de 20 de julho de 2021) e a construção de possíveis reflexões sobre a importância do trabalho multidisciplinar e humanizado nas unidades de pediatrias do Distrito Federal, assim como a implementação e ampliação de políticas públicas que favoreçam o trabalho escolar no ambiente hospitalar. Os colaboradores/participantes da pesquisa poderão desistir da colaboração a qualquer momento.

Brasília, 30 de julho de 2024.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Pais/responsáveis legais)

Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação
Profa. Dra. Inês Maria Marques Zanforlin Pires de Almeida
Aluna: Caren Castelar Queiroz Lara

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PAIS/RESPONSÁVEIS LEGAIS)

Seu (sua) filho(a) está sendo convidado a participar da pesquisa **“O ato educativo no contexto hospitalar: as percepções do profissional de saúde”**. O objetivo desta pesquisa é **“compreender as percepções do profissional de saúde do Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa, a partir dos estudos psicanalíticos no campo da educação, sobre o ato educativo e as suas possíveis contribuições no cenário hospitalar”**. A pesquisadora responsável por essa pesquisa é a estudante de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Brasília Caren Castelar Queiroz Lara.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o nome do seu (sua) filho(a) não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa. A participação de seu (sua) filho(a) envolve os seguintes riscos: ficar envergonhada por estar sendo observada, desconforto; medo de ser identificado; estresse; quebra de sigilo; dano; quebra de anonimato; embaraço de interagir com estranhos. A participação de seu (sua) filho(a) pode ajudar a pesquisadora a entender melhor a percepção dos profissionais de saúde sobre o atendimento pedagógico no ambiente hospitalar, contribuindo para o fortalecimento e ampliação do Programa Classe Hospitalar, bem como a divulgação junto à sociedade e demais pesquisadores;

Assim, você está sendo consultado sobre a possibilidade de seu (sua) filho(a) participar da pesquisa, caso tenha interesse. Tanto você como seu(sua) filho(a) são livres para recusar a participação, retirar o consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.

A recusa em participar não acarretará nenhuma penalidade.

Todas as informações obtidas por meio da participação serão de uso exclusivo para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável. Os pesquisadores poderão contar para vocês os resultados da pesquisa quando ela terminar, se vocês quiserem saber.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora através do(s) telefone(s) (61)99102-0340, pelo e-mail carencqueiroz@gmail.com.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de publicação da tese no repositório da Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br ou pelo telefone: (61) 3107 1592.

No caso de aceitar que seu(sua) filho(a) faça parte como participante, você e o pesquisador devem rubricar todas as páginas e também assinar as duas vias desse documento. Uma via é sua. A outra via ficará com o(a) pesquisador(a).

Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, entendi como é a pesquisa, tirei dúvidas com o(a) pesquisador(a) e aceito que meu(minha) filho(filha) _____ nascido(a) no dia _____, matriculado(a) no _____ ano/série escolar, participe, sabendo que podemos desistir em qualquer momento, durante e depois de participar. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo, em sigilo a identidade da criança. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____ local e data: _____



Assinatura Datiloscópica (se não alfabetizado)

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido do representante legal da criança/adolescente para a participação neste estudo.

Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador _____

Assinatura: _____

Local/data: _____

Nome da Testemunha: _____

Assinatura: _____

Local/data: _____

Nome da Testemunha: _____

Assinatura: _____

Local/data: _____

APÊNDICE E - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação
Profa. Dra. Inês Maria Marques Zanforlin Pires de Almeida
Aluna: Caren Castelar Queiroz Lara

REGISTRO DE TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (6 a 10 anos)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“O ato educativo no contexto hospitalar: as percepções do profissional de saúde”**, desenvolvido pela pesquisadora Caren Castelar Queiroz Lara. Seus pais ou responsáveis permitiram que você participe. Queremos saber sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre o Programa Classe Hospitalar. Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

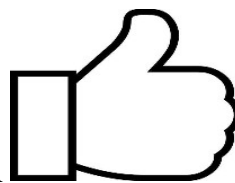
As crianças que irão participar desta pesquisa têm de 6 a 10 anos de idade. A pesquisa será feita na Classe Hospitalar do hospital em que você faz tratamento, onde as crianças realizam as atividades escolares, desenhos e brincam. Para isso, a pesquisadora irá observar e registrar o seu atendimento durante as aulas no Programa Classe Hospitalar, mas é possível acontecer de você sentir cansaço ou aborrecimento, desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante as observações.

Caso aconteça algo errado, você pode conversar conosco, com seus pais, responsáveis ou equipe médica. Também pode me procurar pelo telefone (61) 991020340.

Há coisas boas que podem acontecer com a pesquisa, como gerar conhecimentos para entender como as crianças se sentem no ambiente hospitalar e como o ambiente interfere em suas vidas, melhorando-o. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa serão publicados em livros e revistas científicas, mas sem identificar os participantes. Sendo assim, assinale a sua resposta:



EU ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA



Página 1 de 2



EU NÃO ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____ local e data: _____

Nome do(a) Responsável: _____

Assinatura: _____ local e data: _____

ANEXO A – PORTARIA CONJUNTA Nº09

Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação
Profas. Dra. Inês M Zanforlin Pires de Almeida
Aluna: Caren Castelar Queiroz Lara

10/05/2025, 18:30

Portaria Conjunta 9 de 20/07/2021



[Legislação Correlata - Portaria Conjunta 10 de 16/09/2021](#)

PORTARIA CONJUNTA Nº 09, DE 20 DE JULHO DE 2021

Dispõe sobre a cooperação mútua entre a Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal e a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, visando a oferta de Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares às crianças da Educação Infantil e crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental, incluídos os diagnosticados com deficiência, com matrícula ativa e impossibilitados de frequentar as unidades escolares de origem.

A SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL E O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhes conferem os incisos I e III do parágrafo único do art. 105 da Lei Orgânica do Distrito Federal; o inc. XVIII do art. 2º e os incisos I, V, VI, e XIII do art. 182 do Regimento Interno da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, aprovado pelo Decreto nº 38.631, de 20 de novembro de 2017; os incisos III e IX do art. 509 do Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, aprovado pelo Decreto nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018; e com base na Instrução Normativa nº 02-SEEDF, de 21 de setembro de 2018,

Considerando o disposto nos artigos 196, 205, 208 e 214, da Constituição Federal/1988;

Considerando os arts. 5º e 23 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que trata das Diretrizes e Bases da Educação Nacional;

Considerando o disposto nos §2º e §3º do art. 13 da Resolução do Conselho Nacional da Educação/CNE nº 02, de 11 de setembro de 2001 - MEC;

Considerando o art. 24, inciso V, e o art. 26, do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei Federal nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, e que estabelece às instituições hospitalares e congêneres a garantia de atendimento pedagógico ao educando com deficiência, internado nessas unidades, com o propósito de sua inclusão e manutenção no processo educacional;

Considerando os arts. 3º e 4º, da Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (ECA);

Considerando o disposto na Lei Distrital nº 2.809, de 29 de setembro de 2001, que dispõe sobre a garantia do direito da criança e do adolescente ao atendimento pedagógico e escolar na atenção hospitalar no Distrito Federal, com alteração dada pela Lei Distrital nº 5.743/2016 e pela Lei Distrital nº 6.199/2018;

Considerando a Orientação Pedagógica do Ensino Especial da SEEDF, no que couber;

Considerando, ainda, o disposto na IN nº 02 - SEEDF, de 21 de setembro de 2018, que dispõe sobre os requisitos, os procedimentos e os fluxos referentes à celebração de parceria sem transferência de recursos financeiros, mediante Termo de Cooperação Técnica, Portaria Conjunta ou instrumentos congêneres, no âmbito da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal - SEEDF; e

Considerando, por fim, que não haverá transferência de recursos ou créditos financeiros entre os partícipes para a execução do Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares, bem como para o remanejamento dos servidores, resolvem:

**CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Estabelecer parceria entre a Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal - SEEDF e a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SESDF, para ofertar o Atendimento Educacional Hospitalar, a ser desenvolvido no âmbito das Classes Hospitalares.

10/05/2025, 18:30

Portaria Conjunta 9 de 20/07/2021

§1º O atendimento referido no caput é destinado às crianças da Educação Infantil e crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental, incluídos os diagnosticados com deficiência, com matrícula ativa, impossibilitados de frequentar as unidades escolares de origem, em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar para tratamento de saúde nas Unidades Regionais Hospitalares do Distrito Federal, que oferecem atendimento na Pediatria.

§2º O Atendimento Educacional Hospitalar tem os seguintes objetivos:

a) elaborar estratégias e orientações para viabilizar o Atendimento Educacional Hospitalar, por meio das Classes Hospitalares, contribuindo para o processo de desenvolvimento e construção do conhecimento das crianças e adolescentes que se encontram impossibilitados, de forma temporária, de frequentar as Unidades Escolares da rede pública ou privada de ensino do Distrito Federal;

b) dar continuidade às atividades pedagógicas desenvolvidas pelas Unidades Escolares, por meio de currículo flexibilizado e adaptado, garantindo a atenção integral à criança e ao adolescente em situação de internação hospitalar, favorecendo seu reingresso e a adequada integração ao ambiente escolar de origem;

c) oferecer o Atendimento Educacional Hospitalar, no âmbito da Educação Infantil e dos anos iniciais do Ensino Fundamental, de forma individual ou coletiva, nos espaços das Classes Hospitalares ou nos leitos, conforme a necessidade da criança e adolescente em situação de internação hospitalar.

§3º O Atendimento Educacional Hospitalar obedecerá a mesma forma de oferta implementada nas Unidades Escolares da Rede Pública de Ensino do Distrito Federal, podendo ser presencial e/ou mediado por tecnologia, a depender das condições sanitárias vigentes e das medidas de controle epidemiológico adotadas pelo Governo do Distrito Federal, no âmbito da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal.

§4º O Atendimento Educacional Hospitalar será regulado pelo Plano de Trabalho elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SESDF, analisado e aprovado pela Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal - SEEDF, passível de revisão a cada 12 (doze) meses, bem como por esta Portaria Conjunta.

CAPÍTULO II DAS OBRIGAÇÕES

Art. 2º Cabe à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SESDF:

I - disponibilizar espaço físico adequado nas Unidades Regionais Hospitalares Públicas do Distrito Federal para o Atendimento Educacional Hospitalar em Classes Hospitalares;

II - garantir, por meio de cada Unidade Regional Hospitalar, onde haja o atendimento educacional hospitalar, a remessa mensal de folha de frequência dos professores remanejados, atestada pela chefia imediata, até o 5º dia útil de cada mês, para a Subsecretaria de Gestão de Pessoas - SUGEP/SEEDF;

III - zelar pelo fiel cumprimento da carga horária de 40h semanais dos professores remanejados, garantindo o cumprimento das atribuições inerentes ao seu cargo de origem, ou seja, a docência, não sendo permitido qualquer tipo de desvio de função em razão desta Portaria Conjunta, dentro do Atendimento Educacional Hospitalar;

IV - solicitar a substituição de professores, a fim de suprir carência na Unidade Regional Hospitalar, em virtude de aposentadoria, licença gestante e da não adequação do professor ao perfil profissional da especificidade necessária ao público alvo e/ou que não desempenhe suas funções em consonância com o Plano de Trabalho e com a Portaria Conjunta;

V - encaminhar à Subsecretaria de Gestão de Pessoas, da Secretaria de Estado de Educação, mediante necessidade, pedido de abertura e/ou ampliação do atendimento de novas Classes Hospitalares em outras Unidades Regionais Hospitalares;

VI - garantir o Atendimento Educacional Hospitalar aos pacientes crianças/estudantes da rede pública de ensino do DF, sob a responsabilidade dos professores remanejados pela Secretaria de Estado de Educação, nos 05 (cinco) dias da semana, nos períodos matutino, de 8h às 12h, e vespertino, de 14h às 18h;

VII - disponibilizar, por meio de cada Unidade Regional Hospitalar, informações e documentos necessários para subsidiar os relatórios de acompanhamento, controle e avaliação do atendimento desenvolvido pelos professores, sempre que solicitado;

10/05/2025, 18:30

Portaria Conjunta 9 de 20/07/2021

VIII - devolver os professores à Secretaria de Estado de Educação, imediatamente após o encerramento da Parceria.

Art. 3º Cabe à Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal - SEEDF:

I - promover, por meio da Subsecretaria de Educação Básica - SUBEB e Subsecretaria de Educação Inclusiva e Integral - SUBIN, o Processo Seletivo Simplificado Específico, destinado à seleção de professores para atuarem no Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares, com o objetivo de adequar o perfil profissional à especificidade requerida pelo público-alvo, necessária ao exercício das atividades descritas no Plano de Trabalho aprovado;

II - garantir, com o intuito de assegurar a continuidade do Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares, a permanência dos professores, ora remanejados, até a conclusão do Processo Seletivo previsto nesta Portaria;

III - remanejar à Secretaria de Estado de Saúde, após o resultado do Processo Seletivo Simplificado Específico, por meio da Subsecretaria de Gestão de Pessoas - SUGEP, até 15 (quinze) professores habilitados em atividades para a Educação Infantil e para os anos iniciais do Ensino Fundamental e com aptidão em Atendimento Educacional Especializado - AEE e cursos na área de Educação Hospitalar, integrantes do seu quadro efetivo e estáveis, com carga horária de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais cada, devidamente aprovados no Processo Seletivo Específico, para atuarem no regime de 20 (vinte) horas mais 20 (vinte) horas semanais, totalizando 600 (seiscentas) horas, conforme atividades e horários previstos;

IV - garantir a substituição de professores, a fim de suprir carência na Unidade Regional Hospitalar, em virtude de aposentadoria, licença gestante e da não adequação do professor ao perfil profissional da especificidade necessária ao público alvo e/ou que não desempenhe suas funções em consonância com o Plano de Trabalho e com a Portaria Conjunta;

V - garantir a assinatura do Termo de Compromisso por meio da SUGEP, no ato do encaminhamento do professor para a Unidade Regional Hospitalar em que será remanejado, no que manifestará ciência e concordância às normas contidas no Plano de Trabalho e na Portaria Conjunta;

VI - acompanhar e fiscalizar as atividades pedagógicas, por meio de seus representantes no Comitê Gestor, a fim de verificar se estão sendo realizadas de acordo com o Currículo em Movimento da Educação Básica do Distrito Federal;

VII - orientar os gestores e professores das unidades escolares da Rede Pública de Ensino do Distrito Federal, por meio das respectivas Coordenações Regionais de Ensino, quanto às articulações que deverão ser realizadas com os professores remanejados para a Secretaria de Estado de Saúde, a fim de dar continuidade às atividades pedagógicas desenvolvidas no âmbito escolar;

VIII - realizar, uma vez por mês, coordenação pedagógica com os professores remanejados, por intermédio da Coordenação Regional de Ensino/UNIEB, localizada na mesma Região Administrativa do Distrito Federal que a Unidade Regional Hospitalar, onde o professor atua, visando oferecer atendimento efetivo aos estudantes;

IX - oficial aos professores remanejados, por meio da SUGEP, quando do fim desta Parceria, determinando a esses servidores que se apresentem em 24 (vinte e quatro) horas à SUGEP/SEEDF.

Art. 4º Obrigações comuns aos Partícipes:

I - assegurar o Atendimento Educacional Hospitalar, a ser desenvolvido no âmbito das Classes Hospitalares, nas Unidades Regionais Hospitalares às crianças da Educação Infantil e crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental, matriculados na rede pública de ensino do Distrito Federal, e impossibilitados de frequentar as unidades escolares em razão de internação para tratamento de saúde nas Unidades Regionais Hospitalares;

II - adaptar o Calendário Anual Escolar vigente na rede pública de ensino, para efeito de planejamento e execução das atividades realizadas no Atendimento Educacional Hospitalar, adequando a metodologia, o cronograma e horários previstos no Plano de Trabalho;

III - coordenar, fiscalizar, orientar e avaliar o funcionamento do Atendimento Educacional Hospitalar, de forma periódica, por meio do Comitê Gestor, com anuência da Direção da Unidade Regional Hospitalar, a fim de fazer cumprir o que consta no Plano de Trabalho;

10/05/2025, 18:30

Portaria Conjunta 9 de 20/07/2021

IV - observar os direitos e deveres estabelecidos para a Carreira Magistério Público do DF, dispostos na [Lei nº 5.105, de 03 de maio de 2013](#);

V - divulgar a participação de ambas as Secretarias, em todos os eventos e espaços de publicidade promovido em razão do Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares nas Unidades Regionais Hospitalares, bem como fazer constar em todas as ações promocionais, documentos e correspondências referentes à parceria;

VI - orientar os professores remanejados, quanto ao fiel cumprimento do Plano de Trabalho vinculado a esta Portaria Conjunta, a fim de propiciar um atendimento de qualidade às crianças da Educação Infantil e crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental, internadas para tratamento de saúde nas Unidades Regionais Hospitalares;

VII - informar à outra signatária sobre eventuais parcerias firmadas com outros entes públicos ou privados, no escopo de cumprir, com excelência, o atendimento nas Classes Hospitalares, que diz respeito ao objeto desta Portaria Conjunta, obedecendo ao contido no Plano de Trabalho;

VIII - garantir o livre acesso dos órgãos de Controle Interno e Externo, a qualquer tempo e lugar, aos registros de todos os atos e fatos relacionados, direta ou indiretamente, com esta Portaria Conjunta, quando em missão de fiscalização ou auditoria;

IX - promover reuniões, sempre que solicitadas, para tratar de assuntos relacionados ao objeto desta Portaria Conjunta, com os devidos registros em ata;

X - acompanhar e fiscalizar as atividades pedagógicas, por meio de seus representantes no Comitê Gestor, a fim de verificar se estão sendo realizadas de acordo com o Currículo em Movimento da Educação Básica do Distrito Federal.

Art. 5º Cabe aos professores remanejados para a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SESDF:

I - elaborar e encaminhar ao Comitê Gestor relatório semestral das atividades desenvolvidas nas Classes Hospitalares, bem como o quantitativo de crianças e adolescentes atendidos;

II - disponibilizar documentos, relatórios e/ou levantamentos, sempre que solicitado pelo Comitê Gestor;

III - manter registro, com a identificação completa da criança e do adolescente, os procedimentos adotados, as avaliações, as adequações curriculares, o controle de frequência e as comunicações enviadas à unidade escolar a que esteja vinculada a criança/estudante, em consonância com as normas adotadas pelas unidades escolares da Secretaria de Estado de Educação;

IV - participar dos cursos de formação continuada que possam vir a ser oferecidos pela Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal - SEEDF que contribuam com os conhecimentos necessários ao Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares;

V - participar de reuniões, eventos, seminários, sempre que solicitado pelas Secretarias signatárias;

VI - cumprir, integralmente, a carga horária de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais do servidor da carreira magistério Público do Distrito Federal, na forma da Lei nº 5.105, de 03 de maio de 2013, respeitando os horários de funcionamento da Secretaria de Estado de Saúde, obedecendo, entretanto, a sua carga horária semanal de trabalho, conforme distribuição de carga horária previsto no Plano de Trabalho;

VII - assinar Termo de Compromisso em que manifestará ciência e concordância às normas estabelecidas nesta Portaria Conjunta e no Plano de Trabalho;

VIII - mapear a demanda de atendimento, fazendo constar no relatório semestral;

IX - realizar o Atendimento Educacional Hospitalar - Classe Hospitalar, utilizando-se do lúdico, como ferramenta pedagógica, para crianças da Educação Infantil e crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental, para as funções inerentes ao processo de ensino-aprendizagem;

X - estabelecer vínculo pedagógico com a unidade escolar de origem da criança e do adolescente, solicitar orientações sobre os Campos de Experiências e Objetivos de Aprendizagens da Educação Infantil e conteúdo e atividades para o Ensino Fundamental que deverão ser desenvolvidos durante o período de internação hospitalar, de forma a favorecer o retorno das crianças/estudantes às unidades escolares e a sua reintegração ao grupo escolar correspondente;

10/05/2025, 18:30

Portaria Conjunta 9 de 20/07/2021

XI - elaborar, caso seja necessário, em articulação com as unidades escolares a adequação das vivências necessárias ao Atendimento Educacional Hospitalar da criança/estudante, atentando para os objetivos de aprendizagem/conteúdos previstos no Currículo em Movimento da Educação Básica do Distrito Federal;

XII - participar, quando solicitado, das visitas multidisciplinares realizadas às crianças/adolescentes (estudantes) internados na Unidade Regional Hospitalar em que estiver atuando;

XIII - realizar e encaminhar a avaliação sobre o Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares, com o objetivo de subsidiar o relatório de acompanhamento que será elaborado pelo Comitê Gestor, conforme previsto no Plano de Trabalho;

XIV - realizar a transcrição das informações educacionais para o prontuário eletrônico das crianças e adolescentes atendidos nas Classes Hospitalares, conforme orientações da Secretaria de Estado de Saúde - SESDF;

XV - apresentar-se à SUGEP em 24 (vinte e quatro) horas após o encerramento desta Parceria, seja pelo fim da vigência, seja por motivo diverso.

CAPÍTULO III DO COMITÊ GESTOR

Art. 6º O Comitê Gestor, responsável pelo acompanhamento e controle das atividades desenvolvidas conforme Plano de Trabalho vinculado a este instrumento, será instituído mediante Portaria Conjunta das Secretarias Signatárias, devendo ser publicada no prazo de 10 (dez) dias, a contar da publicação desta Portaria Conjunta, com a seguinte composição: 02 (dois) representantes da Secretaria de Estado de Saúde, sendo estes lotados na Unidade de Pediatria da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 03 (três) representantes da Secretaria de Estado de Educação, sendo estes da SUBEB, da SUBIN e da SUGEP.

§1º o mandato para a presidência e vice-presidência do Comitê Gestor será de 1 (um) ano em regime de alternância, entre as Pastas signatárias desta Portaria Conjunta.

§2º O primeiro mandato da presidência ficará a cargo da SEEDF e da vice-presidência a cargo da SESDF.

§3º As atribuições do presidente e vice-presidente serão definidas a partir da primeira reunião do Comitê Gestor, após designação dos membros publicada no Diário Oficial do Distrito Federal.

Art. 7º Ao Comitê Gestor compete:

I - coordenar o planejamento e organização de atendimento futuro às demais etapas da Educação Básica, anos finais do Ensino Fundamental e Ensino Médio, com previsão para implementação a partir do ano subsequente à assinatura do presente ajuste;

II - elaborar a Minuta do Edital próprio que norteará o Processo Seletivo Simplificado Específico de servidores da Carreira Magistério Público, que atuarão no Atendimento Educacional Hospitalar em Classes Hospitalares, atentando-se para os princípios da impessoalidade, da legalidade e da moralidade, submetendo-a à apreciação e aprovação do titular da Pasta da SEE;

III - encaminhar a Minuta do Edital ao Gabinete da Secretaria de Estado de Educação do DF, para publicação em até 40 (quarenta) dias corridos, após a assinatura desta Portaria conjunta;

IV - coordenar e acompanhar o processo seletivo específico de servidores da Carreira Magistério Público do Distrito Federal que atuarão no Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares;

V - acompanhar a implementação do Plano de Trabalho propondo instrumentos de gestão e indicadores de resultados;

VI - propor alterações ou encerramento da parceria celebrada por meio desta Portaria Conjunta, a depender da demanda apresentada nas Unidades Regionais de Saúde do Distrito Federal, e submetê-las, mediante relatório opinativo, aos titulares signatários para fins de decisão;

VII - divulgar, indicar e incentivar os professores remanejados a participarem de cursos de formação continuada que possam vir a ser oferecidos pela Secretaria de Estado de Educação - SEEDF que contribuam com os conhecimentos necessários ao Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares;

10/05/2025, 18:30

Portaria Conjunta 9 de 20/07/2021

VIII - elaborar relatórios semestrais das atividades desenvolvidas por força desta Portaria Conjunta;

IX - propor a troca e substituição de professor, por meio de relatório circunstanciado aos titulares das pastas subscritoras;

X - desempenhar outras atividades relativas à plena efetivação da parceria a que se refere esta Portaria Conjunta;

XI - revisar, a cada 12 (doze) meses, o Plano de Trabalho, propondo medidas, caso necessário, no sentido de aperfeiçoar o Atendimento Educacional Hospitalar;

XII - elaborar e disponibilizar aos professores remanejados instrumentos de gestão para o registro, acompanhamento e avaliação do atendimento que julgarem necessários;

XIII - advertir os professores remanejados à Secretaria de Estado de Saúde, ao fim desta Parceria, a se apresentarem na SUGEP, em 24 (vinte e quatro) horas.

§1º O Comitê Gestor se reunirá, semestralmente, ou sempre que convocado por um de seus integrantes ou titulares das pastas signatárias, para discutir as questões de sua competência. Todas as reuniões realizadas pelo deverão ser registradas em Ata, contendo as manifestações dos presentes;

§2º Todas as deliberações do Comitê Gestor serão submetidas aos titulares das pastas signatárias, para ratificações.

CAPÍTULO IV DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 8º A participação no processo seletivo será de caráter voluntário, devendo o professor pertencer à Carreira Magistério Público do DF, com efetivo exercício na rede pública de ensino do Distrito Federal de, no mínimo, 03 (três) anos.

Art. 9º Os professores serão remanejados à SESDF para atuarem nas Unidades Regionais Hospitalares da rede pública do Distrito Federal, que ofertem atendimento na Pediatria.

Art. 10. A movimentação dos professores selecionados para atuarem no Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares ocorrerá somente após sua efetiva substituição em regência de classe.

Art. 11. Após aprovação em Processo Seletivo interno e a devida autorização de remanejamento para atender ao que rege esta Portaria Conjunta, o professor deverá se apresentar à Coordenação Regional de Ensino - CRE de sua lotação que o encaminhará à SUGEP para emissão de Ofício de apresentação à Secretaria de Estado de Saúde-DF, para fins de regularização funcional.

Art. 12. Após o processo seletivo específico, deverá ser aberto processo individual, devidamente autuado, instruído e analisado pela Subsecretaria de Gestão de Pessoas - SUGEP/SEEDF para o desenvolvimento das atividades a que se propõe a presente Parceria, em conformidade com esta Portaria Conjunta e com o Plano de Trabalho a ela vinculado.

Art. 13. Serão assegurados aos professores remanejados para o Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares os mesmos direitos e vantagens dos demais professores da Carreira Magistério Público resguardadas as normas vigentes, desde que façam jus.

Art. 14. Nos casos mencionados no inc. III do art. 2º, e III do art. 3º, ambos deste normativo, o professor poderá ser substituído por outro que tenha participado do Processo Seletivo Simplificado, atendendo à ordem de classificação.

Art. 15. O pleito de que tratam os incisos III e IV do art. 2º deverá ser encaminhado à Subsecretaria de Gestão de Pessoas - SUGEP, que o submeterá ao Comitê Gestor para análise e manifestação e, em seguida, aos titulares das Subsecretarias de Educação Básica - SUBEB e da Subsecretaria de Gestão de Pessoas - SUGEP, para as anuências a seu cargo.

Art. 16. O remanejamento dos professores da Educação Básica pela Secretaria de Estado de Educação à Secretaria de Estado de Saúde será efetivada para o desenvolvimento exclusivo das atividades previstas no Plano de Trabalho aprovado, respeitadas as atribuições inerentes à carreira de Magistério Público do Distrito Federal, sendo vedado qualquer tipo de desvio de docência.

10/05/2025, 18:30

Portaria Conjunta 9 de 20/07/2021

Art. 17. O atendimento educacional hospitalar, previsto no art. 1º § 1º desta Portaria deverá ser ampliado às demais etapas da Educação Básica, após adequado planejamento e organização de oferta futura, em conformidade à legislação vigente.

Art. 18. O professor em atuação na Classe Hospitalar deve apresentar Relatório individual da criança/estudante atendido, quando da sua alta médica, a fim de que seja juntado ao dossiê do estudante, na unidade escolar de origem.

Parágrafo único. A certificação da frequência do estudante deverá ser realizada com base no relatório elaborado pelo professor especializado que o atende na Unidade Regional Hospitalar.

Art. 19. Esta Portaria Conjunta terá vigência de 60 (sessenta) meses, podendo, de comum acordo, ser aditivada para adequação, vedada alteração do seu objeto, ou denunciada unilateralmente, desde que um partícipe notifique o outro, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, respeitando, tanto quanto possível, o término do ano letivo.

Art. 20. Os casos omissos serão resolvidos pelos titulares dos órgãos signatários, após manifestação do Comitê Gestor.

Art. 21. A cooperação mútua decorrente desta Portaria Conjunta não implicará transferência de recursos financeiros, razão pela qual eventuais despesas correrão à conta das respectivas dotações orçamentárias dos órgãos signatários.

Art. 22. A publicação desta Portaria será providenciada pela Secretaria de Estado de Educação - SEEDF.

Art. 23. Esta Portaria Conjunta entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 24. Revogam-se as disposições em contrário.

HÉLVIA MIRIDAN PARANAGUÁ FRAGA
Secretária de Estado de Educação do Distrito Federal

OSNEI OKUMOTO
Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal

[Este texto não substitui o publicado no DODF nº 143, seção 1, 2 e 3 de 30/07/2021 p. 52, col. 2](#)

ANEXO B - PLANO DE TRABALHO



Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação
Profas. Dra. Inês M Zanforlin Pires de Almeida
Aluna: Caren Castelar Queiroz Lara

Plano de Trabalho

04/08/2023

SEI/GDF - 57330278 - Plano de Trabalho



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
 SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL
 Subsecretaria de Educação Básica

Plano de Trabalho - SEE/SUBEB

PLANO DE TRABALHO**I. IDENTIFICAÇÃO****PARTÍCIPE 1**

RAZÃO SOCIAL:	SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
ENDEREÇO:	SAIN PARQUE RURAL S/Nº ASA NORTE
CNPJ/MF:	00.394.700/0001-08
CIDADE:	BRASÍLIA / DF
CEP:	70.770-200
E-MAIL:	dasis.coasis@saude.df.gov.br
NOME DO RESPONSÁVEL:	OSNEI OKUMOTO
CPF:	
CI / ÓRGÃO EXPEDIDOR:	
ENDEREÇO:	SAIN PARQUE RURAL S/Nº ASA NORTE
CEP:	70.770-200
TELEFONE:	Tel: (61) 2017-1145 – Ramais:1096/1133
E-MAIL:	dasis.coasis@saude.df.gov.br
REFERÊNCIA TÉCNICA:	DRª IVANA RIBEIRO NOVAES

PARTÍCIPE 2

RAZÃO SOCIAL:	SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL
ENDEREÇO:	SBN QUADRA 02 BLOCO C - EDIFÍCIO PHENÍCIA
CNPJ/MF:	00.394.676.0001/07
CIDADE:	BRASÍLIA / DF
CEP:	72.040-020
E-MAIL:	gabinete@edu.se.df.gov.br
NOME DO RESPONSÁVEL:	LEANDRO CRUZ FRÓES DA SILVA
CPF:	016.766.507-33
CI/ÓRGÃO EXPEDIDOR:	088393152 SSPRJ
ENDEREÇO:	SBN QUADRA 02 BLOCO C - EDIFÍCIO PHENÍCIA
CEP:	72.040-020
TELEFONE:	3901-3185
E-MAIL:	gabinete@edu.se.df.gov.br

II. VIGÊNCIA

Início: A partir da assinatura da Portaria Conjunta.

Término: 60 (sessenta) meses, contados da data da assinatura da Portaria Conjunta.

https://sei.df.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=6567... 1/9

III. JUSTIFICATIVA

O Atendimento Educacional Hospitalar surge da obrigação do Estado em oferecer educação a todos, e, juntamente com a família, é seu “dever promovê-la e incentivá-la com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (art. 205 CF/88).

O Atendimento Educacional Hospitalar desenvolvido nas Classes Hospitalares tem sua ação pedagógica fundamentada no artigo art. 214 da Constituição Federal, que dispõe que as ações do poder público devem conduzir à universalização do atendimento escolar.

No art. 5º, §5º, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB – Lei Federal nº 9.394/96, dispõe que para garantir o cumprimento da obrigatoriedade de ensino, o poder público criará formas alternativas de acesso aos diferentes níveis de ensino, complementando no art.23, em que o poder público poderá organizar-se de diferentes formas para garantir o processo de aprendizagem.

O Atendimento Educacional Hospitalar também possui amparo no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA – Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, pois dispõe, em seu art. 3º, que “a criança e o adolescente gozam de todos direitos inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-lhes, por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhe facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”.

Trazendo reforço, o art. 4º do mesmo diploma legal supra defende “que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público, assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”.

O Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei Federal nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, estabelece no art. 24, inciso V, e no art. 26, que as instituições hospitalares e congêneres deverão assegurar atendimento pedagógico ao educando com deficiência internado nessas unidades, com o propósito de sua inclusão e manutenção no processo educacional.

A Resolução do Conselho Nacional da Educação/CEB nº 02, de 11 de setembro de 2001– MEC, que institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, “estabelece que para a educação de alunos que apresentem necessidades educacionais especiais os sistemas de ensino, mediante ação integrada com os sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional especializado a estudantes impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio”.

No art. 13, §1º, da Resolução acima, define “que as classes hospitalares e o atendimento em ambiente domiciliar devem dar continuidade ao processo de desenvolvimento e aprendizagem de estudantes matriculados em escolas da Educação Básica, contribuindo para seu retorno e reintegração ao grupo escolar”.

No âmbito distrital, o Atendimento Educacional Hospitalar possui regulamentação por meio da Lei Distrital nº 2.809, de 29 de setembro de 2001, que dispõe sobre a garantia do direito da criança e do adolescente ao atendimento pedagógico e escolar na atenção hospitalar no Distrito Federal, com alteração dada pela Lei Distrital nº 5.743/2016 e pela Lei Distrital nº 6.199/2018.

O Atendimento Educacional Hospitalar é realizado por meio das Classes Hospitalares e busca garantir a continuidade do processo de ensino-aprendizagem de crianças da Educação Infantil e crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental em situação hospitalar, com matrícula ativa na rede pública de ensino do Distrito Federal. *padrão, outros estados*

As ações visam contribuir para o desenvolvimento educacional por meio da manutenção do vínculo pedagógico com as unidades escolares, utilizando diferentes estratégias para alcançar os objetivos de aprendizagens estabelecidos no Currículo em Movimento do Distrito Federal, adaptando as atividades de acordo com as necessidades das crianças e adolescentes, favorecendo, dessa forma, o retorno do estudante ao seu ambiente escolar de origem. As atividades propostas têm como objetivo a continuidade das aprendizagens, promovendo apoio e integração social, enquanto durar a condição clínica da criança e adolescentes, assegurando o vínculo pedagógico com a Unidade Escolar.

Nesse sentido, é imprescindível o acesso a serviços especializados que promovam a inclusão e manutenção do processo educacional efetivo de crianças da Educação Infantil e crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental, em internação hospitalar, como forma de respeito ao direito constitucional à educação, bem como a valorização da dignidade da pessoa humana.

IV. OBJETO

Objeto:

O presente Plano de Trabalho tem por objeto ofertar o Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares – inicialmente às crianças da Educação Infantil e crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental, incluídos os diagnosticados com deficiência, com matrícula ativa, e impossibilitados de frequentar as unidades escolares de origem, com previsão de organização de atendimento futuro às demais etapas da Educação Básica.

Público alvo:

Crianças da Educação Infantil e crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental, incluídos os diagnosticados com deficiência, com matrícula ativa na rede pública de ensino do Distrito Federal, impossibilitados de frequentar as unidades escolares de origem, em razão de internação hospitalar para tratamento de saúde nas Unidades Regionais Hospitalares do DF, que ofertem atendimento na Pediatria.

Dia(s) da semana (s): segunda à sexta-feira.

Horário de atendimento: 8h às 12h e 14h às 18h.

Endereços de execução do objeto - Nas Unidades Regionais da rede pública de SESDF:

1. HMIB – Hospital Materno Infantil;
2. HRAN – Hospital Regional da Asa Norte;
3. HRT – Hospital Regional de Taguatinga;
4. HRC – Hospital Regional de Ceilândia;
5. HRG – Hospital Regional do Gama;
6. HRS – Hospital Regional de Sobradinho;
7. HRP – Hospital Regional de Planaltina;
8. HRBz – Hospital Regional de Brazlândia;
9. HRPa – Hospital Regional do Paranoá;
10. HRSa – Hospital Regional de Samambaia;
11. Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

V. POLÍTICA DA SEEDF A QUAL ESTE PLANO DE TRABALHO ESTA ALINHADO

O objeto do programa de atendimento das Classes Hospitalares está em consonância com os pressupostos teóricos do Currículo da Educação Básica proposto pela SEEDF e sua vinculação se dá por meio dos eixos transversais: Educação para a Cidadania e Educação em e para os Direitos Humanos.

O programa de atendimento das Classes Hospitalares está alinhado Lei nº 9.394/96, art. 22 que prevê: "A Educação Básica tem por finalidade desenvolver o educando, assegurar-lhe a formação comum indispensável para o exercício da cidadania e fornecer-lhe meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores".

O presente Plano de Trabalho, em relação à Educação Infantil, 1ª Etapa da Educação Básica / 1º Ciclo para as aprendizagens, é norteado pelas Diretrizes Pedagógicas da Educação Infantil (2018) e pelo Currículo em Movimento do Distrito Federal – Educação Infantil (2018), de acordo com as Teorias da Pedagogia Histórico-Crítica e da Psicologia Histórico-Cultural, almejando a garantia dos Direitos de Aprendizagens das Crianças.

Contemplando a Etapa de Anos Iniciais do Ensino Fundamental, o Plano de Trabalho fundamenta-se nas Diretrizes Pedagógicas da Organização Escolar do 2º Ciclo para as aprendizagens e pelo Currículo em Movimento do Distrito Federal – Anos Iniciais e Anos Finais (2018), numa perspectiva de avaliação formativa, de acordo com as teorias da Pedagogia Histórico-Crítica e da Psicologia Histórico-Cultural, com objetivo de atender os estudantes na sua integralidade.

Alinha-se, também, à Política de Educação Especial da SEEDF e às Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, que definem como classe hospitalar (CNE/CEB, 2001, p. 51): "Serviço destinado a prover, mediante atendimento especializado, a educação escolar a estudantes impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar ou atendimento ambulatorial".

Por fim, ressalta-se ainda que consta da Orientação Pedagógica do Ensino Especial, da Secretaria de Estado de Educação do DF - SEEDF (2010) o seguinte esclarecimento: "para atender a essas Diretrizes, a SEEDF firmou Termo de Cooperação Técnica com a Secretaria de Estado de Saúde com vistas à implantação e à manutenção das classes hospitalares nos hospitais da rede pública de saúde do Distrito Federal. A iniciativa permite que professores da rede sejam remanejados a essas Unidades, com a missão de prestar atendimento pedagógico diferenciado às crianças e aos adolescentes que, por algum motivo, ficam impossibilitados de frequentar a instituição educacional".

VI. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GERAL:

Ofertar atendimento Educacional Hospitalar, por meio das Classes Hospitalares, às crianças da Educação Infantil e às crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental, incluídos os diagnosticados com deficiência, **matriculados em unidades escolares da Rede Pública de Ensino** e em situação de internação nas Unidades Regionais Hospitalares da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal, garantindo a continuidade das aprendizagens e propiciando, quando do retorno do estudante, reintegração ao ambiente escolar de origem.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Elaborar estratégias e orientações para viabilizar o Atendimento Educacional Hospitalar, por meio das Classes Hospitalares, contribuindo para o processo de desenvolvimento e construção do conhecimento das crianças e adolescentes que se encontram impossibilitados, de forma temporária ou permanente, de frequentar as unidades escolares da Rede Pública de Ensino do Distrito Federal;
2. Dar continuidade às atividades pedagógicas desenvolvidas pelas Unidades Escolares, por meio de currículo flexibilizado e adaptado, garantindo a atenção integral à criança e ao adolescente em situação de internação hospitalar, favorecendo seu reingresso e a adequada integração ao ambiente escolar de origem;
3. Oferecer o Atendimento Educacional Hospitalar, no âmbito da Educação Infantil e dos anos iniciais do Ensino Fundamental, **de forma individual ou coletiva**, nos espaços das Classes Hospitalares ou nos leitos, conforme a necessidade da criança e adolescente em situação de internação hospitalar.

observar nº de alunos

VII. METAS

1. Ofertar apoio pedagógico e multidisciplinar a 100% das crianças em condição de internação hospitalar ou ambulatorial, com matrícula ativa em unidade escolar, na Educação Infantil, motivando o fazer pedagógico em ambiente diferenciado.
2. Ofertar apoio pedagógico e multidisciplinar a 100% aos estudantes em condição de internação hospitalar ou ambulatorial, com matrícula ativa em unidade escolar, nos anos iniciais do Ensino Fundamental, motivando o fazer pedagógico em ambiente diferenciado.

VIII. COMPETÊNCIAS DOS PARTICÍPEIS

A. COMPETÊNCIAS COMUNS

1. Assegurar o Atendimento Educacional Hospitalar a ser desenvolvido no âmbito das Classes Hospitalares, nas Unidades Regionais Hospitalares às crianças da Educação Infantil e crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental, matriculados na rede pública de ensino do Distrito Federal, e impossibilitados de frequentar as Unidades Escolares em razão de internação para tratamento de saúde nas Unidades Regionais Hospitalares;
2. Adaptar o Calendário Anual Escolar vigente na rede pública de ensino, para efeito de planejamento e execução das atividades realizadas no Atendimento Educacional Hospitalar, adequando a metodologia, o cronograma e horários previstos no presente Plano de Trabalho;
3. Coordenar, fiscalizar, orientar e avaliar o funcionamento do Atendimento Educacional Hospitalar, de forma periódica, por meio do Comitê Gestor, com anuência da Direção da Unidade Regional Hospitalar, a fim de fazer cumprir o que consta no presente Plano de Trabalho;
4. Observar os **direitos e deveres** estabelecidos para a Carreira Magistério Público do DF, dispostos na Lei 5.105, de 03 de maio de 2013; *21 anos*
5. Divulgar a participação de ambas as Secretarias, em todos os eventos e espaços de publicidade promovido em razão do Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares nas Unidades Regionais Hospitalares, bem como fazer constar em todas as ações promocionais, documentos e correspondências referentes à parceria;
6. Orientar os professores remanejados quanto ao fiel cumprimento do Plano de Trabalho em tela, a fim de propiciar um atendimento de qualidade às crianças da Educação Infantil e crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental, internadas para tratamento nas Unidades Regionais Hospitalares;
7. Informar à outra signatária sobre eventuais parcerias firmadas com outros entes públicos ou privados, no escopo de cumprir, com excelência, o atendimento nas Classes Hospitalares, que diz respeito ao objeto desta Parceria, obedecendo ao contido neste Plano de Trabalho;

04/08/2023

SEI/GDF - 57330278 - Plano de Trabalho

8. Garantir o livre acesso dos órgãos de Controle Interno e Externo, a qualquer tempo e lugar, aos registros de todos os atos e fatos relacionados, direta ou indiretamente, com esta Portaria Conjunta, quando em missão de fiscalização ou auditoria;
9. Promover reuniões, sempre que solicitadas, para tratar de assuntos relacionados ao objeto desta parceria, com os devidos registros em ata;
10. Acompanhar e fiscalizar as atividades pedagógicas, por meio de seus representantes no Comitê Gestor, a fim de verificar se estão sendo realizadas de acordo com o Currículo em Movimento da Educação Básica do Distrito Federal.

B. COMPETÊNCIAS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SESDF:

1. Disponibilizar espaço físico adequado nas Unidades Regionais Hospitalares Públicas do Distrito Federal para o Atendimento Educacional Hospitalar em Classes Hospitalares;
2. Garantir, por meio de cada Unidade Regional Hospitalar, onde haja o atendimento educacional hospitalar, a remessa mensal de folha de frequência dos professores remanejados, atestada pela chefia imediata, até o 5º dia útil de cada mês, para a Subsecretaria de Gestão de Pessoas - SUGEP/SEEDF;
3. Zelar pelo fiel cumprimento da carga horária de 40h semanais dos professores remanejados, garantindo o cumprimento das atribuições inerentes ao seu cargo de origem, ou seja, a docência, não sendo permitido qualquer tipo de desvio de função em razão desta Portaria Conjunta, dentro do Atendimento Educacional Hospitalar;
4. Solicitar a substituição de professores, a fim de suprir carência na Unidade Regional Hospitalar, em virtude de aposentadoria, licença gestante e da não adequação do professor ao perfil profissional da especificidade necessária ao público alvo, e/ou que não desempenhe suas funções em consonância com o Plano de Trabalho e com a Portaria Conjunta;
5. Encaminhar à Subsecretaria de Gestão de Pessoas, da Secretaria de Estado de Educação, mediante necessidade, pedido de abertura e/ou ampliação do atendimento de novas Classes Hospitalares em outras Unidades Regionais Hospitalares;
6. Garantir o Atendimento Educacional Hospitalar aos pacientes, crianças/estudantes da rede pública de ensino do DF, sob a responsabilidade dos professores remanejados pela Secretaria de Estado de Educação - SEEDF, nos 05 (cinco) dias da semana, nos períodos matutino, de 8h às 12h, e vespertino, de 14h às 18h;
7. Disponibilizar, por meio de cada Unidade Regional Hospitalar, informações e documentos necessários para subsidiar os relatórios de acompanhamento, controle e avaliação dos atendimentos desenvolvidos pelos professores, sempre que solicitado;
8. Devolver os professores à Secretaria de Estado de Educação, imediatamente após o encerramento da Parceria.

C. COMPETÊNCIAS DA SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL - SEEDF

1. Promover, por meio da Subsecretaria de Educação Básica - SUBEB e Subsecretaria de Educação Inclusiva e Integral - SUBIN, o Processo Seletivo Simplificado Específico, destinado à seleção de professores para atuarem no Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares, com o objetivo de adequar o perfil profissional à especificidade requerida pelo público-alvo, necessária ao exercício das atividades descritas no Plano de Trabalho aprovado;
2. Remanejar à Secretaria de Estado de Saúde, após o resultado do Processo Seletivo Simplificado Específico, por meio da Subsecretaria de Gestão de Pessoas - SUGEP, até 15 (quinze) professores, habilitados em atividades para a Educação Infantil e para os anos iniciais do Ensino Fundamental e com aptidão em Atendimento Educacional Especializado e cursos na área de Educação Hospitalar, integrantes do seu quadro efetivo e estáveis, com carga horária de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais cada, devidamente aprovados no Processo Seletivo Específico, para atuarem no regime de 20 (vinte) horas mais 20 (vinte) horas semanais, totalizando 600 (seiscentas) horas, conforme atividades e horários previstos;
3. Garantir a substituição de professores, a fim de suprir carências nas Unidades Regionais Hospitalares, em virtude de aposentadoria, licença gestante e da não adequação do professor ao perfil profissional da especificidade necessária ao público alvo, e/ou que não desempenhe suas funções em consonância com o Plano de Trabalho e com a Portaria Conjunta;
4. Garantir a assinatura do Termo de Compromisso por meio da SUGEP, no ato do encaminhamento do professor para a Unidade Regional Hospitalar em que será remanejado, no que manifestará ciência e concordância às normas contidas no Plano de Trabalho e na Portaria Conjunta;
5. Acompanhar e fiscalizar as atividades pedagógicas, por meio de seus representantes no Comitê Gestor, a fim de verificar se estão sendo realizadas de acordo com o Currículo em Movimento da Educação Básica do Distrito Federal;
6. Orientar os gestores e professores das unidades escolares da Rede Pública de Ensino do Distrito Federal, por meio das respectivas Coordenações Regionais de Ensino, quanto às articulações que deverão ser realizadas com os professores remanejados para a Secretaria de Estado de Saúde, a fim de dar continuidade às atividades pedagógicas desenvolvidas no âmbito escolar;
7. Realizar, uma vez por mês, coordenação pedagógica com os professores remanejados, por intermédio da Coordenação Regional de Ensino/UNIEB, localizada na mesma Região Administrativa do Distrito Federal que a Unidade Regional Hospitalar, onde o professor atua, visando oferecer atendimento efetivo aos estudantes;
8. Oficiar aos professores remanejados, por meio da SUGEP, quando do fim desta Parceria, determinando a esses servidores que se apresentem em 24 (vinte e quatro) horas à SUGEP/SEEDF.

D. ATRIBUIÇÕES DOS PROFESSORES REMANEJADOS PARA A SESDF:

1. Elaborar e encaminhar ao Comitê Gestor relatório semestral das atividades desenvolvidas nas Classes Hospitalares, bem como o quantitativo de crianças e adolescentes atendidos;
2. Disponibilizar documentos, relatórios e/ou levantamentos, sempre que solicitado pelo Comitê Gestor;
3. Manter registro, com a identificação completa da criança e do adolescente, os procedimentos adotados, as avaliações, as adequações curriculares, o controle de frequência e as comunicações enviadas à unidade escolar a que esteja vinculada a criança/estudante, em consonância com as normas adotadas pelas unidades escolares da SEEDF;
4. Participar dos cursos de formação continuada que possam vir a ser oferecidos pela Secretaria de Estado de Educação - SEEDF que contribuam com os conhecimentos necessários ao Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares;
5. Participar de reuniões, eventos, seminários, sempre que solicitado pelas Secretarias signatárias;

https://sei.df.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=6567... 4/9

04/08/2023

SEI/GDF - 57330278 - Plano de Trabalho

6. Cumprir, integralmente, a carga horária de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais do servidor da carreira magistério Público do Distrito Federal, na forma da Lei nº 5.105, de 03 de maio de 2013, respeitando os horários de funcionamento da SESDF, obedecendo, entretanto, a sua carga horária semanal de trabalho, conforme distribuição de carga horária previsto no Plano de Trabalho em tela;
7. Assinar Termo de Compromisso em que manifestará ciência e concordância às normas estabelecidas na Portaria Conjunta e neste Plano de Trabalho;
8. Mapear a demanda de atendimento, fazendo constar no relatório semestral;
9. Realizar o Atendimento Educacional Hospitalar - Classe Hospitalar, utilizando-se do lúdico, como ferramenta pedagógica, para crianças da Educação Infantil e crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental, para as funções inerentes ao processo de ensino-aprendizagem;
10. Estabelecer vínculo pedagógico com a unidade escolar de origem da criança e do adolescente, solicitar orientações sobre os Campos de Experiência e Objetivos de aprendizagem da Educação Infantil e conteúdo e atividades para o Ensino Fundamental que deverão ser desenvolvidos durante o período de internação hospitalar, de forma a favorecer o retorno das crianças/estudantes às unidades escolares e a sua reintegração ao grupo escolar correspondente;
11. Elaborar, caso seja necessário, em articulação com as unidades escolares a adequação das vivências necessárias ao Atendimento Educacional Hospitalar da criança/estudante, atentando para os objetivos de aprendizagem/conteúdos previstos no Currículo em Movimento da Educação Básica do Distrito Federal;
12. Participar, quando solicitado, das visitas multidisciplinares realizadas às crianças/adolescentes (estudantes) internados na Unidade Regional Hospitalar em que estiver atuando;
13. Realizar e encaminhar a avaliação sobre o Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares, com o objetivo de subsidiar o relatório de acompanhamento que será elaborado pelo Comitê Gestor;
14. Realizar a transcrição das informações educacionais para o prontuário eletrônico das crianças e adolescentes atendidos nas Classes Hospitalares, conforme orientações da Secretaria de Estado de Saúde – SESDF;
15. Apresentar-se à SUGEP, em 24 (vinte e quatro) horas após o encerramento desta Parceria, seja pelo fim da vigência, seja por motivo diverso.

IX. ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

a. Aspectos pedagógicos do atendimento educacional hospitalar.

O Atendimento Educacional Hospitalar obedecerá a mesma forma de oferta implementada nas Unidades Escolares da Rede Pública de Ensino do Distrito Federal, podendo ser presencial e/ou mediado por tecnologia, a depender das condições sanitárias vigentes e das medidas de controle epidemiológico adotadas pelo Governo do Distrito Federal, no âmbito da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal.

As atividades serão desenvolvidas no espaço das classes ou no leito, atendendo as necessidades individuais das crianças/adolescentes, podendo ser realizadas de forma individual ou em grupo a depender de orientação médica e/ou condição clínica da criança ou adolescente internado.

As atividades pedagógicas são planejadas de acordo com o currículo da Educação Infantil e dos anos iniciais do Ensino Fundamental, devendo estabelecer vínculo com as atividades pedagógicas desenvolvidas pelas Unidades Escolares de origem.

As atividades pedagógicas desenvolvidas podem ser adaptadas por meio de um currículo flexibilizado e adequadas às necessidades individuais de cada estudante, como parte do direito de atenção integral ao estudante com necessidade educacional especial.

No desenvolvimento do Atendimento Educacional Hospitalar, os professores atuam como elo entre as Unidades Escolares e as crianças/adolescentes em situação de internação, contribuindo para o seu futuro retorno e reintegração, procurando mitigar qualquer prejuízo ao ano letivo do estudante.

No atendimento pedagógico hospitalar, não cabe ao professor de Classe Hospitalar a aprovação ou retenção dos estudantes, tendo em vista que sua atuação deve contribuir com a continuidade do desenvolvimento pedagógico e para o retorno e a reintegração ao espaço das Unidades Escolares.

O acompanhamento dos resultados acontecerá mediante:

- Registro diário, contendo as informações acerca das crianças e adolescentes: nome completo, data de nascimento, endereço/telefone, unidade escolar/Coordenação Regional de Ensino, data de internação/alta, diagnóstico, benefício social;
- Ficha de Atendimento em Classe Hospitalar que deverá ser encaminhada para a escola de origem e anexada na pasta da criança e adolescente com vistas a inclusão de informações sobre atendimento;
- Relatório para a escola de origem, após a alta hospitalar do estudante;
- Relatório Semestral para o Comitê Gestor da Parceria, constando os seguintes aspectos: quantitativo de atendimento; atividades pedagógicas desenvolvidas; atividades extra-classe.

b. Aspectos operacionais de atendimento educacional hospitalar.

O atendimento educacional hospitalar será realizado por profissionais qualificados e visa assegurar os Direitos das Crianças e Adolescentes e o desenvolvimento de mecanismos que proporcionam experiências enriquecedoras às crianças da Educação Infantil e a continuidade dos estudos escolares das crianças e adolescentes dos anos iniciais do Ensino Fundamental internados, a partir de suas necessidades individuais e sociais.

A Secretaria de Estado de Educação – SEEDF, por meio da Subsecretaria de Gestão de Pessoas – SUGEP/SEEDF, irá remanejar para a Secretaria de Estado de Saúde – SESDF até 15 (quinze) professores habilitados para a Educação Infantil e para os anos iniciais do Ensino Fundamental, integrantes do seu quadro efetivo e estáveis, com carga horária de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais cada, devidamente aprovados em Processo Seletivo Específico, para atuarem no regime de 20 (vinte) horas mais 20 (vinte) horas semanais, totalizando 600 (seiscentas) horas, conforme atividades e horários previstos neste Plano de Trabalho.

Os professores que irão atuar no Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares deverão participar, necessariamente, de Processo Seletivo Simplificado Específico para servidores da Carreira Magistério Público habilitados para a Educação Infantil e para os anos iniciais do Ensino Fundamental.

O professor das Classes Hospitalares seguirá o calendário anual da Secretaria de Estado de Educação – SEEDF, bem como a distribuição de carga horária prevista pela SUGEP/SEEDF, que ocorrerá por turno, de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 14h00 às 18h.

Os professores irão desenvolver atividades pedagógicas com as crianças/adolescentes da rede pública de ensino, matriculados na Educação Infantil e nos anos iniciais do Ensino Fundamental, em consonância com aquelas desenvolvidas pelas unidades escolares públicas, de forma a manter o vínculo dos estudantes com suas unidades educacionais de origem, auxiliando no seu reingresso ao ambiente escolar após a alta hospitalar;

A Secretaria de Estado de Saúde – SESDF providenciará espaços físicos adequados e/ou adaptados para o funcionamento das Classes Hospitalares e os materiais de consumo necessários ao desenvolvimento das atividades pedagógicas realizadas nas Classes Hospitalares.

As crianças/estudantes da rede pública de ensino do Distrito Federal, matriculados em unidade escolar, na Educação Infantil ou nos anos iniciais do Ensino Fundamental, que forem internados nas Unidades Regionais Hospitalares de saúde do Distrito Federal, farão jus ao Atendimento Educacional Hospitalar, a partir de 48 (quarenta e oito) horas de internação, e serão atendidos pelos professores da SEEDF durante todo o período de sua permanência na unidade hospitalar;

04/08/2023

SEI/GDF - 57330278 - Plano de Trabalho

As crianças e adolescentes atendidos nas Classes Hospitalares das Unidades Regionais Hospitalares da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal são chamados de "Pacientes".

As atividades pedagógicas poderão ser desenvolvidas em grupo e/ou de forma individual, de acordo com a orientação médica e/ou condição clínica das crianças/estudantes, bem como do espaço físico disponível para o desenvolvimento das atividades;

Caberá à unidade escolar de origem da criança e adolescente com matrícula ativa na rede pública de ensino do Distrito Federal a aprovação ou retenção;

O professor das Classes Hospitalares e a família dos estudantes serão responsáveis pelo processo de acompanhamento do desenvolvimento pedagógico das crianças/estudantes até o período da alta hospitalar;

As Coordenações Regionais de Ensino deverão orientar os gestores e professores das unidades escolares da Rede Pública de Ensino do DF, quanto às articulações que deverão ser realizadas com os professores atuantes nas Classes Hospitalares, a fim de dar continuidade às atividades pedagógicas desenvolvidas no âmbito escolar.

c. Cronograma de Execução

Resultados esperados da parceria:					
- Apoio pedagógico e multidisciplinar às crianças e adolescentes em condição de internação hospitalar. - Retornar e restabelecer as crianças e adolescentes da Educação Básica ao contexto escolar nas Unidades Escolares.					
Períodos	1 a 12 meses	13 a 24 meses	25 a 36 meses	37 a 48 meses	49 a 60 meses
Ações/ atividades a serem desenvolvidas	- O atendimento em Classe Hospitalar é realizado em espaço físico adequado e/ou adaptado às necessidades das crianças e adolescentes. - Este espaço deve oferecer às crianças, adolescentes e seus acompanhantes, a possibilidade de desenvolver, efetivamente, atividades pedagógicas, como também atividades lúdicas e de interação social. - Além do material que é utilizado nas classes hospitalares, o espaço educativo do hospital deve oferecer jogos, brinquedos, livros, revistas, gibis, computador, internet, aparelho de som, TV, vídeo game entre outros recursos. - Quanto às instalações físicas, as classes hospitalares devem estar mobiliadas com mesas, cadeira, armários, pia, espelho, suporte para soro, pranchetas para atendimento no leito, entre outros. - É importante destacar que este ambiente deve ser iluminado, com boa ventilação e deve oferecer condições de uso às crianças e adolescentes. - O atendimento desenvolvido pelo professor não está restrito ao ambiente das classes hospitalares. Há situações em que a criança e adolescente não podem sair do leito, tais como: doença infecto- contagiosa, bombas de infusão contínua, bomba de oxigênio, horários de medicação, crianças e adolescentes em situação de isolamento por motivos diversos entre outras, fazendo-se necessária a presença do professor na enfermaria. Esse atendimento faz parte da rotina da Classe Hospitalar e o professor deve organizar-se, em termos de recursos, para torná-lo viável.				
Indicador para acompanhamento do resultado esperado	- Livro para registro diário, - Ficha de Atendimento em Classe Hospitalar; - Relatório para a escola de origem, após a alta hospitalar do estudante; - Relatório Semestral; - Registro da frequência dos profissionais nas palestras.				
Metodologia de apuração do indicador	- As crianças e adolescentes em Classes Hospitalares são encaminhados pela Secretaria de Estado de Saúde para o atendimento ofertado; - A família será acolhida pela coordenação, psicólogos e/ou assistentes sociais, para a escuta de seus interesses e identificação de suas necessidades e possibilidades; - Após a triagem será realizado o estudo de caso com a equipe para estabelecer o Plano Individual de Atendimento e familiar às crianças e adolescentes; - A Coordenação de Pediatria receberá a família que será informada sobre o resultado do estudo de caso e orientada sobre as atividades que serão desenvolvidas, considerando-se, inclusive, sua participação na programação e esclarecida sobre as regras de procedimentos estabelecidas pelo Atendimento Educacional Hospitalar nas Classes Hospitalares - A equipe técnica encarregar-se-á de orientar todas as pessoas que terão contato com a criança e adolescente para estabelecer o padrão de comportamento ideal; - A avaliação dar-se-á de forma sistemática, sendo a programação enriquecida de acordo com as aquisições da criança e adolescente e sua condição clínica; - As crianças e adolescentes serão atendidos em grupo e/ou, individualmente, de acordo com sua condição clínica; - O planejamento das atividades é realizado semanalmente, pelos professores, sendo embasados nos temas presentes da condição clínica da criança e adolescente elaborado pela equipe juntamente com a coordenação, semestralmente. - As abordagens se aproximam às práticas sociais reais, observando-se os aspectos sócio emocional, físico e intelectual de cada um. - Os conteúdos são adaptados ao nível de desenvolvimento individual e objetivam levar ao conhecimento das crianças e adolescentes informações importantes para uma aprendizagem significativa e adequada; - Participação ativamente na elaboração do Plano Individual de Atendimento; - A SESDF será encarregada do acompanhamento da execução e da avaliação desse Plano de Trabalho, junto a SEEDF, utilizando-se de observações diretas das atividades de coleta de informações e da coordenação de reuniões com a equipe de Trabalho da SESDF e a SEEDF.				

https://sei.df.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=6567... 6/9

04/08/2023

SEI/GDF - 57330278 - Plano de Trabalho

Índice ou parâmetro de qualidade para o indicador	95% de satisfação da pesquisa de avaliação no atendimento das Classes Hospitalares, respeitando sua individualidade e condição clínica; 80% das crianças e adolescentes internados apresentando uma evolução positiva, conforme sua condição clínica.
---	--

d. Do Comitê Gestor

Caberá ao Comitê Gestor, em conjunto com a chefia imediata local de cada Classe Hospitalar nas Unidades Regionais de Saúde, a orientação e supervisão do Atendimento Educacional Hospitalar realizado nas Classes Hospitalares.

A instituição do Comitê Gestor ficará a cargo das Secretarias Parceiras, sendo especificada, na Portaria Conjunta a este Plano de Trabalho vinculada, sua responsabilidade pelo acompanhamento e controle das atividades desenvolvidas e será instituído mediante Portaria Conjunta das Secretarias Signatárias, devendo ser publicada no prazo de 10 (dez) dias, a contar da publicação desta Portaria Conjunta, com a seguinte composição:

- 02 (dois) representantes da Secretaria de Estado de Saúde, sendo estes lotados na Unidade de Pediatria da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
- 03 (três) representantes da Secretaria de Estado de Educação, sendo estes da Subsecretaria de Educação Básica - SUBEB, da Subsecretaria de Educação Inclusiva e Integral - SUBIN e da Subsecretaria de Gestão de Pessoas - SUGEP.

Atribuições do Comitê Gestor:

- Coordenar o planejamento e organização de atendimento futuro às demais etapas da Educação Básica, anos finais do Ensino Fundamental e Ensino Médio, com previsão para implementação a partir do ano subsequente à assinatura do presente ajuste;
- Elaborar a Minuta do Edital próprio que norteará o Processo Seletivo Simplificado Específico de servidores da Carreira Magistério Público, que atuarão no Atendimento Educacional Hospitalar em Classes Hospitalares, atentando-se para os princípios da impessoalidade, da legalidade e da moralidade, submetendo-a à apreciação e aprovação do titular da Pasta da SEEDF;
- Encaminhar a Minuta do Edital ao Gabinete da Secretaria de Estado de Educação do DF, para publicação em até 40 (quarenta) dias corridos, após a assinatura do presente ajuste;
- Coordenar e acompanhar o processo seletivo específico de servidores da Carreira Magistério Público do Distrito Federal que atuarão no Atendimento Educacional Hospitalar – Classes Hospitalares;
- Acompanhar a implementação do presente Plano de Trabalho propondo instrumentos de gestão e indicadores de resultados;
- Propor alterações ou encerramento da parceria celebrada por meio do presente ajuste, a depender da demanda apresentada nas Unidades Regionais de Saúde do Distrito Federal, e submetê-las, mediante relatório opinativo, aos titulares signatários para fins de decisão;
- Divulgar, indicar e incentivar os professores remanejados a participarem de cursos de formação continuada que possam vir a ser oferecidos pela Secretaria de Estado de Educação - SEEDF que contribuam com os conhecimentos necessários ao Atendimento Educacional Hospitalar - Classes Hospitalares;
- Elaborar relatórios semestrais das atividades desenvolvidas;
- Propor a troca e substituição de professor, por meio de relatório circunstanciado aos titulares das pastas subscritoras;
- Desempenhar outras atividades relativas à plena efetivação da parceria em tela;
- Revisar, a cada 12 (doze) meses, o Plano de Trabalho, propondo medidas, caso necessário, no sentido de aperfeiçoar o Atendimento Educacional Hospitalar;
- Elaborar e disponibilizar aos professores remanejados instrumentos de gestão para o registro, acompanhamento e avaliação do atendimento que julgarem necessários;
- Advertir os professores remanejados à Secretaria de Estado de Saúde, ao fim desta Parceria, a se apresentarem na SUGEP, em 24 horas.

O Comitê Gestor se reunirá semestralmente ou sempre que convocado por um de seus integrantes ou dos titulares das pastas signatárias, para discutir as questões de sua competência. Todas as reuniões realizadas deverão ser registradas em Ata, contendo as manifestações dos presentes.

Todas as deliberações do Comitê Gestor serão submetidas aos titulares das pastas signatárias para ratificações.

X. DOS RECURSOS FINANCEIROS

Não há previsão para transferência de recursos financeiros entre os partícipes.

XI. DECLARAÇÃO

Na qualidade de representantes legais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SESDF e da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal - SEEDF, declaramos, para fins de prova, sob as penas da Lei, que inexistem qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro do Distrito Federal ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública do Distrito Federal, que impeça o estabelecimento do Ajuste proposto, na forma deste Plano de Trabalho.

OSNEI OKUMOTO

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL/SESDF

LEANDRO CRUZ FRÓES DA SILVA

SECRETÁRIO DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL/SEEDF

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação
Profas. Dra. Inês M Zanforlin Pires de Almeida
Aluna: Caren Castelar Queiroz Lara

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**Dados do projeto de pesquisa**

Título da Pesquisa: O ato educativo no contexto hospitalar: as percepções do profissional de saúde

Pesquisador: Caren Lara

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81918424.0.0000.5540

Instituição Proponente: Faculdade de Educação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Dados do Parecer

Número do Parecer: 7.102.422

Apresentação do projeto:

O Projeto de Pesquisa O ato educativo no contexto hospitalar: as percepções do profissional de saúde são proposto por Caren Lara, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Brasília (UnB). A orientadora da pesquisa é a Profa. Dra. Inês Maria Marques Zanforlin Pires de Almeida. A pesquisa busca explorar as convergências e divergências entre as ideias freudianas relacionadas à defesa do tratamento psicanalítico gratuito e a história da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, partindo do princípio de defesa da saúde como um direito público fundamental e como garantia que as pessoas tenham acesso ao tratamento humanizado.

O estudo enfatiza os significados construídos acerca do acesso à educação (escolarização) nas unidades pediátricas do Distrito Federal (DF), compreendendo que as ideias de Freud se relacionam com as políticas contemporâneas, que visam promover o bem-estar da população e o desenvolvimento de sistemas de saúde, articulados à educação.

O estudo será realizado no Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa, referência pediátrica no DF, onde o Programa Classe Hospitalar está ativo desde 1986. A prática pedagógica hospitalar será analisada à luz do arcabouço teórico da Psicanálise, buscando entender como pode influenciar a posição da equipe de saúde em relação à subjetividade da criança hospitalizada e impactar o trabalho em equipe nas unidades pediátricas. Os dados serão coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e observação participante, usado a análise de conteúdo como ferramenta para elucidar possíveis repercussões nas relações estabelecidas.

A pesquisa espera que os resultados fortaleçam e possam viabilizar a expansão do Programa Classe Hospitalar, promovam reflexões sobre a importância do trabalho multidisciplinar e humanizado nas unidades pediátricas e que contribuam para a melhoria do atendimento às crianças hospitalizadas. Adota uma abordagem qualitativa, utilizando a via de investigação de estudo caso para compreender as percepções dos profissionais de saúde sobre o ato educativo no ambiente hospitalar.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender as percepções do profissional de saúde do Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa, a partir dos estudos psicanalíticos no campo da educação, sobre o ato educativo e as suas possíveis contribuições no cenário hospitalar.

Objetivos Secundários:

1. Investigar como ocorrem as ações pedagógicas desenvolvidas no contexto hospitalar e as possíveis implicações mútuas entre: profissionais de saúde/docentes/estudantes internados neste espaço, a partir do enfoque psicanalítico.
2. Descrever o Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal e como se organiza a parceria entre a Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal (SEEDF) e a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF).
3. Fortalecer o Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal, com ênfase no Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa, visando reduzir a evasão escolar e a repetência dos estudantes internados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No que tange aos benefícios, o projeto declara que os riscos referentes ao estudo são mínimos. A pesquisa assegura privacidade, sigilo e confiabilidade dos envolvidos, sendo-lhes garantido o direito de desistir da participação a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza aos mesmos. Visando minimizar riscos quanto à quebra de sigilo e confiabilidade dos dados pessoais dos participantes, concluída a coleta dos dados, será feito download e o armazenamento dos dados obtidos dar-se-á em dispositivo eletrônico local da pesquisadora, inviabilizando, desta forma, a manutenção dos dados em ambiente compartilhado ou plataformas virtuais.

Quanto aos benefícios, a partir dos resultados é possível que pesquisa possa contribuir para o fortalecimento do Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal e a construção de possíveis reflexões sobre a importância do trabalho multidisciplinar e humanizado nas unidades de pediatrias do DF, assim como a implementação e ampliação de políticas públicas que favoreçam o trabalho escolar no ambiente hospitalar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa parte da premissa que o atendimento humanizado nas unidades pediátricas de saúde requer o reconhecimento da importância do trabalho multidisciplinar, no qual cada profissional é essencial e a criança hospitalizada é o centro dessa construção. Nessa perspectiva, suscita o interesse, para além do desafio em investigar como o ato educativo no ambiente hospitalar pode ressignificar o trabalho das equipes multidisciplinares a partir da troca de conhecimentos, experiências e vivências entre os profissionais envolvidos, como também compreender a percepção do profissional de saúde sobre o ato educativo realizado no ambiente hospitalar.

A pesquisa será conduzida pela abordagem qualitativa e na forma de estudo de caso de múltiplos, entrevistando oito (08) profissionais de saúde que atuam no Hospital Materno Infantil, especificamente na Unidade de Pediatria, que sejam concursados da Secretaria de Estado de Saúde do DF, com três (3) anos de atuação no referido hospital. O propósito maior é compreender as percepções do profissional de saúde, a partir dos estudos psicanalíticos no campo da educação sobre o ato educativo e as suas possíveis contribuições no cenário hospitalar.

A partir da descrição do cenário institucional e dos objetivos, serão utilizados como instrumentos de coleta de dados: observação participante, análise documental e entrevistas semiestruturadas. Estas serão desenvolvidas por meio de um roteiro específico, utilizando linguagem clara e acessível aos participantes. Na construção do roteiro serão considerados os aspectos referentes à identidade (1ª etapa, dados sociodemográfico e profissional) e às narrativas dos profissionais de saúde sobre o atendimento pedagógico no ambiente hospitalar (2ª etapa-dados narrativos da entrevista), na busca do entendimento da Educação e a Saúde enquanto direitos sociais. O contato com os sujeitos da pesquisa será realizado presencialmente. As transcrições serão realizadas manualmente, a partir das gravações registradas em áudio. Também será utilizado o instrumento de Diário de campo para as observações como um instrumento fundamental nas pesquisas qualitativas, visando permitir ao pesquisador

documentar de maneira sistemática e detalhada as observações, reflexões e interações que ocorrem durante o processo de coleta de dados.

Para a análise de dados, o estudo adotará o percurso metodológico da análise de conteúdo do tema proposto, devendo organizar-se em três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (a inferência e a interpretação). No momento da exploração do material serão organizados temas/eixos norteadores, considerando os seguintes aspectos: informações que os pesquisadores esperam encontrar antes do estudo; informações surpreendentes que os pesquisadores não esperavam encontrar; e informações que são conceitualmente interessantes ou incomuns para os pesquisadores (e, potencialmente, os participantes e o público). Posteriormente, serão discutidos os achados da pesquisa articulados com o referencial teórico e os saberes emergentes que possam transmitir a dimensão nuclear dos achados.

Como desfecho primário, o projeto declara que, a partir dos resultados é possível que pesquisa possa contribuir para o fortalecimento do Programa Classe Hospitalar no Distrito Federal e a construção de possíveis reflexões sobre a importância do trabalho multidisciplinar e humanizado nas unidades de pediatrias do Distrito Federal, assim como a implementação e ampliação de políticas públicas que favoreçam o trabalho escolar no ambiente hospitalar.

O projeto declara que não haverá uso de fontes secundárias de dados, que o estudo não será multicêntrico no Brasil, e que não haverá retenção de amostras para armazenamento em banco. A pesquisa não dispensa o TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória

Foram postados pela proponente na plataforma os documentos, listados a seguir, em ordem cronológica de sua inserção: Folha de rosto; cronograma; Termo de compromisso do pesquisador; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); Termo de Anuência Institucional; Carta de encaminhamento de projeto de pesquisa; Orçamento; Projeto Brochura FEPECS; TCLUnB; Carta de encaminhamento CPEUnB; Carta de revisão ética; Roteiro de entrevista; Currículo da pesquisadora; Currículo da orientadora; PB Informações Básicas do Projeto, postado em 30.07.2024.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o exposto e o fato de que a pesquisadora atendeu aos requisitos do CEP/CHS e ao disposto nas Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e complementares o presente Parecer é favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2382775.pdf	30/07/2024 14:32:50		Aceito
Outros	Curriculoorientadora.pdf	30/07/2024 14:30:41	Caren Lara	Aceito
Outros	CurriculoCarenCastelarQueiroz.pdf	30/07/2024 14:29:27	Caren Lara	Aceito
Outros	RoteirodeentrevistaUnB.pdf	30/07/2024 14:27:41	Caren Lara	Aceito
Outros	CartaderevisaoeticaUnB.pdf	30/07/2024 14:26:05	Caren Lara	Aceito
Outros	CartadeencaminhamentoCEPUnB.pdf	30/07/2024 14:23:29	Caren Lara	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLUnB.pdf	30/07/2024 14:22:35	Caren Lara	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoBrochuraFEPECS.pdf	29/07/2024 20:33:21	Caren Lara	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	29/07/2024 20:29:42	Caren Lara	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CartadeencaminhamentodeprojetodepesquisaCEPFEPECS.pdf	29/07/2024 20:28:51	Caren Lara	Aceito
Declaração de concordância	TermodeAnuenciaInstitucional.pdf	29/07/2024 20:20:08	Caren Lara	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/07/2024 20:15:58	Caren Lara	Aceito

Declaração de	Termodecompromissodopesquisador.pdf	29/07/2024	Caren Lara	Aceito
Pesquisadores		20:14:22		
Cronograma	Cronograma.pdf	29/07/2024	Caren Lara	Aceito
		20:12:29		
Folha de Rosto	FolhaderostoCEP.pdf	12/07/2024	Caren Lara	Aceito
		14:22:17		

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 26 de Setembro de 2024

Assinado por:
André Ribeiro da Silva
(Coordenador(a))

ANEXO D – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação
Profas. Dra. Inês M Zanforlin Pires de Almeida
Aluna: Caren Castelar Queiroz Lara



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Termo de Anuência Institucional

O(a) **Drª Marina da Silveira Araújo- Diretora Geral do Hospital Materno Infantil Dr Antônio Lisboa** e o (a) **Elizângela do Carmo Martins Neves – supervisora de enfermagem** responsável pelo (a) **Pediatria -Ala B** estão de acordo com a realização, nesta instituição, da pesquisa **O ato educativo no contexto hospitalar: as percepções do profissional de saúde**, de responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Caren Castelar Queiroz Lara**, com a finalidade de **compreender as percepções do profissional de saúde, a partir dos estudos psicanalíticos no campo da educação, sobre o ato educativo e as suas (im)possíveis contribuições no cenário hospitalar.**

, em servidores da SES/DF, com previsão de início somente após a APRESENTAÇÃO do PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO emitido pelo CEP/FEPECS aos responsáveis pela pesquisa nesta instituição. Esta instituição também está ciente de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos *participantes de pesquisa* nela recrutados, *dispondo de infraestrutura necessária* para a garantia de tal segurança e bem-estar.

O estudo envolve:

- (☒) realização de entrevista/questionário () administração de medicamentos;
() procedimentos clínicos ou cirúrgico () realização de exames laboratoriais ou de imagem;
() pesquisa em prontuários () outros: *citar*

O pesquisador responsável informa que o projeto de pesquisa está sendo analisado pelo CEP/FEPECS e **está ciente que as etapas do estudo (coleta de dados), envolvendo a SES-DF ou Entidades Vinculadas, somente poderão ser iniciadas** após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS-SES/DF e executadas conforme foi aprovado no projeto.

Brasília, 10 de julho de 2024

Pesquisador Responsável: _____

Responsável da SES-DF ou _____

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FEPECS
E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

(61) 2017 1145
ramal 6878

ANEXO F- FICHA DE REGISTRO AVALIATIVO



Universidade de Brasília - UnB
 Faculdade de Educação
 Programa de Pós-Graduação em Educação
 Profas. Dra. Inês M Zanforlin Pires de Almeida
 Aluna: Caren Castelar Queiroz Lara

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL ATENDIMENTO EDUCACIONAL HOSPITALAR – CLASSES HOSPITALARES FICHA DE REGISTRO AVALIATIVO

UNIDADE HOSPITALAR DE ATENDIMENTO		
PROFESSOR(A)		
NOME COMPLETO DO ESTUDANTE		DATA DE NASCIMENTO _ / _ / _
1. DADOS ESCOLARES		
CRE	UNIDADE ESCOLAR	ANO/TURMA
NOME E CONTATO ESTABELECIDO COM A ESCOLA DE ORIGEM		
TIPOLOGIA DA TURMA ☐ Classe Comum ☐ Classe Comum Inclusiva – CCI ☐ Integração Inversa – II ☐ Classe Especial – CE ☐ Centro de Ensino Especial – CEE ☐ Classe Bilíngue ☐ Classe Bilíngue Mediada ☐ Correção de Fluxo ☐ Não informado	DIAGNÓSTICO ☐ Sem diagnóstico ☐ Deficiência Física - DF ☐ Deficiência Múltipla - DMU ☐ Deficiência Intelectual – DI ☐ Transtorno do Espectro Autista – TEA ☐ Deficiência Auditiva – DA ☐ Deficiência Visual – DV ☐ Surdocegueira - SC ☐ Altas Habilidades / Superdotação - AH/SD ☐ Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH ☐ Transtorno do Processamento Auditivo Central - TPAC ☐ Dislexia, Dislalia, Discalculia, Disgrafia, Disortografia ☐ Transtorno Específico das Habilidades Escolares ☐ Transtorno Opositivo Desafiador – TOD	
ACOMPANHAMENTO DE MONITOR OU EDUCADOR SOCIAL VOLUNTÁRIO ☐ Sim ☐ Não ☐ Não informado		
ESTUDANTE NEE ☐ Sim ☐ Não ☐ Não informado		

		() Não informado () Outras: _____
ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS COMPLEMENTARES () Sim () Não () Não informado SE SIM, QUAL/QUAIS? () Sala de Recursos Generalista - SRG () Sala de Recursos Específica - SRE () DA () DV () AH / SD () Intérprete de Libras () Sala de Apoio à Aprendizagem / Transtorno Funcional Específico - SAA/TFE () Estimulação Precoce () Projetos Interventivos () Equoterapia () Atividade esportiva Outro		
2. ATENDIMENTO EDUCACIONAL HOSPITALAR – CLASSES HOSPITALARES		
TOTAL DE ATENDIMENTOS _____ AMBIENTE HOSPITALAR DO ATENDIMENTO () Espaço coletivo da classe hospitalar () Leito individual () Outro _____	A ESCOLA DO (A) ESTUDANTE ENCAMINHOU MATERIAL () Sim () Não O (A) PROFESSOR(A) OFERECEU MATERIAL PEDAGÓGICO PRODUZIDO/ADAPTADO PELO ATENDIMENTO () Sim () Não	
CONSIDERANDO O CURRÍCULO EM MOVIMENTO, AS DIRETRIZES DE AVALIAÇÃO E AS ORIENTAÇÕES PEDAGÓGICAS DA SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL, REGISTRAM-SE:		
ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS UTILIZADAS 	RECURSOS UTILIZADOS 	
OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM E HABILIDADES DESENVOLVIDAS 		

A PARTIR DA AVALIAÇÃO DO (A) PROFESSOR (A) FOI POSSÍVEL OBSERVAR QUE O ESTUDANTE:			
• Demonstrou interesse nas atividades propostas?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não observado
• Interagiu com colegas e professores?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não observado
• Apresentou condições clínicas para realização das atividades propostas?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não observado
• Demonstrou autonomia para realizar as atividades propostas?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não observado
• Alcançou os objetivos de aprendizagem propostos?	☐ Sim	☐ Não	☐ Parcialmente
OBSERVAÇÕES :			

Observações Gerais:

- a) O FORMULÁRIO pós-alta hospitalar é um documento oficial da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, devendo ser preenchido, sem emendas ou rasuras, a partir de quatro (04) atendimentos para os estudantes **matriculados na rede pública de ensino do Distrito Federal (Educação Infantil, Anos Iniciais do Ensino Fundamental e estudantes diagnosticados com deficiência)** na Classe Hospitalar
- b) O formulário deverá ser encaminhado por **E-MAIL INSTITUCIONAL** à Unidade Escolar de origem do estudante
- c) Deverá registrar, ainda, as orientações, as providências e os encaminhamentos em relação aos aspectos que necessitam de algum tipo de intervenção pedagógica. (campo observações)
- d) Comunica-se da proibição da cópia, bem como da divulgação e do compartilhamento de qualquer informação constante no presente Documento, em observação ao disposto na Lei Federal nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD.

Professor(a) responsável pelo atendimento

Professor(a) responsável pelo atendimento