



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL**  
**CAMPUS DE CHAPECÓ**  
**CURSO DE LICENCIATURA EM PEDAGOGIA**

**LARISSA MARIA RITTER PEDROSO**

**A(O) PEDAGOGA(O) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A  
(TRANS)DISCIPLINARIDADE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS  
DE SAÚDE EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO OESTE CATARINENSE**

**Chapecó/SC**

**2021**

**LARISSA MARIA RITTER PEDROSO**

**A(O) PEDAGOGA(O) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A  
(TRANS)DISCIPLINARIDADE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS  
DE SAÚDE EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO OESTE CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de graduação apresentado ao Curso de Licenciatura em Pedagogia da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó, como requisito parcial para a obtenção do título de Licenciada em Pedagogia.

Orientador(a): Prof. Dr. Cláudio Claudino da Silva Filho

Orientador: Professor Dr. Cláudio Claudino da Silva Filho

**CHAPECÓ**

**2021**

### **Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS**

Pedroso, Larissa Maria Ritter

A(O) pedagoga(o) no sistema u?nico de sau?de (sus) e a (trans)disciplinaridade:: representa?oes sociais de profissionais de sa?de em um hospital p?blico do oeste catarinense / Larissa Maria Ritter Pedroso. -- 2021. 82 f.

Orientador: Doutor Cl?udio Claudino da Silva Filho

Trabalho de Conclus?o de Curso (Gradua?o) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Licenciatura em Pedagogia, Chapec? , SC, 2021.

1. Classe hospitalar. 2. Pedagogia hospitalar. 3. Sistema ?nico de Sa?de (SUS). 4. Equipe multidisciplinar. I. Silva Filho, Cl?udio Claudino da, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. T?tulo.

LARISSA MARIA RITTER PEDROSO

**A(O) PEDAGOGA(O) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A  
(TRANS)DISCIPLINARIDADE:  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL  
PÚBLICO DO OESTE CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Licenciatura em Pedagogia da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó, como requisito para obtenção do título de Licenciada em Pedagogia.

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 15 de janeiro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

  
Prof. Dr. Cláudio Claudino da Silva Filho – UFFS/*Campus* Chapecó  
(Presidente da Banca e Orientador)

Profa. Dra. Patricia Graff – UFFS/*Campus* Chapecó  
(Avaliadora/Membro titular da Banca)

Profa. Dra. Crhis Netto de Brum – UFFS/*Campus* Chapecó  
(Avaliadora/Membro titular da Banca)

Larissa Maria Ritter Pedroso  
(Acadêmica)

***Aos verdadeiros heróis do planeta.***

*Aos profissionais da saúde e educação...*

*Que nos cuidam nos momentos de fragilidade da nossa natureza humana...*

*E aos que nos guiam e nos auxiliam a trilhar o caminho do conhecimento nesse mundo de vastas possibilidades.*

## AGRADECIMENTOS

Àqueles que são a minha base, meu refúgio, minha fortaleza, meu conforto, minhas alegrias.

Ao Jovani!

Pelo amor, pela paciência, pela compreensão, e principalmente por acreditar em mim quando eu mesma duvidava do meu potencial.

A Dona Fátima!

Por tanto, por cuidar de tudo e de todos nos momentos em que me ausentei para os estudos, e também quando precisei de um tempo para descansar.

A minha amada filha Alice!

Por todas as alegrias que me fazes sentir, e por me ajudar a ser uma pessoa melhor e mais forte todos os dias.

Aos meus pais, Luis e Nadir!

Por terem sido a minha base, por terem me ensinado princípios e valores com os quais, mesmo diante de tantas mudanças que ocorreram e ocorrem no meu processo de formação tanto acadêmica quanto humana, permitiram que eu mantivesse a essência do verdadeiro Eu.

Às minhas irmãs, Simone e Fernanda!

Por me amar até nos meus momentos difíceis, e por terem as palavras certas para me ajudar a passar por esses dias não tão bons.

Ao Prof. Dr. Cláudio Claudino, meu orientador!

Aquele que foi o mais paciente e compreensivo no mundo, e me guiou nessa maravilhosa jornada da pesquisa de campo e do conhecimento.

A todos os mestres da Universidade Federal da Fronteira Sul!

Que não só me ensinam, mas me inspiram a buscar o melhor para mim e para minha futura profissão: Pedagoga.

A todas as pessoas que estiveram comigo ao longo destes anos, nas alegrias e nas angústias deixo o meu eterno agradecimento.

Muito Obrigada!

## RESUMO

Este trabalho apresenta resultados de uma pesquisa de campo qualitativa realizada em um Hospital da Criança em Santa Catarina sobre a atuação do pedagogo no Sistema Único de Saúde (SUS) e o trabalho transdisciplinar. Aliada ao estudo da Teoria das Representações Sociais, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), além de políticas de atenção à saúde como Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), e Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) a análise nos permitiu compreender as relações entre os profissionais da saúde e quais as representações presentes no imaginário da equipe em relação a atuação de um pedagogo no SUS. Sendo a educação e a saúde, direitos de todos e deveres constitucionais do Estado, independente do ambiente e situação em que o sujeito se encontra, analisar como se configuram as relações (trans)disciplinares entre a equipe multiprofissional de saúde e a(o) pedagoga(o), considerando suas possibilidades de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) e no processo de hospitalização da criança e do adolescente se faz necessário, pois o atendimento integral é a forma de reconhecer a complexidade do *ser* humano e respeitar as peculiaridades de cada um. Inicialmente, selecionamos dois hospitais que não foram contemplados na pesquisa do projeto matriz. Devido a algumas limitações, realizamos a pesquisa somente no Hospital da Criança Augusta Muller Bohner, localizado na cidade de Chapecó/SC. Os participantes do estudo foram selecionados de acordo com a Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998 que define as categorias profissionais que compõem a equipe multiprofissional. Foram entrevistados, ao todo, 09 (nove) profissionais da Saúde, Médica, Residentes em Pediatria, auxiliares de enfermagem, enfermeira, Fisioterapeuta Ocupacional e Assistente Social. O estudo evidenciou que as representações presentes no imaginário das profissionais da equipe de saúde multi em relação ao trabalho inter(trans)disciplinar, e, a atuação da(o) pedagoga(o) no ambiente hospitalar, estão baseadas nas experiências vividas por elas nesse ambiente, e no senso comum sobre o que é a pedagogia e quais são os espaços que este profissional poderá atuar. Sob a luz da Teoria das Representações Sociais, pudemos compreender que esse senso comum aliado ao conhecimento científico pode produzir novos conhecimentos quando houver interação entre os sujeitos e troca de saberes.

Palavras-chave: Pedagogia Hospitalar; Sistema Único de Saúde; Equipe multiprofissional; Representações sociais; Transdisciplinaridade.

## SUMÁRIO

### **1. INTRODUÇÃO**

### **3. REVISÃO DE LITERATURA: ASPECTOS CONCEITUAIS E LEGAIS**

3.1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL DO SENTIMENTO DA INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA

3.2 POLÍTICAS E GARANTIA DE DIREITOS PARA CRIANÇA E ADOLESCENTE

3.3 SAÚDE E EDUCAÇÃO: PARCEIRAS PARA INTEGRALIDADE DO SER CRIANÇA E ADOLESCENTE

### **4. DELINEAMENTO METODOLÓGICO**

4.2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO: TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

4.3 LÓCUS/CENÁRIO DO ESTUDO

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

4.5 PRODUÇÃO/COLETA DE DADOS

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

### **5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

5.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE E A INCLUSÃO DA(O) PEDAGOGA(O) NA EQUIPE

5.2.1 CATEGORIA 1: O QUE FAZ, O QUE NÃO FAZ, E O QUE PODERIA FAZER A(O) PEDAGOGA(O) NO SUS?

5.3.1 CATEGORIA 2: EDUCAÇÃO E/EM/NA SAÚDE

5.3.2 CATEGORIA: O PAPEL DA PEDAGOGA E A ATUAÇÃO NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE

5.3.3 CATEGORIA: MULTIPROFISSIONALIDADE E A ATUAÇÃO TRANSDISCIPLINAR

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **REFERÊNCIAS**

### **APÊNDICES**

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

APÊNDICE B – PARTE I: Caracterização dos participantes do estudo

APÊNDICE C: PARTE II - Roteiro de entrevista com associação de imagem

APÊNDICE D - PARTE III: roteiro de entrevista semiestruturada

### **ANEXOS**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ALVF - Associação (Hospitalar) Lenoir Vargas Ferreira

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CA - Criança e Adolescente

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CFB - Constituição Federal

CH - Classe Hospitalar

CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CSF – Centro de Saúde da Família

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EPS – Educação Permanente em Saúde

HC - Hospital da Criança

HRO - Hospital Regional do Oeste

LDBEN – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MEC - Ministério da Educação e do Desporto

MS – Ministério da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISC - Plano Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS - Teoria das Representações Sociais

UFFS – Universidade Federal da Fronteira Sul

## 1. INTRODUÇÃO

O interesse em estudar sobre espaços não escolares de educação, em especial a educação no ambiente hospitalar, surgiu ainda na terceira fase do curso, em 2015, através de uma pesquisa sobre Pedagogia Hospitalar, realizada no componente curricular Iniciação à Prática Científica. Depois de muitas leituras sobre o tema, percebemos que os direitos do educando, mesmo garantidos por lei, nem sempre são efetivos, pois o direito ao acesso à educação acaba ficando em segundo plano quando há necessidade de afastamento das atividades escolares para tratamento de saúde. Sabemos que um direito não anula o outro, e que o fato de necessitar de hospitalização pode impossibilitar o acesso à escola, mas não deve privar o educando do processo educativo que acontece no ambiente escolar, simplesmente por não poder estar nele por motivos de força maior. Portanto, este estudo buscou compreender como ocorrem as relações dentro da equipe multiprofissional de saúde, e como essa equipe percebe a atuação da(o) Pedagoga(o) no ambiente hospitalar.

A fim de compreender a atual conjuntura política e social, bem como a origem dos direitos da criança e do adolescente hospitalizados é necessário voltar os olhares para a historicidade dos fatos. Para isso, mapear o percurso histórico da construção e evolução do sentimento de infância e adolescência, e a conquista dos direitos desses sujeitos foi fundamental para este estudo.

Estudos sobre o percurso histórico da construção do sentimento de infância evidenciam que durante muitos anos a criança e o adolescente eram marginalizados, sem direitos, ou opiniões, pelo fato de não serem capazes de produzir nada que fosse útil aos adultos, ou pela sua dependência da presença de um adulto e/ou alguém mais instruído que eles, para os ensinar tudo que os adultos já sabem e compreendem. Conforme Carvalho; Junior, o sentimento de infância ficou mais evidente em meados do século XIX após médicos higienistas demonstrarem preocupação pelo elevado nível de mortalidade infantil, por conta do desleixo com cuidados em relação à saúde da criança. A partir disso, muitas leis e normas foram sendo criadas ao longo da história, a fim de garantir os direitos aos cuidados especiais e necessários à manutenção e à qualidade da vida da criança e do adolescente.

Com a construção do sentimento de infância veio também a preocupação com o desenvolvimento integral destes sujeitos, o que significou repensar os espaços ocupados por eles de acordo com o tempo e as necessidades que possuem em relação a esse espaço. Considerando o hospital um espaço importante e extremamente necessário para promoção da saúde da criança e do adolescente, e também o tempo que pode ser necessário passar nesse ambiente, bem como o que este espaço representa para eles é evidente que o mesmo precise ser adequado às necessidades desses indivíduos, para atendê-los de forma integral e humanizada.

O hospital pode ser percebido, muitas vezes, como um lugar de dor e sofrimento. Para as crianças isso fica ainda mais explícito pois, a julgar por suas experiências, percebem que só é necessário ir ao hospital quando não estão se sentindo bem. O processo de hospitalização prolongada para tratamento de saúde é traumático para qualquer fase da vida, e ainda mais para a criança, que não compreende a cronologia dos fatos. Uma hora ela estava bem e brincando, e em outra está na condição de paciente “presa” em quarto de hospital, tendo seu corpo invadido, para procedimentos de rotina, como exames, medicação entre outras coisas.

Estar paciente, em geral, não é uma condição permanente, haverá um momento em que a criança e o adolescente sairão do hospital e darão continuidade nas suas vidas, de onde pararam. Portanto o processo de hospitalização em si não pode interferir no desenvolvimento mental e social do indivíduo, pois não é uma situação permanente, e a vida não pode parar por conta do tratamento de saúde. Segundo o Dicionário Online (RIBEIRO, 2017, s.p.) o termo paciente significa “que tem paciência; capaz de aguentar algo com resignação.”. Ainda dentro do significado de “paciente” encontramos outra palavra que diz muito a respeito da situação enquanto paciente, a “resignação”. Resignação é a “ação ou efeito de se resignar, de se submeter ao desejo de uma outra pessoa [...]. Ação de aceitar pacificamente as dores ou sofrimentos da vida; conformidade [...]” (RIBEIRO, 2017, s.p.). Desta forma, podemos compreender que paciente coloca o sujeito como alguém passivo, que precisa dos cuidados de outra pessoa, e que necessita, depende e/ou submete-se a essa situação por diversos motivos.

Por considerar e preocupar-se com a vulnerabilidade da natureza humana, e as necessidades físicas, mentais e sociais importantes para o desenvolvimento humano, o SUS (Sistema Único de Saúde) tem como princípio a integralidade. Ou seja, reconhece o ser

humano em sua totalidade, e busca atendê-lo de forma que à assistência à saúde transcende os processos curativos e considere o sujeito além do seu estado físico, mas também o mental e o social.

O princípio da integralidade do SUS aborda o tratamento de forma integral, considerando a criança e o adolescente como um ser inteiro e não fragmentado. Dessa forma, o Plano Nacional de Humanização: Humaniza SUS, juntamente com a Resolução 287, de 08 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde, evidenciam os esforços na criação de políticas que viabilizem o tratamento dos usuários do SUS de uma forma integral, envolvendo saúde, educação, assistência social, cuidados da família, segurança e auxílio psicológico sempre que preciso.

Considerando este novo paradigma no campo da saúde, a educação transdisciplinar requer a oferta de experiências pedagógicas metodologicamente aproximadas de conteúdos especializados nas áreas de ciências biológicas e saúde, saúde, ciências sociais e humanas, ciências ambientais e tecnologia. A complexidade da educação transdisciplinar, segundo Dittrich, Espindola, Koefender (2012 apud LIMA et al 2016), para compreender o processo saúde-doença, requer atenção ao cuidado e educação em saúde holística, no sentido de operar Mudanças na gestão acadêmica, política e social no sistema de saúde atual no Brasil, no SUS. Essa percepção implica a discussão da reorientação em seus métodos locais de ensino, cuidado e promoção da saúde humana e educação em saúde.

Nesse contexto, o desejo e a necessidade de mudanças nas práticas de saúde e na relação entre os profissionais e a população instigam grupos de profissionais a buscarem na Educação Popular elementos que lhes permitam repensar e reorientar essas práticas dentro de uma perspectiva transdisciplinar.

Portanto, a(o) pedagoga(o) como membro da equipe multiprofissional transdisciplinar em saúde corrobora com o princípio da integralidade do SUS, e também é uma ponte para a rede de atenção integral à saúde da criança.

Este estudo evidenciou que há um senso comum de que a atuação da(o) pedagoga(o) é restrita ao ambiente escolar, e que a educação é função exclusiva da pedagoga. Logo consideram que o ambiente hospitalar não é educador, e que a escola não é espaço de saúde.

O Ministério da Saúde refuta essa ideia e reconhece na terminologia geral dos Conceitos e Definições em Saúde que o hospital também é um espaço de educação.

É parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente. (BRASIL, 1977, p.9)

Partindo dessas considerações, reafirmamos a importância deste estudo para os profissionais da Saúde e pedagogas(o) a fim de trazer clareza sobre as diversas possibilidades de atuação da pedagogia no SUS, e na integração da equipe multiprofissional em saúde no ambiente hospitalar.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi compreender as representações sociais presentes no imaginário dos profissionais de saúde sobre a Pedagogia e sobre a(o) Pedagoga(o) no ambiente hospitalar. Os profissionais foram elencados a partir de dois critérios. Primeiro a Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998 que define as categorias profissionais que compõem a equipe multiprofissional. O segundo considera os profissionais listados na resolução, e seleciona destes, os que possuem mais proximidade a criança e o adolescente hospitalizados.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA: ASPECTOS CONCEITUAIS E LEGAIS**

#### **3.1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL DO SENTIMENTO DA INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA**

Na sociedade atual, a criança possui necessidades e direitos reconhecidos por lei, mas nem sempre foi assim. Philippe Ariès, foi um grande historiador francês que se preocupou em estudar a história social da criança e da família ao longo da história da humanidade. Iniciou seus estudos com uma análise crítica do sentimento de infância que já se tinha no século XX, e então passou a analisar dados históricos e a colocá-los em ordem cronológica para compreender a realidade atual, através da história da criança na família e na sociedade. Com o

passar do tempo, a morte de uma criança já era considerada como uma perda inevitável, mas que logo poderia ser substituída.

Somente após passar a fase crítica da infância, de vulnerabilidade fisiológica as doenças e dependência total de um adulto, é que a criança retornava para o convívio com os pais. Nessa fase já não era mais considerada criança, mas também não era um adolescente, pois esse termo só passou a ser empregado em meados do século XIX, portanto era considerado um adulto em miniatura. A criança não possuía um lugar, direitos ou necessidades reconhecidas na sociedade, e tampouco o adolescente, que ao chegar na fase que hoje conhecemos como adolescência, ele já era considerado um adulto, e com isso passava a obter atribuições e responsabilidades condizentes a adultos, perante a sociedade.

Segundo Chalmel (2004) somente a partir do século XV foi possível perceber, através da história da arte que a criança estava ganhando espaço na sociedade, pois a partir desse momento passou a ser representada em pinturas acompanhadas de seus pais, ou no colo de suas mães. A partir da iconografia religiosa da infância neste período, a criança passou a ser representada com traços angelicais como asas, brincando, e, na maioria das vezes, nuas ou seminuas. Estudos sobre a adolescência na modernidade tem mostrado que ainda há o senso comum de que essa fase é marcada pela rebeldia e insubordinação, quando na verdade, o que ocorre é a construção social da identidade desse sujeito (FARIAS; FERREIRA; SILVARES, 2003).

Parafraseando FARIAS; FERREIRA; SILVARES (2003) a construção da identidade continua durante toda a vida do indivíduo, mas é na adolescência que ocorrem as mudanças mais significativas, pois a criança está deixando a infância, passando pelos processos de maturação do seu corpo e das suas ideias também. Há uma difusão de sua identidade sobre o que ele almeja para si, e sobre o que os adultos do seu círculo de convívio almejam e/ou esperam dele. Sendo assim, o adolescente passa a ser compreendido como o futuro, os adultos depositam neles esperança de que alcancem tudo aquilo que eles não foram capazes, e com isso o sentimento de preservação desses indivíduos surgem.

No Brasil, a história da criança e do adolescente é marcada por períodos de muita dificuldade, abusos, mortalidade, miséria, maus tratos e principalmente vítimas do trabalho escravo. A criança era vista através de duas perspectivas religiosas, e que seguiam a ordem

das transformações culturais e sociais da Europa, já que a Terra de Vera Cruz, como os portugueses nomearam o Brasil naquela época, era uma terra habitada por povos não civilizados. A roda consistia em uma caixa em formato cilíndrico fixada no muro ou na janela da instituição que possuía uma abertura onde a criança era colocada, e ao girar essa roda, a criança desaparecia para quem a colocou, e ficava para o lado de dentro da instituição onde era recolhida e cuidada até que tivesse autonomia para cuidar de si mesma (ARIZA, 2018?).

Conforme registros, a última criança recolhida através da roda foi em 1950, mas a instituição continuou recebendo crianças abandonadas até meados de 1961. O Decreto Nº 16.272, de 20 de dezembro de 1923 foi o primeiro passo para construção dos direitos da criança e do adolescente. A partir desse movimento de reconhecimento dessa condição da criança e do adolescente, o sentimento de preservação desses sujeitos e conseqüentemente leis, estatutos e declarações de direitos da criança e do adolescente emergiram, a fim proteger o futuro da sociedade e até mesmo moldá-la através de ensinamentos e valores repassados de geração a geração.

### 3.2 POLÍTICAS E GARANTIA DE DIREITOS PARA CRIANÇA E ADOLESCENTE

No Brasil Estatuto da Criança e do Adolescente, o ECA como é popularmente conhecido, foi o resultado de uma construção coletiva de governos, movimentos sociais, pesquisadores e instituições defensoras dos direitos da criança que perceberam a necessidade da criação de um estatuto específico para assegurar os direitos destes cidadãos. O ECA foi a união da Declaração Universal dos Direitos da Criança, estabelecido após uma assembleia sobre Direitos Humanos das Nações Unidas que ocorreu em novembro de 1959, com o artigo 227 da Constituição Federal Brasileira de 1988.

Depois de muitos anos de exploração, abusos e maus tratos, e sem reconhecimento ou um espaço na sociedade, as Nações Unidas voltaram seus olhares para a importância da preservação da infância. Através da assembleia de Direitos humanos de 1959, a garantia dos direitos da criança e do adolescente; à proteção social livre de quaisquer forma de discriminação, seja ela por raça, condição social ou física; direito a um nome e nacionalidade;

previdência social, que implica em crescer com saúde, alimentação, cuidados e proteções especiais do pré ao pós-natal; educação de nível primária gratuita e proteção contra exploração de trabalho, estabelecendo uma idade mínima para o mesmo; deixou de ser uma utopia, e passou a ser realidade. Mas para o Brasil, ainda não era o bastante. Havia uma Declaração Universal de Direitos, mas não havia uma declaração de deveres. Percebendo a necessidade de esclarecer ainda mais a necessidade de proteção à criança, o Artigo 227 da Constituição Federal Brasileira de 1988 atribui dever sobre a manutenção de todos estes direitos supracitados à família e ao próprio Estado. Ainda não sendo suficiente, em 1990 foi estabelecido o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Resultado da unificação da Declaração Universal com o artigo 227 CF/88.

O ECA busca unir o governo e sociedade civil através de conselhos municipais, regionais, estaduais e nacionais, para assegurar todos os direitos da criança e do adolescente, bem como delegar responsabilidades a cada instituição que tiver contato com os mesmos. Ao governo, a obrigação de promover programas que possibilitem o desenvolvimento físico, intelectual, social e cultural destes indivíduos, e cuidados especiais de saúde do pré ao pós-natal. Às famílias, o dever de alimentá-las, protegê-las de abusos físicos ou psicológicos, e a promover o acesso aos programas promovidos pelo governo. Aos civis, a fiscalização da manutenção destes direitos, e também a denúncia quando qualquer um deles for violado, podendo ser até penalizado legalmente caso se omita mediante uma denúncia.

Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015 “Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. A PNAISC busca uniformidade da atenção, promoção e recuperação da saúde da criança, e também para que nenhum de seus direitos sejam violados. Em seu bojo, carrega diversas Leis, Decretos e Portarias, que visam a garantia e promoção dos direitos da Criança e do Adolescente (CA). Citaremos aqui os que estão relacionados diretamente ao nosso objeto de estudo. O Art. 227 da CF/88 define os direitos constitucionais da criança e do adolescente, e atribui o dever de assegurar o cumprimento desses direitos à família, ao Estado, e aos civis. A PNAISC considera as leis do ECA (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990); Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que regula em todo o território nacional ações para atendimento humanizado e integral à saúde; Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990 “Promulga a

Convenção sobre os Direitos da Criança; Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 institui o Programa de Saúde na Escola; entre tantos outros que visam assegurar segurança, proteção contra violência psicológica e física, afeto, alimentação, vestimentas, materiais de uso pessoal e escolar, promoção e produção de saúde, das crianças e adolescentes.

### 3.3 SAÚDE E EDUCAÇÃO: PARCEIRAS PARA INTEGRALIDADE DO SER CRIANÇA E ADOLESCENTE

Em diversos documentos sobre atendimento integral contidos na Biblioteca Virtual de Saúde do Sistema Único de Saúde (BVS-SUS) é possível perceber a preocupação em conceber e tratar da criança e o adolescente como um ser integral, que possui um corpo físico que precisa ser mantido saudável através de cuidados especiais a saúde física e psicológica, com uma boa alimentação, atendimento hospitalar ou ambulatorial tanto para tratamento de doenças como para prevenção de outras, e educação. Compreendendo a infância e a adolescência como uma importante fase do desenvolvimento humano precisamos entender que não há educação sem saúde, e não há saúde sem educação.

Apesar da criação de leis e estatutos para garantir os direitos das crianças e dos adolescentes, uma parcela destes continuava sendo negligenciada, tanto pela sociedade quanto pelos governos. Talvez não fosse nem um caso de negligência, mas sim de prioridades. No caso da hospitalização para tratamento de saúde, a prioridade era de fato a produção de saúde para aquele indivíduo. Mas constitucionalmente falando, a prioridade de um direito não anula o outro. Ou seja, priorizar o atendimento à saúde física do sujeito, não deve sobrepor ou impedi-lo de ter acesso à educação entre outros direitos sinalizados na Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 do ECA:

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

O processo de hospitalização não pode impedir o desenvolvimento mental e social da CA, acaba por dificultar devido às limitações que eles podem possuir, mas tratando-se de uma condição não permanente, a hospitalização não pode impedir que o desenvolvimento ocorra. Para isso, meios de viabilizar tal processo devem ser estudados, arquitetados e colocados em prática, por um profissional formado e preparado para auxiliá-los neste processo, neste caso a(o) Pedagoga(o). Portanto, no ambiente hospitalar é necessário que haja espaço para que a criança possa ser criança, e se desenvolver em sua integralidade, tendo acesso a todos cuidados necessários para promoção de sua saúde física, bem como acompanhamento psicológico, quando necessário, acompanhamento do currículo escolar e lazer. Sendo assim, em 1994 o Ministério da Educação, por meio da Secretaria Nacional de Educação Especial definiu os papéis para o exercício dos direitos da criança e do adolescente hospitalizado através da criação de uma Política Nacional de Educação Especial, a qual constituiu e regulamentou as classes hospitalares.

A partir disso, o Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) criado pela Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991 publicou os direitos da CA hospitalizados para o tratamento de saúde dos mesmos, visando conduzir a atuação dos profissionais da saúde no ambiente hospitalar, a fim de que a criança não compreenda o hospital como um espaço de dor e sofrimento. A Lei que devemos referenciar aqui garante a atuação do pedagogo na classe hospitalar como uma forma de exercer o direito da CA ao acesso à educação independente das condições que se encontra. A Lei nº 13.716, de 24 de setembro de 2018 altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 LDB “[...] para assegurar atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado.” (BRASIL, 2018).

O atendimento educacional hospitalar surgiu em meados do século XX, após a Segunda Guerra Mundial, na França. Devido às atrocidades cometidas no período de guerra, muitas crianças foram mutiladas e necessitavam de cuidados muito específicos à saúde, tendo que ficar hospitalizadas por tempo indeterminado (OLIVEIRA, 2013). No Brasil há registros desse atendimento para crianças com alguma deficiência na Santa Casa de Misericórdia já no ano de 1600. Porém, esse modelo de ensino só foi reconhecido legalmente em 1994 com o Política Nacional da Educação Especial.

O hospital precisa possuir um ambiente que corresponda às necessidades físicas, afetivas e educativas da criança e do adolescente. Além disso, as crianças ficam reunidas nos grupos correspondentes a sua faixa etária, a fim de que possam se beneficiar dos momentos de recreação, jogos e educação proporcionados pelo espaço, e pelos profissionais à sua disposição. Sendo assim, a Política Nacional de Educação Especial constitui a classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar (o qual não será abordado neste estudo) e publicou orientações e estratégias para o espaço, funcionamento e recursos (MEC, 2002).

Segundo Ramos (2017) há registro de que a classe hospitalar mais antiga no Brasil teve início em 1950 no Rio de Janeiro e permanece até hoje. Segundo Ramos (2017) estudos consultados por ele, consideram o início dessas classes por volta de 1930, mas alguns registros de atendimentos educacionais hospitalares da Santa Casa de Misericórdia, localizada em São Paulo, evidenciam o surgimento em 1953.

A classe hospitalar é um serviço que deve dispor de atendimento educacional especializado para alunos que não puderem frequentar sua classe regular por motivos de afastamento para tratamento prolongado de saúde. Mas para que a classe hospitalar cumpra seu papel de oferecer à criança e/ou adolescente uma parcela da sua vivência escolar, é preciso que siga algumas normas de regulação do espaço. É preciso que no hospital haja uma sala com características de uma sala de aula, com mobiliário e materiais adequados às peculiaridades do ensino regular. As crianças e adolescentes que puderem frequentar a classe devem ser divididas por grupos de acordo com sua idade, para que o aproveitamento do espaço e das atividades propostas pelo professor sejam melhor aproveitadas. E aqueles que não puderem frequentá-la devido a sua problemática de saúde, deverão receber atendimento educacional personalizado de acordo com as necessidades do educando MEC (2002). De acordo com o MEC (2002):

O professor deverá ter a formação pedagógica preferencialmente em Educação Especial ou em cursos de Pedagogia ou licenciaturas, ter noções sobre as doenças e condições psicossociais vivenciadas pelos educandos e as características delas decorrentes, sejam do ponto de vista clínico, sejam do ponto de vista afetivo.

O trabalho da pedagoga (o) na classe hospitalar não tem o objetivo, e nem substitui o ensino regular, apenas complementa o trabalho do professor do ensino regular. O professor que pretende atuar na classe hospitalar deve estar preparado para lidar com as

diversidades da vida humana, e estar atento às necessidades educacionais que os educandos possuem, a fim de aprimorar seus métodos de ensino e adequar às especificidades de cada um para que possibilite uma experiência de ensino e aprendizagem de qualidade.

#### **4. DELINEAMENTO METODOLÓGICO**

Trata-se de um trabalho em continuidade à um projeto matriz/"guarda-chuva" intitulado "**A atuação da(o) pedagoga(o) no sistema único de saúde: o que pensa e como age a equipe de saúde na perspectiva da interprofissionalidade?**", iniciado pela acadêmica Josiane Regina Plucinski, agora Pedagoga, como trabalho de conclusão de curso. Este estudo é uma continuidade do projeto matriz citado anteriormente o qual buscou contemplar outros dois hospitais que não foram alcançados no projeto inicial, o Hospital Regional do Oeste e Hospital da Criança Augusta Muller Bohner, ambos localizados na cidade de Chapecó/SC. Além disso, o instrumento de coleta de dados inicial foi construído por ela, sob orientação do Professor e Doutor Cláudio Claudino Da Silva Filho.

Após realizarmos alguns estudos bibliográficos necessários para compreender o contexto social que os possíveis participantes deste estudo estariam inseridos, analisamos o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), além de políticas de atenção à saúde, Leis de diretrizes e bases da educação nacional (LDBEN), política nacional de humanização do SUS (PNH) e a história da construção social do sentimento de infância e adolescência, e a construção dos direitos destes sujeitos ao longo dos anos. A partir disso, reformulamos o roteiro de entrevista semiestruturada criado pela Josiane de acordo com os objetivos deste estudo, a fim de obter informações mais ricas em detalhes e contextos que poderiam ser abordados e discutidos nos resultados.

##### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO**

A abordagem escolhida para essa pesquisa foi qualitativa e descritiva. Pois conforme André (1995) a utilização do termo pesquisa qualitativa de modo generalizado, acaba gerando alguns equívocos pelo fato de qualitativo e quantitativo estarem colocados como modos de pesquisa divergentes e opostas. Por isso, é importante que a investigação qualitativa possua uma denominação para diferenciar as técnicas de coleta de dados e até mesmo, determinar os dados a serem coletados.

Para Merriam (1988) a pesquisa qualitativa “[..] caracteriza-se pelo seu carácter descritivo, indutivo, particular e a sua natureza heurística pode levar à compreensão do próprio estudo.”. Visa conhecer e compreender de forma profunda a vida, a realidade e o contexto que o participante se encontra. Para Yin (1994) é um método investigativo que se baseia no trabalho de campo, através da observação e contato com uma pessoa, instituição dentro de sua realidade, fazendo uso de entrevistas, questionários, documentos e observação participativa ou não.

No estudo em questão a abordagem qualitativa descritiva definida por Yin (1994) e Merriam (1988) colabora para obtenção de dados mais ricos em detalhes, contextos sociais, experiências vividas pelos participantes individuais e no grupo, e sentimentos, o que nos auxilia muito na compreensão das representações que os participantes podem possuir em seu imaginário sobre as questões norteadoras colocadas no instrumento de coleta de dados.

Este estudo iniciou com uma revisão documental. Realizamos uma leitura flutuante para selecionar os documentos a serem analisados do percurso histórico da construção do sentimento de infância e adolescência, pois se queremos compreender o contexto social da atualidade é preciso debruçar-se sobre a história. Após isso, reformulamos os instrumentos de coleta e fomos à campo. Após isso iniciamos as transcrições das entrevistas e em seguida as análises. Diversas categorias emergiram das análises, mas selecionamos aquelas que estavam relacionadas ao tema e seguimos com nosso estudo. Utilizamos a Teoria das Representações Sociais para compreender os elementos trazidos nas falas das participantes.

## 4.2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO: TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Como base teórica-metodológica deste estudo, nos debruçamos sobre a teoria das representações sociais de Serge Moscovici, um psicólogo social romeno, que desenvolveu tal teoria após estudar e analisar experiências sociais vivenciadas e assistidas por ele em sua juventude. *La Psychanalyse, son image, son public*, é resultado de sua defesa do Doutorado em 1961, que estudou e evidenciou a teoria das representações sociais como um conjunto de conhecimentos do senso comum e científico que podem interferir e/ou condicionar as práticas de um indivíduo e/ou grupo.

Essa teoria “[...] preocupa-se fundamentalmente com a inter-relação entre sujeito e objeto e como se dá o processo de construção do conhecimento, ao mesmo tempo individual e coletivo na construção das Representações Sociais, um conhecimento de senso comum.” (CRUSOÉ, 2014, p. 106). Além disso, consiste em compreender como se constroem as representações, e os processos de integração do novo, seja um conhecimento do senso comum e/ou científico, ou uma pessoa ou objeto.

Nesse sentido essa teoria corrobora com compreensão do ser humano como um ser sociocultural e reafirma a importância das relações e interações sociais na construção do sujeito ao negar que haja uma dimensão individual e outra social, pois o indivíduo se constitui através do social, e ao mesmo tempo atua sobre o social modificando-o de acordo com as suas necessidades e a do grupo que está inserido. Portanto, a TRS compreende o sujeito como alguém que necessita do social para se desenvolver, e que também é capaz modificar o meio vislumbrando benefícios para o grupo que está inserido. É assim que acontece com o trabalho multiprofissional e transdisciplinar. Cada indivíduo traz o conhecimento que possui, expõe ao grupo, o grupo dialoga sobre, e a partir disso novos conhecimentos surgem, novas ideias emergem, e o grupo reestrutura-se a partir disso, reatribuindo funções, alterando sua dinâmica e interação com o paciente e com os demais sujeitos envolvidos nesse processo de produção de saúde.

Para esse estudo, a teoria das representações sociais contribui com a compreensão dos processos e relações que ocorrem dentro da equipe multi, em que cada profissional dentro de sua área possui um conhecimento científico limitado a sua especialidade, e do senso comum em relação à especialidade do outro. Ao atuar em uma equipe multi compartilha seus conhecimentos com os demais colegas e juntos constroem um novo, para uma finalidade comum que é a produção de saúde no decorrer do tratamento do paciente.

### 4.3 LÓCUS/CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário selecionado para este estudo foi o Hospital da Criança Augusta Muller Bohner, localizado na cidade de Chapecó/SC. Atualmente o município conta com 26 Centros de Saúde da Família, uma Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h), um Pronto Atendimento também 24h (PA 24h), um Hospital da Criança e um Hospital Regional do Oeste (HRO), referência em tratamentos de alta complexidade no oeste de SC (CHAPECÓ, 2019). Segundo informações publicadas no site da Prefeitura Municipal de Chapecó, no ano de 2018 o PA e a UPA 24h realizaram aproximadamente 130.000 atendimentos. O PA conta com uma equipe de 68 profissionais em saúde, e a UPA 100 profissionais.

O HRO é administrado pela Associação hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALFV). O hospital é referência em tratamento de alta complexidade em “Neurocirurgia, Gestante de Alto Risco, Captação e Transplante de Rins e Córneas, Urgência e Emergência, UNACON (Quimioterapia, Radioterapia, Oncologia Clínica e Cirúrgica e Roentgenterapia), UTI Neonatal e UTI Geral” (HRO, c2021), atendendo adultos e adolescentes maiores de 12 anos. Segundo informações dispostas no site da ALVF (c2021), o hospital possuía 293 leitos e 7 salas de cirurgia. Com a inauguração do novo bloco, a capacidade aumentou para mais 475 leitos e 12 salas de cirurgia. Dos novos leitos 37 são preparados para receber pacientes em tratamento intensivo, 56 para oncologia de longa duração, 36 para quimioterapia de curta duração e 27 para recuperação pós cirúrgica. conta com um quadro de mais de 1.000 (mil) funcionários, entre médicos de plantão, clínicos especialistas, anesthesiologistas e mais funcionários de clínicas, laboratórios, setor de fisioterapia, entre outros.

Por muito tempo o HRO atendia pessoas desde os 0 anos de idade, mas com o objetivo de melhorar o atendimento integral e torná-lo ainda mais específico a Lei nº 4697, de 30 de abril de 2004 foi promulgada com o objetivo de estabelecer um Hospital da Criança Regional no município de Chapecó (CHAPECÓ, 2004). O Hospital da Criança em Chapecó, possui ala de internação pediátrica de curta duração, Pronto socorro e Clínica de Oncologia e internação. No site da Associação filantrópica que administra o HC, não informa quantidade de leitos, percentual médio de atendimentos ou quadro de funcionários. Foram realizadas buscas no site da Prefeitura municipal de Chapecó, e também no repositório digital da UFFS, a fim de localizar trabalhos acadêmicos que tenham realizado algum levantamento de informações técnicas do hospital, mas sem sucesso.

Ambos os hospitais foram selecionados para o estudo, que foi iniciado em março de 2020, porém com a pandemia do novo coronavírus, acabamos por coletar dados somente no HC, pois conseguimos agendar uma visita uma semana antes da pandemia virar notícia. Os hospitais foram selecionados pelo fato de possuírem alas de tratamento especializado em oncologia. Sendo assim, as crianças (até 12 anos no HC) e adolescentes (a partir de 13 anos completos HRO) que são e estão hospitalizados ali podem permanecer nessa condição por longos períodos.

Considerando a importância que o trabalho transdisciplinar da equipe multiprofissional tem para esse grupo de crianças e adolescente, havíamos considerado realizar as entrevistas com o maior número de profissionais da equipe multi, possíveis, a fim de obter um conhecimento melhor do espaço e de como funciona o trabalho e as relações dentro da equipe.

#### 4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A definição dos participantes foi estruturada a partir dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional do Hospital Materno Infantil Augusta Muller Bohner de Chapecó/SC, levando em consideração a Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998 que salienta a importância da ação da equipe interdisciplinar na área da saúde e define as

categorias profissionais que integram a equipe. Após isso selecionamos os seguintes profissionais da saúde: 01 Assistente social, 01 Médico(a) Pediatra, 01 Psicólogo(a), 01 Terapeuta Ocupacional, 01 Nutricionista, 02 Enfermeiros(as), 02 auxiliares de enfermagem. Na equipe do hospital não havia uma pedagoga, pois o hospital não dispunha de espaço para que a classe hospitalar pudesse funcionar regularmente.

Cada participante da pesquisa foi selecionado por entendermos que possuíam mais contato com as crianças e adolescentes internados e por fazerem parte da equipe de atenção integral à saúde destas CAs. Nosso objetivo inicial era amplo. Almejamos entrevistas ao menos um profissional de cada área, porém não tivemos tempo hábil para cumprir nosso objetivo inicial por conta do início da pandemia do novo coronavírus. Sendo assim, foram entrevistados ao todo 09 (nove) Profissionais da Saúde, sendo 01 médica pediatra intensivista, 01 Fisioterapeuta Ocupacional, 02 enfermeiras, 3 auxiliares de enfermagem e 2 residentes em pediatria.

Todas(os) as(os) participantes deveriam ser maiores de 18 anos; ser profissional de saúde com experiência profissional em setores hospitalares no atendimento a crianças e adolescentes; considerando que a partir disso, os dados coletados serão fiéis à realidade do contexto em que atua e as representações sociais objetivadas e fundamentadas através de suas experiências e vivências neste espaço.

Todas as participantes do estudo foram caracterizadas e responderam as questões da entrevista, de modo que as 09 (nove) participantes realizaram as três etapas do instrumento de pesquisa.

#### 4.5 PRODUÇÃO/COLETA DE DADOS

Para o presente estudo inicialmente havíamos selecionados dois hospitais que não haviam sido contemplados na pesquisa do projeto matriz da acadêmica, agora pedagoga Josiane Plucinski, intitulado de **“A atuação da(o) pedagoga(o) no sistema único de saúde: o que pensa e como age a equipe de saúde na perspectiva da interprofissionalidade?”**. A pesquisa de Josiane foi defendida no ano de 2019 como trabalho de conclusão do curso de licenciatura em Pedagogia pela UFFS de Chapecó/SC.

No primeiro dia de coleta a equipe que nos recebeu foi muito atenciosa e se prontificou de imediato a participar da pesquisa, conforme fossem concluindo as tarefas de rotina. Nesse dia foi possível entrevistar nove profissionais, quase todos os propostos no projeto de pesquisa, exceto a psicóloga e a nutricionista que atendem em horários restritos, pois não possuem carga horária especial para o HC e atendem diversas Unidades Básicas de Saúde (UBS). No intervalo de tempo entre a realização das primeiras entrevistas e do agendamento para as próximas, a pandemia do novo coronavírus teve início, portanto não foi possível retornar aos hospitais e realizar as entrevistas com todos os profissionais propostos no projeto.

Após contato com os participantes e coletas de dados através dos instrumentos de coleta selecionados: caracterização dos participantes, roteiro de imagens, e entrevista semiestruturada, que estão dispostos nos anexos deste estudo. A entrevista era composta por 13 questões norteadoras sobre educação, atuação do pedagogo no Sistema Único de Saúde (SUS) e atuação na equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade no tratamento de crianças internadas por um longo período.

Este método de coleta de dados, permite que o pesquisador perceba e apanhar informações para além daquilo que o participante descreve, além de proporcionar ao participante mais liberdade para se expressar. Assim, os dados da pesquisa não passam a ser somente os dados descritivos coletados na entrevista, mas também a análise do contexto e da realidade do participante. Sendo assim, a coleta de dados descritivos através de entrevistas semiestruturadas tem como objetivo principal evidenciar e interpretar aspectos que estão sendo estudados dentro do contexto, considerando a atribuição de significados dos participantes às suas experiências, bem como o processo de interpretação. Segundo BOGDAN e BIKLEN (1994, p.16), os dados coletados nesse método de pesquisa são qualitativos, “[...] o que significa ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico”.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As gravações obtidas a partir das entrevistas foram transcritas de forma literal. Os resultados obtidos com esta pesquisa foram analisados dentro da perspectiva de Bardin (2011), que designa análise de conteúdo como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (Bardin, 2011, p. 47).

Bardin (2011) separa a análise de conteúdo em três fases. A primeira fase é a pré-análise, que consiste na organização dos resultados obtidos sistematizando com as ideias iniciais, e que também possui quatro etapas - Leitura flutuante que é o primeiro contato com os documentos para conhecimento do texto e objeto; Seleção dos documentos a serem analisados; Formulação dos objetivos; Referenciação e inferências através das informações obtidas nos documentos. A segunda fase é caracterizada pela exploração do material o que consiste em separar os dados e organizá-los sistematicamente por técnica de coleta e ordem cronológica a fim de facilitar a análise dos mesmos. A terceira e última fase diz respeito ao tratamento dos resultados. É o momento da reflexão e análise crítica, onde o pesquisador poderá interpretar as informações obtidas e fazer inferências por meio de recortes de textos utilizados na pré-análise.

Após realizar estudos sobre o método de trabalho, a partir os elementos evocados nas falas das participantes, concluímos que a transdisciplinaridade define melhor a atuação da equipe multi em saúde, pois a transdisciplinaridade transcende a disciplina e especificidade de cada área considerando os conhecimentos possuídos por cada profissional e permite que juntos construam um novo conhecimento viabilizando uma abordagem holística no tratamento do paciente. A análise de dados também ocorreu a partir de estudos realizados sobre as temáticas e pesquisas bibliográficas baseadas nos direitos da criança, bem como na política nacional de atenção à saúde da criança.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Este estudo foi submetido à avaliação do comitê de ética de pesquisa - CEP/UFGS e aprovado sob o número do parecer 3.578.953. Este projeto também passou por avaliação do CEP interno da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira, a qual compreende o Hospital da Criança Augusta Muller Bohner, e que faz registros internos regularmente a fim de salientar a produção de pesquisas internas junto ao Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa).

Como toda pesquisa realizada com seres humanos, esta possui riscos mínimos indiretos. Portanto, nos preocupamos em seguir os princípios éticos e legais fundamentados na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes foram informados dos riscos em potencial que o estudo possuía, bem como das finalidades e benefícios esperados com o estudo. Ainda no convite e no início da entrevista, manifestei meu respeito às diferentes opiniões, mesmo as contrárias a minha e reforçar a autonomia dos participantes para interromper o estudo caso houvesse algum desconforto, sem nenhuma justificativa prévia. A fim de preservar a privacidade de cada um, solicitei que usassem nomes fictícios para representá-los. Além disso, deixei disponível meu contato pessoal de e-mail e telefone para esclarecimento de quaisquer dúvidas que surgirem no decorrer do estudo. Tendo esclarecidas as questões iniciais, e respondido aos questionamentos feitos pelos participantes, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Neste documento continha informações sobre a pesquisa, os direitos do participante, riscos e todas as informações passadas aos mesmos inclusive, minhas informações para contato. Feito isso, damos sequência a gravação das entrevistas.

## **5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO**

A definição dos participantes foi estruturada a partir dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional do Hospital Materno Infantil Augusta Muller Bohner de

Chapecó/SC, levando em consideração a Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998 que salienta a importância da ação da equipe interdisciplinar na área da saúde e define as categorias profissionais que integram a equipe. Após isso selecionamos os seguintes profissionais da saúde: 01 Assistente social, 01 Médico(a) Pediatra, 01 Psicólogo(a), 01 Terapeuta Ocupacional, 01 Nutricionista, 02 Enfermeiros(as), 02 auxiliares de enfermagem, Foram entrevistados ao todo 09 (nove) Profissionais da Saúde, sendo 01 médica pediatra intensivista, 01 Fisioterapeuta Ocupacional, 02 enfermeiras, 3 auxiliares de enfermagem e 2 residentes em pediatria.

Foram realizadas 9 entrevistas. Todas as entrevistadas se declararam mulheres, brancas, com idades entre 25 e 38 anos. Conseguimos entrevistar apenas 02 enfermeiras, 01 médica pediatra, 02 médicas residentes em pediatria, 01 assistente social, 01 fisioterapeuta ocupacional e 2 auxiliares de enfermagem. Devido ao início da pandemia de COVID-19, popularmente conhecida como o novo coronavírus, não foi possível retornar ao hospital para concluir as entrevistas, com os demais profissionais selecionados para o estudo.

As entrevistas realizadas, forneceram informações importantes e suficientes para realização do estudo proposto. As profissionais que nos receberam, foram muito acolhedoras e participativas, responderam a todas as questões sem intercorrências.

## 5.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE E A INCLUSÃO DA(O) PEDAGOGA(O) NA EQUIPE

Com a transcrição e análise das entrevistas seguimos com os processos de análise de conteúdo de Bardin (2011). Começamos a identificar algumas categorias e organizá-las sistematicamente a fim de facilitar a análise dos mesmos. Identificamos 4 categorias: Categoria 1: o que faz, o que não faz, e o que poderia fazer a(o) pedagoga(o) no SUS?; Categoria 2: Educação e/em/na/para Saúde; Categoria 3: Atuação da(o) pedagoga na equipe multiprofissional de saúde; e Categoria 4: a multiprofissionalidade e a atuação transdisciplinar.

### 5.2.1 CATEGORIA 1: O QUE FAZ, O QUE NÃO FAZ, E O QUE PODERIA FAZER A(O) PEDAGOGA(O) NO SUS?

Buscamos nas entrevistas elementos relativos à atuação da(o) pedagoga(o) no Sistema Único de Saúde (SUS) e como a equipe multiprofissional do Hospital da Criança compreende essa atuação dentro da equipe, bem como os trabalhos que podem ser desenvolvidos dentro do ambiente hospitalar.

Alguns elementos foram evocados mais vezes que outros, mas em contextos diferentes, como “Educação” pautada no senso comum, no sentido de disciplinar o comportamento; a educação escolar na qualidade de ensino, que para as participantes do estudo ocorre apenas na escola; e a educação enquanto ser humano, que abrange princípios e valores humanos.

*“Do meu ponto de vista, eu costumo educar os pais no que eu acho que ele pode de melhor fornecer naquele momento em que tá aqui. A criança enquanto tá comigo em tratamento, uma criança que já tenha discernimento, que fala e tal, eu vou agregar valor ali pra ela [...]*

Maria, Fisioterapeuta, HC.

Alguns participantes compreendem o ambiente hospitalar como um ambiente educador em saúde, e reconhecem suas limitações ao afirmar que possuem domínio teórico para explicar e/ou ensinar a criança sobre a sua condição de saúde, mas não se consideram aptos a ensinar algo que não esteja relacionado a isso, ou até utilizar de uma linguagem mais acessível e adequada ao desenvolvimento cognitivo desse paciente.

*“A gente presta várias orientações relacionadas à própria educação no contexto geral de cuidados, em relação à alimentação, a medicação, ao tratamento [...]*

*Mas a gente sabe que o conhecimento do pedagogo é o conhecimento do pedagogo né. [...]*”

Luisa, Enfermeira, HC.

*“A gente é cuidador, a gente cuida, a gente tenta fazer o melhor para saúde, mas quanto à educação a gente não tem tempo hábil para isso, e a gente não tem formação para isso.”*

Maria Da Silva, Médica Residente em pediatria, HC.

A presença do pedagogo na equipe multiprofissional de saúde pode parecer até um pouco confusa para alguns, pois possuem uma visão de um senso comum quanto ao papel do professor na sociedade, limitando a atuação e o termo educação como função exclusiva do professor, e o professor restrito ao ambiente escolar.

Para alguns profissionais da equipe de saúde a atuação do pedagogo não é compreendida como uma função imprescindível na equipe, pois não possui ação direta sobre o tratamento do paciente. Demonstram interesse em ter alguém acompanhando as crianças, que se ocupe em recuperar o “tempo perdido” por conta do afastamento para tratamento de saúde, e para que não se sintam tão deslocadas, mas não como algo que é um direito subjetivo do sujeito, direito ao acesso à educação independentemente do ambiente e estado que se encontra.

*Eu acho que o pedagogo deveria [...] trazer... tipo, continuar o que eles já estão fazendo lá fora, para dar sequência aqui dentro. Porque o tempo que eles ficam aqui, eles acabam perdendo.*

Larissa, Auxiliar de Enfermagem, HC.

Em contrapartida, alguns participantes demonstraram preocupação em relação à educação e alfabetização desses sujeitos, pois tem pacientes que são hospitalizados antes mesmo da idade mínima para pré-escola (4 anos de idade) e saem de lá já indo para os anos iniciais (a partir dos 6 anos), e todo esse tempo passou e a criança foi privada do seu direito ao ensino, e ao sair dali, vai ser inserida na sociedade já com essa desvantagem em relação aos demais.

*“[...] tem pacientes que ficam no hospital 21 dias seguidos, e vão para casa por 7 dias e então retornam. Eles estão morando aqui, eles passeiam em casa”*

Maria Da Silva, Residente em pediatria, HC.

Partindo de algumas colocações feitas pelas participantes é possível perceber que a(o) pedagoga(o) é, por muitas vezes, considerada(o) uma recriadora(o) que vai trabalhar algo para distrair aquela criança e tirá-la do foco da doença, utilizando o lúdico. Outro termo que foi utilizado ancorado no senso comum de que ludicidade é uma brincadeira e/ou uma atividade divertida sem fins pedagógicos, como um instrumento para amenizar a dor da doença, seja a dor física ou emocional. As atividades lúdicas para o pedagogo representam muito mais que uma simples brincadeira. É uma atividade planejada, com fins pedagógicos e que oferece à criança a autonomia de escolher participar ou não. A ludicidade é relevante na educação para infância por proporcionar momentos de socialização entre as crianças, pois se relacionam com o meio social e cultural, a partir dos jogos e das brincadeiras eles se apropriam das regras sociais, se relacionam com instrumentos e signos que medeiam à aprendizagem para o seu desenvolvimento (CARMO, et al, 2017).

*“Eu acredito que além de tirar essa coisa sobre a doença. De a criança ficar o tempo inteiro, tirar o foco da doença, ajuda ele a ter uma outra expectativa de vida também [...].”*

Alice, Médica, residente em Pediatria, HC.

A proposta da pedagogia hospitalar vai muito além de preencher um espaço quanto a ausência da criança e do adolescente na escola e a falta dos conteúdos. Trata-se de cidadania, de políticas públicas educacionais para a manutenção do direito da criança e do adolescente ao acesso à educação independente do ambiente em que se encontra.

É através da(o) pedagoga(o) que a criança poderá manter contato com a escola e dar sequência aos conteúdos que estão sendo trabalhados em sala de aula. É claro que em um ambiente hospitalar, nem sempre a criança poderá interagir com outras, ou pessoas para além do seu círculo familiar e equipe médica, o que é muito relativo, pois depende exclusivamente do diagnóstico e prognóstico da saúde da criança. Mas tendo contato com um pedagogo que compreende as necessidades de ensino e aprendizagem e desenvolvimento, tanto social quanto cognitivos, que compreende como esses processos ocorrem em cada fase da vida da criança até a adolescência, e que vai planejar os estudos para ela da melhor forma possível para que possa ter um acompanhamento adequado, e um ensino e aprendizagem de qualidade,

a realidade deixa de ser tão maçante, e permite que a criança e o adolescente mantenha o contato com o seu mundo lá fora fazendo com que ao retornar a sua vida, não se sinta tão deslocada.

O processo de hospitalização não pode atrapalhar o desenvolvimento infantil, que é direito garantido por lei. Portanto, no ambiente hospitalar é necessário que haja espaço para que a criança seja criança, e se desenvolva em sua integralidade, tendo acesso aos cuidados com sua saúde física, acompanhamento psicológico, quando necessário, acompanhamento do currículo escolar e lazer.

*“E também levando em consideração que a educação é um direito garantido pela constituição né?! Se tu pegar a Constituição Federal tu vai ver que no art. 6º é garantida por lei.”*

Nadir, Assistente Social, HC.

O Art. 6º da Constituição Federal Brasileira de 1988 diz: “ São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta **Constituição**. ”

Partindo do princípio de humanização do SUS, a equipe multiprofissional se faz importante, pois ao atender os usuários de forma transdisciplinar cumpre com outro princípio: a integralidade. “Um SUS humanizado é aquele que reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. (PNH, 2006). Às vezes a internação ocorre de uma forma tão abrupta, que nem a criança e nem a família tem tempo para assimilar os acontecimentos. Os tratamentos para promoção e manutenção da saúde começam com uma certa intensidade, envolvendo a equipe médica, a família e a criança, e não deixam espaço para uma rotina mais leve.

*“[...] algumas vezes a criança fica ali 20, 30, 40 dias hospitalizada [...]. Então a gente, enquanto profissional multi, eu enfermeira, por exemplo, não tenho formação [...]. A atividade pra gente, acaba pegando na internet e levá lá pra criança, pra ela interagir e fazer alguma coisa. [...] o entendimento, até a forma de conduzir essa criança em relação a isso é muito melhor [...]*

Luisa, enfermeira, HC

*“[...] eu acho que deveria ser incluído a pedagogia no sistema único de Saúde, a gente sabe que não é, que é mais complicado mas eu acredito que deveria ser incluído sim.*

*“[...] acredito que seria muito importante ter o pedagogo no ambiente hospitalar porque as crianças que ficam hospitalizadas, elas acabam realmente perdendo muito tempo do que acontece lá fora então seria muito importante que tivesse alguém aqui pra dar sequência e continuar tudo que tavam aprendendo.”*

Larissa, Médica, residente em pediatria, HC.

O conhecimento da pedagoga sobre as fases de desenvolvimento da criança, tanto físico, como mental e social, e que possui um olhar observador e atento aos seus educandos, poderá perceber quando aquilo que está atrapalhando e/ou dificultando a aprendizagem da criança em um ambiente escolar pode ser um sinal de alerta para o estado de saúde da criança, possibilitando um diagnóstico precoce, o que é muito importante para o tratamento de algumas doenças mais graves, como o câncer infantil.

Algumas das participantes do estudo não tinham noção do que seria uma classe hospitalar. Chegaram a questionar se a classe hospitalar era referência à classe trabalhadora do hospital. São pessoas que desconhecem as áreas de atuação de um pedagogo, e tampouco a existência de políticas educacionais para manutenção dos direitos da criança e do adolescente hospitalizado. Levando em conta que essas participantes são recém-formadas e começaram a trabalhar há mais ou menos um ano no hospital, é compreensível que nunca tenham ouvido falar em algo a respeito. A alguns anos atrás o hospital regional da criança possuía uma pedagoga que fazia o trabalho da classe hospitalar. *“Ela entrava em contato com a escola referência né, onde a criança estudava. então, na medida do possível e da possibilidade da criança eram repassados os mesmos conteúdos que os colegas tinham em sala de aula.”* (Luisa, enfermeira, HC). A classe foi desativada, pois o hospital não tinha espaço ou condições para atender todas as exigências especificadas pelo MEC na resolução CNE/CEB nº 2 de 11/09/2001 que Institui as diretrizes e bases nacionais para a educação especial na educação básica.

O Parecer do Conselho Nacional de Educação CNE/CP 3/2006 teve o objetivo de definir as diretrizes curriculares nacionais para o curso de pedagogia, e a partir dela, tratar das disciplinas referentes à formação de professores.

O graduando em Pedagogia trabalha com um repertório de informações e habilidades composto por pluralidade de conhecimentos teóricos e práticos, cuja consolidação será proporcionada pelo exercício da profissão, fundamentando-se em interdisciplinaridade, contextualização, democratização, pertinência e relevância social, ética e sensibilidade afetiva e estética. (BRASIL, 2006, p. 6)

Ainda sobre a formação em pedagogia o Art. 64º da Lei nº 9.934, de 20 de dezembro de 1996 que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (LDBEN) dispõe:

A formação de profissionais de educação para administração, planejamento, inspeção, supervisão e orientação educacional para a educação básica, será feita em cursos de graduação em pedagogia ou em nível de pós-graduação, a critério da instituição de ensino, garantida, nesta formação, a base comum nacional. (BRASIL, 1996)

Considerando os termos legais apresentados anteriormente, podemos imaginar algumas áreas de atuação do pedagogo dentro do sistema único de Saúde (SUS) que envolvam processos pedagógicos, organização de rotinas, orientação acerca da organização para o trabalho educação. Sendo assim é considerável que um profissional graduado em pedagogia possa atuar em ONGs, projetos e instituições de cunho educativo, conselhos tutelares, centro de atenção à saúde da família, penitenciárias, igrejas, hospitais, sindicatos, museus e ações sociais e culturais com mulheres, jovens, crianças de rua, idosos, negros, e qualquer grupo que esteja em situação de vulnerabilidade social e cultural.

Se dividirmos atuação do pedagogo por áreas de possibilidades de atuação no sistema único de Saúde, como: sociocultural e administrativa, será possível categorizar as ações desenvolvidas para cada área.

Considerando a atuação da o pedagogo na área sociocultural como uma forma de garantir os direitos da criança e do adolescente, que foram mencionados ao longo deste estudo, podemos definir os seguintes espaços de formação e atuação: ONGs, Centro de Saúde da Família, penitenciárias, hospitais e projetos e ações sociais realizadas com grupos em vulnerabilidade social e cultural, e centros de reabilitação. Tratando dessa primeira área de atuação podemos considerar que as ações desenvolvidas aqui tem um viés mais educativo. Nos CSF e centros de reabilitação, o pedagogo poderá trabalhar na equipe multiprofissional e contribuir para o tratamento dessas pessoas, organizando rotinas, e desenvolvendo atividades que possam estimular e motivar estes sujeitos, e minimizar as dificuldades de aprendizagem destes indivíduos (ALVAREZ, 2018).

Já na categoria de atuação na área administrativa, podemos considerar todos os espaços citados anteriormente, mas nesse caso as ações desenvolvidas, serão mais voltadas para orientações de organização do trabalho e desenvolvimento de estratégias que promovam a integração das pessoas que compõem o grupo, e ações relacionadas ao departamento de recursos humanos, como treinamentos e aperfeiçoamento da equipe.

Portanto, a atuação do pedagogo no sistema único de saúde é muito valiosa, pois através das ações desenvolvidas pautadas nos conhecimentos adquiridos ao longo da sua trajetória de formação, somado aos conhecimentos que as equipes de saúde atuantes possuem, sejam eles senso comum obtido através das suas experiência, ou em conhecimento científico, poderá resultar em novos conhecimentos (CRUSOÉ, 2014) e um novo jeito de trabalhar, não esquecendo do indivíduo mais importante nesse processo, o ser humano.

### 5.3.1 CATEGORIA 2: EDUCAÇÃO E/EM/NA SAÚDE

Essa categoria surgiu ao percebermos a representação social que os termos “educação” e “saúde” possuem para as participantes do estudo. Sabemos que educação e saúde possuem significados e áreas muito diferentes, porém são temas paralelos. Não há educação sem saúde, sem um corpo e uma mente saudável como também não há saúde sem o conhecimento para a promoção dela. Portanto, designamos esta categoria de análise a fim de evidenciar a linha tênue entre um conceito e outro.

O termo utilizado para designar esta categoria acaba por se dividir e dar origem a outros, que mesmo possuindo semelhanças na forma escrita ao atribuir significado tomam sentidos diferentes. Conceituaremos cada uma delas partindo das contribuições de cada participante do estudo.

#### 5.3.1.1 Educação e Saúde

O termo educação e saúde nos remete a ambas as áreas separadamente, mas que estão paralelas uma à outra. Conforme Art. 1º Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional:

A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais. (BRASIL, 1996, Art. 1)

Nesse sentido, a educação concebe o indivíduo como um ser integral, que precisa desenvolver-se em todas as áreas de sua vida, e para que isso ocorra, precisa aprender e compreender como agir para que os processos de desenvolvimento ocorram.

O termo saúde não possui um conceito legal como a educação, mas em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a saúde como o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social de um indivíduo. Sendo assim, concluímos que educação e saúde são termos paralelos, pois para que o sujeito possa se desenvolver em sua totalidade, é necessário que haja saúde, e para que haja saúde é necessário que o sujeito compreenda quais os cuidados devem ter com seu corpo físico e mental.

#### 5.3.1.2 Educação em Saúde

O termo educação em saúde pode ser compreendido como uma prática social que compõe o modo de produção da existência humana. Portanto, a educação em saúde deve ser abordada a partir da história cultural e social da evolução da sociedade.

Educação em saúde pode ser entendida na atualidade como educação sanitária, que nada mais é que a prática educativa com o objetivo de estimular as pessoas a desenvolver hábitos que promovam a saúde e previna doenças.

A pedagogia enquanto práticas educativas desde a infância têm abordado na sala de aula a construção de hábitos saudáveis com as crianças, que abrange desde cuidados de higiene pessoal a cuidados de saúde coletiva, como a destinação correta do lixo e a importância de cuidados pessoais que podem interferir na dinâmica do grupo e/ou sociedade. Partindo do pressuposto de que bons hábitos são adquiridos ainda na infância, a prática pedagógica possui um papel fundamental sobre a educação sanitária, justamente por desenvolver projetos que que trabalhem e desenvolvam hábitos saudáveis de acordo com o

nível de desenvolvimento cognitivo da criança, possibilitando a eles maior compreensão, aprendizado e por consequência aquisição de bons hábitos.

### 5.3.1.3 Educação na Saúde

O termo Educação na Saúde nos faz pensar na Educação dentro da área da saúde. Se pensarmos um pouco mais a fundo na composição deste termo, será possível compreender que educação na saúde quer dizer a Educação voltada para formação de profissionais na área da saúde. Neste caso, especialização em alguma área, ou os cursos que a secretaria da Saúde fornece para aprimoramento das habilidades e conhecimentos sobre saúde, que assim como a educação, passa por mudanças diárias e por este motivo, os profissionais têm que estar sempre se atualizando.

O Ministério da Saúde (MS) publicou em sua Biblioteca Virtual em Saúde um Caderno de Educação Popular e Saúde contendo vários textos básicos de saúde. Um deles fala sobre Educação em saúde.

### 5.3.2 CATEGORIA: O PAPEL DA PEDAGOGA E A ATUAÇÃO NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE

“O campo de atuação profissional do pedagogo vem se definindo em várias esferas. 1. a escola de 1º e 2º graus. O curso de Pedagogia, com todas suas contradições, tem preparado, a nível superior, este profissional para atuar nas séries iniciais, educação infantil e educação especial e ainda para desempenhar as tarefas de coordenação pedagógica, supervisão e administração escolar.

(BRASIL, 1997, p.4)

O profissional formado em pedagogia é licenciado, segundo o MEC, para atuar em diversas áreas que estejam relacionadas ao ensino, e irrestritas ao ambiente escolar. “ [...] fora da escola, em projetos e instituições educativas” (ONGs, conselhos tutelares, postos de saúde,

igrejas, penitenciárias, hospitais) ou em ações coletivas e culturais com jovens, meninos de rua, idosos, mulheres, negros, etc. (BRASIL, 1997, p.4)

Sendo assim, o profissional licenciado em Pedagogia pode atuar na classe hospitalar, que se enquadra na educação especial, conforme LDB N° 9.394, de 20 de dezembro de 1996 que estabelece as diretrizes e bases da educação. Tendo em vista o trabalho transdisciplinar na equipe multiprofissional de tratamento de saúde da criança e do adolescente hospitalizado por um longo período, a atuação do pedagogo na equipe corrobora com o cumprimento do princípio de integralidade do SUS. Conforme FRANCO (2014, et al, p. 453) entende-se “[...] a integralidade como um dos pilares da Atenção Primária, que se fundamenta na garantia de assistência em todos os níveis de densidade tecnológica e articulação entre promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e sua família.”

*“[...] acho que a gente passou da época em que a gente imagina o hospital como sendo um espaço de doença, ele é um espaço onde a gente tem seres humanos que estão tratando doenças, mas eles não são apenas isso[...]*

Maria Da Silva, Médica Residente, HC.

Ação integral em saúde é uma forma de reconhecer o processo saúde-doença sem deixar de lado o contexto social, cultural e familiar que o paciente está envolvido. A integralidade compreende e respeita o sujeito em sua totalidade, considerando todas as dimensões possíveis a intervir, buscando a plenitude, vislumbrando-a como uma possibilidade e empenhando esforços que têm apresentado resultados cada vez mais satisfatórios.

*[...] a gente está começando a ver o paciente como uma pessoa completa um ser humano inteiro não só, na integralidade, não só partes separadas de uma mesma pessoa, então nesse sentido conseguindo ver ele de uma forma mais ampla mais multi a gente consegue integrar algumas áreas da Saúde mais.”*

*[...] acho que existe espaço para (pedagoga), mas não nunca vi essa prática funcionando. Mas eu acho sim. Que da mesma forma que a gente acabou com*

*o tempo aprendendo e se adequando a inserir os outros profissionais dentro da prática entendendo a importância que eles têm, a gente pode tá, num futuro próximo, inserindo o professor também [...]”*

Maria Da silva, Médica Residente, HC.

Os processos de formação acadêmica para área de saúde e da educação são diferentes em diversos aspectos. Enquanto a saúde preocupa-se inicialmente com as características físicas, estudando desenvolvimento biológico a um nível mais profundo, e considerando os estudos mais atuais sobre sua área, a educação preocupa-se em compreender o desenvolvimento social e intelectual do sujeito, e busca entender, como tais processos influenciam e/ou interferem no desenvolvimento humano. A saúde tem a preocupação em preparar o estudante para atuar em equipe, enquanto a educação encontra certa resistência. No hospital são vários profissionais atendendo um único sujeito, na escola, são vários sujeitos para um único professor.

Considerando o tema deste estudo, buscamos no site do Ministério da Educação, nos documentos de diretrizes e regulamentos para a formação do profissional de pedagogia, bem como as possíveis áreas de atuação. O Parecer nº 5/2005 estabelece as diretrizes curriculares para o curso de Pedagogia. Nele continham informações sobre corpo docente, história do curso, legislação, entre outras informações, mas não definiram a matriz curricular do curso. Ou seja, cada instituição de Ensino Superior vai organizar sua matriz curricular conforme as demandas sociais que a comunidade onde a instituição está inserida. Ao concluir a graduação recebe o Grau de Licenciada em Pedagogia, mas somente esse processo de formação acadêmica limitada, não fornecem aporte suficiente para atuar em algumas áreas. O Grau de licenciatura permite acesso a esses ambientes (MEC, 2002), porém, para desenvolvermos um trabalho de qualidade necessitamos que haja uma especialização, a qual irá auxiliar o indivíduo a exercer seu trabalho. Outro ponto que a formação não nos ensina, é o trabalho multiprofissional transdisciplinar. Tanto para a área da educação quanto para área da Saúde, esse método de trabalho se faz importante, pois ele permite uma intercomunicação indissociável entre as diversas disciplinas/especialidades permitindo que o grupo trabalhe em sintonia e alcance melhores resultados.

Para os formados em medicina existem programas de residência multiprofissional em diversas universidades do país, o qual é “[...] considerada uma modalidade de ensino compondo uma especialização na modalidade treinamento em serviço, no campo das políticas públicas de ensino e saúde [...]” (COSTA, 2017, p. 457). Em pesquisas realizadas sobre *Formação multiprofissional em Saúde*, para além dos graduados em medicina encontramos estudos sobre cursos de pós-graduação, e especialização, mas nada em caráter de formação ainda no processo de graduação.

### 5.3.3 CATEGORIA: MULTIPROFISSIONALIDADE E A ATUAÇÃO TRANSDISCIPLINAR

Equipe multiprofissional não possui uma definição, mas ao pesquisar sobre é possível perceber que há uma predominância de uma abordagem exclusivamente técnica, em que o trabalho de cada profissional é compreendido como um conjunto de atribuições, atividades e tarefas a serem desempenhadas no grupo. A equipe pode ser compreendida como um recurso para aumentar a produtividade do conjunto dessas atribuições. Mas só a equipe multiprofissional unida não é suficiente para dar conta das demandas que o sujeito em processo de tratamento e produção de saúde exige. Para tanto é necessário que haja transdisciplinaridade.

O conceito de transdisciplinaridade busca a sistematização do conjunto de atribuições de uma equipe multiprofissional. Ou seja, “[...]trata-se do efeito de uma integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada”. Baseada em um sistema de vários níveis e com objetivos diversificados, sua coordenação é assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder. Implica criação de um campo novo que idealmente desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o compõem. (FILHO, 1997).

Parafraseando FILHO (1997), o “campo particular” diz respeito ao conjunto de tarefas desempenhadas pela equipe em prol do tratamento do paciente tendo uma “finalidade comum” que é a produção de saúde do mesmo. Ainda nesse trecho, o autor fala sobre a

“horizontalização das relações de poder” o que nos remete aos comentários realizados pelos participantes do estudo, sobre o trabalho da equipe multi em que o paciente não pertence mais somente ao médico, e que o tratamento do mesmo não é a responsabilidade somente dele, mas da equipe como um todo. Ainda sobre as colocações feitas pelas participantes, é possível perceber que há uma atmosfera de respeito mútuo pelo conhecimento das especificidades de cada área da saúde, e que os profissionais se reúnem e compartilham esses conhecimentos gerando novos conhecimentos.

*“[...] hoje a gente tem muito mais discussão com ‘fisio’, com ‘fono’, e ‘psico’, e a gente tem uma interação maior, até porque parou-se a ideia de que o paciente é do médico. Paciente hoje em dia não deveria ser mais do médico, ele é da equipe. Então ele é do enfermeiro, ele é do técnico e todo mundo tem responsabilidade sobre ele [...]”.*

Maria Da silva, Médica Residente, HC.

Nesse contexto, a teoria das representações sociais nos auxilia a compreender como esses processos de conhecimento do senso comum e conhecimento científico se relacionam através dos sujeitos que compõem o grupo a fim de promover resultados de bem comum a todos os envolvidos. As participantes reiteram a importância da equipe multiprofissional, pois um profissional agrega conhecimento ao outro trazendo o ponto de vista da sua especialidade sobre cada paciente.

*“[...] a gente tem reuniões a cada quinze dias com a equipe multi, onde cada profissional dentro da sua área fala de determinada criança. [...] [...] algumas vezes o que o médico visualiza, o que ele percebe na criança não é a percepção que o fisioterapeuta tem, que o enfermeiro tem. Então se soma esses conhecimentos se agrega esses conhecimentos pro bem estar e pro tratamento da criança.”*

Luisa, Enfermeira, HC

A multiprofissionalidade e transdisciplinaridade no tratamento de saúde do paciente, pois esse método de trabalho não se ocupa apenas do corpo físico do paciente, e também não o concebe mais apenas como um corpo doente que precisa de cuidados para que tudo volte a funcionar normalmente, mas respeita integralidade do sujeito, preocupando-se com o estado emocional e físico considerando e respeitando o contexto social, cultural e familiar que está inserido.

Essa forma de trabalho corrobora com o princípio da integralidade do SUS que “[...] busca garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa, contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção e considerando o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural.” (FRANCO, et al, 2012, p. 452).

O trabalho da equipe transdisciplinar da multiprofissional é de extrema importância para ação integral sobre o tratamento do sujeito, pois considerando a singularidade de cada um, é necessário que haja um tratamento para cada especificidade do ser humano. Em contrapartida, esse tratamento pode ser dissociado dos demais. Sendo assim, a transdisciplinaridade é o *modus operandi*, pois envolve integração, diálogo e relações entre as diversas áreas do conhecimento dentro da equipe.

*“[...] acho que tem que não só no hospital mas em qualquer lugar a equipe tem que ter a mesma ideia e seguir os mesmos padrões assim pra que tudo, pra que tudo corra bem e que vá pro melhor do paciente [...].”*

Maria, Médica Intensivista, HC

As falas das participantes sobre a contribuição que um profissional presta ao outro condizem com a teoria das representações sociais, pois segundo Crusoé (2014) desse conjunto de conhecimentos que cada profissional traz gera um novo conhecimento.

*“Um conhecimento originário do diálogo, do intercâmbio de ideias e de impressões, da transmissão de informações. O diálogo permite que determinados conceitos ganhem competência e passem, muitas vezes, a ter um formato enciclopédico. Esse conhecimento exprime algumas das "ideias que pairam no ar”, que são capazes de revelar o que um determinado grupo pensa sobre alguma situação determinada.” (CRUSOÉ, 2014, p. 109)*

A teoria das representações sociais não compreende o sujeito como um ser que possui dois “universos” distintos, um social e um individual, mas como alguém que necessita do social para se desenvolver, e que também pode modificar o social em prol de benefícios para o grupo que está inserido. É assim que acontece com o trabalho multiprofissional e transdisciplinar. Cada indivíduo traz o conhecimento que possui, expõe ao grupo, o grupo dialoga sobre, e a partir disso novos conhecimentos surgem, novas ideias emergem, e o grupo reestrutura-se a partir disso, reatribuindo funções, alterando sua dinâmica e interação com o paciente e com os demais sujeitos envolvidos nesse processo produção de saúde.

Para compreender melhor porque os autores as diferenças entre os termos transdisciplinar e interdisciplinar vejamos o quadro a seguir:

<b>TRANSDISCIPLINAR</b>	<b>INTERDISCIPLINAR</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Intercomunicação entre as áreas envolvidas, os interesse se tornam indissociáveis;</li> <li>● O conhecimento resultado da intercomunicação é aplicado como um todo pelo grupo;</li> <li>● As decisões são tomadas considerando os interesses do grupo.</li> </ul> <p>No caso da saúde, o tratamento e a tomada de decisões em relação ao paciente é discutido na equipe multiprofissional, e a equipe vai definir qual a melhor conduta a ser seguida. Nesse caso os conhecimentos compartilhados se unificaram e geraram um outro conhecimento, o qual será fundamento para tomada de decisões para oferecer o melhor tratamento que o sujeito merece.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Possibilita a interação entre os conhecimentos das áreas envolvidas, mas permanecem os interesses e características de cada área;</li> <li>● O conhecimento construído a partir dessa interação é utilizado de forma dissociada de acordo com a necessidade de cada área;</li> <li>● As decisões são tomadas levando em consideração os conhecimentos agregados, porém cada um com a sua especialidade.</li> </ul> <p>No caso da saúde, os conhecimentos integram as ideias para tratamento e promoção de saúde, mas o médico vai</p>

	tomar a decisão dele sobre um modo de tratamento, a fisioterapeuta . Nesse caso os conhecimentos adquiridos através da equipe são assimilados e aplicados individualmente
--	---

FILHO (1997), Quadro elaborado pelos autores.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos iniciais deste estudo foram compreender as relações entre profissionais que compõem a equipe multi em saúde, como se configuram para oferecer o melhor tratamento integral à saúde da criança e do adolescente, bem como esses profissionais percebem a atuação de uma pedagoga dentro dessa equipe. As análises nos permitiram compreender a visão que a equipe multiprofissional de saúde têm sobre a atuação do pedagogo em um ambiente hospitalar, e também, observar as representações que possuem acerca da transdisciplinaridade em relação ao trabalho da equipe. Algumas participantes percebem a importância do trabalho pedagógico nesse ambiente, mas outras demonstraram uma visão mais ligada ao senso comum sobre o que se sabe da atuação da pedagoga.

A partir das análises, foi possível observar as representações dos profissionais da saúde em relação a atuação do pedagogo como um trabalho restrito ao ambiente escolar. Associam os termos “educação”, “ensino”, “aprendizagem”, “desenvolvimento” à práticas restritas a escola e função da pedagoga. Portanto, ao falar da atuação desse profissional dentro do ambiente hospitalar é possível perceber que a veem como uma recreadora, que irá distrair a criança, tirar o foco da dor e sofrimento causado pela doença e deixar um ambiente um pouco mais familiar e ameno a dor e sofrimento, do que um professor que irá auxiliar a criança e o adolescente a dar continuidade nos seus estudos, mesmo estando afastado da escola para tratamento de saúde.

O processo de hospitalização não pode atrapalhar o desenvolvimento da criança e do adolescente. Como foi demonstrado neste estudo, além do acesso à educação, independente do ambiente em que se encontra, ser um direito garantido por lei, é algo importante para o desenvolvimento desses sujeitos, que ainda se encontram em processo de construção social e intelectual. Dessa forma, o trabalho da(o) pedagoga(o) na classe hospitalar possibilita acesso aos conteúdos que estão sendo trabalhados na escola, e auxilia a criança e o adolescente nos seus processos de desenvolvimento.

A discussão levantada neste estudo pode contribuir tanto para área da Educação quanto para área da Saúde, pois se encarrega de esclarecer questões acerca da atuação da

pedagoga no SUS, trazendo elementos importantes sobre as representações presentes no imaginário dos profissionais da saúde em relação ao que compreendem como educação, como espaço educador e o que é ser educador, bem como as relações entre os profissionais da equipe multi se constroem para cumprir com o princípio da Integralidade do SUS, e atender aquele paciente de forma integral e humanizada.

## REFERÊNCIAS

ANDRÉ, M. E. D. **Etnografia da prática escolar**. 15 ed. Campinas, SP: Papirus, 1995. (Série Prática Pedagógica).

AQUINO, S. L.; BRAÚMA, R. C. A.; SARAIVA, A. C. L. **Representações sociais da atuação do pedagogo na saúde: saberes envolvidos e experiências compartilhadas**.

*Interfaces da Educação*, Paranaíba, v.3, n.7, p.128-145, 2012. Disponível em:

<file:///C:/Users/Luis%20Ritter/Downloads/578-814-1-PB.pdf> Acesso em: 07 jan 2021.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Traduzido por Dora Flaksman. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação**. Tradução: Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Porto: Porto Editora, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. **Resolução N° 287 De 08 de outubro de 1998**.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução n° 41 de Outubro de 1995**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Definições e Normas das instituições e serviços de saúde.** 1977.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Imprensa Oficial, 1988.**

BRASIL. Descrição 2. **Descrição da área de pedagogia.** 1997, p. 4. Disponível em<  
<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/Pedagogia.pdf>> Acesso em: 17 de dezembro de 2020.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.**

BRASIL. **Lei nº 9394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** Diário Oficial da União - Seção 1 - 25/9/2018, Página 2.

BRASIL. Ministério da Educação. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar :** estratégias e orientações. Secretaria de Educação Especial. Brasília : MEC ; SEESP, 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/livro9.pdf>> Acesso em: 08 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Secretaria de Educação Especial. Lei Nº. 7.853, de 24 de outubro de 1989.**

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar** : estratégias e orientações. Brasília : MEC; SEESP, 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/livro9.pdf>>. Acesso em: 07 de jun. 2019.

BRASIL, Ministério da Educação e do Desporto. SEESP. **Diretrizes Nacionais para a educação especial na educação básica**. Brasília, MEC/SEESP, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS** - Documento-Base. 3. ed. Brasília, 2006. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)> Acesso em: 03 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)> Acesso em: 06 jan. 2021.

CARMO, C. P. D.. **A ludicidade na educação infantil**: aprendizagem e desenvolvimento. *Revista Educere*: Mato Grosso do Sul: 2017. Disponível em: <[https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/23662\\_12144.pdf](https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/23662_12144.pdf)> Acesso em: 31 nov. 2020.

CARVALHO, E.V.; JUNIOR, L. M. A. **O discurso médico-higienista no Brasil do início do século XX**. *Trabalho, educação e saúde*, vol.10 no.3: Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462012000300005#nt3](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000300005#nt3)> Acesso em: 08 jan. 2021

CHALMEL, L. **Imagens de crianças e crianças nas imagens: representações da infância na iconografia pedagógica nos séculos xvii e xviii.** *Educação e Sociedade*, Campinas, vol. 25, n. 86, p. 57-74, abril 2004. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/pdf/es/v25n86/v25n86a05.pdf>> Acesso em: 07 de janeiro de 2021.

COSTA, M. D.; GUERRA, T. M. S. **Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde:** a compreensão da intersetorialidade no contexto do SUS. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 16, n. 2, p. 454 - 469, ago./dez. 2017. Disponível em:  
<<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/27353>> Acesso em: 09 jan. 2021.

CRUSOÉ, N. M. C. **A teoria das representações sociais em Moscovici e sua importância para a pesquisa em educação.** *APRENDER - Cad. de Filosofia e Pisc. da Educação*, Vitória da Conquista Ano II n. 2 p. 105-114. Disponível em:  
<<http://periodicos2.uesb.br/index.php/aprender/article/download/3065/2559/5114>> Acesso em: 18 de dezembro de 2020.

FILHO, N. A. **Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva.** *Ciênc. saúde coletiva* vol.2 no.1-2 Rio de Janeiro 1997. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231997000100005](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231997000100005)> Acesso em: 18 de dezembro de 2020.

FRANCO, T. B. et al. **Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia.** *O Mundo da Saúde*, São Paulo - 2012. p. 452-460 Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/integralidade\\_antecao\\_saude\\_olhar\\_equipe.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf)> Acesso em: 18 Dez. 2020

FROTA, A. M. M. C. **Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção.** *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Universidade do Estado do Rio de Janeiro: 2006. Disponível em:  
<<http://www.revispsi.uerj.br/v7n1/artigos/html/v7n1a13.htm>> Acesso em: 07 Jan. 2021.

FARIAS, M. A.; FERREIRA, T. H. S.; SILVARES, E. F. M. **A construção da identidade em adolescentes:** um estudo exploratório. *Estudos de Psicologia* 2003, 8(1), 107-115.

GOMES, D. **História da criança:** breves considerações sobre concepções e escolarização da infância. *Revista Educere XII:* Paraná, 2015. Disponível em:  
<[https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/19895\\_10342.pdf](https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/19895_10342.pdf)> Acesso em: 06 de janeiro de 2021.

LIMA, Isabelle Siqueira *et al.* **TRANSDISCIPLINARIDADE E SAÚDE:: uso da cartilha ::saiba mais sobre hanseníase:: na educação da saúde comunitária.** **Portal de Periódicos:** UECE, São Paulo, p. 1-10, 30 mar. 2016. Semestral. Disponível em:  
[http://uece.br/eventos/spcp/anais/trabalhos\\_completos/247-38679-30032016-173159.pdf](http://uece.br/eventos/spcp/anais/trabalhos_completos/247-38679-30032016-173159.pdf).  
Acesso em: 25 jan. 2021.

LIMA, M. M. A. **O direito da criança e do adolescente: fundamentos para uma abordagem principiológica.** 2001. 530 f. Tese (Doutorado em Direito) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001. Disponível em  
<<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/82256>> Acesso em: 07 de janeiro de 2021.

LINHARES, J. M. **História social da infância.** Sobral: Editora Inta, 2016. Disponível em:  
<<https://md.uninta.edu.br/geral/historia-social-da-infancia/pdf/historia-social-da-infancia.pdf>>  
Acesso em: 07 de janeiro de 2021.

NOVIKOFF, C (Org.). **Teoria das representações sociais**: caminhos metodológicos em pesquisas na/para formação de professores. São Paulo: Editora Pontocom, 2016. Disponível em: <[http://www.editorapontocom.com.br/livro/46/teoria-das-representaes-sociais\\_46\\_57d8044f42dc6.pdf](http://www.editorapontocom.com.br/livro/46/teoria-das-representaes-sociais_46_57d8044f42dc6.pdf)>. Acesso em: 20 de dezembro de 2020.

OLIVEIRA, T. C. **Um breve histórico sobre as classes hospitalares no brasil e no mundo**. SEMED: Nova Iguaçu, 2013. Disponível em: <[https://educere.bruc.com.br/ANAIS2013/pdf/9052\\_5537.pdf](https://educere.bruc.com.br/ANAIS2013/pdf/9052_5537.pdf)> Acesso em: 08 jan. 2021.

OLIVEIRA, M. K. **Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento, um processo sócio-histórico** 4. ed. São Paulo: Scipione, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal de Direitos da Criança**. 1959. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Crian%C3%A7a/declaracao-dos-direitos-da-crianca.html>>. Acesso em: 07 de junho. de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946**. Nova Iorque: 22 de julho de 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> Acesso em: 30 dezembro de 2020

PACIENTE. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2021. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/paciente/>>. Acesso em: 06 de janeiro de 2021.

RAMOS, P. P. P.; SOUZA, M. J.; TEIXEIRA, R. A. G.; TEIXEIRA U. S. C. **Políticas de inclusão escolar:** um estudo sobre a classe hospitalar no Brasil. RBPAAE - v. 33, n. 2, p. 421 - 447, mai./ago. 2017 Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/rbpae/article/view/71105>> Acesso em: 08 jan. 2021.

RESIGNAÇÃO. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2021. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/resignacao/>>. Acesso em: 06 de janeiro de 2021.

SAÚDE: como procurar atendimento no local certo. Chapecó: Prefeitura Municipal de Chapecó, 2019. Disponível em: <<https://www.chapeco.sc.gov.br/noticia/2246/saude-como-procurar-atendimento-no-local-certo>> Acesso em: 08 jan. 2021

CHAPECÓ. Prefeitura Municipal. Lei nº 4697, de 30 de abril de 2004, denomina hospital materno infantil de Chapecó e dá outras providências. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/sc/c/chapeco/lei-ordinaria/2004/470/4697/lei-ordinaria-n-4697-2004-denomina-hospital-materno-infantil-de-chapeco-e-da-outras-providencias-2011-06-22-versao-compileada>> Acesso em: 09 jan. 2021.

Disponível em :<<https://web.chapeco.sc.gov.br/documentos/Conselhos/Conselho%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde/Resolu%C3%A7%C3%B5es/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20241.pdf>> Acesso em: 08 jan. 2021

RODA DOS EXPOSTOS 1825-1961. ARIZA, M. B. A.A santacasasp.org.br. São Paulo: Santa Casa São Paulo: c2018. Disponível em: <<https://www.santacasasp.org.br/portal/site/quemsomos/museu/curiosidades>>. Acesso em: 18 de junho. de 2019.

SEMINOTTI, Nedio; SEVERO, Silvani Botlender. **Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp.1685-1698. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700080>>.

TEIXEIRA, C. F. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde.** Caderno da 11a. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, dezembro de 2000. p. 261-281. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 30 de junho. de 2019.

VIGOTSKII, L. S.; LEONTIEV, A. N.; LURIA, A.R. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem.** 12 ed. Ícone: São Paulo, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Tradução de Daniel Grassi. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



#### UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL CAMPUS CHAPECÓ CURSO DE LICENCIATURA EM PEDAGOGIA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa A atuação da(o) pedagoga(o) no Sistema Único de Saúde: O que pensa e como age a equipe na perspectiva da interprofissionalidade? O Projeto de Pesquisa está sendo desenvolvido para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de graduação que será apresentado ao Curso de Licenciatura em Pedagogia da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó, pela acadêmica Larissa Maria Ritter, sob a orientação do Professor Dr. Cláudio Claudino da Silva Filho.

O objetivo central do estudo é investigar sob o olhar da equipe interprofissional de saúde, a visão sobre a Pedagogia como campo de saberes e práticas, e sobre a(o) pedagoga(o) no espaço hospitalar, bem como suas implicações para o Sistema Único de Saúde (SUS).

O convite a sua participação se deve à proximidade com as crianças e adolescentes internados/hospitalizados, levando em consideração a Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998, que define quatorze categorias profissionais de saúde.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. O(a) senhor(a) não será penalizado(a) de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. As informações serão gravadas com auxílio de um gravador portátil e registradas à mão, em um local privativo, de acordo com a sua disponibilidade.

O(a) senhor(a) não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/formulário à pesquisadora do projeto, a entrevista será gravada somente para a transcrição das informações e somente com a sua autorização, serão armazenadas em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material (gravações, registros e o protocolo TCLE) será mantido em arquivo, físico ou digital, por um período de 05 (cinco) anos.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

O(a) senhor(a) não terá nenhum benefício direto, entretanto, a sua participação na pesquisa poderá causar riscos de constrangimento durante uma entrevista, para prevenir ou minimizar os riscos as entrevistas serão realizadas em local confortável e privativo, para que o(a) senhor(a) possa expressar-se livremente.

As entrevistas serão audiogravadas, e posteriormente transcritas literalmente pela equipe de pesquisa, sendo que para garantir o sigilo e anonimato previstos nas Resoluções Nº 466/2012 e Nº 510/2016, quando acontecer a transcrição, e a posteriori na apresentação dos resultados do estudo, serão utilizados sempre nomes fictícios que serão escolhidos pelos/as próprios/as participantes, preferencialmente que tenham relação com as temáticas discutidas no estudo. Qualquer trecho que possa identificar a pessoa a partir de uma história muito particular de vida de qualquer participante, será omitido. Os TCLEs assinados, áudios em formato digital, transcrições, e demais documentos da pesquisa, serão arquivados por um período mínimo de 5 anos na UFFS/Bloco dos Professores/sala 305 (local de trabalho do pesquisador responsável), conforme preveem as Resoluções Nº 466/2012 e Nº 510/2016. Quem não permitir no TCLE, não terá seu áudio transcrito/utilizado, só as impressões gerais registradas manualmente pela equipe.

Antes de iniciar a análise das falas transcritas, haverá validação dialógica do conteúdo das transcrições com os/as participantes por e-mail, sendo enviadas as transcrições literais, e

atribuído um prazo para os/as participantes verificarem a fidedignidade do que falaram/expuseram, e inclusive retirar trechos que julguem inadequados.

As Resoluções Nº 466/2012 e Nº 510/2016 chamam a atenção para a existência de riscos em toda e qualquer pesquisa que envolva seres humanos, direta ou indiretamente. Nessa pesquisa, existem possíveis riscos, que são comuns aos participantes, já que participarão dos mesmos procedimentos de coleta/produção de dados (entrevistas), e poderão ser: constrangimentos em expor suas vivências, experiências, saberes e práticas, e desconfortos por não saber, ou achar que não sabe, sobre a profissão da Pedagogia, e também sobre a atuação da Pedagogia Hospitalar. Para minimizar esses riscos em potencial, a equipe de pesquisa destaca, no convite às/aos participantes e ao início de todas as entrevistas, que o respeito às diferentes opiniões, sem qualquer julgamento de valor, é condição fundamental à efetivação das entrevistas, como compromisso social da equipe de pesquisa. Caso os riscos potenciais ainda ocorram, a equipe de pesquisa estará integralmente responsável por encaminhar e acompanhar os/as participantes em assistência psicossocial gratuita, com psicólogos e/ou assistentes sociais junto às redes municipais das duas cidades vinculadas ao SUS/SUAS.

Percebe-se como benefício DIRETO o fato dos/as profissionais de saúde refletirem durante as entrevistas sobre como estão atuando em equipe, e sobre a importância da atuação pedagógica na equipe de saúde em espaços hospitalares, minimizando a fragmentação do cuidado que repercute diretamente em uma assistência pouco humanizada.

Dentre os benefícios INDIRETOS, destacam-se a construção de um conhecimento mais profundo sobre a Pedagogia Hospitalar, além de uma maior compreensão dos profissionais participantes frente à uma temática ainda negligenciado pelo setor saúde, tanto com poucos estudos/pesquisas, como em termos de políticas públicas de saúde voltadas às demandas específicas de grupos mais vulneráveis como crianças e adolescentes hospitalizados, respeitando assim os princípios constitucionais da Integralidade e da Equidade. Esse entendimento alcançará um engajamento de todos para que tenhamos mais profissionais de saúde e também de educação, transformados e transformadores, a médio/longo prazos.

Finalizado a produção de dados, pensou-se em alguns mecanismos para a devolutiva dos resultados, tanto para os participantes, quanto para a comunidade acadêmica e sociedade

em geral. Apesar de considerarmos a realização do artigo científico como uma forma de devolutiva (científica), pensou-se que nem todas as pessoas seriam alcançadas. Logo, a devolutiva direta aos/às participantes será realizada por e-mail, contendo uma síntese com alguns tópicos que resumem os principais achados da pesquisa, e contendo também o trabalho na íntegra. Além disso, nos colocaremos a disposição dos hospitais para, caso ainda julguem necessário, aconteça uma reunião com os/as participantes, gestores/as hospitalares, e demais interessados/as, onde seriam abordados os aspectos mais relevantes no que diz respeito aos resultados obtidos na pesquisa, onde ainda validar-se-ia dialogicamente nossas impressões a partir das percepções das diferentes categorias profissionais estudadas. Construir-se-á, com isso, espaços/oportunidades para que categorias profissionais distintas, por vezes isoladas no cotidiano do SUS, possam compartilhar experiências e ressignificar seus aprendizados sobre a/o Pedagoga/o, dentro e fora do espaço hospitalar. Haverá, adicionalmente às medidas supracitadas, confecção de um folder contendo didaticamente os principais resultados da pesquisa e sugestões para equipe de saúde de modo a otimizar a atuação pedagógica no ambiente hospitalar. Esse Termo contará com 02 (duas) vias, ambas deverão ser assinadas, uma ficará em posse da pesquisadora e a outra do entrevistado, o(a) senhor(a) poderá solicitar esclarecimentos a qualquer momento da pesquisa ou desistir sem sofrer penalidades.

Ao final da pesquisa e da defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais dos participantes.

Desde já agradecemos sua participação!

Em caso de dúvidas, informações e/ou sugestões, entrar em contato com a acadêmica Larissa Maria Ritter (Celular: 049 9 9937 1991, E-mail: larissamariaritter@gmail.com), ou com o Pesquisador responsável, Prof. Dr. Cláudio Claudino da Silva Filho (Celular: 048 9 9987 8245, E-mail: claudio.filho@uffs.edu.br). Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS (Telefone e Fax - (049) 49- 2049-3745, E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br).

### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Assinatura do(a) participante

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

Chapecó, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

**APÊNDICE B – PARTE I: Caracterização dos participantes do estudo**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL**

**CAMPUS CHAPECÓ**

**CURSO DE LICENCIATURA EM PEDAGOGIA**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**

**TÍTULO: “A ATUAÇÃO DA(O) PEDAGOGA(O) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O QUE PENSA E COMO AGE A EQUIPE NA PERSPECTIVA DA INTERPROFISSIONALIDADE?”**

**ACADÊMICA: LARISSA MARIA RITTER**

**ORIENTADOR(A): PROF. DR. CLÁUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO**

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS(AS) PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Identidade de gênero: ( ) Homem ( ) Mulher ( ) Não-binário(a) ( ) Outro

Cor ou raça: ( ) Preta ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Não informado

Religião: ( ) Católica ( ) Cristã ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) Não tem religião ( ) Ateu ( )  
Outros ( ) Não informado

Estado civil: ( ) Casado(a) ( ) Solteiro(a) ( ) União consensual ( ) Viúvo(a) ( )  
Divorciado(a) ( ) Separado(a) ( ) Não informado

Renda familiar: ( ) Até 2 salários ( ) De 2 a 5 salários ( ) De 5 a 10 salários ( ) De 10 a 20  
salários ( ) Mais de 20 salários ( ) Não informado

Formação escolar/acadêmica:

- Fundamental ou 1º grau incompleto
- Fundamental ou 1º grau completo
- Ensino médio ou 2º grau incompleto
- Ensino médio ou 2º grau completo
- Formação técnica
- Superior incompleto
- Superior completo
- Especialização/ Residência incompleto
- Especialização/ Residência completo
- Mestrado incompleto
- Mestrado completo
- Doutorado incompleto
- Doutorado completo
- Não informado

Processos em curso e instituição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Regime de trabalho, tempo de serviço no vínculo atual e no Sistema Único de Saúde (SUS):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Categoria profissional e cargo exercido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE C: PARTE II - Roteiro de entrevista com associação de imagem

1. Fale sobre o que vem a sua mente ao ver as seguintes imagens:

**Figura 1:**



**Fonte:** Rádio Gazeta. Disponível em:

<<http://www.radiogazetaweb.com/noticias/21100/Em-tratamento-contraleucemia,-aluna-fara-Enem-no-hospital>> Acessado em: 25 de fevereiro de 2020.

**Figura 2:**



**Fonte:** Assis City. Disponível em: < <https://www.assiscity.com/?b=73814> > Acessado em: 25 de fevereiro de 2020.

**Figura 3:**



**Fonte:** O Globo Sociedade - Educação. Disponível em: <  
<https://oglobo.globo.com/sociedade/educacao/pacientes-que-estao-no-ensino-basico-devem-ter-aulas-enquanto-internados-mas-legislacao-costuma-ser-ignorada-2788036> > Acessado em:  
25 de fevereiro de 2020.

**Figura 4:**



**Fonte:** Ericasita. Disponível em: <

<https://ericasitta.wordpress.com/2016/10/31/fonoaudiologia-no-atendimento-domiciliar/equipe-multidisciplinar/> > Acessado em: 25 de fevereiro de 2020.

**APÊNDICE D - PARTE III: roteiro de entrevista semiestruturada**

### **PARTE 3 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA – EIXO COMUM AOS PARTICIPANTES (QUESTÕES NORTEADORAS)<sup>1</sup>**

1. O que você entende por Educação?
2. Em sua opinião, a Educação é um Direito?
3. Em sua opinião, quais os Direitos da Criança e do/a adolescente hospitalizados/as?
4. Em sua opinião, o/a profissional de saúde é um/uma educador/a?
5. Em sua opinião, o hospital é um espaço de educação?
6. Fale de sua visão/representação sobre a Pedagogia e sobre a(o) possível atuação da(o) pedagoga(o) (professor) no espaço hospitalar.

---

<sup>1</sup>Essa parte contém questões mais gerais para nortear o início do diálogo, mas na perspectiva de uma entrevista em profundidade, podem e devem surgir novas questões complementares, para que o conjunto das questões e diálogo atendam aos objetivos do estudo.

7. Fale sobre as possibilidades de atuação da Pedagogia no Sistema Único de Saúde (SUS).
8. Fale sobre os trabalhos que podem ser desenvolvidos pelo(a) pedagogo(o) no hospital, para além desta instituição.
9. Você já ouviu falar de Classe Hospitalar? Se sim, o que você sabe sobre?
10. Você sabe se há uma Classe Hospitalar neste hospital? Por quanto tempo ela funcionou ou funciona?
11. Quais profissionais você acredita que podem trabalhar na Classe Hospitalar?
12. Em sua opinião, você acha que um professor, por não ser um profissional de saúde, teria dificuldades em se adaptar ao ambiente hospitalar? Justifique.
13. Enquanto profissional de saúde, fale sobre a importância/relevância do trabalho multiprofissional da equipe do hospital.

## **ANEXOS**

ANEXO A – Parecer consubstanciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da  
Universidade Federal da Fronteira Sul – *campus* Chapecó – centro coordenador



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A ATUAÇÃO DA(O) PEDAGOGA(O) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O QUE PENSA É COMO AGE A EQUIPE INTERPROFISSIONAL?

**Pesquisador:** Cláudio Claudino da Silva Filho

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 19939219.7.0000.5564

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.578.953

**Apresentação do Projeto:**

O presente trabalho configura-se com abordagem qualitativa, uma vez que busca compreender o olhar da equipe interprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a Pedagogia, como campo de saberes e práticas, e também sobre a(o) pedagoga(o) hospitalar nos processos de ensino- aprendizagem de crianças e adolescentes internados/hospitalizados.

Em referência à sua classificação, a pesquisa é assumida como exploratória, uma vez que oportuniza "maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses." (GIL, 2007, p. 41), ou seja, este tipo de pesquisa tem como objetivo o aperfeiçoamento de ideias ou a descoberta de intuições.

E descritiva, que tem como objetivo a "descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis" (GIL, 2007, p. 42), exigindo do pesquisador um amplo referencial teórico sobre o que se pretende pesquisar, possibilitando novas visões sobre o que estará sendo explorado no decorrer da pesquisa.

Para o desenvolvimento da pesquisa, será utilizado como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais (TRS), de Serge Moscovici, um psicólogo social francês, apresentado em sua obra intitulada como La Psychanalyse, son image, son public, 1961. Sua teoria consiste no estudo da origem das ideias, da história da cultura humana, em todos os seus aspectos, da construção de saberes e conhecimentos e de suas modificações até transformar-se em senso comum, busca atuar entre a ideia do conhecimento do senso comum e o conhecimento

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.815-899

**UF:** SC **Município:** CHAPECO

**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



científico (NOVIKOFF, 2016).

A definição dos/as participantes do estudo foi estruturada a partir da proximidade destes com as crianças e adolescentes internados/hospitalizados, levando em consideração a Resolução no 287 de 08 de outubro de 1998, que define quatorze categorias profissionais de saúde, e posteriormente a isto, foram selecionados cinco profissionais de saúde, sendo eles: o(a) assistente social, o(a) enfermeiro(a), o(a) médico(a), o(a) nutricionista e, por fim, o(a) psicólogo(a). Escolheu-se estas cinco categorias profissionais, dentre as quatorze possíveis, por serem, conforme o estudos que abordam a atuação da pedagogia em ambiente hospitalar, estratégias para interagir com a atuação pedagógica, considerando a lógica da interprofissionalidade e o princípio constitucional da integralidade no SUS.

Inicialmente, para a realização do estudo estimam-se para cada categoria profissional, quatro participantes, totalizando vinte participantes em cada uma das duas instituições hospitalares (20 participantes no Hospital Regional São Paulo em Xanxerê-SC, e 20 participantes no Hospital Santo Antônio, Blumenau-SC). Resumindo: serão, em cada hospital, 4 assistentes sociais, 4 enfermeiros(as), 4 médicos(as), 4 nutricionistas e, 4 psicólogos(as), ou seja, 20 profissionais em cada um dos 2 hospitais, totalizando 40 participantes.

Estes números de participantes foram definidos baseados em estudos prévios utilizando a Teoria das Representações Sociais, sendo um número considerado pelos/as autores/as e teóricos/as da TRS, como adequado ao cumprimento integral do alcance das representações sociais, com coerência teórico-epistemológica.

Dentre o universo possível de profissionais, será indicado/a pela própria equipe pedagógica hospitalar dos hospitais, o/a primeiro/a a ser entrevistado, e após isso, este/a indicará os/as demais, até completarmos quatro profissionais de cada categoria em cada hospital. Assim, a seleção será por meio da técnica de bola de neve, ou Snowball, devido ao fato de que assim conseguir-se-á com mais facilidade e coerência entrevistar profissionais que atendam aos critérios de inclusão e aos objetivos do estudo.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Investigar sob o olhar da equipe interprofissional de saúde, a visão sobre a Pedagogia como campo de saberes e práticas, e sobre a(o) pedagoga(o) no espaço hospitalar, bem como suas implicações para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo Secundário:

- Compreender os significados e o imaginário do senso comum da equipe interprofissional sobre a

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899  
UF: SC Município: CHAPECÓ  
Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Pedagogia como Campo de Saberes e Práticas;• Elencar as atribuições existentes e potenciais da(o) Pedagoga(o) hospitalar no processo de aprendizagem de crianças e adolescentes Hospitalizados(as);• Explorar as possibilidades de atuação da(o) Pedagoga(o) no Sistema Único de Saúde (SUS) para além do ambiente hospitalar.

**OBJETIVO PRIMÁRIO – COMENTÁRIOS DO RELATOR:**

- Adequado.

**OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – COMENTÁRIOS DO RELATOR:**

- Adequado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As Resoluções No 466/2012 e No 510/2016 chamam a atenção para a existência de riscos em toda e qualquer pesquisa que envolva seres humanos, direta ou indiretamente. Nessa pesquisa, existem possíveis riscos, que são comuns aos participantes, já que participarão dos mesmos procedimentos de coleta/produção de dados (entrevistas), e poderão ser: constrangimentos em expor suas vivências, experiências, saberes e práticas, e desconfortos por não saber, ou achar que não sabe, sobre a profissão da Pedagogia, e também sobre a atuação da Pedagogia Hospitalar. Para minimizar esses riscos em potencial, a equipe de pesquisa destacará, no convite às/aos participantes e ao início de todas as entrevistas, que o respeito às diferentes opiniões, sem qualquer julgamento de valor, é condição fundamental à efetivação das entrevistas, como compromisso social da equipe de pesquisa. Caso os riscos potenciais ainda ocorram, a equipe de pesquisa estará integralmente responsável por encaminhar e acompanhar os/as participantes em assistência psicossocial gratuita, com psicólogos e/ou assistentes sociais junto às redes municipais das duas cidades vinculada ao SUS/SUAS.

**RISCOS – COMENTÁRIOS DO RELATOR:**

- Adequados

**TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:**

Percebe-se como benefício DIRETO o fato dos/as profissionais de saúde refletirem durante as entrevistas sobre como estão atuando em equipe, e sobre a importância da atuação pedagógica na equipe de saúde em espaços hospitalares, minimizando a fragmentação do cuidado que repercute diretamente em uma assistência pouco humanizada.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Dentre os benefícios INDIRETOS, destacam-se a construção de um conhecimento mais profundo sobre a Pedagogia Hospitalar, além de uma maior compreensão dos profissionais participantes frente à uma temática ainda negligenciado pelo setor saúde, tanto com poucos estudos/pesquisas, como em termos de políticas públicas de saúde voltadas às demandas específicas de grupos mais vulneráveis como crianças e adolescentes hospitalizados, respeitando assim os princípios constitucionais da Integralidade e da Equidade. Esse entendimento alcançará um engajamento de todos para que tenhamos mais profissionais de saúde e também de educação, transformados e transformadores, a médio/longo prazos.

**BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS DO RELATOR:**

- Adequados

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:**

A partir da aproximação com os cenários da pesquisa e com os/as participantes previamente selecionados, utilizaremos para a coleta de dados entrevistas, com apoio de formulário semiestruturado, em consonância com a Teoria das Representações Sociais (TRS). Juntamente com o formulário semiestruturado elencamos o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), uma técnica projetiva, que tem como característica principal revelar os aspectos mais subjetivos dos sujeitos acerca do estudo. As entrevistas serão realizadas em sala a ser negociada com a Direção dos hospitais, de modo que minimize as chances de interrupções ao longo das entrevistas, e de modo que não atrapalhem a dinâmica hospitalar e o processo de trabalho das equipes. A entrevista será conduzida após aprovação pelo CEP/UFFS, por graduanda integrante da equipe de pesquisa, que passará por processo formativo para tal. As entrevistas serão audiogravadas, e posteriormente transcritas literalmente pela equipe de pesquisa, sendo que para garantir o sigilo e anonimato previstos nas Resoluções No 466/2012 e No 510/2016, quando acontecer a transcrição, e a posteriori na apresentação dos resultados do estudo, serão utilizados sempre nomes fictícios que serão escolhidos pelos/as próprios/as participantes, preferencialmente que tenham relação com as temáticas discutidas no estudo. Qualquer trecho que possa identificar a pessoa a partir de uma história muito particular de vida de qualquer participante, será omitido. Os TCLEs assinados, áudios em formato digital, transcrições, e demais documentos da pesquisa, serão arquivados por um período mínimo de 5 anos na UFFS/Bloco dos Professores/sala 305 (local

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.815-899  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



de trabalho do pesquisador responsável), conforme preveem as Resoluções No 466/2012 e No 510/2016. Quem não permitir no TCLE, não terá seu áudio transcrito/utilizado, só as impressões gerais registradas manualmente pela equipe. Antes de iniciar a análise das falas transcritas, haverá validação dialógica do conteúdo das transcrições com os/as participantes por e-mail, sendo enviadas as transcrições literais, e atribuído um prazo para os/as participantes verificarem a fidedignidade do que falaram/expuseram, e inclusive retirar trechos que julguem inadequados. Finalizado a produção de dados, pensou-se em alguns mecanismos para a devolutiva dos resultados, tanto para os participantes, quanto para a comunidade acadêmica e sociedade no geral. Apesar de considerarmos a realização do artigo científico como uma forma de devolutiva (científica), pensou-se que nem todas as pessoas seriam alcançadas. Logo, a devolutiva direta aos/às participantes será realizada por e-mail, contendo uma síntese com alguns tópicos que resumam os principais achados da pesquisa, e contendo também o trabalho na íntegra. Além disso, nos colocaremos a disposição dos hospitais para, caso ainda julguem necessário, aconteça uma reunião com os/as participantes, gestores/as hospitalares, e demais interessados/as, onde seriam abordados os aspectos mais relevantes no que diz respeito aos resultados obtidos na pesquisa, onde ainda validar-se-ia dialogicamente nossas impressões a partir das percepções das diferentes categorias profissionais estudadas. Construir-se-á, com isso, espaços/oportunidades para que categorias profissionais distintas, por vezes isolados no cotidiano do SUS, possam compartilhar experiências e ressignificar seus aprendizados sobre a/o Pedagoga/o, dentro e fora do espaço hospitalar. Haverá, adicionalmente às medidas supracitadas, confecção de um folder contendo didaticamente os principais resultados da pesquisa e sugestões para equipe de saúde de modo a otimizar a atuação pedagógica no ambiente hospitalar.

**METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS DO RELATOR:**

Adequado

---

**TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO:**

Todos/as os/as participantes deverão atender aos seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos; ser profissional de saúde com experiência profissional em setores hospitalares que atendam

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.815-899  
**UF:** SC **Município:** CHAPECÓ  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.578.953

crianças e adolescentes; e possuir no mínimo 6 meses de experiência naquele hospital, considerando que a partir disso, poderá retratar com mais fidedignidade o contexto onde atua e as representações sociais objetivadas e ancoradas.

**CRITÉRIO DE INCLUSÃO – COMENTÁRIOS DO RELATOR:**

- Adequados

---

**TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:**

E os critérios de exclusão serão: profissionais afastados por qualquer motivo previsto em Lei ou não; em licença; ou em férias

**CRITÉRIO DE EXCLUSÃO – COMENTÁRIOS DO RELATOR:**

Adequados.

---

**TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS**

Consequentemente, para subsidiar a análise dos dados coletados no decorrer da pesquisa elencamos o software EVOC (distribuição livre/gratuita), associado à Teoria do Núcleo Central.

Podemos definir o software EVOC como:

[...] um conjunto de programas ordenados para o processamento e análise matemática de evocações. [...] um instrumento técnico, informatizado e teórico-metodológico que tem por finalidade gerar dados que auxiliarão o pesquisador a analisar e inferir a forma como se organiza a disposição das representações sociais investigadas (Sarubbi Júnior et al. 2013, p. 34 apud VIEIRA).

Utilizando um método de associação de palavras, criando um banco de dados a partir das evocações constituídas pelos participantes da pesquisa. Utilizaremos também a Análise de Conteúdo que, para Bardin (1979, p. 42 apud MINAYO, 2010, p. 303), pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

**Bairro:** Área Rural

**CEP:** 89.815-899

**UF:** SC

**Município:** CHAPECO

**Telefone:** (49)2049-3745

**E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Em outras palavras, a análise de conteúdo refere-se a técnicas de pesquisa capazes de formar indicadores que permitam tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de determinado contexto (MINAYO, 2010).

Utilizaremos da Análise Temática para a análise dos dados coletados, uma vez que busca "[...] descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado" (MINAYO, 2010, p. 209), fundamentado em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados e a interpretação.

Durante a pré-análise realiza-se a escolha dos documentos que serão analisados; a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reestruturando-as a partir do que foi coletado; e a elaboração dos indicadores que nos direcionam para a interpretação final. A exploração dos materiais consiste na codificação dos dados brutos, a fim de alcançar o núcleo de compreensão do texto. No tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas (simples ou complexas), tal processo permite por em destaque as informações obtidas (MINAYO, 2010). A fase de análise de dados, etapa fundamental para auxiliar na compreensão das informações adquiridas, torna possível realizar inferências, levando em consideração os estudos realizados sobre a temática..

#### METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS – COMENTÁRIOS DO RELATOR:

- Adequados

---

#### TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS

NA

#### DESFECHOS – COMENTÁRIOS DO RELATOR:

- Adequado



---

TRANSCRIÇÃO – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO – COMENTÁRIOS DO RELATOR:

- ADEQUADO

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

FOLHA DE ROSTO:

- Adequado.

TCLE e assentimento:

Adequado

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para maiores de 18 anos):

Não se aplica

TERMO DE ASSENTIMENTO (para menores de 18 anos):

Não se aplica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS OU RESPONSÁVEIS:

Não se aplica

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS:

Adequada.

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

**Bairro:** Área Rural

**CEP:** 89.815-899

**UF:** SC

**Município:** CHAPECO

**Telefone:** (49)2049-3745

**E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.578.953

**TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO (por exemplo: prontuários):**

Não se aplica

**JUSTIFICATIVA PARA A NÃO-OBTENÇÃO (OU DISPENSA) DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:**

Não consta.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há impedimentos éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer substanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.815-899  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.578.953

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;  
Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte  
Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página  
eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1397270.pdf	29/08/2019 19:09:55		Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_dados.pdf	29/08/2019 19:09:03	Cláudio Claudino da Silva Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/08/2019 19:08:29	Cláudio Claudino da Silva Filho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aprovacao_Hospital_Santo_Antonio_Blumenau.pdf	29/08/2019 19:08:13	Cláudio Claudino da Silva Filho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aprovacao_HRSP_Xanxere.pdf	29/08/2019 19:07:55	Cláudio Claudino da Silva Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_TCC_JOSIANE_REGINA_PLUCINSKI.pdf	29/08/2019 19:06:53	Cláudio Claudino da Silva Filho	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_TCC_Josiane_Pedagogia.pdf	29/08/2019 19:06:43	Cláudio Claudino da Silva Filho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899  
UF: SC Município: CHAPECO  
Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.578.953

CHAPECO, 16 de Setembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Fabiane de Andrade Leite**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar  
**Bairro:** Área Rural **CEP:** 89.815-899  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br