



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

MARIA CELESTE RAMOS DA SILVA

**A CRIANÇA E O ADOLESCENTE ENFERMOS COMO SUJEITOS
APRENDENTES: REPRESENTAÇÕES DE PROFESSORES DA REDE
REGULAR DE ENSINO NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA**

Salvador
2009

MARIA CELESTE RAMOS DA SILVA

**A CRIANÇA E O ADOLESCENTE ENFERMOS COMO SUJEITOS
APRENDENTES: REPRESENTAÇÕES DE PROFESSORES DA REDE
REGULAR DE ENSINO NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA**

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

Orientadora: Prof. Dra. Alessandra Santana S. e Barros

Salvador
2009

UFBA / Faculdade de Educação - Biblioteca Anísio Teixeira

S586 Silva, Maria Celeste Ramos da

A criança e o adolescente enfermos como sujeitos aprendentes:
representações de professores da rede regular de ensino no município de
Salvador-BA. / Maria Celeste Ramos da Silva. – 2009.
210f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Santana S. e Barros.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Faculdade
de Educação, 2009.

1. Crianças doentes – Educação – Salvador (BA). 2. Aluno hospitalizado.
3. Escolas em hospitais. 3. Educação inclusiva. 4. Percepção social. I. Barros,
Alessandra Santana S. e II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de
Educação. III. Título.

CDD 371.9098142 - 22 ed.

Termo de Aprovação

MARIA CELESTE RAMOS DA SILVA

**A CRIANÇA E O ADOLESCENTE ENFERMOS COMO SUJEITOS
APRENDENTES: REPRESENTAÇÕES DE PROFESSORES DA REDE
REGULAR DE ENSINO NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA**

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

Dr. Álamo Pimentel _____

Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande Do Sul (URGRS)

Professor da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (FACED/UFBA)

Dra. Ercília Maria Angeli Texeira de Paula _____

Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Professora da Universidade Estadual de Ponta Grossa Paraná (UEPG)

Salvador, 20 de fevereiro de 2009.

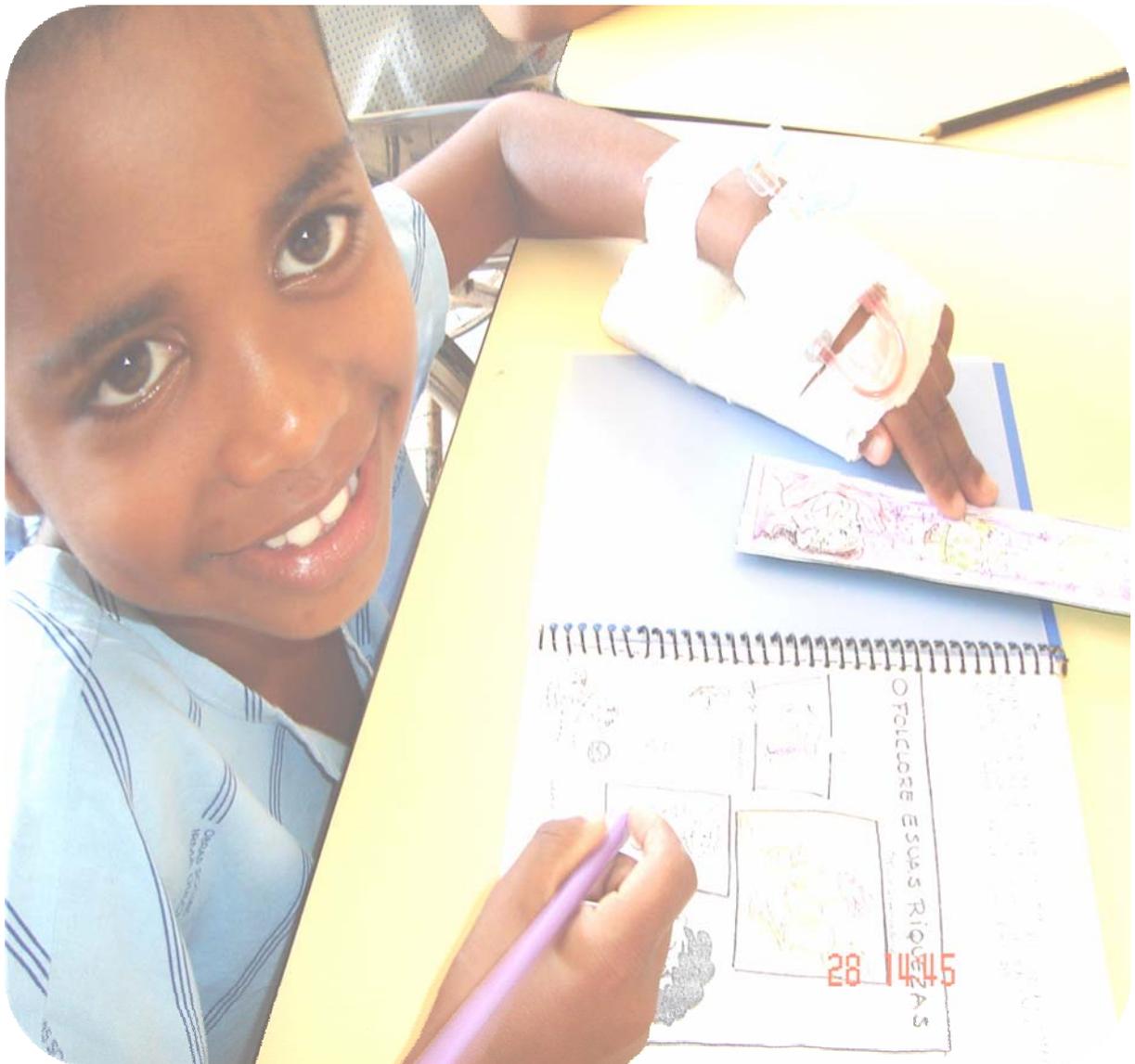
Dedico este trabalho a Francisco Carlos e a
Marcel Philipe (meu marido e meu filho) que com
suas vidas me emprestam fôlego e cumplicidade
para eu continuar aprendendo.

AGRADECIMENTOS

O resultado desta pesquisa é fruto de um trabalho coletivo que contou com a colaboração, compreensão e cumplicidade de muitas pessoas. Deixo aqui manifestada minha imensa gratidão:

- ♦ A Deus pela permissão primeira de existência e por sua infinita grandeza e benignidade;
- ♦ A Professora Dra. Alessandra Santana Soares e Barros, minha orientadora, pela aposta cuidadosa e carinhosa em minha capacidade de aprender a dar vãos mais altos, indicando-me novos caminhos;
- ♦ Aos professores Drs.: Álamo Pimentel e Ercília Angelli Teixeira de Paula, pelas observações pontuais para construção deste estudo;
- ♦ Aos professores que se tornaram sujeitos deste processo investigativo merecedores de todo meu respeito e consideração;
- ♦ Às instâncias de Educação e Saúde que me serviram de ponte para observar, ver e entrever por sobre os lados, quais sejam: Obras Sociais Irmã Dulce, Hospital da Criança, Projeto Vida e Saúde, Secretaria Municipal de Educação e Cultura, Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Educação, Instituto de Saúde Coletiva, Grupo de Pesquisa Educação Inclusiva e Necessidades Educacionais Especiais e ao Centro de Estudos sobre Recreação Escolarização e Lazer em Enfermarias Pediátricas;
- ♦ À minha família: mãe, irmãos (ãs), cunhados (as) e sobrinhos (as), que respeitaram minhas ausências neste percurso, manifestando seus sinceros desejos de alcance positivo no feito deste trabalho;
- ♦ A todos os mestres que passaram em minha vida desde o processo de alfabetização deixando suas marcas e impressões por seus exemplos, alguns, em especial, destacarei: a Prof^a Marizé (alfabetização), Prof^o Edvaldo Daltro (Ginásio), Prof^{as}: Terezinha Botas, Heloísa Sarno, Vera Brito e Aline Cerqueira (Graduação) e Prof^o Dr. Robinson Tenório (Mestrado);
- ♦ Aos alunos-pacientes que estiveram comigo na escola do Hospital da Criança, onde atuo como professora na Classe Hospitalar, por despertarem-me a curiosidade por esta pesquisa;
- ♦ A todos que acreditaram em minha capacidade, quero expressar meu profundo agradecimento, reconhecimento e admiração.

Grata



"A aprendizagem é a nossa própria vida, desde a juventude até a velhice, de fato quase até a morte; ninguém passa dez horas sem nada aprender".

Paracelso

RESUMO

A presente pesquisa consistiu em analisar as representações de professores da Rede Regular de Ensino de Salvador (municipal, estadual e privada), acerca das possibilidades de ensino-aprendizagem de crianças e adolescentes enfermos que necessitem ou não de hospitalização. Metodologicamente, enquadrou-se como pesquisa qualitativa inspirada por pressupostos da etnografia de concepção fenomenológica analisada por André, da etnopesquisa crítica referenciada nos estudos de Macedo e na abordagem das Representações Sociais, de Moscovici e Jodelet. Utilizou-se como instrumento a entrevista semi-estruturada aplicada a oito professores. Dentre os resultados alcançados constatou-se que os professores manifestam descrédito nas reais possibilidades de ensino aprendizagens ofertáveis a crianças e adolescentes hospitalizados que são ou que se tornarão alunos potenciais das escolas regulares, principalmente em razão das condições emocionais e físicas daqueles indivíduos. Além disso, constatou-se que os professores desconhecem a classe hospitalar enquanto modalidade de atenção dirigida a crianças e adolescentes hospitalizados, assim como não reconhecem esses indivíduos como sujeitos de direito da Educação Especial. Estes achados atestam a necessidade de maior e melhor interação e diálogo (intra e extra- instituições), entre profissionais da Educação (professores, coordenadores, diretores e técnicos da classe hospitalar e escola regular) e da Saúde (profissionais e técnicos). Reforçam também a importância de permitir que uma criança ou adolescente embora doente, exercite sua condição – intrínseca – de sujeito aprendente e seja assim reconhecido como alvo legítimo das políticas educacionais inclusivas.

Palavras-chave: criança e adolescentes enfermos e/ou hospitalizados; sujeito aprendente, representações sociais, classe hospitalar.

ABSTRACT

The current work consisted in analyses of the representations of teachers who belong to the Regular Teaching Network of Salvador (municipal, state and private), concerning the possibilities of teaching-learning of children and adolescents as learner individuals, being them either in need of hospitalization or not. Methodologically, it used qualitative research based on assumptions from ethnography of phenomenological conceptualization described by André, from critical ethno-research referred in the studies of Macedo, and from the approach of Social Representations of Moscovici and Jodelet. As a methodological resource, we have done semi-structured interviews with eight teachers. Among the results, we have found that teachers do not believe in the real possibilities of teaching-learning offered to hospitalized children and adolescents who either are or are about hospital schools to be potential students of regular schools, specially due to physical and emotional conditions of such individuals. Besides that, we have found that teachers lack some knowledge about as a modality of attention directed to hospitalized children and adolescents, as well as do not recognize those individuals as subjects of Special Education rights. Those findings show the need of greater and better interaction and dialogue (both inside and outside the institution) among Education (teachers, coordinators, headmasters and technicians from hospital and from the regular school) and Health (doctors, nurses and technicians) professionals. They also reinforce the importance of allowing a child or an adolescent, although being ill, to exercise his or her intrinsic condition of a learner individual, and being recognized as a legitimate target of inclusive educational policies.

Keywords: pupils with medical needs, learning subject, social representation, hospital school.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Apae	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
Apache ¹	Association Pour l'Amélioration des Conditions d'Hospitalisation des Enfants
Conanda	Conselho Nacional da Criança e do Adolescente
CNEFEI	Centro Nacional de Estudos e de Formação para a Infância Inadaptada
DM	Deficiência Mental
EACH ²	European Association for Children in Hospital
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GAAC	Grupo de Apoio à Criança com Câncer
HC	Hospital da Criança
HIV ³ - AIDS ⁴	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases Nacionais
MEC	Ministério da Educação
NEE	Necessidades Educativas Especiais
MEDS	Método do Discurso Subjacente
ONGs	Organizações não Governamentais
ONU	Organizações das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSID	Obras Sociais Irmã Dulce
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RCNEI	Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil
SEESP	Secretaria de Educação Especial
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SI	Sociedade da Informação
SMEC	Secretaria Municipal de Educação e Cultura
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UEs	Unidades Escolares

Unesco	União das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura
Unicef	Fundo das Nações Unidas para Infância
Unesp	Universidade Estadual de São Paulo
ZDP	Zona de Desenvolvimento Proximal

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Atendimento Integral	82
Figura 2 – Causas internas e externas	168

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Implantação das Classes Hospitalares no Brasil

87

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População 7 a 14 anos	47
Gráfico 2 - População 7 a 14 anos	47
Gráfico 3- Matrículas escolares	50
Gráfico 4- Matrículas inclusivas	51
Gráfico 5- Quantidade de classes hospitalares em 1999	88
Gráfico 6- Quantidade de classes hospitalares em 2003	88
Gráfico 7- Aumento das classes hospitalares em 1999 e 2007	89
Gráfico 8- Distribuição das classes hospitalares por Regiões	90

SUMÁRIO

1.	CONSIDERAÇÕES INICIAIS DE SUSTENTAÇÃO DA PESQUISA	17
2.	EDUCAÇÃO ESPECIAL E EDUCAÇÃO INCLUSIVA	38
2.1	CALEIDOSCÓPIO: UMA COMPREENSÃO MULTIDIMENSIONAL ACERCA DA DIALÉTICA EXCLUSÃO/INCLUSÃO SOCIAL	38
2.2	A POLÍTICA INCLUSIVA E O ESCOLAR COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS	45
2.3	A APROXIMAÇÃO DA DEFICIÊNCIA E DA DOENÇA COMO MODELO DE EXCLUSÃO	55
3.	CLASSE HOSPITALAR: UM ESPAÇO DE DESAFIO À EDUCAÇÃO	63
3.1	UMA EXPRESSÃO DO DIREITO NA INFÂNCIA: A CLASSE HOSPITALAR E SEUS MOVIMENTOS NO BRASIL E NO MUNDO	63
3.1.1	Recortes sobre o estado da arte	75
3.2	HOSPITAL E ESCOLA – SAÚDE E DOENÇA: DISTANCIAMENTOS E APROXIMAÇÕES	91
3.3	ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE: UMA TOMADA DE DECISÃO PARA HUMANIZAR E EMANCIPAR	103
4.	APRENDÊNCIA: UM PROCESSO VITAL E COGNITIVO	110
4.1	SOCIEDADE DO CONHECIMENTO E A CULTURA DA APRENDIZAGEM	110
4.2	O DESAFIO DE ENSINAR E APRENDER RUMO À SOCIEDADE APRENDENTE	115
4.3	TUTORIA ENTRE IGUAIS: UM RECURSO POTENCIALIZADOR DE APRENDIZAGENS E ATENÇÃO À DIVERSIDADE	126

4.3.1	Algumas distinções (in)pertinentes	126
4.3.2	Tutoria como recurso instrutivo à Classe Hospitalar e à Escola Regular	136
5.	FUNDAMENTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS	140
5.1	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	142
5.2	ANÁLISE DO DISCURSO	150
6.	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	153
6.1	SELEÇÃO E ESCOLHA DOS PARTICIPANTES	153
6.2	APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	155
7.	ANALISANDO OS DADOS	158
7.1	REPRESENTAÇÕES DOS PROFESSORES ACERCA DA CONDIÇÃO APRENDENTE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS	160
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	190
	REFERÊNCIAS	196
	APÊNDICES	208
	ANEXOS	210

CONSIDERAÇÕES INICIAIS DE SUSTENTAÇÃO DA PESQUISA

As leis que instituíram a proteção e os direitos da criança e do adolescente no Brasil são recentes. As diversas interfaces definidas em lei deram forma à proteção social integral como paradigma de intervenção estatal pública junto à infância e à adolescência. Essa perspectiva faria parte de um sistema mais amplo, articulado por sistemas públicos de assistência social, educação e saúde públicas. O Brasil, como signatário da Convenção da Organização Nações Unidas (ONU), nos anos 90, retomou a discussão de proteção integral à infância e ao adolescente, a partir do diagnóstico apresentado de que o processo de exclusão do jovem chegava aos limites indesejáveis, apontando a necessidade de oferecer às futuras gerações novas condições de existência e desenvolvimento.

Dessa forma, a política social implícita no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), definiu que a ação social das novas agências devia superar as condições materiais e oferecer novos estilos ou comportamentos e atitudes que tornassem os jovens mais emancipados, percebidos como sujeitos de direitos. O mais notável nesse processo de mudança foi que ele não resultou, como é freqüente acontecer nesses casos, do trabalho isolado de um seleto grupo de especialistas. Ao contrário, tanto o dispositivo constitucional como a lei que o regulamenta foram produzidos no seio de um extraordinário processo de mobilização ética, social e política, que envolveu representantes do mundo jurídico, das políticas públicas e do movimento social.

O governo brasileiro regulamenta leis, determinando os caminhos a serem percorridos através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN). No capítulo IV, da LDB, 9394/96 o artigo 59º indica que os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com necessidades educativas especiais, currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específica para atender às suas necessidades, além de outros benefícios que lhes garantam acessibilidade ao ensino.

O movimento da inclusão educacional ganha espaço em toda sociedade movido, pelos impulsos das políticas públicas, tanto em nível nacional quanto internacional, em favor dos direitos das pessoas portadoras de Necessidades Educativas Especiais (NEE), tornando-se um “compromisso universal” (CARVALHO R., 2006, p.18). A Secretaria de Educação Especial (SEESP) tem como prioridades “assegurar aos alunos que apresentem necessidades educacionais especiais, as condições para ter acesso e permanência na escola, desenvolvendo as suas potencialidades em todos os níveis, etapas e modalidades da educação, na perspectiva de construir uma educação inclusiva”. Todavia, o que se tem constatado, tanto por parte das famílias quanto dos professores, é que o enfrentamento da condição especial, geralmente impõe certa restrição, um corte particular da educação, ao se referir à educação especial quanto à sua ideologia e arquitetura educativas, ou de especial como sinônimo de educação menor, irrelevante e incompleta no duplo sentido possível, fazendo referência ao caráter menor e especial tanto do sujeito como das instituições, como sinaliza Skliar (2006).

Sob outro aspecto, não há nenhuma relação direta entre uma deficiência (como as visivelmente percebidas nas crianças cegas ou nas paralisadas) ou uma condição especial, (como a da enfermidade - seja ela crônica ou não) e seus supostos derivados sociais diretos, pois estes não são uma consequência direta daquela, mas sim das formas e dos mecanismos

em que estão organizados e de que dispõem as sociedades para não exercer restrições no acesso a papéis sociais e à cultura das pessoas, de todas as pessoas. A educação especial coloca-se como um problema educativo não apenas às crianças especiais, como é também da educação de classes populares, a educação do campo, rural, das crianças de rua, dos indígenas, dos encarcerados, dos analfabetos, dos doentes, etc. Na mesma medida em que diferença é posta a cada um desses grupos especificamente, também os torna semelhantes, pois aí se colocam as minorias que sofrem exclusões expressivas e parecidas desde o processo educativo.

Skliar (2006) faz uma alerta importante ao afirmar que a primeira e mais importante discriminação refletida no campo educacional é o debate sobre a educação especial virtualmente excluída, sobre a qual se projetam sutilmente todas as demais, como as civis, as laborais, as culturais, etc. e enfatiza:

[...] não estou falando simplesmente do direito à educação que também assiste às crianças especiais; não é que estas tenham que ir, como todos os demais à escola, à instituição escolar entendida como um ente físico, material. Estou afirmando que este direito deve ser analisado avaliado e planejado conjuntamente a partir do conceito de uma educação plena, significativa, justa, participativa; sem as restrições impostas pela beneficência e a caridade; sem a obsessão curativa da medicina; evitando toda generalização que pretenda discutir educação só a partir e para as míticas crianças normais. (SKLIAR, 2006, p.10)

Desse modo, a discussão aqui evidenciada não trata apenas de trazer à tona o problema da educação especial como uma imposição para integrá-la à escola comum. Tampouco para interpretá-la como um obstáculo para operacionalização de outras e tão importantes medidas educacionais, mas o de incluí-la em um debate mais amplo da educação inclusiva dentro de uma discussão mais educativa global. O que não significa apenas incluir fisicamente as

crianças e os adolescentes fisicamente na escola, porém hierarquizar os objetivos filosóficos, ideológicos e pedagógicos que compõem a educação especial e a política de inclusão.

Nessa mesma ordem, no que tange à atenção ao escolar em situação de adoecimento, o Ministério da Educação (ME) por meio dessa Secretaria, elaborou um documento de estratégias que normatiza o atendimento escolar educacional em ambientes hospitalares denominando, portanto, as “classes hospitalares” como modalidade de ensino da Educação Especial, com o objetivo de atender a crianças e adolescentes em situação de hospitalização, de atendimento hospital-dia, ambulatorial, ou em casas de apoio como atendimento domiciliar.

A criança e o adolescente que passam por uma situação de enfermidade, enfrentam vários desafios que vão além da sua compreensão sobre os limites e das possibilidades de suportar tanto a dor física de sua condição de adoecimento, quanto os sentimentos de inutilidade, feiúra que afetam sua imagem psicológica, também associada ao medo da morte que os acompanha. O arquétipo da morte tratado por Torres (1999) diz que a morte é analisada e questionada como grande desafio para a criança, desafio vital ao seu desenvolvimento cognitivo e afetivo. Assim, dar a voz a professores para que possam partilhar o que sabem e o que experienciam sobre a morte, a doença, recairia não apenas sobre a criança que vive o curso normal de seu desenvolvimento, mas também sobre a criança atípica, ou seja, aquela que vive em circunstâncias raras, dolorosas e excepcionais, tais como a criança carente e marginalizada, a criança enlutada e aquela que se defronta com a morte como uma ameaça pessoal.

Existe toda uma propulsão social de negação da morte como fenômeno. Essa negação, nos mostra Angerami-Camon (2001), de forma constricta cerceia toda e qualquer tentativa de compreensão das implicações da morte no cotidiano das pessoas. A condição de uma pessoa moribunda, ou que recebe uma notícia de tempo restrito de vida incomoda, pois esta lhe confere um status negativo, o de uma pessoa que não pode voltar à normalidade, pois está sempre à espera do momento de finitude, de partida. Por isso, “uma vez que a própria morte é oculta, mascarada, esvaziada, e que sobre ela se fixa o conjunto de valores negativos da sociedade, a agonia não pode ter status autônomo. Não pode ser valorizada. É preciso que ela desapareça na patologia, submersa, perdida, irreconhecível” (TORRES *apud* ANGERAMI-CAMON, 2001, p.102).

Não é apenas sobre o enfermo em condição terminal que toda sorte de preconceito recai, mas também sobre os que são portadores de doenças que os acompanharão ao longo de suas vidas ou dos que passaram por um processo de hospitalização independentemente da patologia que os tenha acometido, não só a escola encarrega-se de negá-lo, excluí-lo, também a sociedade o faz. Para melhor compreensão, é necessário observar que, quando uma criança ou um adolescente é rotulada como aidética, por exemplo, recairá sobre ela, além de todo sofrimento de sua debilidade orgânica, uma série de acusações sobre a maneira distorcida como a sociedade concebe sua patologia. Da mesma maneira como pode ocorrer com a criança portadora de câncer, ou ainda qualquer doença degenerativa. Nestes exemplos, ao retornar para escola, essas crianças e seus familiares enfrentam o desconforto de, por iniciativa dos professores, diretores e coordenadores, receberem aconselhamento para que deixem de estudar em razão de suas enfermidades. Na verdade, fica evidente o desconhecimento desses profissionais sobre os agravos dessas e outras doenças e os cuidados a que estas crianças precisam submeter-se enquanto estiverem assistidas no âmbito escolar, como se o sujeito

fosse apenas a patologia que carrega. Não lhes são oferecidas outras opções de atendimento pedagógico fora do espaço formal da escola, ainda que sejam garantidos por lei como atendimento domiciliar, investidas na possibilidade de continuidade ao processo de ensino-aprendizagem e, conseqüentemente, o processo de saúde-doença destas crianças fica comprometido.

As dificuldades de compreensão quanto aos cuidados e o enfrentamento dos professores em reconhecer que a criança que passa por um momento de adoecimento ou são portadoras de uma doença que a acompanharão por toda sua vida (doenças crônicas como diabetes, asma, anemia falciforme, cardiopatia congênita, hemofilia, epilepsia, câncer), tem a possibilidade de continuar aprendendo, certamente estão centradas nas possibilidades de “perda” dessa criança, na falta de crédito de investida de produção quanto ao conhecimento que esta irá apreender dadas as circunstâncias do seu adoecer e, portanto, dos seus agravos. O tratamento dessas doenças, em geral é prolongado, necessitando de internações e reinternações constantes, além da sua terapêutica assistida e sistemática. A prevalência da epilepsia, por exemplo, atinge 25 para cada milhão de crianças de 0 a 10 anos. Se apenas um caso a cada dez corresponde a uma forma grave, prejudicando necessariamente o desenvolvimento normal da escolaridade, muito mais freqüente são os casos em que preconceitos arraigados perturbam a vida cotidiana, a inserção social e os projetos dessas crianças e adolescentes, pois o termo epilepsia ainda tem uma conotação muito pejorativa para a maioria das pessoas, denuncia Dommergues (2003, apud, TORRES, 1999). Projetar o futuro dessas crianças e adolescentes torna-se também algo difícil de mensurar.

Felizmente ficar internado, adoecer, já não é mais visto como limitador para execução de algumas tarefas, principalmente as que colocam o paciente em interação com o coletivo. Nas

instituições hospitalares já são vistos aparelhos de TV e rádios, atividades laborais, recreação, etc. permitindo que haja mais diálogo entre as equipes multidisciplinares, famílias e pacientes (PAULA, 2002b).

Essa mudança de paradigmas vem abrindo diversos espaços educativos. Pensar a educação fora dos muros escolares é estender o olhar para os mais diversos campos da atuação pedagógica. Isso indica mais participação do educador que amplia as agências de acesso ao saber socialmente produzido por meio de novos espaços e novas interações. Neves (1994) afirma que a escola apresenta-se como *locus* privilegiado para respaldar esse novo pensamento, é a educação conquistando espaços diversificados quer sejam locais ou globais, assumindo características bem peculiares, que se difere das instalações formais.

Em função dos problemas relacionados à saúde física dos pacientes na infância, os pais e seus familiares, geralmente, não dão a devida importância, por falta de informação e desconhecimento dos seus direitos, a dar continuidade à escolarização durante o tratamento e até mesmo depois da alta. Com o intuito de evitar a interrupção (ainda que parcial) dos estudos dessas crianças em função da hospitalização, foi reconhecida como direito das crianças e adolescentes a continuidade dos seus estudos durante a internação hospitalar garantido na Declaração dos direitos da criança e do adolescente hospitalizados (BRASIL, 1995).

Segundo Carvalho e Jesus *et.alii.*(2006), mesmo sabendo que as adversidades estão presentes tanto nos momentos de saúde como nos de fragilidade orgânicas, não se pode desconsiderar que uma doença deve ser percebida como um momento difícil e delicado, quer seja para uma criança ou um adulto, e até mesmo para seus familiares que se sentem invadidos e ameaçados

pela situação que estão vivenciando. Nessa direção, portanto, é necessário observar que o acolhimento a uma pessoa doente vai além do saber tratar: funda-se na concepção de saber cuidar.

O ambiente hospitalar é um lugar que, por natureza, causa temor. Atualmente, em razão do processo de humanização na saúde, tem se repensado o cuidado aos pacientes como devendo ser cada vez mais compartilhado, não apenas entre os profissionais da área de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, terapeutas, entre outros) como, também, entre uma extensa rede de profissionais que transitam no ambiente hospitalar. Humanizar a assistência à saúde e ao tratamento às doenças resulta, então, em transformar o hospital em um contexto afetivo onde a emoção possa ser aliada ao desenvolvimento cognitivo, a fim de oferecer melhor atenção àqueles que se encontram num momento de fragilidade e de dor.

O profissional de branco (médicos, enfermeiros e outros), enquanto construção social é visto como invasor, por outro lado, também como salvador, se caracteriza como um elemento causador de ameaça, pois o paciente passa a ter contato com uma realidade a que não estava acostumado (injeção, medidor de temperatura/pressão arterial, além de outros instrumentos que auxiliam esses profissionais) desencadeando vários efeitos psicológicos, como ansiedade, depressão, isolamentos, etc. Logo, é importante que a criança hospitalizada possa identificar nesse cenário outros profissionais, a exemplo do professor que, mesmo estando vestido com uma roupa branca, também podem auxiliá-lo e acolhê-lo. Nesse caso,

[...] o que mais interfere no comportamento da criança hospitalizada ou quando no laboratório para um exame de rotina é a atitude do profissional que com ela interage e não necessariamente a cor de seu uniforme, o ambiente hospitalar, o tipo de exame, nem mesmo as experiências anteriores vivenciadas pela criança naquele ambiente (FONSECA, 2003, p.23).

O processo de hospitalização distancia a criança e o adolescente de seu ambiente tornando-os, de certa maneira, vulneráveis social e intelectualmente. Ao se encontrarem afastadas de seus ambientes cotidianos, sentem-se excluídos por estarem doentes e distantes de suas casas, de suas escolas, de seus colegas, de professores e amigos, o que os leva, dessa forma, a manifestarem, com frequência, distúrbios da auto-estima.

O professor pode ser, assim, um mediador capaz de estabelecer uma comunicação mais próxima e afetiva entre o paciente e o ambiente hospitalar, capaz de criar possibilidades de trocas interativas e que pode fazê-lo sentir-se mais confiante ao aliviar sua passagem no hospital. Isso justifica, portanto, não só a presença do professor dentro do hospital, quanto o investimento na continuidade do processo de escolarização deste paciente - que é, ao mesmo tempo, um educando. Todavia, o sucesso desse empreendimento depende da constante interlocução com os professores de escolas de origens daquelas crianças.

Desse modo, as classes hospitalares foram criadas para assegurar à criança e ao adolescente enfermo continuidade dos conteúdos escolares, possibilitando um retorno sem prejuízos à escola de origem após a alta da internação. É importante que a criança doente possa perceber-se produtiva, capaz de socializar-se, resolver problemas além de sentir-se útil nesse ambiente. A manutenção do processo de escolarização no ambiente hospitalar indica a criação de novos hábitos, respeito à sua rotina; fatores que contribuem para o desenvolvimento da criança e do adolescente, estimulando e fortalecendo sua auto-estima.

O acompanhamento da escolarização destes alunos-pacientes não deve se restringir tão somente ao período que passam dentro do hospital. Faz-se necessário que sejam acolhidos em

sua escola de origem e, assim, consigam dar continuidade ao seu processo de escolarização. Escolas, cujos professores, em sua maioria, sequer ouviram falar da possibilidade de uma criança hospitalizada vir a ser acompanhada por professores como eles. Assim, existe a necessidade de estudos sobre o quanto se sabe a respeito das possibilidades de ensino-aprendizagem de crianças e adolescentes para melhor atender às necessidades, tanto de acolhimento e atenção às crianças, quanto da continuidade do seu currículo escolar, ou seja, de garantia de suas aprendizagens.

No entanto, a modalidade de atendimento da Classe Hospitalar ainda é pouco difundida e conhecida pelos professores das escolas regulares e até nos meios acadêmicos. Em verdade, não somente a modalidade é desconhecida como se percebe que os professores nem mesmo têm conhecimento das possibilidades de trabalho a ser empreendido com crianças e jovens hospitalizados. Tal desconhecimento das práticas ou possibilidades pedagógicas em hospitais é relevante, pois, muitas crianças e adolescentes internados podem receber, além de atenção e cuidado, também estímulos ao desenvolvimento intelectual, mesmo dentro do hospital. Além disso, esse desenho sinaliza que o modo superficial pré-estabelecido e generalizado como nossos professores concebem a clientela é objeto de sua atenção: crianças e adolescentes.

Nesse sentido, esta pesquisa orienta-se no caminho de analisar as representações do(s) professor(es) da Rede Regular de Salvador sobre as possibilidades de ensino-aprendizagem de crianças e adolescentes enfermos, estejam eles necessitando ou não de hospitalização.

O meu interesse por esta temática de pesquisa perpassa pelas tramas da minha formação e itinerância como educadora da Educação Básica e da Classe Hospitalar. Minha infância e

adolescência foram marcadas por hospitalizações recorrentes para assistência das crises de asma que me impossibilitavam de participar do calendário e atividades escolares igualmente com meus colegas. Sempre era aprovada por meio das recuperações, pois no período de avaliações das unidades sempre estava ausente por motivo de doença. Sem contar as diversas atividades físicas ou recreativas, das quais não podia participar, o que gerava em mim sentimentos de inutilidade e revolta.

Em 1982, na cidade de São Gonçalo dos Campos (interior do Estado da Bahia), inicio como professora municipal numa classe multisseriada (heterogênea em idade e série). Já no município de Salvador, continuo a atividade pedagógica como alfabetizadora e em outras séries na rede privada até a minha inserção na rede pública tempos mais tarde. Em 1994, muito antes de prestar concurso na rede municipal, passei por um dos momentos mais difíceis de saúde quando adquiri o vírus da meningite ficando internada por um período de doze dias no Hospital Couto Maia, destinado a doenças infecto-contagiosas, localizado no alto de Mont Serrat.

Nesse hospital, convivi com homens, mulheres, crianças e adolescentes - isoladas por suas patologias - que vinham de diversas regiões do Estado. O isolamento era necessário, corria-se o risco de contaminações, por isso, as visitas eram esporádicas e pouco demoradas. A rotina hospitalar era cansativa, triste e desoladora; choro, dor, inquietações, limpeza, ordens a todo instante. Durante o dia as crianças choramingavam diante da ausência dos seus pais, sentiam dificuldades para movimentar-se com liberdade para tomar banho, alimentar-se e até mesmo brincar quando já não se sentiam mais debilitadas. Inquietei-me com aquela situação, e passei a dedicar parte do meu tempo com atividades lúdicas que lhes fizessem esquecer mesmo que

momentaneamente que estavam sozinhas, sem seus pais. Contava histórias, brincava de roda, e as protegia buscando melhor cuidado, servia-lhes de porta-voz quando necessitavam de maior atenção dos médicos, enfermeiros e outros funcionários. Lembro-me que ao retornar ao trabalho, sofri discriminação e acabei sendo demitida. Por muito tempo essa experiência se perdeu em minha memória.

Nesse percurso, em 2001 fui convocada para atuar na prefeitura de Salvador e assumi uma classe de Educação Infantil em uma escola de periferia. Após cinco meses, a coordenadora regional convidou-me para fazer parte de uma equipe na implantação de um projeto de Classe Hospitalar, pioneiro na Bahia, com a sessão de professores a da Secretaria Municipal de Educação e Cultura (SMEC), tendo como finalidade dar atenção à escolarização de meninas e meninos internados no hospital.

A princípio relutei a aceitar a proposta. Estava presa a sentimentos da experiência relatada anteriormente. Que faria eu, no hospital? Talvez atrapalhasse a dinâmica hospitalar com jogos e brincadeiras. Em seis de outubro desse mesmo ano a escola no hospital foi inaugurada na unidade pediátrica das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), ou seja, no Hospital da Criança (HC). Então o que seria necessário para atuação de um professor na classe hospitalar, já que sua estrutura física (espacial) estava montada?

Contava-se, nesta época, com duas professoras para implantação do Projeto Pedagógico (eu e outra professora). Partimos das nossas experiências particulares nas classes regulares e das concepções de educação que norteava nossa caminhada profissional. Durante algum tempo, era como se fôssemos intrusas naquele ambiente, apesar da acolhida calorosa e da inserção na

equipe multidisciplinar de atendimento do HC. A curiosidade e a expectativa de todos não respondiam a questões elementares: Quais atividades deveriam ser realizadas nessa escola? Para quem? Como? O que as crianças e os adolescentes gostariam de aprender nesta escola?

De certo, não se sabia por onde começar. Quem indicaria o caminho a ser percorrido? O tempo de observação da rotina hospitalar e suas variáveis determinaram os diversos caminhos para se pensar a escola no hospital. Constatou-se que após os procedimentos médicos, de exames e de terapêutica medicamentosa as crianças ficavam livres para ocuparem-se livremente como assistir tv e brincar em um espaço com poucos (ou quase nenhum) brinquedos. A organização e estrutura pedagógica dessa escola foram definidas e referenciadas nos critérios basilares para a Educação Básica contidos nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) e nos Referenciais para Educação Infantil (RCNEI), além de outros documentos oficiais da SMEC.

A construção desta escola marcou significativamente minha trajetória. Construída concretamente no coletivo, foi necessário, primeiro, situá-la no contexto das diferenças. Eram meninos e meninas de famílias e escolas de regiões difíceis, com histórias flagrantes de situação de pobreza e de fragilidade socioeconômica. Acrescentava-se no debate político e pedagógico da escola no hospital o fracasso, a evasão escolar e as desigualdades sociais ali emergentes que deveriam ser respeitados em toda sua estrutura organizativa, pois as diferenças ao que nos parece, como declara Perrenoud (2001, p.65), não se encontram apenas “entre as crianças, mas também no *status* conferido pela escola a essas diferenças e no tratamento que elas lhe reserva”.

Passei a conviver com mais proximidade, o que explica meu interesse por esta questão, com os processos de inclusão e exclusão de crianças e adolescentes que se mantinham afastados da escola até mesmo por um curto período. Sempre que estabelecia contato com uma escola para aproximação de termos que conduzissem melhor atenção ao aluno hospitalizado, deparava-me com as inúmeras barreiras, começando pelo desconhecimento sobre o direito de continuidade à sua escolarização pelo tempo em que este aluno-paciente se mantivesse hospitalizado ou em seu domicílio, por motivo de impossibilidade motora, até o reconhecimento de atividades pedagógicas realizadas na classe hospitalar. A ação dialogada entre a escola regular e a escola no ambiente hospitalar pode reduzir, não apenas o nível de estresse e auxiliar na auto-estima do paciente, mas, acima de tudo, colaborar para a (re)inclusão deste alunado em potencial, evitando o atraso e a evasão escolar, conseqüentemente diminuindo as barreiras sócio-educacionais que os mantêm afastados das políticas públicas.

Ser professor numa sociedade que não mais acredita na educação, principalmente na escola pública, instalada sob o clima de negativismo e mediocridade pedagógica, coloca em jogo a autovalorização pessoal e a auto-estima do professor. Penso que para melhorar a qualidade educacional das escolas e de crianças e adolescentes distanciados das políticas de assistência às suas circunstâncias, neste caso das crianças e adolescentes em situação de adoecimento e hospitalização, seria necessário ofertar aos professores melhores condições em seu processo formativo. Dar vida aos seus desejos, e pensar a educação em sentido mais amplo. O ato de educar, se pensado como instância de atos desejantes, não significa apenas acrescentar conhecimentos e instrumentalizar potencialmente os alunos para vencerem a seletividade da escola na escola, significa aumentar o pensamento crítico e potencializar a capacidade de estar sempre aprendendo. As circunstâncias que o envolve principalmente no hospital ou em uma

situação difícil de adoecimento, apresentam adversidades, contrastes entre a dor do que se sente e a alegria do vir a ser.

Dessa forma, ao me inserir no Programa de Pós-graduação da Faculdade de Educação na Universidade Federal da Bahia, fui ressignificando questões importantes para discutir a atenção das crianças e dos adolescentes hospitalizados. Participei em 2007 de congressos nacionais⁵ e internacionais⁶, apresentando trabalhos cujas abordagens envolviam aspectos da formação dos professores para atuar nas classes hospitalares, assim como metodologias/recursos aplicados a atenção desses alunos. O impacto deste aprendizado contribuiu para análise dos referenciais da pesquisa e da política de atenção pedagógica.

A questão que se coloca por sobre a política da educação das crianças e adolescentes hospitalizados é que, primeiro, a atuação do pedagogo no hospital precisa ultrapassar a experiência escolar e atingir níveis diferenciados de educação como prática social; segundo, ter a sensibilidade de respeitar o sofrimento, o medo, o ansiedade, a agressividade, a depressão, enfim, todos os sentimentos da criança doente e em situação de hospitalização durante as atividades escolares, além de lhe dar a oportunidade de expressar-se, estabelecer comunicações, isso lhe dá a certeza da continuidade da vida, e terceiro, colocar-se a disposição na escuta desses excluídos, nas narrativas de suas histórias, incluindo-os numa sociedade participativa, em um mundo mais humanizado. Ademais, pensar na modalidade de ensino especial que envolve as práticas pedagógicas no hospital, sob o signo da classe hospitalar.

A Classe Hospitalar é uma modalidade de ensino da Educação Especial, que visa atender pedagógico-educacionalmente, crianças e adolescentes hospitalizados (SEESP, 2002). No Brasil tal modalidade tem se expandido principalmente nas regiões Sul e Sudeste, onde há atualmente registros de aproximadamente 175% do total das 105 classes distribuídas em 18 Estados da Federação. Esses são dados recentes disponíveis na *internet*⁷, apresentados por Fonseca (2007). Na Bahia, precisamente no município de Salvador, essa prática é recente, havendo registro de pouco mais de seis anos. Estabeleceu-se através de parceria com a Secretaria Municipal de Educação e Cultura (SMEC) e prevê, atualmente, o funcionamento de nove Classes Hospitalares, localizadas nas seguintes unidades de saúde: Obras Sociais Irmã Dulce – Hospital da Criança, Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira (anexo ao Hospital das Clínicas), Hospital Martagão Gesteira, Hospital Roberto Santos (Unidade de Nefrologia Pediátrica), Casa de Apoio à Criança com Câncer (GAAC – Atendimento Pedagógico Domiciliar), Hospital Santa Isabel (Unidade Cardiopatia Santa Rosa), Unidade de Onco-hematologia Pediátrica Erik Loeff, Casa de apoio à Criança Cardiopata (Atendimento Pedagógico Domiciliar) e no Hospital Couto Maia. A Secretaria Municipal de Educação tem pretensões de instalar novas unidades escolares também nas seguintes unidades: no Hospital Otávio Mangabeira, Hospital Eládio Lassfierre, Hospital Geral do Estado e Hospital João Batista Caribé. (O município conta, também, com uma Classe Hospitalar no Hospital Sarah de Reabilitação, a qual, contudo, não requer a cessão de professores da prefeitura de Salvador.). O que justifica a relevância deste estudo, no sentido de não apenas o de apresentar dados, mas levantar questões que contribuam para melhor refletir as intenções de sua oferta e possivelmente sua qualidade.

É possível verificar, portanto, seja nas falas dos alunos que necessitam de reinternações, seja na fala dos professores de classe hospitalar que observam, ao realizar um contato com alguma escola, o desconhecimento não só dos professores, como também dos coordenadores e diretores das escolas regulares com relação à existência dessa modalidade de ensino. Em geral, esse desconhecimento se identifica quando da solicitação, por parte da escola hospitalar, de atividades e conteúdos para acompanhamento educacional dos alunos-pacientes, bem como quando do envio de relatórios e avaliação para essas unidades, exigindo desses profissionais maior esclarecimento sobre o assunto. Se as escolas fossem mais engajadas em práticas de Educação em Saúde, saberiam mais a respeito das causas de morbidade (adoecimento) de sua clientela (crianças e adolescentes). Saberiam que seus alunos são potencialmente pacientes de tais e quais agravos e enfermidade e não só saberiam reflexivamente, como agiriam contra tais enfermidades.

Nestas circunstâncias, com muita freqüência são levantados questionamentos sobre o funcionamento da classe hospitalar, ou seja, o que pedagogicamente se desenvolve dentro do hospital com crianças e adolescentes em situação de hospitalização, considerando seu estado emocional e físico.

Esse aspecto dificulta o acompanhamento educacional das crianças ao retornarem para suas escolas de origem. Algumas acabam afastando-se definitivamente, muitas evadem, e tantas outras acabam o ano escolar com sérios comprometimentos em suas aprendizagens, pois apresentam constantes ausências. Isso mostra que a escola ainda não está preparada para atender a essa diversidade específica – a criança em idade escolar que necessitou de eventual tratamento de uma doença.

A escolarização em hospitais, evidentemente, possibilitaria melhor esclarecimento das propostas pedagógicas, do papel do professor em um ambiente tão heterodoxo e das demandas ao desenvolvimento intelectual e afetivo requeridas por crianças e adolescentes, cujas doenças são fatores que concorrem negativamente com esse desenvolvimento.

Assim sendo, interrogar aos professores das escolas regulares, precisamente da Rede Regular de ensino no município de Salvador, acerca do quanto sabem sobre as possibilidades de ensino-aprendizagem de uma criança enferma, o que não significa mero diagnóstico do quanto ouviram falar sobre a Classe Hospitalar, ou se sabem a respeito das leis que regem - mas, o que sabem, e em que medida - poderá contribuir para a reflexão teórica que embasa a prática da Educação Especial e da política de inclusão que, tanto a Classe Hospitalar comportaria, como a escola regular. Além disso, a longo prazo, contribuiria para o incremento na qualidade do atendimento nessa modalidade de atenção: de um lado os professores das escolas municipais obteriam maiores esclarecimentos a respeito de mais um espaço de atuação pedagógica e, do outro, o escolar hospitalizado seria mais bem acolhido, atendendo-se, assim, a princípios de garantia de direitos, justiça e equidade.

Embora dificilmente se possa concluir a propósito de uma problemática como a que se coloca este estudo - a de escutar os professores das escolas regulares acerca de suas percepções em torno das possibilidades de aprendizagem do escolar enfermo, estando ele numa classe hospitalar ou não - os estudos sobre esta temática ainda são incipientes e fragmentários, porém, em plena efervescência de contribuições. As possibilidades de novas investigações produzem, ainda que de forma gradual e lenta, perspectivas futuras. O caminho que se vislumbra é o de análise mais apurada e detalhada das articulações entre as escolas regulares e

as classes hospitalares como formas de se pensar o processo de inclusão e exclusão dessas crianças e adolescentes que permanecem afastados da escola para atenção da sua saúde. Sendo assim, também vislumbrar analisar o quanto a escola regular, que se quer inclusiva, estaria preparada para dialogar com as instituições especiais, para além do próprio processo de inclusão. Isso porque, embora a Classe Hospitalar não seja propriamente uma instituição especial (como APAE - Associação de Pais e Amigos Excepcionais, por exemplo), ele é a expressão muito próxima da instituição hospitalar (na sua peculiaridade organizacional, rotinas, restrições, segregação), mas instituição que pela qualidade dos “meios”, é tipicamente excludente. Tal compreensão implica em ressignificar, portanto, o conceito de ensino-aprendizagem e a relação saúde/doença concebidos dentro do espaço formal da escola e das crenças e valores dos professores; implica em perceber a amplitude do campo de atuação e formação para a prática docente, assim como contribuir para compreensão das políticas que reforçam, produzem e reproduzem o fracasso escolar.

Tendo explicitado as intenções que deram norte ao estudo investigativo das representações de professores da rede regular de ensino, acerca da condição de ensino aprendizagem de crianças e adolescentes em situação de hospitalização ou adoecimento, apresento agora a estrutura deste texto. Ele se divide em oito partes (apresentadas por mim como sendo pedaços ou peças para construção do caleidoscópio), a saber: Introdução, seis capítulos e Considerações Finais.

A Sessão 1, “Considerações iniciais de sustentação da pesquisa” discorre sobre o percurso inicial, traçado, para tessitura deste estudo; a Sessão 2, “Educação Especial e Educação Inclusiva”, trata do movimento das políticas públicas de inclusão educacional de alunos especiais, pessoas com ou sem deficiência, pessoas com necessidades educativas especiais e a experiência da dialética da exclusão/inclusão; a Sessão 3, “Classe Hospitalar: Um desafio à

educação”, retrata os movimentos que contribuíram para reforçar a importância da prática pedagógica em ambiente hospitalar situado em um cenário mundial, assim como assinala propostas de educação e saúde; a Sessão 4, “Aprendência: processo vital e cognitivo” aborda as diferentes concepções da ciência para aquisição do conhecimento, bem como a adequação desses conhecimentos à vida e ao trabalho enquanto sociedade aprendente, além de trazer a abordagem de tutoria entre iguais como recurso às escolas regulares e hospitalares; a Sessão 5 traz a fundamentação respaldada nas representações sociais de Moscovici (2003). Traz ainda um conjunto de conceitos, afirmações e explicações para entendimento das estruturas de diálogo nos universos de discussão do tema; a Sessão 6 esclarece os caminhos trilhados na pesquisa e as escolhas metodológicas para coleta e análise dos dados; a Sessão 7, traz a análise dos dados apresentando as falas dos oito professores, sujeitos participantes desta pesquisa e suas representações. Nas Considerações Finais, ponderações ao discurso apresentado na sessão anterior e para ampliação de novas vertentes de análise do tema em enfoque.

Ao que será exposto nas seguintes páginas, compondo o caleidoscópio⁸ metaforicamente usado neste trabalho, apresento partes desse arremetidas por formas diversas, nelas contendo fotos de uma classe hospitalar, previamente autorizada. Assim segue nossa construção...



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

Carlos Skliar

2. A EDUCAÇÃO ESPECIAL E EDUCAÇÃO INCLUSIVA

O presente capítulo é constituído de reflexões acerca da Política da Educação Especial e Educação Inclusiva, tomando o conceito de exclusão/inclusão como central, no sentido de estabelecer uma compreensão dessa dialógica, a partir da análise sobre a questão de fracasso e exclusão numa visão ampliada dos aspectos sociais, políticos, culturais e econômicos que movem a sociedade em seu processo sócio-histórico.

2.1 CALEIDOSCÓPIO: UMA COMPREENSÃO MULTIDIMENSIONAL ACERCA DA DIALÉTICA DA EXCLUSÃO/INCLUSÃO SOCIAL

No livro organizado e prefaciado pela psicóloga social Bader Sawaia⁹(2002, p.7), pode-se constatar que o tema da exclusão¹⁰ é extremamente atual, “usado hegemonicamente nas diferentes áreas do conhecimento mas, pouco preciso e dúbio do ponto de vista ideológico”, pois este conceito permite usos retóricos, por sua qualidade ‘guarda-chuva’ uma vez que abriga desde a concepção de desigualdade como resultante de deficiência ou inadaptação individual, falta de qualquer coisa, até de injustiça e exploração social. Isto porque se compreende que o termo carrega qualquer fenômeno social e provoca consenso, ainda que não se saiba precisamente o significado que está em evidência.

Esta ambigüidade, acrescenta a autora (op.cit), abre a possibilidade de superarmos os vícios do monolitismo¹¹ analítico, que orientam as análises sociais, ou seja, o aprimoramento mais explícito do uso conceitual do termo, evidencia sua complexidade e contraditoriedade que constitui o processo de exclusão social, inclusive sua transmutação em inclusão social.

Em grande proporção, tendemos a focar apenas uma de suas características em detrimento das demais, a exemplo das análises centradas no fator econômico, cuja abordagem traz a exclusão como sinônimo de pobreza, e as centradas no social que privilegiam o conceito de discriminação, de marginalização, minimizando o escopo analítico da exclusão que é o da injustiça social.

As reflexões aqui expostas são uma tentativa de ressignificarmos esta construção conceitual acerca da palavra exclusão, uma tarefa desafiadora, portanto. Desafiadora porque demanda, certo direcionamento à construção de novas ações e práticas sociais e humanas. Assim, analisá-la sob a perspectiva ético psicossociológica como processo complexo, como sugere Sawaia (2002), nos colocaria de frente a um fenômeno que não é em si subjetivo nem objetivo, individual nem coletivo, racional nem emocional. Cabe então, compreendermos as nuances das configurações das diferentes qualidades e dimensões, ressaltando as dimensões éticas da injustiça e as dimensões subjetivas do sofrimento que cada um experimenta em relação ao estado da exclusão. Vivemos, portanto, na emergente contraditoriedade que constitui este processo: a qualidade de conter a sua negação e não existir sem ela. Constatamos o tempo todo que a sociedade, ora exclui para incluir, ou inclui excluindo. Esta ação é condição da ordem social desigual, o que indica que o processo de inclusão é meramente ilusório do ponto de vista unilateral das relações tanto individuais quanto coletivas, pois ela é paradoxal.

Todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo de marginalização a grande maioria da humanidade inserida através da insuficiência e das privações, que se desdobram para fora do econômico. (SAWAIA, 2002, p. 8).

Desse modo, ser, estar ou permanecer excluído/incluído é hoje objeto de muitas discussões no âmbito tanto político quanto social. De certo, o que pretendemos neste diálogo é demarcar em

lugar da exclusão, uma conversa aproximada sobre a 'dialética da exclusão/inclusão'¹² como ponto de tensão constante, pois há uma linha tênue entre que une e separa uma coisa da outra.

A dialética exclusão/inclusão gesta subjetividades específicas que vão desde sentir-se incluído até sentir-se discriminado ou revoltado. Essas subjetividades não podem ser explicadas unicamente pela determinação econômica, elas determinam e são determinadas por formas diferenciadas de legitimação social e individual, e manifestam-se no cotidiano como identidade, sociabilidade, afetividade, consciência e inconsciência, como afirma Sawaia(2002).

[...] a exclusão é um processo complexo e multifacetado, uma configuração de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas, é processo sutil e dialético, pois só existe em relação à inclusão como parte constitutiva dela. Não é uma coisa ou um estado, é processo que envolve o homem por inteiro e suas relações com os outros. Não tem uma única forma e não é uma falha do sistema, devendo ser combatida como algo que perturba a ordem social, ao contrário, ela é produto do funcionamento do sistema. (SAWAIA, 2002, p.9)

Assim, a discussão que estabelecemos aqui, coloca em evidência uma parte daqueles que vagamente consideramos ou definimos como pessoas excluídas, a exemplo das crianças e dos adolescentes em situação de adoecimento, hospitalizadas ou não, e ainda aquelas sobreviventes de doenças crônicas, como câncer, HIV/AIDS, quando da sua não participação na vida escolar, ou ainda do seu afastamento definitivo de situações sociais. Não reclamaremos suas ausências nas escolas, nos parques, nas igrejas. Em cada um desses espaços ou em outros espaços sociais que a infância e a adolescência se fazem presentes, pois todos os dias lá estarão tantos outros com suas vitalidades e inocência. Certos setores da sociedade admitem e chegam a difundir a idéia de que a exclusão seja de responsabilidade do próprio excluído. A pessoa diferente passa a ser vista como alguém sem utilidade até por si mesma, sem utilidade econômica e social. Este tipo de incriminação não é estranha, conforme coloca Jodelet (2002), ao tratamento reservado aos doentes de Aids, quando lhes atribuímos a responsabilidade de sua

contaminação. Nos contextos sociais, onde dominavam valores e crenças que favorecem o desprezo das vítimas, porque elas são vítimas maltratadas, exploradas, pode ser difícil adotar uma posição contrária por temor de nos encontrarmos em uma situação incômoda em relação ao grupo ao qual pertencemos.

Daí o sentido mais aplicado da dialética da exclusão/inclusão discutida por Vêras (2002), quando retrata o problema da exclusão social no Brasil nestes 500 anos. O conceito amplamente usado como uma espécie de ‘palavra- mãe’ que abriga vários significados para reunir pessoas e grupos que são abandonados, desafiados¹³, deixados de lado, desqualificados, quer pelo mercado de trabalho, quer pelas políticas sociais.

Segundo esta autora, nas décadas de 60 e 70, o que se reclamava em torno da compreensão da exclusão social era a questão das favelas como questão emblemática dos excluídos da urbanidade, pelo aumento da pobreza e da recessão econômica, o que chama a atenção da segregação urbana como efeitos perversos da legislação urbanística, a importância do território para a cidadania. Assim, em especial, discutia-se a questão espacial, o território, a cidadania. Nos anos 90, resgata-se o debate na Comissão Europeia a influência francesa, que indica na fala de Atkinson (1998, *apud* VÉRAS, 2002, p.34):

O conceito de exclusão social é dinâmico, referindo-se tanto a processos quanto a situações conseqüentes [...]. Mais claramente que o conceito de pobreza, compreendido muito freqüentemente como referindo-se exclusivamente à renda, ele também estabelece a natureza multidimensional dos mecanismos através dos quais os indivíduos e os grupos são excluídos das trocas sociais, das práticas componentes e dos direitos de integração social e de identidade [...] ele vai mesmo além da participação na vida do trabalho, englobando os campos de habitação, educação saúde e acesso a serviços. (ATKINSON, 1998, *apud* VÉRAS, p.34, 2002).

Também nos anos 90 o conceito de exclusão é reeditado como não-cidadania, principalmente a idéia de processo abrangente, dinâmico e multidimensional. O que se entende a partir destas concepções é que, uma vez percebida as relações de enfrentamento entre quem está dentro ou quem está fora dos sistemas organizados economicamente; o termo exclusão seja concebido como expressão das contradições do sistema capitalista e não como estado fatalidade. Assim, pois, é necessário vivenciar, experimentar “a contradição expressa na exclusão, desenvolvendo algum nível de consciência da contradição que se vive ao agir” (VÉRAS, 2002, p.38.).

Nesse sentido, Wanderlei (2002) diz que sob esse rótulo estão contidos inúmeros processos e categorias, uma série de manifestações que aparecem como fraturas sociais. Assim, sob o ponto de vista epistemológico, muitos estudiosos concluem que o fenômeno da exclusão é tão vasto que é quase impossível delimitá-lo. Ao se tratar concretamente do tema da exclusão, é necessário precisar o espaço de referência que provoca a rejeição (categoria fundamental). Qualquer estudo sobre exclusão deve ser contextualizado no espaço e tempo ao qual o fenômeno se refere. Pensando assim, verifica-se que a exclusão induz sempre uma organização específica de relações interpessoais ou intergrupos, de alguma forma material ou simbólica através da qual se pode traduzir na voz de Jodelet (2002): no caso da segregação – como acontece com as crianças, por exemplo, que sofrem de doenças crônicas- através de um afastamento, da manutenção de uma distância topológica: no caso da marginalização, através da manutenção do indivíduo à parte de um grupo, de uma instituição ou do corpo social – como afastá-la da escola; no caso da discriminação, através do fechamento do acesso a certos bens ou recursos, certos papéis ou status, ou através de um fechamento diferencial ou negativo – como negar-lhes o direito de continuidade à educação.

Ainda abordando a questão das diferentes formas de expressão do fenômeno da exclusão/inclusão, parece importante destacar que este tende a ser reproduzido através de mecanismos que o reforçam e o expandem. Estes mecanismos podem ser observados nos diferentes níveis da sociedade, ao ponto que alguns deles que antes eram pensados como desigualdades hoje se misturam com a exclusão, afirma Wanderley (2002) e acrescenta:

A naturalização do fenômeno da exclusão e o papel do estigma servem para explicitar, especificamente no caso da sociedade brasileira, a natureza da incidência dos mecanismos que promovem o ciclo de reprodução da exclusão, representando aceitação tanto ao nível social, como do próprio excluído. (WANDERLEY, p.23, 2002).

Como se estivéssemos constantemente travando uma luta natural pelos espaços, onde só ganha aqueles que estão aptos e cuja capacidade lhes concede as melhores posições, cria-se aí o espaço da exclusão naturalizada como se as coisas ou estes lugares fossem reservados para os melhores ou os vencedores. Há, portanto uma dificuldade para se transpor estes espaços (sejam eles simbólicos ou geográficos) que impedem uma inserção social plena. Esse discurso, de fato, demarcou – e ainda demarca – uma época na história brasileira, como já evidenciados, que, de modo geral, buscava retratar a exclusão como exploração do capital, onde o componente territorial implicaria no surgimento de uma “exclusão subjacente” (VÉRAS, 2002, p.32) provocado pelos contrastes sociais. Entretanto, o discurso sobre exclusão reapareceu após a Segunda Guerra, pela “ascensão do fascismo”, e “pelas execuções nazistas” na Europa, acentuadas por motivações hostis¹⁴, sob a forma de preconceitos e de estereótipos negativos e pelas questões raciais, conforme retrata Jodelet (2002, p.54), “ela se estendeu às relações estabelecidas no espaço social e político, em um *continuum* indo do conflito à cooperação, entre grupos de toda espécie, diferenciados segundo critérios de atividade ou de pertencimento social, nacional, cultural, etc.”

Desse modo, tais concepções se inscrevem em abordagens individuais sob a agressão em contextos marcados pela relação de poder¹⁵, das normas sociais, e mostra o jogo das representações na avaliação das pessoas que sofrem uma sorte contrária. Neste caso, há implicações éticas, de acordo com Oliveira I. (2005, p. 18), “no fato de essas pessoas serem excluídas de seus direitos sociais, de serem sujeitos, de viverem e desenvolverem suas vidas em sociedade”. É importante, pois, considerarmos a compreensão dialógica, tensional e complexa que demarca os processos de exclusão/inclusão como configuração de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas. Jodelet (2002) nos mostra que:

A educação determinaria igualmente um estilo cognitivo que utiliza clichês e estereótipos, de maneira rígida, generalizando-os a todas as pessoas de uma mesma categoria, sem levar em conta as diferenças individuais, e não é capaz de mudá-los na presença de informações novas ou contraditórias. (JODELET, 2002, p.57)

Sendo assim, faz-se necessário olharmos as motivações que levam a negarmos a crianças e adolescentes doentes a plena participação nos processos educacionais. Negando-lhes, com isso, de desenvolver, mesmo que em ritmo diferente, o seu potencial humano.

2.2 A POLÍTICA INCLUSIVA E O ESCOLAR COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

Com a política da Educação Inclusiva, a escola e os professores da classe comum da escola regular passam a ter em seu ambiente educativo um novo alunado: alunos especiais, pessoas com ou sem deficiência, pessoas com necessidades educativas especiais. São pessoas que se passarão a compor, e a pertencer a um novo quadro: o quadro de alunos freqüentadores da comunidade escolar. Não há dúvida sobre o compromisso da sociedade e da representação

governamental com a inclusão e sua determinação para atingir mudanças significativas para responder a essas novas categorias colocadas na política da Conferência Mundial sobre a “Educação para Todos”¹⁶, realizada nos dias 5 a 9 de março de 1990, em Jotein, na Tailândia, lançando uma visão para o decênio de 90 sobre as necessidades básicas de aprendizagem no mundo (GADOTTI, 1991). O que se mostra em questão, portanto, é o tamanho ou a dimensão do impacto que essa avalanche de mudanças provocará no interior das escolas e na sociedade no convencimento da importância de incluir significativamente crianças e adolescentes e suas famílias que sempre estiveram à margem, proporcionando-lhes educação de qualidade.

Florestan Fernandes¹⁷, ao prefaciar o livro de Moacir Gadotti (1991), inaugura a expressão “fracassos programados”, referindo-se à história da educação brasileira, chega a exemplificar a questão da chinesa que tem de escolher se fica com o sapato ou com o pé¹⁸. Critica as reformas de ensino porque criam celeumas e forjam enormes ilusões e não saem do lugar de partida.

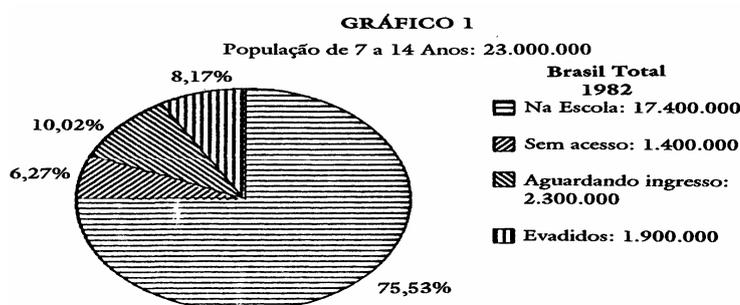
A escola funciona e o sistema de ensino cresce e se diferencia. Mas os três processos reforçam o *dilema educacional brasileiro*. Ao funcionar, a escola se nega, como núcleo de formação de consciência social crítica e rebelde. Ao crescer e diferenciar-se, o sistema de ensino articula alunos à condição de recursos humanos da ordem, mãos e braços dos de cima e dos que mandam. (FERNANDES *apud* GADOTTI, 1991, p 12).

Florestan Fernandes nos chama a atenção para as decisões políticas e ideológicas que marcam o cenário educacional vindas de cima para baixo, o que determina, muitas vezes, o futuro já renunciado, forjado, posto ao fracasso. Confere ao educador deste século a faculdade de vencer o pessimismo e o impiedoso massacre dos que resistem às mudanças educacionais.

Nos últimos cinquenta anos, as estatísticas educacionais oficiais da América Latina mostram um quadro de evasão escolar e parece ser o maior entrave ao aumento da escolaridade e da competência cognitiva de sua população jovem, anuncia Ribeiro (1991).

Então, desde a década de 60, começam a aparecer trabalhos internacionais indicando erros sistemáticos importantes, que não permitem às autoridades perceberem o principal problema destes países nestas análises, que é a excessiva taxa de repetência escolar, principalmente nas séries iniciais. Segundo Ribeiro (1991), a partir de 85, o Brasil propõe uma alternativa para determinar indicadores utilizando dados censitários ou de grande *surveys*, como os PNADs da FIBGE (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), que são realizados anualmente.

Se analisarmos os gráficos 1 e 2 que se seguem, podemos observar que cerca de 1.4 milhão não tinham acesso à escola. Essa população está “localizada principalmente (mais de 70%) nas regiões pobres do Nordeste” (RIBEIRO, op.cit. p.16), onde os problemas de fome e saúde são mais prementes. As crianças que estão aguardando o ingresso não se constituem no problema de maior gravidade em função do congestionamento nas séries iniciais, devido à repetência ou falta de escolas, gerada pela ausência de planejamento administrativo em algumas regiões pobres do país. O dado mais alarmante, no entanto, é constatar que cerca de 1,9 milhões de crianças abandonaram a escola (na faixa etária de 7 a 14 anos), na sua grande maioria pelo excesso de repetências acumuladas, o que denominamos de multi-repetência.



(RIBEIRO, 1991, p.10)

No gráfico 2, a situação apresenta-se mais favorável às expectativas para a universalização do acesso à escola no Brasil. Nota-se que, apesar do número crescente da entrada de meninos e meninas na escola, o número de crianças que evadem cresce cada vez mais. É possível verificar nas análises antropológicas em relação ao sucesso ou fracasso escolar, até hoje, mostram claramente na cultura do sistema “a imputação do fracasso escolar, estão, ora, pois nos próprios alunos, ora em seus pais, ora no sistema sociopolítico, raramente aos professores, sua formação ou à organização escolar” conclui Ribeiro (1991, p.17).

O que chama atenção nas propostas aqui delineadas é a possibilidade de convivência de dois princípios antagônicos de educação para todos e seletividade. A escola ainda seletiva na medida em que admite a “exclusão da escola e a exclusão na escola¹⁹” (FERRARO, 1999, p.16). Esta noção de *exclusão da escola* trazida por Ferraro (1991) constitui-se no não-acesso à escola, quanto o que habitualmente se denomina de evasão escolar. Já a *exclusão na escola* dá conta da exclusão operada dentro do processo escolar, por meio dos mecanismos de reprovação e repetência. Nesse caminho, as distintas realidades captadas como o não-acesso, a evasão, a reprovação e a repetência ganhariam unidade primeiramente sob as categorias de exclusão da escola e exclusão na escola sob o conceito mais geral da exclusão escolar.

É claro que a introdução do termo exclusão no estudo do fenômeno escolar representa uma mudança de perspectiva tanto no plano científico como no político (GADOTTI, 1991, 1995). Sob o aspecto científico, perguntar por que tantas crianças são excluídas da escola não é a mesma coisa que perguntar crianças são repetidamente submetidas à exclusão dentro do processo escolar e perguntar por que essas mesmas crianças não conseguem ser aprovadas, tendo por isso que repetir a série. Essa mudança de perspectiva teórica tem conseqüências práticas, seja no plano pedagógico na escola, seja no plano das políticas sociais em geral.

É imprescindível, quando se fala de exclusão e fracasso escolar, situar o professor da escola regular, diante das propostas propugnadas à escola inclusiva, além de permitir-lhe capacitação e apoio através das instâncias governamentais como as Secretarias de Educação e outros órgãos ligados à escola, que ele, o Governo, esteja e se sinta preparado para receber este “novo aluno” - diferente, incluindo-o não apenas fisicamente, mas permitindo-se enfrentar esta tarefa e proporcionar aprendizagens significativas para todos os alunos, indistintamente (VIEIRA E DENARI, 2007; LIMA P., 2006; AMARO, 2006; ALMEIDA M., 2002; GLAT, 2007; MANTOAN, 2003). É necessário, pois, entender o que este professor pensa, quais são suas expectativas, suas ansiedades em relação ao diferente, o que ele precisa e o que almeja, senão também estaremos excluindo o professor do processo de democratização da escola.

Ao ser confrontada com estruturas fora do padrão de “normalidade”²⁰, do padrão comumente observado e desejado, a sociedade se coloca de maneira indiferente, como se aquela pessoa não fizesse parte do todo, ou não influenciasse as partes.

A sociedade e os povos, como bem a história vem registrando, apontam, demonstram, avisam, rotulam, estigmatizam, de forma a imputar características, quase sempre indelévels e definitivas, a determinadas pessoas, etnias, gênero, faixas etárias tornando-as desviantes e desconsideradas em seus direitos de pessoa. (MARTINS e PIRES, 2006, p.10)

Desde pequenas, as crianças enfrentam um mundo estruturado de representações sociais, e é com estas representações que elas se desenvolverão. Assim, uma criança que enfrenta a condição de estar doente ou ser deficiente, começa a ser rotulada e vista por sua incapacidade e a ser excluída. Mantoan (2003, p.18), ao referir-se à crise de paradigmas enfrentados pela escola e pela sociedade, reforça que a exclusão escolar manifesta-se das mais diversas maneiras, e quase sempre o que está em jogo é a ignorância do aluno diante dos padrões de cientificidade do saber escolar²¹, pois a escola se democratizou abrindo-se a novos grupos sociais, mas não aos novos conhecimentos. A escola, então, exclui os que ignoram o “conhecimento que ela valoriza”.

O documento mais recente que mostra o crescente avanço da entrada de crianças e adolescentes com necessidades educativas especiais nas classes comuns e na educação especial foi divulgado pelo MEC (Ministério da Educação) em 2007.

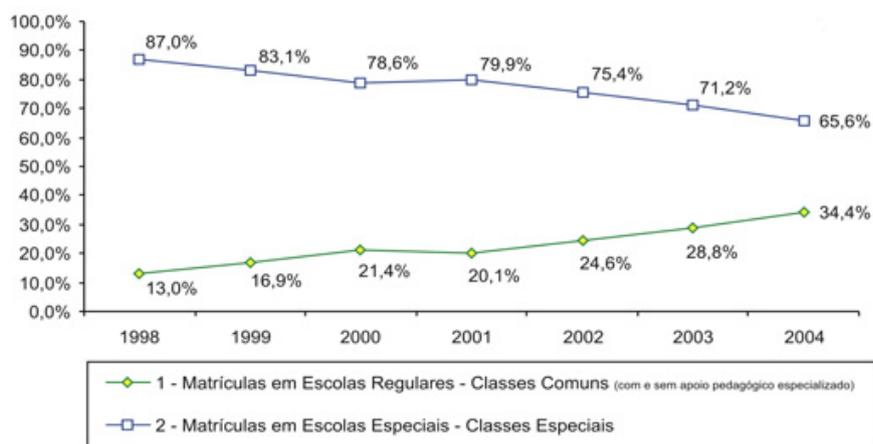


GRÁFICO 3 - MATRÍCULAS ESCOLARES (MEC, 2007).

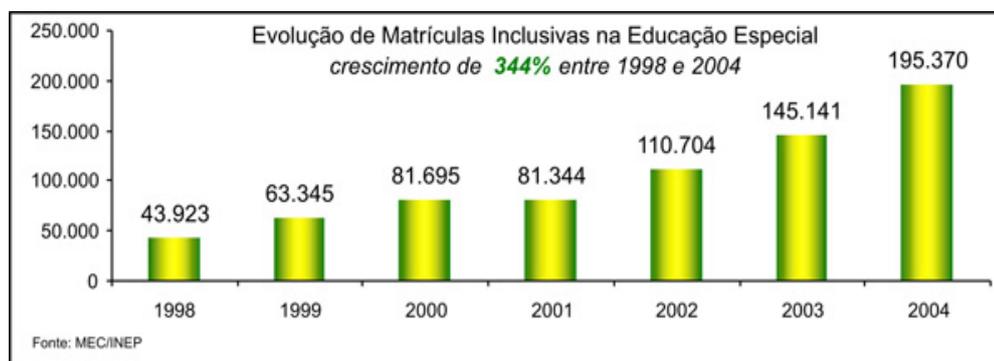


GRÁFICO 4 - MATRÍCULAS INCLUSIVAS (ME, 2007).

Como demonstrado na figura 3, o nível de matrícula nas escolas comuns apresentou uma média bastante elevada da inserção de pessoas com necessidades educativas especiais, ao passo que nas escolas especiais houve um decréscimo. A evolução das matrículas inclusivas (figura 4) representa a aceitação de uma nova cultura dentro e fora dos espaços escolares. É possível perceber que em números percentuais:

- 96,4% de acesso de crianças e adolescentes são no ensino fundamental;
- 27% de repetência nas esferas públicas;
- 40% de reprovação acontecem principalmente na primeira série
- 50% não se alfabetizam após 4 anos iniciais
- 51% concluem o ensino fundamental²²

Ao serem inseridas no espaço escolar, as crianças e os adolescentes terão que conviver com as representações que seu professor faz da sua diferença/deficiência, seja elas quais forem.

González E. (2007) afirma que esta questão pode ser notada:

[...] no vocabulário tão abundante quanto impreciso que existe para se referir à problemática social, cultural e psicológica apresentada por crianças, adolescentes, jovens...diferentes. Assim, fala-se de deficientes, incapacitados, difíceis, algumas vezes mal-educados, marginalizados/automarginalizados, fracassados escolares e inadaptados sociais. São termos que agrupam aspectos diferentes de um fenômeno uniforme em seus efeitos e variadíssimo em sua etiologia, que é a **criança problema**,

em si mesma e no desenvolvimento de seu processo escolar-social. (GONZÁLEZ E., 2007, p.17 - grifos do autor).

Nesse sentido, é que as representações que um professor faz de seu aluno é importante, uma vez que definirão a forma das relações entre eles e dará sentido às experiências a serem vivenciadas, demarcando assim o espaço de inclusão ou exclusão. Portanto, é preciso salientar, como enfatiza Almeida M. (2002), que buscar saídas para incluir crianças e adolescentes (jovens e adultos também) em nossos sistemas de ensino remete-nos a considerar, necessariamente, os elementos geradores da situação de exclusão vivida por essas pessoas, o que significa tratar a questão educacional no seio da problemática social brasileira. E significa também entendermos “a escola como um espaço sociocultural, responsável pela abordagem pedagógica do conhecimento e da cultura, e em articulação orgânica com o contexto social em que está inserida” (ALMEIDA M., 2002, p.57).

A inclusão, como movimento social mais abrangente, teve seu início na segunda metade da década de 80 do século passado, em países desenvolvidos. No Brasil, teve maior impulso na década de 90, com a difusão das idéias da Declaração de Salamanca (1994) e com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) nº 9394/96, de dezembro de 1996, que define a Educação Especial, no Capítulo V, Artigo 58, como: “a modalidade da educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais”. É nesse artigo que a lei concebe e regulamenta a prática da educação inclusiva. Esse período é marcado pelo advento da educação inclusiva, pelo respeito às características do indivíduo frente ao processo pedagógico.

Estas transformações se intensificaram em 90, caracterizando-se como um esforço máximo para ajustar a educação às políticas neoliberais, especialmente no plano político-pedagógico, organizacional e de financiamento. Isso, portanto, alarmado por um discurso que subjaz a

questão ações reformistas qual seja o de enfrentar os trágicos problemas educacionais, identificados como dificuldades de aprendizagem dos alunos, a repetência, a defasagem, idade/série e a evasão escolar, já evidenciados anteriormente. Ou seja, esta é uma reivindicação na busca de qualidade da educação e combate ao fracasso escolar. Foram criadas medidas de contenção, podemos, assim dizer com a criação de ações pontuais como as classes de aceleração²³ e a progressão continuada e a organização de ensino em ciclos²⁴.

Desde então, o movimento de inclusão vem mobilizando diversos setores da sociedade, principalmente as escolas. Entretanto, embora lutemos para uma escola de boa qualidade “para todos”, e com todos, nem sempre defendemos as mesmas e radicais estratégias para enfrentamento para inserção de crianças e adolescentes na escola regular, seja ela em sua natureza ou em sua implementação, para atingir tais ideais.

A inclusão, como prática educativa é recente em nossa sociedade, isto porque as práticas anteriores de educação, como a exclusão, a segregação institucional e a integração de pessoas com necessidades especiais vêm gradativamente dando espaço, à inclusão. Isso se deve movimentos internacionais, como resposta à diversidade de alunos. A educação inclusiva tornou-se uma política aceita internacionalmente (PACHECO, EGGERTSDÓTTIR, MARINÓSSON, 2007). A partir das iniciativas tomadas da União Européia, das Nações Unidas, pela UNESCO, pelo Banco Mundial e por organizações não governamentais que contribuíram para um crescente consenso de que todas as crianças (não apenas as ditas normais, aquelas denunciadas nas estatísticas e que estavam fora da escola) têm o direito a ser educadas em escolas inclusoras, independentemente de suas deficiências ou de suas necessidades educacionais especiais.

Os termos *renovação escolar* e *reestruturação da escola*, segundo Stainback e Stainback (1999), também são usados em toda literatura profissional sobre a educação da década de 90. Esses termos significam coisas diferentes, mas em essência, são usados para descrever a necessidade de transformar as escolas públicas em instituições acolhedoras e sensíveis, capazes de responder de maneira humana e eficiente às necessidades específicas de todos os alunos. É necessário, pois, compreender que, embora a escola esteja buscando perscrutar esse caminho, de atenção e acolhimento às crianças e adolescentes portadoras ou não de necessidades educativas especiais, inaugura o sentimento de não poder realizar a tarefa de incluir a todos. Uma escola inclusiva é aquela que vai além de colocar pessoas em seu contexto. A escola é um lugar do qual todos fazem parte, pelo menos é assim que deve ser ou desejamos que seja. Um lugar onde todos são aceitos, onde todos ajudam e são ajudados por seus colegas e membros integrantes da comunidade escolar, para que suas necessidades educacionais sejam satisfeitas plenamente.

Sob este aspecto, ao discutir o mote de uma campanha para inclusão de crianças com deficiência no Brasil a partir de uma peça publicitária, Barros (2005, p. 126) assinala: “O Ministério da Educação vive, então, os frutos da contradição de reconhecer que não pode incluir a todos no sistema educacional, e neste os deficientes, **as crianças e adolescentes doentes** (grifos da autora). Vive o dilema de não poder cumprir os preceitos da inclusão no limite”.

É evidente que, mesmo ciente da impossibilidade de acesso e permanência de:

[...] todo tipo de crianças e adolescente deficiente: os com uma forma grave de autismo, aos com condutas agressivas como mutilação do próprio corpo, cujos impedimentos motores e comprometimento intelectual os impedem minimamente de equilibrar o pescoço, falar, usar as mãos e requerer a satisfação das necessidades orgânicas, colhidas então por uma fralda. (BARROS, 2005, p. 126).

As escolas e os profissionais que lá atuam (diretores, coordenadores, merendeiras, porteiros, secretários, e comunidade) devem sentir-se responsabilizados por cada filigrana de sua atitude em direção para construir esta escola acolhedora das diferenças. Fato é que as agências governamentais não têm como obrigar que as escolas regulares abram suas portas para acolher a “todos” da maneira como propaganda. O Governo reconhece sua própria limitação e impossibilidade de incluir a todos indistintamente, conforme denuncia Barros (2005).

2.3 A APROXIMAÇÃO DA DEFICIÊNCIA E DA DOENÇA COMO MODELO DE EXCLUSÃO

A política da Educação Especial, assim como outras políticas sociais em nosso país, encontra-se em crescente e constante mudanças. Esse impulso vem marcado pelos discursos acerca da atenção à diversidade, e da concepção de normalização da deficiência em torno do processo de integração e inclusão de crianças e adolescentes excluídas da escola comum, ou seja, da escola no ensino regular. Muito embora o objetivo deste trabalho não seja o de abordar como tema central a deficiência, pois, faz-se necessário, alguns recortes sócio-históricos no sentido desta aproximação para entendermos onde as pessoas doentes (principalmente crianças e adolescentes alvo desta pesquisa) se enquadram nesta política da educação inclusiva.

É necessário compreender, pois, o processo que acompanha as narrativas históricas, especulações e idéias construídas acerca da condição de anormalidade prescrita em uma pessoa com deficiência, seja física, orgânica ou psíquica. Sabe-se que há um grande interstício na abordagem histórica das pessoas com deficiência. Santos (2002) apresenta informações apontadas por Amaral (1995) e Mazzota (1982, 1993, 1996) que relacionam as representações das pessoas com deficiência a partir de concepções bíblicas, filosóficas e científicas em diferentes contextos históricos, como na Antiguidade Clássica (Grécia e Roma). A segregação e o abandono até a morte, na Idade Média. Convive-se com grandes contradições e ambivalências em relação as atitudes e sentimentos frente a deficiência desde os tempos mais remotos e em diferentes processos civilizatórios.

“Os deficientes mentais, os loucos e criminosos eram considerados, muitas vezes, possuídos pelo demônio” (BRASIL, 2004, p.9). A visão de culpa e pecado oscilava, principalmente em relação às pessoas cegas e surdas que desfrutavam segundo, suas crenças, de dons e poderes sobrenaturais.

Em Esparta, as pessoas portadoras de deficiências físicas ou mentais, conforme retrata Ceccim (2006), eram consideradas subumanas, sua eliminação e abandono estavam em consonância com os ideais atléticos e a potência dos guerreiros. Ao longo da História podemos destacar fatos que marcaram um longo período de exclusão e segregação destas pessoas, a saber: a primeira instituição para abrigar pessoas com DM (deficiência mental), numa colônia agrícola na Bélgica; a Prerrogativa Régis de 1935, a primeira lei que distingue doente de deficiente. Esta lei dá ao rei o direito de zelar dos bens (patrimônios e sobrevivência dessas pessoas sem ressarcimento).

As pessoas com deficiência adquirem o status de seres humanos e de criatura de Deus, o que lhes dá direito a sobreviver e receber cuidados para manutenção da vida, mas adquirem significados teológicos e religiosos paradoxais, serão os pequenos do bom Deus (como anjos), os portadores de desígnios especiais de Deus ou como presa de entidades malignas, às quais obviamente serviriam (vejam seus atos bizarros). (CECCIM, 2006, p.19).

As concepções da teologia e do cristianismo ortodoxo, com a hegemonia da noção de pecado, imprimem na pessoa com deficiência (aos doentes também) a culpa, e o castigo, para justificar “o exorcismo e as flagelações e torturas”, reforça o autor (CECCIM, op.cit).

Lepargneur (1987) retrata a secularização da fé personalizada no assistencialismo brasileiro²⁵ como aspecto da dimensão sacral para a existência individual e social e exemplifica que muito se falou das pessoas com lepra: “A lepra justificava particular atenção, como a tuberculose antontem, o câncer ontem, e a Aids hoje em dia” (op.cit, p.8). Para tornar a questão da exclusão destas pessoas, o exemplo mais clássico que ilustra o pensamento deste autor, é o da Igreja que ritualizava sua antiga segregação:

[...] durante a missa o oficiante lançava terra sobre a cabeça do infortunado, declarando-o separado do mundo em virtude do castigo divino; à guisa de consolo, lembrava-lhe que o tempo lhe era assim concedido para fazer penitencia por seus pecados Qual noviço ingressando numa ordem, o leproso recebia os indumentos de seu irremediável estado, inclusive lenço ou capuz para cobrir a boca e sineta ou matraca para afastar os transeuntes. (LEPARGNEUR, 1987, p. 18).

No século XVIII, a Europa que já sabia, aprendera na idade Média enfrentar a lepra epidêmica e devastadora, construíra hospitais, mais conhecidos como leprosário/hospícios, como meio alternativo para o novo momento. Em razão destes confinamentos, a doença de fato desapareceu, reaparecendo tempos depois.

A consolidação da concepção científica sobre pessoas com deficiência só acontece no século XIX, impulsionada pelos estudos de diversos autores que passaram a descrever cientificamente a etiologia de cada deficiência numa perspectiva clínica. Todavia, apesar de tais contribuições científicas, muitas pessoas com deficiência foram barbaramente eliminadas pelos nazistas que preconizavam a idéia eugênica de purificação das raças, baseados numa motivação aparentemente irracional, a partir do pressuposto de superioridade humana, segundo Lima P. (2006), e ainda hoje, práticas sociais da Antiguidade e da Era Moderna continuam a reproduzir tais modelos para isolar pessoas com e/ou sem deficiência.

Certamente, as formas de excluir, exilar, separar ou deixar alguém à margem foram redimensionadas ao logo do percurso histórico por contornos mais modernos (seja no mundo do trabalho ou nas interações sociais), adquiriram outras proporções, outros desenhos mais sutis e mais elaborados; as condições e os meios tornaram-se outros.

Num sentido mais contemporâneo desta discussão, nota-se que diferentes vieses se entrecruzam para se chegar à idéia de integração e, mais recentemente, o sentido de inclusão é atribuído não apenas para as pessoas com deficiências, mas para outras formas de exclusão social. Quem são esses “outros” excluídos? Almeida M. (2002) aponta que:

A existência dos excluídos acompanha a história da humanidade, já que sempre existiram pessoas vitimadas por processos de dominação e segregação, motivados por problemas relacionados com religião, política, etnia, sexo, gênero, economia etc., que tiveram predominância exclusiva ou combinada em cada momento histórico. (ALMEIDA M., 2002, p.62-63).

A indagação sobre o conceito de exclusão e suas formas de compreensão decorre do uso e aceitação da ordem que exclui. Assim, “a opção por construir a possibilidade de inclusão significa aceitar e manter a sociedade que produz a exclusão, ou seja, busca-se construir

mecanismos que possibilitem aos sujeitos integrarem o tipo de sociedade que está posto” afirma Almeida M. (2002, p.63).

Da forma que a autora afirma, fica evidente que a condição de exclusão/integração, seja decorrente também das situações diversas postas nos espaços e tempos experimentados por cada sociedade, como bem registrado no decurso da história da humanidade. Esses registros “apontam, demonstram, avisam, rotulam, estigmatizam, de forma a amputar características, quase sempre indelévels e definitivas, a determinadas pessoas, etnias, gênero, faixas etárias, tornando-as desviantes e desconsideradas em seus direitos de pessoas” (Carvalho R., 2006, p.48). São marcas impostas pela representação da exclusão social a cada um de nós. De uma maneira ou de outra, a experimentamos, ainda que tenhamos escolhido a condição de ficar à parte.

Recorro mais uma vez a Carvalho R. (op.cit) para reforçar o que considero estar no centro da produção de exclusão social: excluídos são todos aqueles rejeitados, negados e levados para fora de nossos espaços, dos nossos valores, vítimas de representação estigmatizante (o pobre, o doente, o deficiente, o velho, etc.).

A cada dia, eles e muitos de nós, vamos tomando consciência de que os mecanismos excludentes decorrem dos estigmas e preconceitos relativos às características biopsicossociais dos indivíduos e, também, de determinados fatores constitutivos da sociedade, geradores de tantas desigualdades. (CARVALHO R., 2006, p.48).

Para um entendimento mais claro a respeito do estigma, ocorre-me ressaltar os estudos de Erving Goffman (1982, p. 11) sobre estigma. Segundo o autor, o indivíduo experimenta a situação de inabilidade para “aceitação social plena”. O termo *estigma* foi criado pelos gregos para se referir a sinais corporais realizados com corte ou fogo evidenciando comportamentos

extraordinários ou condutas morais desviantes. “Atualmente, o termo é amplamente usado de maneira um tanto semelhante ao sentido literal original, porém é mais aplicado à própria desgraça do que à sua evidência corporal”.

Assim, na fala de Goffman (1982), é a sociedade que estabelece os meios para categorizar as pessoas e o total de atributos considerados comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Acrescenta, ainda que um “estigma é, na realidade, um atributo especial de relação entre atributo e estereótipo [...], em parte porque há importantes atributos que em quase toda nossa sociedade levam ao descrédito” (op.cit., p.13).

Uma pessoa que tem um diagnóstico de HIV/AIDS, por exemplo, passa a experimentar mais de perto as marcas da exclusão e de seu estigma em todos os sentidos, na família, no grupo de amigos e no trabalho. Da mesma forma que uma criança ou um adolescente que tem uma doença rara como leucemia, pouco percebida por outras pessoas do seu convívio social, como os colegas da escola, professores e amigos, porque as seqüelas não deixam marcas visíveis que o deformam como um a deficiência que pode mutilar algum órgão, mas, as marcas deixadas por aquela doença lhes imprimem debilidade, diminuição da capacidade físico-corporal para execução de algumas tarefas, como brincar naturalmente com seus colegas e realizar os exercícios escolares, também o impedindo de responder a outras expectativas sociais, o manterá isolado sob seu estigma: o de uma pessoa doente.

As sociedades estão sempre em busca da normalização, acreditando ser, portanto, igual, semelhante. Igual a quem? Pensar em diferença ou no diferente “é pensar na dessemelhança, na desigualdade, na diversidade” (CARVALHO R., 2006, p. 39) ou, como na Matemática, analogamente, utilizo a metáfora do caleidoscópio para entendermos o porquê de se pensar a

diversidade na diversidade; a diferença na diferença. O caleidoscópio é um jogo matemático, um aparelho óptico formado por um tubo cilíndrico, onde são dispostos pequenos fragmentos de vidros coloridos que se refletem longitudinalmente em pequenos espelhos inclinados, apresentando a cada movimento um sem-número de combinações e de imagens variadas.

Dessa forma também entendo a diversidade. Haverá sempre uma suposta característica ou um atributo, para verificarmos naqueles que queremos igual ou diferente, conforme nos orienta nosso olhar, nossa visão, refletida nos outros e em nós mesmos. A idealização da normalidade, implicitamente nos direciona a fazermos comparações. Quando se trata de atributos individuais ou grupais, pode-se constatar que há dessemelhanças do modelo por nós idealizado, sem que a variedade de manifestações de determinados atributos (como a cor dos olhos, dos cabelos, estatura...) crie algum impacto de percepção no outro, evidencia Carvalho R. (2006).

Diferenças como estas ressaltadas pela autora (idem) como normais ou comuns, geralmente, não interferem nas relações interpessoais.

O mesmo não ocorre quando a dessemelhança se deve a ‘diferenças significativas’(Amaral, 1998), em que um dos sujeitos, ou um grupo de sujeitos, por suas características físicas, sensoriais, mentais, psíquicas, não correspondem fielmente entre o modelo idealizado, dele desviando-se acentuadamente. (CARVALHO R., 2006, p. 39).

O que se observa é que, quando isso ocorre, gera impacto no olhar outro, dito normal provocando sentimentos de comiseração, assistencialismo, admiração e talvez inveja, se esta diferença for manifestada em um indivíduo que apresente altas habilidades intelectuais, por exemplo.



“Há escolas que são gaiolas. Há escolas que são asas. Escolas que são gaiolas existem para que os pássaros desaprendam a arte do vôo. Escolas que são asas não amam pássaros engaiolados. Existem para dar aos pássaros coragem para voar”.

Rubem Alves

3. CLASSE HOSPITALAR: UM ESPAÇO DE DESAFIO À EDUCAÇÃO

Neste capítulo será abordada de maneira direta, a questão de exclusão/inclusão, em se tratando de criança e adolescentes hospitalizados ou em situação de adoecimento, alunos potenciais da educação especial e inclusiva. Abordaremos mais especificamente da classe hospitalar no que tange aos aspectos legais, históricos e de avanços científicos. Assim também serão enfocados aspectos relacionados à saúde e doença.

3.1. UMA EXPRESSÃO DO DIREITO NA INFÂNCIA: A CLASSE HOSPITALAR E SEUS MOVIMENTOS NO BRASIL E NO MUNDO

Na contemporaneidade, tem-se constatado um avanço, ou certo deslocamento, da ação educativa para os mais variados espaços da sociedade. Esta ação e mobilidade ampliadas têm possibilitado também novos e diversificados espaços tanto para se pensar quanto para garantir o direito à instrução através da sistematização das práticas pedagógicas e educacionais. Cada vez mais se tem discutido o direito e garantias de acesso, permanência e melhores alcances nos padrões de sua qualidade. Por meio dos movimentos sociais, como as ONGs (Organizações não Governamentais), associações de bairros e em outros espaços sociais, igrejas e fundações filantrópicas, nos movimentos sindicais e políticos, tem garantido grande repercussão, principalmente através dos meios de comunicação de massa. Estas iniciativas denominadas como educação não-formal, por não comportarem administrativamente toda organização de um espaço formal como as escolas regulares, têm garantido outros lugares para alcance da educação.

Cambi (1999) afirma que a história da educação é (muito embora não estejamos aqui falando do seu processo histórico), hoje, um repositório de muitas histórias, dialeticamente interligadas e integrantes. Um complexo colocado sob óticas diversas e diferenciado na sua fenomenologia.

Sobretudo na modernidade, as políticas educativas se tornaram mais explícitas, já que mais dinâmicas, menos confundidas com a transmissão inconsciente da cultura, mais intencionais e programáticas. Não só, mas também produzidas por múltiplos agentes: pelo Estado e pela Igreja, também por partidos, por grupos sociais, culturais etc. Deste pluralismo de projetos toma corpo um processo complexo, caracterizado por exclusões e interferências, mas que estrutura em profundidade os processos de socialização e de formação dos indivíduos. (CAMBI, 1999, p. 31).

Este aspecto complexo da mobilidade educacional na sociedade é apresentado por Paula (2005) ao revelar em sua pesquisa²⁶ que os movimentos de educação não-formal têm crescido no Brasil em decorrência das ‘brechas’ que tanto o Estado quanto a educação formal têm deixado pelo descumprimento de ações que possam garantir os direitos evocados na proposta de “educação para todos” pela Unesco (União das Nações Unidas para a Ciência e a Cultura), em prol de que a educação chegue a todas as crianças em idade escolar. Aí também se insere o direito da criança hospitalizada, ou ainda, daquela que necessita de cuidados médicos e terapêuticos em seu domicílio, de ser assistida e atendida pela escola, por seu professor, especificamente, para prosseguir o processo de sua escolarização.

Todavia, apesar de as leis brasileiras, através da Convenção das Nações Unidas pelos Direitos da Criança, ratificada em 1990, promulgar que é dever do Estado: **“Assegurar que todos os setores da sociedade, e em especial os pais e as crianças, conheçam os princípios básicos de saúde e nutrição das crianças, as vantagens da amamentação, da higiene, do**

saneamento ambiental e das medidas de prevenção e acidentes”, o Decreto Lei nº 1044, de 21 de outubro de 1969, já assegurava tratamento excepcional para os alunos portadores de afecções no seu Artigo 2º **“atribuir a esses estudantes, como compensação de ausência às aulas, exercícios domiciliares com acompanhamento da escola, sempre que compatíveis com seu estado de saúde e as possibilidades de estabelecimento”**. Isso significa que, mesmo com dispositivos legais, não se traduz em garantia efetiva destes direitos.

Matos e Rodacoski (2008) retratam esta questão e acrescentam muitas crianças não tinham nenhum tipo de escolarização enquanto permaneciam internadas, por isso:

Em casos de doenças crônicas muitas vezes estes alunos abandonavam a escola, comprometendo muito mais seu futuro pois se por limitações físicas já não podiam participar integralmente da sociedade, as limitações cognitivas marginalizavam ainda mais.(MATOS e RODACOSKI, 2008, p.1).

No intuito de viabilizar a continuidade da escolarização destas crianças, não apenas no Brasil, mas, principalmente na Europa, surgem iniciativas através de ações voluntárias e associações, passando, tempos mais tarde, a se constituírem em ações mais pontuais e expressas através de leis e promulgações legislativas, denominadas, de forma geral, de educação em hospitais, aqui denominada de Classe Hospitalar.

Caiado (2003), ao realizar um estudo sobre a história da Educação Especial no Brasil, aponta que em 1600 (ainda no período colonial), foi organizado o primeiro atendimento escolar à pessoa deficiente, na Santa Casa de Misericórdia, na cidade de São Paulo. Esse dado se constitui em um marco histórico na trajetória entre saúde e educação que se entrecruza desde o nascimento da Educação Especial no país, como um modelo mais aproximado da classe hospitalar.

A Classe Hospitalar, Pedagogia Hospitalar ou Atendimento Pedagógico ao Escolar Hospitalizado são termos aproximados para denominar o atendimento pedagógico-educacional que ocorre em ambientes de tratamento de saúde, seja na circunstância de internação, como tradicionalmente conhecido, seja na circunstância do atendimento em hospital-dia, hospital-semana ou em serviços de atenção integral à saúde mental. Utilizaremos o termo Classe Hospitalar, pois este foi reconhecido pelo Ministério da Educação (ME), que por meio de sua Secretaria de Educação Especial (SEESP), elaborou um documento de estratégias e orientações que normatiza a oferta do atendimento pedagógico em ambientes hospitalares e domiciliares. Com base nas prerrogativas desse documento, cumpre a essa classe:

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

Qualquer aluno (seja ele da Educação Infantil, Ensino Fundamental, Médio ou Superior), ao longo de seu processo de escolarização, pode apresentar alguma necessidade educacional especial, temporária ou permanente, quer seja acometido por patologias ou acidentes (leves ou de alta gravidade) que necessitem de tratamento prolongado ou internações recorrentes. Estes alunos acabam ficando internados em uma unidade hospitalar para realização de procedimentos específicos como exames, cirurgias, entre outros. As exigências do tratamento e da estada passam a se constituir em necessidade educativa especial, cujo atendimento possível é o da Classe Hospitalar.

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

O documento que garante o direito da criança hospitalizada elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente (Conanda) apresenta vinte artigos que visam proteger a infância e juventude e servir de instrumento para garantia desses direitos. Dentre estes, se destacam o de nº 8, sobre o direito de **ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário**; e o artigo de nº 9, que diz respeito ao direito de **desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para saúde, acompanhamento do curriculum escolar durante sua permanência hospitalar**.

Segundo Vasconcelos [2004?], a classe hospitalar teve seu início em 1935, quando Henri Sellier criou a primeira escola para crianças inadaptaadas nos arredores de Paris. Seu exemplo foi seguido por outros países como Alemanha e Estados Unidos, com o objetivo de atender às dificuldades escolares das crianças portadoras de tuberculose. O grande marco para a existência das classes hospitalares se deu após a segunda guerra mundial. Havia um número expressivo de crianças e adolescentes mutilados e impossibilitados de frequentar a escola.

Estas limitações e exclusões fizeram emergir, principalmente dos médicos, a idéia deste atendimento.

Experimentada pelo pioneirismo de Merie-Louise Imbert, em 1929, 'A escola no hospital' (Reiner, 2003), funcionava junto a sanatórios em que as crianças ficavam hospitalizadas por muito tempo. Outras iniciativas como a de Marguerite Perrin, em 1945, com as *dames de jeu* (senhoras que entretêm), denominadas ainda de *les blouses roses* (as blusas cor-de-rosa), são referências de serviço para crianças enfermas.

Surge em 1939, o C.N.F.E.I. – Centro Nacional de Estudos e de Formação para a Infância Inadaptada de Suresnes, com o objetivo de formar professores, num tempo regular de dois anos, para o trabalho em institutos especiais e em hospitais, sendo criado o cargo de Professor Hospitalar junto ao Ministério de Educação na França. Este centro de estudos promove estágios em regime de internato dirigido a professores e diretores de escolas; a médicos de saúde escolar e a assistentes sociais (VASCONCELOS, [2004?]).

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

Reiner (2003) apresenta seis tipos de associações, no âmbito de crianças em hospital. 1. As associações cujo objetivo primário é a animação e lazer, 2. As associações de artistas, 3. As

associações cujo objetivo prioritário é dar continuidade à escolaridade, 4. As associações de acompanhamento e ajuda, 5. As associações locais de serviços e 6. As associações para doenças específicas, cada uma para dar conta de uma necessidade das crianças e adolescentes em tratamento de saúde, quer sejam em unidades hospitalares ou em seus domicílios. Em outros países como Portugal e Espanha, a escola no hospital vem sendo estudada desde a década de 80. Surgiram, por iniciativas dos movimentos sociais como as ONGs.

Em 2002, na Espanha, entre os direitos dos alunos está explícito o de receber a ajuda e os apoios necessários para compensar as carências e desvantagens de tipo pessoal, familiar, econômico, social e cultural, principalmente no caso de apresentar necessidades educacionais especiais que impeçam ou dificultem o acesso e a permanência no sistema educacional, nos casos de infortúnio familiar ou acidente. Segundo González (2007, p.344), “as situações educacionais especiais derivadas de problemas pessoais transitórios de saúde dos alunos de educação infantil e ensino fundamental internados nos centros hospitalares e de reabilitação são necessidades educacionais transitórias”. Portanto, os programas de compensação educacional já previam a criação de unidades escolares de apoio em instituições hospitalares. Estas voltadas para os alunos que, em virtude de suas hospitalizações prolongadas, não podiam acompanhar o processo normalizado da escolarização.

O que fica determinado no âmbito jurídico é o início da classe hospitalar sendo esboçado a partir da política de integração social dos deficientes, de acordo com González (2007):

Todos os hospitais tanto infantis quanto de reabilitação, e também aqueles que tiverem serviços pediátricos permanentes, da Administração do Estado, dos órgãos Autônomos dela dependentes, da segurança social, das comunicações autônomas e das corporações locais, assim como os hospitais particulares que regularmente ocupem, no mínimo, a metade de suas camas com doentes cuja instância e atendimento médico dependam de recursos públicos, terão que contar com uma seção pedagógica para prevenir e evitar a marginalização do

processo educacional dos alunos com idade escolar internados em hospitais. (GONZÁLEZ et al., 2007, p. 345).

Nesse contexto, a atenção ao escolar que precisa de cuidados com a sua saúde deve estar respaldada também na política da instituição hospitalar, que ao cumprir sua função não pode se contentar em tratar apenas um doente, um corpo, uma doença, mas uma pessoa como um todo integral, que deve ser respeitada, qualquer que seja sua idade e sua circunstância de adoecimento. Ceccim e Fonseca (1999a), sinalizam que crianças e adolescentes hospitalizados têm seu desenvolvimento ameaçado e se encontram em risco grave de reprovação e evasão escolar, caracterizando-se como alunos temporários da educação especial. Assim, o atendimento pedagógico-educacional na Classe Hospitalar, em enfermarias pediátricas pode atender às necessidades do desenvolvimento infantil e prevenir o fracasso escolar, apesar de ainda se manter em descrédito para as instâncias formais que não reconhecem como válidas as atividades desenvolvidas na classe hospitalar.

A Classe Hospitalar no contexto da educação especial busca recuperar a socialização da criança por um processo de inclusão. A criança tem de ser considerada em toda a sua globalidade dentro do hospital, pois ela é o centro em torno da qual a ação e a reflexão de todos deve se organizar. Quaisquer que sejam as razões da hospitalização envolvendo doenças graves ou benignas, agudas ou crônicas, caracteriza-se para a criança e o adolescente em uma experiência dolorosa e difícil. (CARVALHO A. et al, 2006, p.14).

Fato é que, quando uma criança necessita ser hospitalizada, nem sempre encontra um ambiente propício para suprir suas carências, tanto no que concerne à sua saúde quanto ao seu processo de escolarização. Muitas vezes porque na unidade hospitalar em que ela busca atendimento ainda não há garantias de implantação desta modalidade, ou por parte do professor que ainda não recebeu formação específica para atuar nos moldes educacionais pedagógicos, ou ainda, por falta de diálogo com a equipe multidisciplinar este não acontece de forma a garantir uma atenção integral como indicam Ceccim e Carvalho (1997).

Se pensarmos que para um adulto o enfrentamento de uma hospitalização não é bem vista, ainda que se tenha consciência de sua necessidade, imaginemos, então, como se sentem as crianças e os adolescentes? Logo se sentem ameaçados pela estranheza do espaço hospitalar. O espaço hospitalar é muito estranho, pois comporta uma série de procedimentos que não fazem parte de sua rotina, de seu cotidiano. Ademais, este não se configura socialmente como um espaço de agradável aceitação. A hospitalização é uma ameaça constante à sua liberdade, sua privacidade e conseqüentemente, à sua identidade. Uma medida impactante: ao ser hospitalizada, a criança recebe um número que a identificará para a dinâmica dos procedimentos terapêuticos.

Ao deixar sua casa, pais, colegas, babás, vizinhos, amigos, irmãos, brinquedos – que muitas vezes podem ser deslocados para o hospital, mas nem sempre há condições para todos (muitas famílias residem em localidades muito distantes, o que as impossibilita de desfrutar de alguns benefícios); as brincadeiras nem sempre podem ser deslocadas de um lugar para outro, porque dependem de interações, envolve criação, inventividade, dificultando o processo de adaptação. A escola e seus colegas também compõem uma rede de significados que são confrontados quando a criança é inserida em um ambiente hospitalar, pois as regras, apesar de não serem tão claras, se fazem cumprir com as novas rotinas ali estabelecidas: horários para assepsia, alimentação, exames e reuniões médicas.

Com o processo de humanização nos hospitais, muitas crianças e adolescentes podem contar com a presença constante de um de seus pais ou responsável, o que lhes garante maior confiabilidade para acolher as orientações e auxiliar a equipe de saúde no melhor resultado da intervenção terapêutica. Isso não significa que não possa ocorrer extremo isolamento em

alguns casos. Muitas crianças e adolescentes acabam permanecendo o período de hospitalização, sozinhas, sob os cuidados de terceiros (quer sejam cuidadores ou outros acompanhantes), em razão de diferentes situações, ou por abandono expressivo ou, ainda, por algum problema situacional da família (emprego, ausência de outro familiar que possa acompanhá-lo, etc.).

A convivência obrigatória com desconhecidos (desde a equipe médica até os companheiros de enfermagem e visitantes) agrava a qualidade na assistência. Estes sujeitos trazem consigo seus costumes culturais que são violentados, quando confrontados com outros agravantes mantenedores do processo de exclusão.

A exclusão da criança por qualquer que seja o motivo, principalmente a escolar, gerados pela “estigmatização” (GOFFMAN, 1982) de algumas doenças ou de condutas terapêuticas que resultam em amputações, queda de cabelo, ostomias, cicatrizes, perda acentuada de peso, etc.; a desistência da escola pela necessidade freqüente por reinternações ou outros procedimentos prolongados; o descrédito no potencial de aprendizagem quando há a crença de que a criança está fraca e debilitada; da possível perda vivenciada pelo risco constante da morte; e ainda, as reprovações em decorrência do afastamento, das faltas e da impossibilidade de seguir o currículo proposto pela escola, todos estes aspectos justificam a existência da classe hospitalar. Ceccim e Fonseca (1999a) indicam que esta também tem um papel importante no âmbito sóciopolítico. Eles destacam que o acompanhamento pedagógico na classe hospitalar pode superar os limites de um acompanhamento escolar feito no hospital, pois este:

[...] se ocupa das operações cognitivas e das operações pedagógicas de agenciamento do aprender, podendo, inclusive, intervir nos problemas de aprendizagem (infelizmente freqüentes em crianças que adoecem ou precisam de afastamento da escola). As possibilidades que o conhecimento dá ao afeto permitem que a criança pense e compreende melhor sua situação e sua

condição em uma aceitação ativa (construção cognitiva) e não em uma submissão ou resignação. (CECCIM E FONSECA, 1999a, p. 35).

O que se entende, a partir da análise deste processo, mostra a dificuldade de adaptação do atendimento escolar no espaço hospitalar, uma vez que este tem exigências diferentes da escola comum. Os espaços e os tempos da e para aprendizagem para crianças e adolescentes que experimentam o processo de hospitalização seguem regularidades e intensidades diferentes da experimentada em sua escola de origem, além das demandas intelectuais, às necessidades de pertencer a uma comunidade afetiva e de inclusão sócio-interativa, como indica Ceccim (1999):

Em sua prática pedagógico-educacional diária, visará à continuidade do ensino de conteúdos da escola de origem da criança e/ou o trabalho educativo com conteúdos programáticos próprios a cada faixa etária das crianças hospitalizadas, levando-as a sanarem dificuldades de aprendizagem e/ou a oportunidade da aquisição de novos conteúdos intelectivos, além de proporcionar intervenção pedagógico-educacional não propriamente relacionada à experiência escolar, mas que vise às necessidades intelectuais e sócio-interativas do desenvolvimento e da educação da criança hospitalizada. (CECCIM, 1999 s.p.)

Neste espaço, a criança experimenta, também papéis sociais além do papel de filho, outros: colega, primo, companheiro, amigo, confidente, companheiro de infortúnio, conselheiro. A escola se configura como algo muito além de um espaço especificamente onde se aprende conteúdos escolares. Assim para a criança hospitalizada ficar distante, reclusa deste espaço de trocas vivenciais torna-se penoso. Dessa forma, o professor não deve restringir-se apenas ao que está acostumado a desenvolver no espaço formal da sala de aula, sendo possível realizar atividades no leito, ou no espaço disponível das enfermarias, corredores, etc., adequados à atenção dos alunos-pacientes.

Muitas pesquisas vêm sendo realizadas evidenciando a importância deste atendimento. Fonseca, pesquisadora da UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), realiza anualmente um mapeamento das escolas hospitalares existentes no Brasil. Neste estudo ela verifica que muitas classes têm vínculos de pesquisa e extensão universitárias com faculdades de educação ou medicina e seguem roteiros próprios, orientados por teorias específicas do saber em educação ou em saúde. Esta prática contribui para a formação universitária em pedagogia, medicina, terapia ocupacional, educação física, psicologia, além das licenciaturas em letras, artes, matemática, ciências, envolvendo-as na elaboração do conceito mais amplo da educação especial com na formação da equipe multiprofissional, multidisciplinar.

Compreender a formação destes profissionais no contexto social, heterodoxo como o do hospital, contribui para acessar um conhecimento processado a partir das construções vivenciadas sob a perspectiva das possibilidades e limites, seus e dos outros.

Paula (2002) reafirma que muitos hospitais públicos de excelência, apesar de enfrentarem crises econômicas, contornam esta situação, contratando profissionais de áreas afins da área de saúde, para atuarem, dando suporte ao atendimento médico e auxiliarem tanto no tratamento, quanto na abordagem dos aspectos físicos, afetivos, sociais e cognitivos das crianças e dos adolescentes hospitalizados, a exemplo do pedagogo.

A entrada destas áreas no trabalho dos hospitais tem possibilitado novos olhares e enfoques sobre este ambiente em favor da situação de hospitalização das crianças e dos adolescentes, os quais buscam construir uma imagem, desde a infância, como seres ativos e capazes de realizar ações e interagir com o ambiente que os cercam, assim como compreender suas doenças e seus processos de recuperação.

A classe hospitalar, conseqüência de exigências legais, conta hoje com documento diretriz, elaborado por especialistas reconhecidos na área, em 2002, pelo ME (Ministério da Educação), que serve de referência para o atendimento às crianças e jovens hospitalizados, necessitando, portanto, da construção de uma concepção curricular, de estrutura, de funcionamento que deverá ser amplamente debatida, sobretudo com os profissionais que atuam nas classes hospitalares (professores, coordenadores, representantes de escolas regulares, representantes das equipes multidisciplinares).

3.1.1 Recortes sobre o estado da arte

Nos últimos anos, a temática da manutenção curricular ao escolar hospitalizado tem ganhado espaço no Brasil como objeto de estudo em diversas áreas de conhecimento, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, revelando que mesmo, sendo garantido por lei, esse direito tem sido negado a tantas crianças que não podem usufruir seus direitos de forma legítima. Esses estudos buscam não apenas refletir a questão da hospitalização, seus processos de humanização, seus sistemas organizativos, práticas e adequações pedagógicas, mas também refletir as concepções que se tem da pessoa em situação de adoecimento, buscando contribuir pra modificar determinadas práticas que consideram a doença e não a pessoa doente.

Considerando que a condição de vida de muitas crianças e adolescentes brasileiros hospitalizados é bastante precária, muitos ainda se esforçam para acompanhar as atividades escolares envolvendo-se nos trabalhos desenvolvidos na Classe Hospitalar, cientes que não terão a oportunidade de retorno para sua escola, o que reflete a ausência dos direitos das

classes populares em nosso país, esse aspecto evidencia o quadro da evasão e repetência escolar que envolve diferentes situações e é bastante complexo.

Paula (2004), em sua pesquisa realizada no Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce sobre a *práxis* pedagógica no contexto da Educação Hospitalar, revela que:

Existem crianças que estão matriculadas e freqüentam as escolas oficiais sem terem sido reprovadas. [...] Existem crianças que já passaram por diversas reprovações que abandonaram a escola. Há também aquelas que nunca foram a uma escola. (PAULA, 2004, p.39).

Embora não se possa tecer conclusões generalizadas, o fato é que muitas crianças e adolescentes que chegam nos hospitais, nunca freqüentaram uma escola, e tantas outras têm seu processo de escolarização interrompido por sofrerem discriminações em relação à doença.

Apesar das diretrizes que normatizam o atendimento ao escolar em situação de hospitalização, e dos movimentos em defesa da escola inclusiva e de boa qualidade para todos, principalmente para os portadores de necessidades educativas especiais, em razão da exclusão e das dificuldades a que muitas crianças e adolescentes estão submetidos no sistema escolar, ainda são diminutas as pesquisas que se propõem a discutir o processo de manutenção e garantias desses direitos.

As práticas educacionais dentro do ambiente hospitalar objetivam-se por atender crianças e adolescentes que permanecem internados (mesmo que seja por curto período de tempo/permanência) em cuidados com a saúde. As pesquisas produzidas por Ceccim (1997) Fonseca (1999) Matos (1998) Paula, Gile Marcon (2002) Matos e Muggiat (2001) Fontes (2005), Carvalho e Jesus *et. alii* (2006), tratam desses aspectos. O atendimento da classe

hospitalar caracteriza-se por atividades de acompanhamento da escolarização, reabilitação da escrita (para pacientes que perderam essa habilidade), avaliação e acompanhamento de crianças e adolescentes com distúrbios de aprendizagem, alfabetização, discussões culturais e construção de conhecimentos, bem como, encaminhamento de crianças a escolas regulares (política de inclusão). A idéia de inclusão, se reflete numa linha mais ampla do que simplesmente inserir essas crianças em seu grupo escolar de origem, pois implica dar outra lógica para a escola, de maneira que não seja possível pensar na possibilidade de criança nenhuma estar fora da escola. Em seu artigo “Políticas de inclusão: escola gestão da aprendizagem na diversidade”, Figueredo [2004?] discute o processo de inclusão sob dois aspectos importantes, a importância da escola na constituição do sujeito e a gestão da aprendizagem na diversidade.

Se a escola permite o desenvolvimento de atitudes e o acesso aos conhecimentos que torna as pessoas mais aptas a interagir no espaço da sociedade, ela se faz, então, ferramenta indispensável para todas as crianças e não somente para aquelas tidas como normais. (FIGUEIREDO [2004?])

As crianças que se encontram em situação de hospitalização, que são portadoras de doenças crônicas ou degenerativas, representam uma parcela dos excluídos do sistema de ensino oficial e, conseqüentemente, enfrentam barreiras para acompanhar as tarefas escolares e dar continuidade ao seu processo de escolarização. Sendo assim, a implantação das equipes multidisciplinares, onde diferentes profissionais começam a fazer parte desse cenário, possibilita o contato e o diálogo das pessoas enfermas com diferentes áreas do conhecimento e abordagens sobre a doença e a hospitalização.

Paula, Gil & Marcon (2002), fazem referência aos hospitais que implantaram em seus ambientes um espaço para socialização de práticas lúdicas com a presença das

brinquedotecas. Foi mapeado no Estado do Paraná um número de oito hospitais que utilizam brinquedos em suas propostas de trabalho, ficando evidenciado que cada uma possuía identidade própria, uma concepção de criança, do brincar e de saúde, aspectos que se faziam presentes em cada projeto desenvolvido. Masetti (1999) aborda a experiência fora do comum, com a presença dos Doutores da Alegria (palhaços), como um encontro salutar entre a saúde e a alegria como possibilidades para uma brincadeira, um desenho ou uma música dentro do ambiente hospitalar. São encontros coloridos reaproximando o cotidiano deixado fora do hospital. As práticas recreativas, artísticas e culturais caracterizam-se pelo aspecto da socialização, da integração dos pacientes no ambiente hospitalar.

Já Lakatos (2001) sinaliza para as novas tendências e iniciativas que tomam conta dos hospitais brasileiros com a inserção salões de beleza, parques, oficinas de artes e ludoterapia. Esse movimento faz parte de uma revolução de valores que está mudando para melhor, a cara da pediatria no país.

O trabalho desenvolvido junto às crianças hospitalizadas mostra claramente o quanto se torna necessário uma reflexão urgente e conseqüente mudança quanto aos aspectos saúde e doença vigentes; traduzindo uma nova abordagem na assistência à criança doente, é o que discute Chiattonne (1986), Alamy [2001?], Chagas (2003), Thomas (2003).

Medeiros & Gabardo (2004), mediados pela teoria da psicologia comportamentalista, discutem questões dos aspectos da relação professor-aluno, tão importantes para compreensão da escola e das práticas escolares no ambiente hospitalar, a atenção dispensada pelo professor aos alunos, os estímulos apresentados por eles e as respostas dadas pelo professor em relação às necessidades dos educandos. Os resultados dessa pesquisa revelaram que, muitas vezes, o

professor que lida com a situação de hospitalização encontra-se despreparado para lidar com a situação de saúde/doença do aluno-paciente. Isso reflete, portanto, a constituição dos sistemas que atuam paralelamente e que atuam concomitantemente com a construção dos projetos pedagógicos nas escolas nos hospitais, a formação do professor para atuar nessa área e dos objetivos centrados na construção do currículo escolar e de outros aspectos que colaboram na construção do sujeito.

Barros (1999) retrata sua experiência com crianças e adolescentes hospitalizados em uma enfermaria de reabilitação infantil para doenças do aparelho locomotor. A modalidade de classe hospitalar corresponde, nessa instituição, ao “acompanhamento do *currículum* escolar” como “acompanhamento escolar” pela especificidade de assistência da clientela atendida em um hospital de reabilitação para doenças do aparelho locomotor, onde a atenção e atuação das práticas escolares mais do que nunca, neste ambiente, atinge outra dimensão readequada a este contexto. A autora coloca em discussão a importância do atendimento de classe hospitalar como modalidade de educação especial que não deve restringir-se apenas à demanda de acompanhamento do currículo, mas avaliar a performance acadêmica que envolve cada criança e adolescente, tomando como base as variáveis que os envolve. Ou seja, analisar o processo entre a resolução individual de problemas e tarefas cognitivas mediados pelas zonas de desenvolvimento, presentes em cada indivíduo.

Ao lado de Piaget, de Vygotsky e de Wallon, Paulo Freire nos dá uma contribuição importantíssima, colocando-se de maneira bem clara à questão da aprendizagem: “Aprender não é natural, aprender é cultural”. Essa concepção alia-se à idéia de que o ser humano constitui-se enquanto tal na sua relação com o outro social. A aprendizagem, então, começa no meio social. “O contato com este, na espécie humana, nunca é direto: é sempre

intermediado pelo social, tanto em sua dimensão interpessoal quanto cultural” (LA TALLE, OLIVEIRA M., DANTAS 1992.p.38).

Gadotti (2001) sinaliza que é na prática pedagógica, no ato de educar que o educador se educa e não o contrário. A ação de educar é um ato particularmente relevante e exige constante esforço de atenção e de renovação de si mesma, se considerarmos que não existem propriamente escolas de educação. Sendo assim:

O educador consciente dos limites de sua ação pedagógica procura educar-se educando, aprender ensinando, sem renunciar ao risco de indicar um caminho. A falha fundamental de algumas pedagogias contemporâneas consiste exatamente nisto: na renúncia ao que é essencial à tarefa pedagógica, isto é, assumir o risco de indicar a direção a seguir. Indicando um caminho, o educador pode errar e, percebendo que está errado, terá a oportunidade de modificar sua orientação. Essa orientação, contudo, não se confunde com manipulação, porque a direção apontada pelo educador nasce no diálogo estabelecido entre ele e o educando. (GADOTTI, 2001, p.88).

Esse caminho aponta para as mudanças que estão acontecendo de forma gradual, tanto nas escolas, permitindo que o professor se perceba como ser político, pesquisador, agente de transformação, como na sociedade em geral, em função das demandas políticas e dos movimentos sociais decorrentes das lutas permanentes pela defesa da qualidade de vida no que se refere às lutas de liberdades civis, aos direitos sociais, entre eles o direito à saúde e a educação.

É evidente, que na construção do presente e futuro da sociedade da informação, segundo Casassus (2002), a educação é um elemento crucial tanto para o desenvolvimento das pessoas e de suas comunidades quanto como um meio para reduzir a desigualdade social e favorecer a integração social. Assim, temos presenciado muitas iniciativas destinadas a produzir mudanças e melhorar a qualidade e a equidade da educação.

Arosa e Shilke (2007) falam da idéia alimentada por um grupo de professores da cidade de Niterói no Rio de Janeiro a se organizarem em torno da temática da Classe Hospitalar a partir do processo de formação continuada que o grupo vivenciou.

Este investimento permeou as diversas discussões, tendo como ponto de partida as indagações do saber/fazer pedagógico que se inscreve neste contexto diversificado: o hospital. Ademais, da pouca investida nos trabalhos já publicados sobre a prática pedagógica em espaço hospitalar e, por conseguinte, a ausência sobre a adequação quanto à nomenclatura a essa modalidade de ensino enquadrada na Educação Especial, Arosa e Shilke (2007, p.12), afirmam: “[...] o programa de Pedagogia Hospitalar tem por objetivo proporcionar às crianças e adolescentes internados o estreito contato com o saber, compreendendo que o processo de aprender-ensinar amplia as possibilidades e não o determinismo”.

Segundo esses autores, quando se quer produzir uma reflexão sobre a da ação pedagógica no espaço hospitalar, surge, uma primeira questão para revelar outras, “[...] existe uma Pedagogia Hospitalar? Ou melhor: existe um conjunto de pressupostos que orienta essa prática educativa que a torna diferente daquela desenvolvida no espaço escolar, ou na sociedade de modo geral?” (AROSA e SHILKE, 2007, p. 23).

Sem pretensão de responder a esta questão lógica e conceitual acerca da Pedagogia Hospitalar, conforme Arosa e Shilke apontam, Taam (2004, p.141) sinaliza que “temos que reconhecer e assumir o que sentimos, para que a ação pedagógica não seja apenas algo que faça sentir melhor, a nós próprios”. Nesse sentido, toda reflexão sobre o assunto não anula o fato de o hospital apresentar uma rotina, espaço e tempo diferentemente da apresentada em

uma escola regular, a qual se inscreve na educação formal. Ao contrário, a circunstância da hospitalização é o que difere, o campo da atuação educacional, senão estaremos reproduzindo um fazer em nome da qualidade educacional. Questiona-se, como não pensar na qualidade educacional das minorias como a das crianças hospitalizadas quando somadas a outras minorias como as crianças autistas, as crianças portadoras de deficiências, as indígenas, as das zonas rurais, as institucionalizadas nos orfanatos, etc? Que qualidade lhes é dispensada ou que pedagogia lhes é garantida?

No esquema que se segue, pode-se verificar a relação existente entre a classe hospitalar, o professor e os diferentes profissionais que participam da vida da criança e do adolescente hospitalizado.

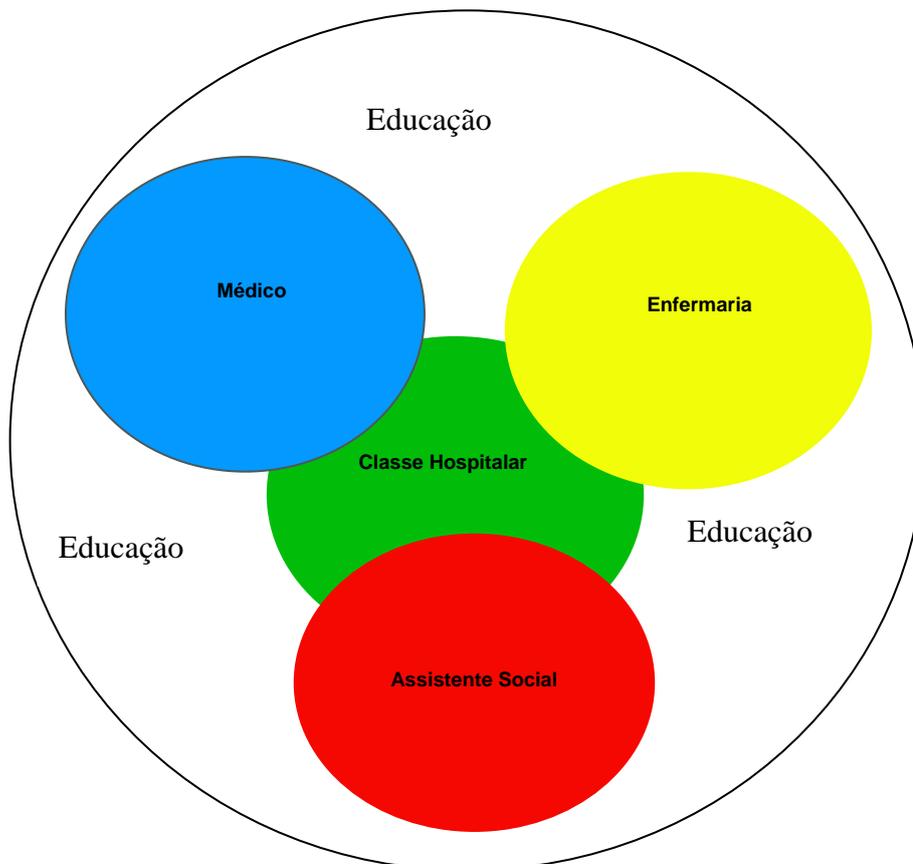


FIGURA 1- ATENDIMENTO INTEGRAL (GONZÁLEZ, 2007, p.348)

Lavone e colaboradores (1984) *apud* González e Cols (2007, p. 348, 349) destacam “a importância do professor das classes escolares dentro do hospital e da equipe multidisciplinar como recurso terapêutico capaz de modificar a evolução clínica da doença e como elemento indispensável para garantir a continuidade do processo escolar infantil depois de a criança ter superado a doença que tinha no momento da hospitalização”.

Todavia, é bom lembrar que o professor hospitalar ou pedagogo hospitalar, nos termos que Lavone e colaboradores mencionam como “recurso terapêutico”, não implica que este deve substituir o lugar do psicólogo, do terapeuta ocupacional, entre outros. O professor tem, por sua vez, o papel de contornar as situações mais dolorosas que interferem no estado emocional e psicológico da criança e do adolescente. Poderíamos, grosso modo, dizer que, ao romper os limites disciplinares da tarefa de ensinar e aprender, compreensivamente não diminui a tarefa do professor, tão pouco anula sua ação.

Segundo Taam (2004, p.91), aceitar a interdisciplinaridade dos acontecimentos e das situações que ocorrem dentro do hospital, não faz com que o professor esqueça a natureza das questões que o levaram até lá: “o papel da professora no hospital e as possibilidades de uma ação que contribua para redução do sofrimento infantil, no período da hospitalização.”

A produção literária sobre os aspectos da criança hospitalizada é inaugurada, no Brasil, com a publicação da autora Lindquist (1993), doutora pela faculdade de medicina na Suécia. O livro, traduzido por Raquel Zumbano Altman²⁷, apresenta o enfoque da Ludoterapia ou a ‘terapia pelo brinquedo’ como recurso terapêutico às crianças hospitalizadas.

Um ano antes, a psicóloga Maria Olimpia Saikali (1992), através de uma pesquisa, buscou caracterizar o desenvolvimento cognitivo de crianças portadoras de anemia falciforme, com base no acompanhamento de dois sujeitos atendidos pelo programa de Hematologia da Faculdade de Ciências Médicas de Botucatu (Unesp). Os instrumentos para observação lhe permitiram avaliar: 1.o desempenho na leitura, escrita e conceitos, 2. desempenho escolar dos sujeitos inseridos em seu grupo e, 3.desenvolvimento e ajustamento familiar e social dos sujeitos. Os dados da pesquisa de Saikali (1992) revelaram que a doença por si só, não se constitui em causa de inadequado desempenho escolar, se for bem compreendida e administrada por todos os envolvidos com a criança falcêmica.

Constatamos neste estudo, que a produção bibliográfica nesta área, é ainda muito reduzida, isto porque; as investidas para implantação das classes hospitalares no Brasil ganhou maior impulso a partir da segunda metade da década de 90, mais precisamente em 1998. Havia “30 classes hospitalares, distribuídas em dez unidades federadas e Distrito Federal”, declara Menezes (2004, p.8). No ano seqüente, este número sobe para “75 hospitais, ou seja, aproximadamente 2% dos quase 4 mil hospitais brasileiros que oferecem atendimento escolar espalhados por 15 Estados”, aponta Viktor (2003, *apud* Menezes, 2004, p.9).

É nesse período que os primeiros autores brasileiros enfocando o tema começam a despontar. É publicado o livro **Criança Hospitalizada: Atenção Integral como Escuta à Vida**, tendo como organizadores Ceccim e Carvalho (1997), envolvendo quarenta e duas pessoas. Entre as áreas de procedência profissional, encontravam-se estudantes ou profissionais de pedagogia, fisioterapia, educação física, medicina, nutrição, psicologia, enfermagem e um grupo de técnicos de enfermagem. Os autores já sinalizavam para o aspecto multidisciplinar na atenção à criança hospitalizada:

O livro não vem registrar/demarcar nenhum território, nenhuma idealização, nenhum modelo. Ele decorre objetivamente de um encontro de um encontro do Projeto de Extensão Atendimento Pedagógico à Criança Hospitalizada com o Serviço de Internação Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Dois territórios, *estranhamente* estranhos, a Faculdade de Educação e a Faculdade de Medicina, dedicadas a pensar/atender crianças por força das vocações da pediatria (saúde) e da escola (educação) que de repente começam a trabalhar juntas e em lugar de achar demarcações, diferenças de identidade, especificidades de divergência começam a afrouxar fronteiras e a permitir a potencialização do ver/ouvir/sentir/perceber a criança. (CECCIM E CARVALHO 1997. p. de apresentação).

Kosinski (1997, p.74) sinaliza a ajuda da psiquiatria (Ajuriaguerra, Freud e sua filha Ana Freud), da psicanálise (a francesa Françoise Dolto e o brasileiro Jurandir Freire Costa), da medicina social (Orlandi,1985), da psicoterapia do oprimido do argentino Alfredo Moffat, como aportes teóricos vindos de muitos lados para auxiliar ao pedagogo a compreender a enfermaria pediátrica e as crianças ali internadas. Em contraponto denuncia que as ‘classes’ já implantadas sofrem um problema de identidade. Embora sejam “anexos de uma escola da rede municipal, não fazem, de fato, parte de escola alguma: por outro lado, embora funcionem dentro do hospital, não fazem parte dele”.

O que já demonstrava, portanto, a ausência de suportes administrativos dos órgãos públicos para respaldar o trabalho dos professores e a insuficiência na formação destes para atuarem nos hospitais.

Os educadores são preparados pra atuar em escola como se fosse o único campo de atuação possível ou necessário. Quando se vêem numa enfermaria pediátrica (são raros, mas existem), a solução que encontram é improvisar, deixar-se levar pela intuição e o senso comum. (KOSINSKI, 1997, p. 75).

A relevância da aproximação dialogada entre as instituições de saúde e ensino não é recente. O que é recente neste diálogo é a percepção de possibilidades de aprendizagens que tanto a área da saúde, quanto à área da educação pode valer-se para contribuir na recuperação e

reintegração de crianças e adolescentes ao seu curso normal de vida. Araújo e Arrais (1997) enfatizam questões pertinentes sobre o papel da escola junto aos sobreviventes²⁸ de câncer na infância. Destacam que em razão da atuação do pedagogo no contexto hospitalar, estes, passaram a receber treinamento por mérito, e a desfrutar de programas especiais de formação em função dos relatos e discussões em torno desta questão. É importante acrescentar ou lembrar as dificuldades e os prejuízos enfrentados por uma criança ou adolescente que recebe o diagnóstico de câncer e passa a ser paciente:

[...] prolongadas hospitalizações por intercorrências clínicas (como infecções virais e bacterianas) ou por impedimentos institucionais para a pronta realização de exames e avaliações (equipamentos defeituosos, falta de pessoal técnico especializado) debilidade física em decorrência dos efeitos colaterais terapêuticos (irritabilidade, náuseas vômitos, dor; alteração da imagem corporal (emagrecimento, obesidade edemas, perda de cabelo, possíveis mutilações); e eventuais perdas sensoriais e funcionais). (ARAÚJO e ARRAIS, 1997 p.8-9).

No que diz respeito aos resultados de pesquisas com sujeitos sobreviventes de câncer, as autoras revelam que, nos próximos anos, um em cada mil jovens adultos, entre 20 e 29 anos de idade haverá um sobrevivente de câncer. Por outro lado, discutem as contradições que estes dados revelam. A maior dificuldade neste enfrentamento é a pouca motivação para assumir projetos de vida em longo prazo (principalmente a escolarização extensa), já que as dificuldades iniciais de inserção e reinserção sociais são superadas.

Alguns estudos empreendidos nesta área comportam explicações pouco abrangentes, em relação às especificidades e complexidades do trabalho realizado nas diversas escolas hospitalares. A relação entre as práticas e práxis pedagógicas, a atuação e formação dos docentes, relação e condições de trabalho e aprendizagens a que estão submetidos alunos e professores, aspectos organizacionais/gestão e tantos outros aspectos, necessitam ser mais

explorados, considerando, com grande relevância, a trajetória e implantação dessas classes, conforme dados apresentados por Fonseca (1999) na tabela a seguir:

Ano	Número de C. H.
Até 1950	1
1951-1960	1
1961-1970	1
1971-1980	1
1981-1990	8
1991 até 12/ 1997	9
Sem informação	9
Total	30

TABELA 1: Implantação classes hospitalares no Brasil (FONSECA, 1999, p.9)

Há um crescimento a partir de 1981, tempo em que a ação de implantações dessas classes surge com maior expressividade, coincidindo com o redimensionamento do discurso social sobre a infância e a adolescência culminando assim, com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e seus possíveis desdobramentos. Estas classes estavam assim distribuídas pelas cinco regiões brasileiras em 1999.

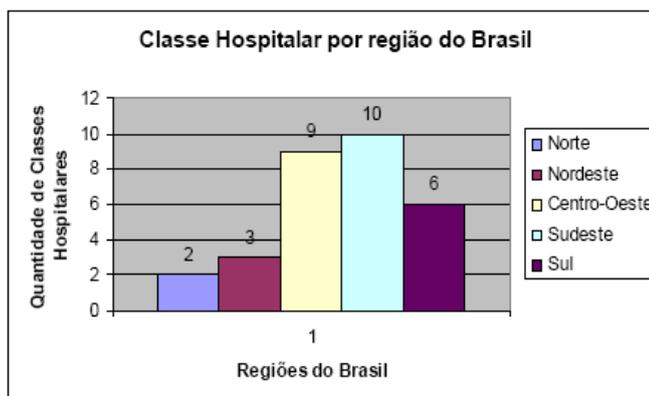


GRÁFICO 5: Quantidade de Classes em 1999.
www.escolahospitalar.uerj. br

Em 2003, esses dados já apresentavam outra realidade com um quantitativo de 105 Classes hospitalares, representando um número considerável na cobertura de escolarização de crianças e adolescentes:

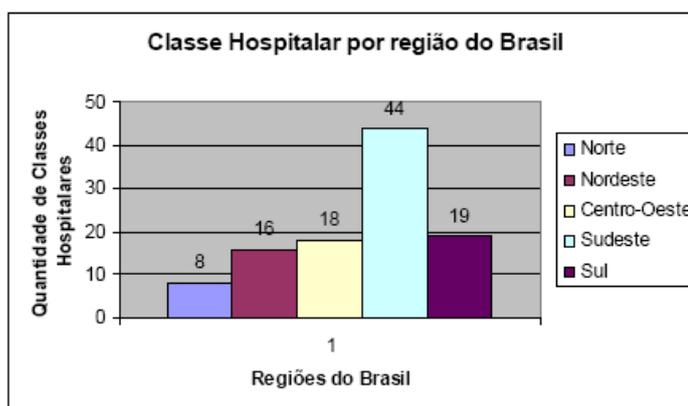


GRÁFICO 6: Quantidade de Classes em 2003
www.escolahospitalar.uerj.br

Comparando um período e outro, se constata um crescimento quase três vezes maior em unidades de atenção à criança hospitaliza. O que não significa que haja atendimento em relação ao número de cobertura em hospitais de acordo com a demanda de internações existentes no país. O relatório apresentado pelo Ministério da Saúde²⁹ em 2006, mostra que no período entre 1998 e 2003, foram referidas cerca de sete internações por 100 habitantes num total de 12 milhões e 300 mil, 20% das quais reinternações. Algumas considerações estão relacionadas à participação integral do SUS no financiamento das internações em alguns estados, como 84 a 89% Roraima, Paraíba e Ceará, a 52% em São Paulo e 58% no Rio de Janeiro. Além disso, ocorreu uma intensa ampliação do acesso aos serviços de saúde no Brasil, entre 1998 e 2003: 80% da população afirmam ter um serviço de saúde de referência, e a tendência é de crescimento.

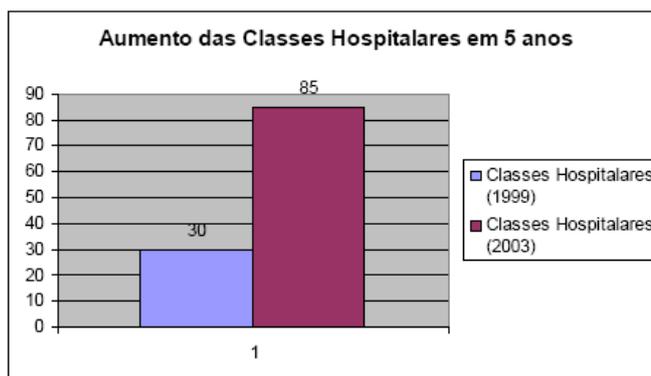


GRÁFICO 7: Aumento das Classes entre 1999 e 2003
www.escolahospitalar.uerj.br

A quantidade de unidades hospitalares em todo território nacional, é razoável, ainda não se pode dizer que todos são atendidos. Efetivamente, o que se espera, não é um crescente de pessoas doentes, mas garantias, à população mais carente, de melhor qualidade de vida, aí incluídos os direitos mais elementares: alimentação, moradia, saneamento básico, lazer, transporte e condição de trabalho e educação de qualidade.

Eneida da Fonseca³⁰ apresentou no 6º Congresso of HOPE on Hospital Education, em 4 -7 de junho de 2008, em Tampere, na Finlândia, dados mais recentes, num quantitativo de 112 escolas e 313 professores atuando nas classes hospitalares no Brasil.

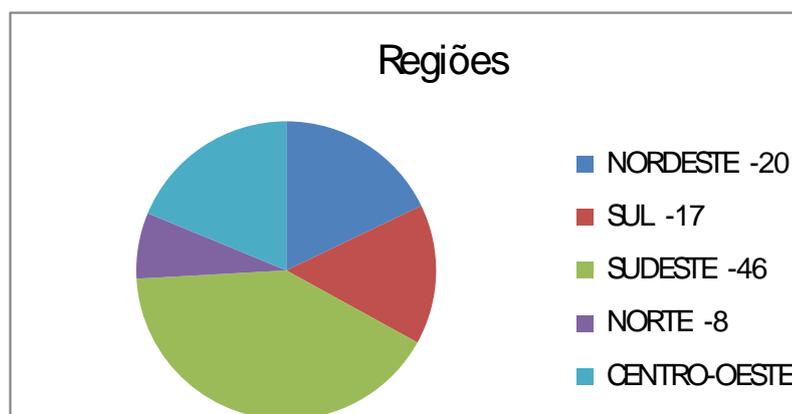


GRÁFICO 8 – Quantidade de classes hospitalares por região
(produção da autora desta pesquisa, 2009)

Considerando este quantitativo de escolas implantadas e número de professores, não é difícil compreender o quanto é dispare em nível de atenção às crianças e adolescentes em situação de

adoecimento nas regiões brasileiras. Muitas ações ainda estão por se definirem, principalmente no que concerne à questão legislativa e garantias desse direito. Algumas pesquisas começam a surgir contribuindo para refletir aspectos mais centrais ao campo da Pedagogia Hospitalar, no entanto, tais trabalhos não são facilmente encontrados nas plataformas de pesquisa. A iniciativa da Prof^ª Dr^ª Alessandra Barros, em 2007, de lançamento de uma página virtual (www.cerelepe.faced.ufba.br), inaugura um novo espaço onde se experimenta intertextualmente o alcance de experiências em outros continentes. É possível encontrar neste *site*, pesquisas nacionais e internacionais, sugestões de livros, filmes, artigos, anais de eventos e divulgações diversas, compondo-se em um acervo diversificado para estudantes e profissionais.

No cenário brasileiro, muitas pesquisas vêm se destacando, como as pesquisa de Amaral (2001), Moreira (2002), Calegari (2003), Menezes (2004), Souza (2005), Olanda, Foggiatto e Linheira (2006), Darela, Tomazini e Dardo (2007), Garcia (2008). Algumas concentram-se nas práticas e práxis pedagógicas, outras no currículo da escola hospitalar, na reinserção do aluno-paciente além dos aspectos ensino-aprendizagem focadas nas áreas de tecnologia, psicologia, enfermagem, filosofia, e educação, assim como aquelas que refletem a percepção da equipe de saúde, da família e dos alunos-pacientes em relação à classe hospitalar. Certamente é um caminho que se coloca com grandes brechas para novas situações e questionamentos à futuras pesquisas, principalmente no que consiste entender como a escola em instâncias opostas e complementares (escola regular e escola hospitalar), as famílias, o hospital, podem contribuir mais efetivamente para garantir e preservar os direitos de crianças e adolescentes nesse momento de fragilidade ocasionado pela doença e hospitalização.

3.2 HOSPITAL E ESCOLA – SAÚDE E DOENÇA: DISTANCIAMENTOS E APROXIMAÇÕES

“O mundo fere todas as pessoas, mas depois,
muitas se tornam fortes nos lugares feridos...”

Ernest Hemingway

Contemporaneamente, cada vez mais presenciamos a velocidade e o avanço nas áreas científicas e tecnológicas para solução de muitos de nossos problemas. Muitas pessoas freqüentemente sabem serem as suas vidas particulares uma avalanche de esparrelas, quando se dão conta de que dentro dos seus mundos cotidianos³¹, não conseguem resolver ou superar suas próprias preocupações, seus problemas. Suas competências acabam por limitar-se ao cenário que as circunda, nomeadamente o emprego, a família, a vizinhança, o grupo de amigos, o trabalho, a escola... E quanto mais consciência as pessoas passam a ter das pretensões e ameaças que ultrapassam seus panoramas atuais, mais cercadas, presas, encurraladas parecem se sentir. E isso é adoecer.

A antropologia médica (ramo da antropologia social e cultural) se preocupa com uma ampla gama de fenômenos biológicos quanto sociais. Assim, por exemplo o comportamento: especialmente os modos pelos quais as pessoas interagem no decorrer da história humana, o que, de acordo com Helman (2003, p. 15), pode “influenciar a saúde e a doença”. De modo geral, em diferentes culturas³² e grupos sociais as causas dos problemas de saúde, e tanto mais, as crenças e práticas relacionam-se às mudanças biológicas, psicológicas e sociais do organismo humano, tanto na saúde quanto na doença. Alves (1994) diz que cabe notar que se a enfermidade se inicia com a presença de sintomas sejam corporais ou mentais, não é suficiente para assim compreendermos que ela se derive a partir desta experiência. A ‘matéria

bruta' das expressões sensíveis, analisadas isoladamente ou ainda formando uma mirada sob as sensações coligadas, não oferece por si nenhum significado.

A enfermidade existe quando se atribui a uma dada experiência sensível um conjunto de significados. Nesse aspecto, a enfermidade não é um fato, mas interpretação e julgamento de um conjunto de informações heterogêneas vindas de um corpo humano. (ALVES, 1994, p.96).

Georges Canguilhem (2002) ao escrever sobre o normal e o patológico, em 1943, levantou a bandeira de que o episódio patológico não pertencia exclusivamente às ciências médicas, mas sim ao homem como a comunicação do seu infortúnio, do seu mal-estar. É a queixa que vai conceituar o seu estado de vida. E a linha mestra entre a normalidade e a doença oscila pelos caminhos do desempenho do organismo humano, defendendo como essencial na medicina a clínica e a terapêutica. Isto é, o movimento de estabelecimento e restabelecimento do normal.

Segundo Ribot (*apud*, CANGUILHEM, 2002, p. 88), “a doença (...) atinge o inacessível, mas respeita a natureza dos elementos normais nos quais ela decompõe as funções psíquicas. A doença desorganiza, mas não transforma, revela sem alterar”. Para se compreender a pessoa doente, é necessário que se olhe para ela, olhar para a pessoa e não para a doença. Feldman (2002, p.45) afirma que “escutar é muito, às vezes, é tudo”, e apresenta, de acordo com a teoria rogeriana, quatro dimensões como pré-requisitos para qualquer relação humana construtivista, em especial as que incluem os profissionais de saúde com o paciente, a pessoa doente, a saber: respeito, aceitação, empatia e compreensão³³. Assumindo estas dimensões na relação com o paciente, estaremos evitando um dos maiores obstáculos ao encontro verdadeiro: julgar, censurar, criticar, reprovar, que são posturas opostas aos conceitos apresentados. Uma das formas de concretizá-los é através da escuta. Escutar é a maneira operacional, concreta e objetiva de acolhimento integral do outro, sem nunca privar-se de

olhar no olhar do outro para também ser visto. E assim, para se trabalhar em prol da saúde, é necessário um olhar mais amplo, desdobrado, mas sem perder a limpidez. Aquele que possa alcançar as relações de sua família, seu trabalho, seus amigos, suas aspirações e esperanças – incluindo também a falta delas – suas frustrações, seus vícios, seus hábitos, seus mecanismos de compreensão e fuga, medos e receios; como vivia antes de adoecer, como lhe veio a doença, enfim, como a própria construção de sua história. É evasivo olhar a pessoa clinicamente, a partir das concepções biológicas apenas pela imagem retratada em seu prontuário, convém, hoje, inteirar-se dela, sobretudo através da própria pessoa, das suas condições de vida, numa preocupação primeira em olhá-la nos olhos e auscultar-lhe o coração, sobretudo, a partir de uma escuta desdobrada dos fatores sociais, econômicos, psicológicos que possam contribuir, de alguma maneira, para que a doença encontre espaço para se manifestar.

A ação ponderada à escuta e ao olhar para aqueles que, em algum momento ou razão precisa do espaço/tempo do outro, é talvez indicativo de uma ação mais humana, questão sempre discutida quando são retratados ou colocados em evidência os espaços da saúde e da educação. Esses espaços sempre são questionados pela sociedade em relação ao acesso e à qualidade de seus serviços. Sem a pretensão de esgotar todo assunto, no intuito de reconhecermos em quais aspectos são próximos ou distanciados tais instituições, faremos um breve histórico.

A existência do hospital da forma que conhecemos hoje se distancia de seus registros passados. Segundo Foucault (1986, p.58), “o surgimento do hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, datada no final do séc. XVIII”. O hospital que funcionava na Europa, desde a Idade Média, não era concebido para curar.

Antes do séc. XVIII, o hospital era uma instituição de assistência aos pobres, de separação e exclusão. Como portadores de doenças e de possível contágio, os pacientes eram considerados perigosos, sendo recolhidos, para proteção da sociedade. Não era, nesse contexto, o doente que necessitava de cura, mas ao pobre que estava morrendo que devia ser assistido lhes era oferecido os últimos cuidados e sacramento. Denominado, na época, de morredouro (lugar de morrer), aqueles que lá estavam para prestar serviços, segundo Foucault (1986, p.59) era “curativo, religioso ou leigo, que ali estavam para fazer a caridade que lhe assegurasse a salvação eterna”.

Nesse cenário não se destacava a figura do médico. Sua intervenção era sugerida apenas nos momentos de crise. Hospital e medicina permaneceram independentes até meados do séc. XVIII. O ponto de partida da reforma hospitalar deu-se a partir dos eventos ocorridos em embarcações marítimas com o tráfico de mercadorias das colônias. Muitos se aproveitavam no momento de desembarque, fazendo-se passar por doentes e eram levados para o hospital. Nos hospitais convivia-se ainda com o problema da quarentena, isto é, das doenças epidêmicas que as pessoas traziam ao desembarcarem. Sendo assim, a introdução de mecanismos disciplinares frente ao espaço confuso que era o hospital, contribuiu pra sua reorganização e, por outro lado, a transformação do saber e da prática médica. O médico passou a ser o principal responsável pela organização do local. Além disso, o hospital passa a ser um espaço normativo de formação de médicos - uma escola, em um lugar de aprendizagem.

Goffman (2001, p. 16-17) os classifica (o hospital e a escola) como instituições totais. O primeiro, “local estabelecido para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si

mesmas e que são também ameaça à comunidade”, e a segunda, como instituição estabelecida “com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa ou trabalho, e que se justificam apenas através de fundamentos instrumentais”. Na voz de Foucault, ele as denomina de “instituições de sequestro”, como a prisão, a escola, o hospital, o quartel, o asilo, pois considera que nesses espaços passa-se dos suplícios, como castigos corporais, para o disciplinamento que cria corpos dóceis. Veiga- Neto (2005) esclarece que seu estudo não é de natureza criminológica, legal, pedagógica, sanitária, estratégica ou moral, nem é feito para simplesmente relatar uma história de punições. Ainda que se valha de relatos e prescrições legais e morais, o objetivo de Foucault é traçar uma genealogia das relações entre o poder e o saber, para mapear a ontologia do presente, em termos do *ser-poder*.

Com isso, ele mostra também que a docilização é muito mais econômica do que o terror. Essa leva a aniquilação do corpo; aquela mobiliza o corpo e retira-lhe a força para o trabalho. Assim se o terror destrói, a disciplina produz. (VEIGA-NETO, 2005, p. 77).

Nesse caso, tal como argumentado, a escola foi sendo concebida e montada como a grande e em tempos mais remotos a mais ampla e universal máquina capaz de fazer dos corpos o objeto do poder disciplinar; e assim torná-los dóceis. Além do mais, a escola é, depois da família (em muitas situações, antes dessa), a instituição de sequestro pela qual todos passam (ou deveriam passar...) o maior tempo de suas vidas, no período da infância e da juventude. Na medida em que a permanência na escola é diária e se estende ao longo de vários anos, os efeitos desse processo disciplinar de subjetivação são notáveis, complementa Veiga-Neto (2005).

A partir dessa compreensão, Goffman (2001) declara que alguns elementos tornar-se-ão ‘características comuns’, sem, contudo, passarem a ser gerais algumas distinções particulares.

Uma disposição básica da sociedade moderna, nesse sentido, é que o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares (na escola, em casa, na rua, etc), com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano relacional geral.

O aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo determinado, à seguinte, e toda seqüência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição. (GOFFMAN, 2001, p.17-18).

De acordo com as idéias apresentadas por Goffman (2001), nestas instituições existe uma divisão básica, entre um grande grupo controlado, e o pequeno grupo de controle, denominados de internados e supervisores. Os internados vivem na instituição e tem contato restrito com o mundo existente fora de suas paredes: a equipe dirigente trabalha muitas vezes com oito horas por dia e está integrada ao mundo externo. Cada grupo seve de acordo com suas concepções e estereótipos, segundo esse autor, de maneira hostil e limitada. Muitas vezes, a equipe dirigente vê os internados como amargos, reservados e não merecedores de confiança. Por sua vez, os internados os vêem como condescendentes, arbitrários e mesquinhos. Desse modo, os dirigentes tendem a se perceberem como superiores e corretos; os internados a sentirem-se inferiores, fracos, censuráveis e culpados, pelo menos, em alguns aspectos.

Quanto à ruptura da vida cotidiana e dos papéis definidos nessa relação de poder, ainda trazendo as idéias de Goffman (2001) em relação às barreiras colocadas entre as instituições e

o internado e o mundo externo, ele assinala a primeira invasão do eu. Na vida que o indivíduo levava antes de sua institucionalização, a seqüência de horários nos papéis desempenhados não os impedia de realizá-los em determinado momento e estabelecer ligações em outro. Já nas instituições totais, ao contrário, “a participação automaticamente os perturba a seqüência de papéis, pois a separação entre o internado e o mundo mais amplo dura o tempo todo e pode continuar por vários anos”.

Outro aspecto a ser destacado é o processo de admissão do internado. Geralmente, esse ritual, leva a outros processos de perda e mortificação. Esses processos estão demarcados em ações, conforme assinala Goffman (2001) em:

[...] obter uma história de vida, tirar fotografia, pesar, tirar impressões digitais, atribuir números, procurar e enumerar bens pessoais para que sejam guardados, despir, dar banho, desinfetar, cortar os cabelos, distribuir roupas da instituição, dar instruções quanto a regras, designar um local para o internado. (GOFFMAN, 2001, p.25-26)

Este processo pode ser caracterizado como uma despedida e um começo, marcados pela nudez. Essa nudez não se caracteriza especificamente no tirar-lhe as roupas do corpo, mas na destituição de seus papéis sociais. No caso do internado chamado de paciente do leito tal, da enfermaria azul, das pessoas que as acompanham (mães, pais, tios...) não são chamadas por seus nomes, o aluno número tal ou da chamada através do número que lhe é atribuído. Essa perda mesmo que momentaneamente, é importante, “porque as pessoas atribuem sentimentos do eu àquilo que possuem. Talvez a mais significativa dessas posses não seja a maneira de ser chamado, a perda de nosso nome é uma grande mutilação do eu” (GOFFMAN, 2001, p.27).

Esses bens individuais são substituídos por outros, pois existe uma forte relação com o eu. As camas, as carteiras, as roupas, as fardas, os utensílios, o material, os livros, os brinquedos são

“uniformes no caráter e uniformemente distribuídas,” identificadas “como pertencentes à instituição”, ou seja, é preciso oferecer-lhe um ‘estojo de identidade’ para o “controle de sua aparência pessoal” (GOFFMAN, op.cit, p. 28). Inclusive enfermarias, quartos, andares, pavimentos, alas e salas de aulas, assim como roupas, utensílios pessoais (saboneteira, pente, lápis para escrever e colorir, etc.) também podem, da mesma forma que lhes são permitidos lhes são tirados ou negados, o que provoca “desfiguração pessoal”, geralmente de um tipo barato, velho ou usado para amplas categorias.

Nas instituições totais muitas atitudes obrigatórias podem ser consideradas aviltantes. Alguns regulamentos, ordens, tarefas ou posturas traduzem imagens de inferiorização e podem mortificar o eu do enfermo, do internado. Chamar a todo momento uma pessoa de ‘senhor’(a), professor (a), doutor (a), comer com colher (nas escolas públicas essa prática é muito comum), levantar-se quando uma autoridade chega ou abaixar a cabeça, assim como ser atribuído de qualidades negativas com a intenção de depreciá-los (bonitinho, palito, baleia, entre outros); falar sobre a pessoa ignorando sua presença, comer alimentos, por menos agradável que seja; tomar medicamentos intravenosos ou orais, desejados ou não. Outra questão que podemos evidenciar em relação à violação do eu é o prontuário médico, a caderneta do professor, o boletim escolar que servem de dossiê e ficam à disposição da equipe diretora, podendo a qualquer momento ser utilizado para comparar ações (quer sejam abonadoras ou desabonadoras do internado); formas de controle, como pedir permissão para beber água, brincar, ir ao banheiro, telefonar coisas que executariam sozinhas se estivessem no mundo externo. Até o fato de “misturar grupos etários, étnicos e raciais, pode fazer com que o internado sinta que está sendo contaminado por contato com companheiros indesejáveis” (GOFFMAN, op.cit, p.35). Civilmente não precisamos ficar preocupados constantemente com críticas ou sanções (não é necessário o julgamento e a ação da

autoridade). Quando já aprendemos a nos portar diante dos padrões sociais instituídos, nossas escolhas estarão de acordo com nossos gostos dentro de uma amplitude de possibilidades, ademais, o indivíduo decide sozinho, ajustando-as ao seu próprio ritmo. No entanto, nas instituições totais,

[...] os menores segmentos da atividade de uma pessoa podem estar sujeitos a regulamento e julgamentos [...]; a vida do internado é constantemente penetrada pela interação de sanção vinda de cima, sobretudo no período inicial de estada, antes de o internado aceitar os regulamentos sem pensar no assunto. Cada especificação tira do indivíduo uma oportunidade para equilibrar suas necessidades e seus objetivos de maneira pessoalmente eficiente, e coloca suas ações a mercê de sanções. Violenta-se a autonomia de ato. (GOFFMAN, 2001, p.42)

Embora se reconheça que em qualquer sociedade organizada exista controle sobre as pessoas, tendemos a esquecer o quanto tais atitudes podem ser limitadoras à autonomia e interação dessas pessoas. Dessa forma, tais regras comportamentais colocam o indivíduo numa posição de submissão, ao passo que também sofrem interferência da equipe diretora. Um pedido pode ser atendido mais demoradamente, ser ignorado, receber uma negativa, ou até mesmo, ser esquecido. Assim, o internado pode tentar evitar certos problemas³⁴ decorrentes da sua falta de autonomia, já que seus apoios anteriores foram perdidos, são acionados os sistemas de privilégios, pois necessita preparar-se para viver de acordo com as ‘regras da casa’, com as possibilidades de prêmios ou privilégios em troca de obediência à equipe dirigente. Também empregará diferentes táticas de adaptação em diferentes fases de sua carreira moral, podendo alternar em diferentes táticas ao mesmo tempo, tais como: ‘afastamento da situação’, ‘regressão’, ‘tática de intransigência’, ‘colonização’, ‘conversão’.

As táticas apresentadas por Goffman (op.cit., p. 62) representam comportamentos coerentes que podem ser seguidos pelos internados. Geralmente poucos conseguem segui-las por muito tempo. No entanto, existem aqueles que conseguem ‘se virar’. Essa atitude inclui uma

“combinação pouco oportunista de ajustamentos secundários, conversão, colonização e lealdade ao grupo de internados”. Também representam uma forma de enfrentar a tensão entre o mundo original e o mundo institucional.

Há que se destacar também o sentimento que o internado tem em relação ao tempo perdido, destruído ou que lhe foi tirado. É tempo que necessita ser ‘apagado’, é algo que precisa ser ‘cumprido’, ‘preenchido’ ou ‘arrastado’ de alguma forma. De algum modo essa sentença obrigatória tem o sentido de exílio da vida externa para o internado e, portanto, a maneira de ‘passar o tempo’ pode ser considerada leve ou penosa. Nesse sentido, o tempo em relação às perdas consideravelmente irreversíveis é sentido como um investimento razoável e proveitoso, pois o que se há de ganhar futuramente compensa positivamente o esforço.

Por esta razão, as diversas atividades programadas para entreter o internado servem para que inconscientemente possa suportar a tensão psicológica usualmente criada pelos ataques do eu, conforme evidenciado por Goffman (2001):

Este sentimento de tempo morto provavelmente explica o alto valor dado às chamadas atividades de distração, isto é, atividades intencionalmente desprovidas de seriedade, mas suficientemente excitantes para tirar o participante de seu ‘ensinamento’, fazendo-o esquecer momentaneamente a sua situação real. Se se pode dizer que as atividades usuais nas instituições totais torturam o tempo, tais atividades o matam misericordiosamente. (GOFFMAN, 2001, p. 65).

O texto “*Crianças e adolescentes que voam em jaulas: a tecnologia promovendo a liberdade no hospital*” de Ercília de Paula (2007), é um convite a esta abordagem. A autora retrata, de maneira quase poética, algumas modificações estruturais que são evidentes em muitos hospitais, com a entrada de aparelhos eletrônicos (rádio, televisão, DVDs, computadores, videocassete, videogames) para distrair os pacientes enquanto aguardam atendimentos.

No caso das crianças e dos adolescentes hospitalizados, eles vivenciam uma série de regras na internação, como horários de medicação, alimentação e visitas. Estas regras também se fazem presentes na higiene pessoal e dos objetos para evitar infecções hospitalares. As normas fazem parte do aprendizado e convivência necessários nas instituições hospitalares. Nos casos de isolamento, as interações sociais são restritas, com regras claras e precisas. Se por um lado, as crianças e adolescentes hospitalizados aprendem a incorporar essas normas de cuidado de si, por outro lado, eles também aprendem a re-elaborar estas regras, principalmente no que se refere às interações sociais. (PAULA, 2007, P.323)

Assim, a autora faz um convite ao leitor para ‘voar junto com crianças e adolescentes que vivem em jaulas’, que em algumas situações, esses vôos são cerceados, limitados por paredes, regras e pessoas. No entanto, tais elementos não os impossibilitam de ser livres em atitudes e pensamentos, tendo em vista a capacidade humana de sonhar, fantasiar e re-inventar suas vidas.

Sob esse prisma, é possível encontrarmos aspectos consonantes que aproximam o hospital e a escola. Como recorda Raul Pompéia em seu texto autobiográfico (1998, p.13), “vais encontrar o mundo [...] coragem para a luta” disse o pai de Sérgio diante da porta do Ateneu.

[...] experimentei depois a verdade deste aviso, que me despia, num gesto, das ilusões de criança educada exoticamente na estufa de carinho que é o regime do amor doméstico, diferente do que se encontra fora, tão diferente que parece o poema dos cuidados maternos um artifício sentimental, com a vantagem única de fazer sensível a criatura à impressão rude do primeiro ensinamento, têmpera brusca da vitalidade na influência de um novo clima rigoroso. Lembramo-nos com saudade hipócrita, dos felizes tempos; como se na mesma incerteza de hoje, sob outro aspecto, não nos houvesse perseguido outrora e não viesse de longe a enfiada das decepções que nos ultrajam. (POMPÉIA, 1998, p.13).

Embora possamos, tanto no hospital quanto na escola, encontrar aspectos que os aproximam/distanciam como alguns aqui explicitados, não haveremos, portanto de esquecer as peculiaridades específicas de cada espaço em relação às suas intenções – o sentido de tratar (curar) da saúde para um e o cuidar da saúde para outro, considerando que a passagem das

pessoas por estes espaços deixam marcas no corpo, e marcas são experiências inscritas de aprendizagem.

3.3 ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE: UMA TOMADA DE DECISÃO PARA HUMANIZAR E EMANCIPAR

Saúde e doença são temas tradicionais do ensino formal. Na prática, o professor assume o papel de educador em saúde, ao desenvolver em seus alunos o conteúdo ou atender às situações concretas do cotidiano escolar: projetos, campanhas, ocorrências de caso de doenças, epidemias (no caso específico da dengue, por exemplo), necessidade emergentes dos alunos e da coletividade em que a escola está inserida. Contudo, a importância da formação escolar vai mais além das respostas a esses problemas e até mesmo das atividades organizadas em torno de temas específicos.

As contribuições da escola para a saúde são essenciais e múltiplas. Por se constituir um espaço privilegiado da infância e da juventude, decisivamente, a escola atua na formação cultural, convertida para o mundo do trabalho e conhecimentos específicos que cada uma das disciplinas retrata, em saúde.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) - Apresentação dos Temas Transversais e Ética (BRASIL, 2001 v.4, p.33), na abordagem relacionada à saúde vem apontando a necessidade de se levar em conta que a saúde é produzida nas relações com o meio físico, social e cultural. Isso implica considerar, por exemplo, “a qualidade do ar que se respira, o degradação social e a desnutrição, formas inserção das diferentes parcelas da população do mundo do trabalho, estilo de vida pessoal”.

Na realidade, de maneira simples, todos os professores fazem opções em relação à saúde, assim como em relação às demais questões sociais, ao selecionarem conteúdos e a veicularem conceitos e valores em suas aulas, ao elegerem critérios avaliativos, assim como a opção metodológica e situações didáticas que propõem aos alunos. Assim, em diretrizes, a escola “cumpre papel destacado na formação dos cidadãos para uma vida saudável, na medida em que o grau de escolaridade em si tem associação comprovada com o nível de saúde dos indivíduos e grupos populacionais” (BRASIL, op.cit. p.34).

A explicitação da educação para saúde como tema do currículo, conforme sugerida neste documento, eleva o papel da escola na e para formação de protagonistas capazes de valorizar a saúde, discernir e participar de decisões relativas à saúde individual e coletiva.

Da forma como está expresso no PCN vol.7 Ciências Naturais, em relação ao tema Ser Humano e Saúde, diz-se que é preciso ter clareza de que os estudos relacionados ao corpo humano (tema que se inicia no primeiro ciclo) não podem ser realizados com a profundidade que ganham nos ciclos posteriores. Embora tendo afirmado anteriormente inadequação para crianças menores, a proposição é colocada para classe em situações em que os alunos possam “perceber e explicar alterações do corpo – decorrentes de mudanças de seu estado de repouso

(ao correr, pular corda, etc.), permite ao professor conhecer representações dos alunos acerca do corpo, ao mesmo tempo em que já aponta a idéia de totalidade desse corpo [...] (BRASIL, 2001, p.93 v.7)”. Nesse caso, há em parte desses enunciados certa contradição proposta para compreensão no que diz respeito à percepção na totalidade desse corpo, já que não se pode dar aprofundamento em relação a este mesmo assunto. Isso se justifica na medida em que não se pode, por exemplo, fornecer meios para que as crianças compreendam que tais alterações, ao passo que tais reações também podem ocorrer quando sentem medo, quando estão inseguros, ou ficam doentes (no caso da temperatura), além de outras situações concretas ampliando a compreensão de um mundo real. Até porque o estudo do corpo humano não se restringe à “dimensão biológica, mas coloca esse conhecimento a serviço da compreensão de gênero [...] do respeito à diferença [...], **além dos aspectos culturais e sociais**” (BRASIL, 2001, p.37, v.8 grifos da autora).

Para os membros de todas as sociedades o corpo humano é mais que um simples organismo físico e oscila entre saúde e doença. É também foco de um conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico, sua estrutura e função.

Assim, ao considerarmos tais aspectos, no contexto dos princípios de cidadania que orientam a vida em sociedade - (quando se fala em princípios democráticos) dignidade humana, igualdade de direitos, participação humana e co-responsabilidade pela vida social - a educação cidadã concorre para compreensão da saúde como direito. Vai além, quando promove o exercício desse direito para agirmos, individual e coletivamente, sobre os fatores que condicionam a saúde: o cuidado de si e dos demais (dos outros), a oferta e o uso dos serviços de saúde, as condições socioculturais e econômicas que determinam a qualidade de vida.

Dessa forma, a concepção do processo ensino-aprendizagem e de promoção da saúde necessita ser potencializada nas propostas pedagógicas a partir de uma abordagem transversal. A temática de saúde dentro desta proposta alcançaria as diferentes áreas do conhecimento, através de seus conceitos e informações e, principalmente alcançariam em igual proporção os valores veiculados no processo ensino e aprendizagem. Abordagens isoladas em relação à saúde seriam incoerentes até mesmo com a maneira que compreendemos saúde/doença.

No volume 9 dos PCN, que aborda Meio Ambiente e Saúde, assume-se o conceito adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que diz que “nenhum ser humano (ou população) será totalmente saudável ou totalmente doente. Ao longo de sua existência, viverá condições de saúde/ doença, de acordo com suas potencialidades, suas condições de vida e sua interação com elas” (BRASIL, 2001, p.89, v 9).

Além disso, a condição de saúde individual sob enfoque, é determinada unicamente pela realidade social ou pela ação do poder público, tanto quanto a visão inversa (nem por isso determinista), que coloca todo peso no indivíduo, em sua herança genética e seu empenho pessoal, precisam ser rompidos. Inserir sobre o processo saúde/ doença está no alcance de todos e não é uma tarefa a ser delegada, deixando ao cidadão ou a sociedade o papel, o objeto de intervenção da natureza, do poder público, dos profissionais de saúde ou, eventualmente, de vítima do resultado de suas ações.

Da forma aqui expressa, Educação para a saúde é defendida e compreendida como estratégia para a conquista dos direitos de cidadania, uma vez que Escola desempenha um papel

preponderante para este alcance. Seria ingênuo, então, responsabilizar apenas as escolas por esse alcance. Entretanto, não se pode negar que a inclusão deste conteúdo no currículo responde sobremaneira em “uma forte demanda social, num contexto em que a tradução da proposta constitucional em prática requer o desenvolvimento da consciência sanitária da população e dos governantes para que o direito à saúde seja encarado como propriedade” (BRASIL, op.cit.p.90 v.9).

Ademais, não se pode compreender e transformar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma coletividade sem levarmos em conta que ela é produzida com o meio físico, social e cultural. A formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas o modo de pensar, comportamentos, percepções emoções, linguagem, religião, rituais, estrutura familiar, dieta, modo de vestir, imagem corporal³⁵, conceitos de tempo e espaço e atitudes frente à doença, a dor e a outras formas de infortúnio, segundo Helman (1994) têm relação com a cultura na qual o indivíduo nasce ou vive. No entanto, não é a única influência sobre as diversas crenças e comportamentos relacionados à saúde, também incluem:

fatores individuais (idade, gênero, tamanho, aparência, inteligência experiência, estado físico e emocional; *fatores educacionais* (formais e informais inclusive a educação um uma subcultura religiosa, étnica ou profissional); *fatores socioeconômicos* (classe social, status econômico, ocupação e desemprego e existências de rede de apoio social sustentados por outras pessoas; *fatores ambientais* (clima, densidade populacional ou poluição do habitat, assim como os tipos de infra-estrutura disponíveis, como moradia, estradas pontes, transporte público e serviços de saúde). (HELMAN, 1994, p. 13-14)

É importante ressaltar tais fatores, pois a criança não é meramente um agente passivo, através da interação com os adultos e outras crianças, elas desenvolvem suas crenças, saberes e meios para se comunicar através de linguagem própria traduzindo comportamentos e percepções.

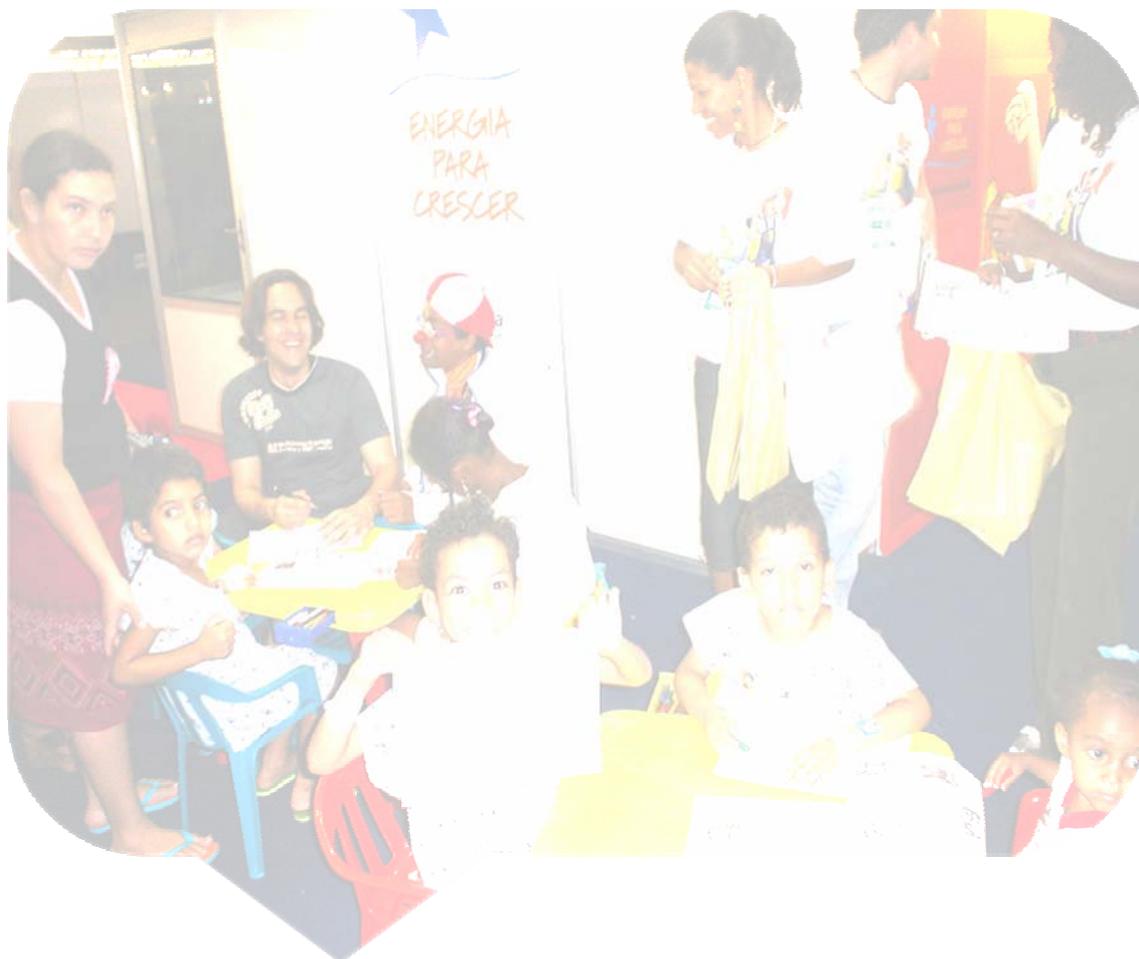
Nesse sentido, ainda que o professor não seja um agente de saúde em sentido estrito, pode no sentido mais elementar, envolver-se em situações pedagógicas que possam abordar cuidados primários à saúde: “planejamento familiar, saúde materno-infantil, alimentação de lactentes, nutrição, doença mental, vacinação, controle de abuso de drogas e alcoolismo, prevenção da AIDS, malária, **dengue** e tuberculose” (HELMAN, 1994, p.20, grifos da autora). Dessa forma uma ação ajustada para melhor minimizar as distâncias entre compreensão e ação conceitual sobre saúde (nesta estão envolvidas concepções sócio-econômica-culturais), seria a implementação das propostas de promoção à saúde a partir de medidas educativas.

Escola Promotora de Saúde é a escola que tem a visão integral de ser humano, que considera as pessoas, em especial as crianças e adolescentes dentro de seu ambiente familiar, comunitário e social. Ela fomenta o desenvolvimento humano saudável e as relações construtivas e harmônicas, promove aptidões e atitudes para a saúde, conta com um espaço físico seguro e confortável, com água potável e instalações sanitárias adequadas, e uma atmosfera psicológica positiva de aprendizagem. Ela promove autonomia, a criatividade e a participação dos alunos, bem como de toda comunidade escolar. (HARADA, [2001?], p.4).

Cabe salientar que muitas estratégias semelhantemente a estas estão sendo adaptadas em nível mundial, para implantação de políticas de promoção da saúde, onde a estratégia Promotora de Saúde é amplamente compreendida como uma ação fundamental para o fortalecimento da autonomia participativa da comunidade, resgatando-se valores de consciência social, solidariedade, fraternidade e humanização compreendida na forma oposta ao paternalismo e assistencialismo.

Sabe-se que não é a escola sozinha que se responsabilizará pelas questões de saúde, entretanto ela pode fornecer importantes elementos para capacitar o cidadão a uma ação mais adequada à vida saudável, além de propor, como estratégia importante, a inclusão da promoção da saúde como aspecto curricular para a garantia dos direitos de cidadania. Como proposta inclusiva, deve estimular e garantir a participação ativa de cada ator envolvendo seus familiares,

professores, funcionários, profissionais de saúde, grêmios, associações e outros membros de setores da comunidade. Essas são ações locais participativas que, segundo Silva (Sd, p14), geram processos sustentáveis, ao aprimorar o cuidado, a escuta e a atenção e “dar voz à comunidade escolar, garantindo-se o seu empoderamento”.



“A teoria materialista de que os homens são produto das circunstâncias e da educação e de que, portanto, homens modificados são produto de circunstâncias diferentes e de educação modificada, esquece que as circunstâncias são modificadas precisamente pelos homens e que o próprio educador precisa ser educado. Leva, pois, forçosamente, à

divisão da sociedade em duas partes, uma das duas partes se sobrepõe à sociedade. A coincidência da modificação das circunstâncias e da atividade humana só pode ser apreendida e racionalmente compreendida como prática transformadora".

Marx

4. APRENDÊNCIA: PROCESSO VITAL E COGNITIVO

Neste capítulo, a questão central abordada é a aprendizagem. Será discutida sob o ponto de vista de Pozo (2002, 2004) e Assmman (2000, 2004) para compreensão da aprendizagem enquanto processos vitais e cognitivos, que corroboram em novos processos e aquisição de conhecimentos na sociedade da informação e também a respeito das intenções da sociedade em melhor instrumentalizar as pessoas para a empregabilidade, superando, assim, um dos maiores desafios: o da escola, educar para a vida.

4.1 SOCIEDADE DO CONHECIMENTO E A CULTURA DA APRENDIZAGEM

É fato que vivemos em uma sociedade do conhecimento. Para muitos, sobretudo uma sociedade da informação, uma vez que nem todos podem ter acesso às múltiplas formas culturais de representação simbólica (numéricas, artísticas, científicas, gráficas, etc.) social, econômica e culturalmente empobrecida, além de viver confundido, oprimido e desconcertado diante de uma avalanche de informação que não se pode traduzir em conhecimento, para a qual não se pode dar sentido. Até porque o não acesso ou a distribuição desse conhecimento acumulado torna-se cada vez mais difícil e desigual em face das crises constantes que sofrem nossos sistemas educacionais, “solicitados por crescentes demandas de alfabetização – isto é,

de universalização de sistemas de culturais de representação e conhecimento – já não somente literária e numérica, mas também científica, artística, econômica, etc” (POZO, 2004, p.11).

O valor crescente do conhecimento e sua gestão social em nossa sociedade, segundo Pozo (2004), deveriam também valorizar, a importância dos processos de aquisição desse conhecimento, uma vez que são algumas ferramentas mais poderosas para espalhar e distribuir socialmente essas novas formas de gestão do conhecimento, para democratizar o saber, tornando-o sentido mais popular e acessível para todos. Sabe-se que há um fosso e uma distância em relação ao acesso à informação e ao conhecimento de uma grande maioria da população mesmo com toda popularização das TICs (Tecnologias da Informação e Comunicação). Assmann (2004) afirma que elas “possibilitam mixagens cognitivas e cooperativas”, além do mais:

[...] grande número de agentes cognitivos humanos pode interligar-se em um mesmo processo de construção de conhecimentos. E os próprios sistemas interagentes artificiais se transformaram em máquinas cooperativas com as quais podemos estabelecer parcerias na pesquisa e no avivamento de experiências de aprendizagem. (ASSMANN, 2004, p. 9).

Acrescenta o autor (op.cit.), que as TICs começaram a possibilitar parcerias inéditas com os seres humanos, indo além de meramente configurar, formatar ou enquadrar conjuntos complexos de informação, participando ativamente do processo que transforma dados em informação e informação em conhecimento.

Bzuneck (2004, p.19), por sua vez, critica o artificialismo na comparação homem-computador, acrescentando razoável interpretação de legitimidade à teoria construtivista “uma vez que o aprendiz, ao processar a informação, é considerado como protagonista do processo e que não pode ser substituído por ninguém”.

Assim sendo, essas ferramentas poderiam, na sociedade, serem distribuídas equitativamente entre todos. Apropriar-se dessa cultura simbólica que a sociedade do conhecimento demanda, exige, portanto, novas formas de adquirir conhecimento. Acontece que, de fato, entre os conhecimentos culturais que esses processos permitem aprender, está, por sua vez, incluída ou implícita, uma cultura da aprendizagem, que entre muitas ferramentas multimídia inclui um “kit de sobrevivência cognitiva” que, segundo Pozo, (2004), é composto de novos processos de aquisição do conhecimento.

A aprendizagem pode ser entendida como uma função biológica desenvolvida nos seres vivos de certa complexidade, que implica produzir mudanças no organismo para responder às mudanças internas pra futuras interações com o ambiente, e isto exige impor também de diferentes sistemas de memória ou representação de complexidade crescente. (POZO, 2004, p.12)

Compreendendo melhor esta questão, na realidade, conforme explicitado, o ambiente no qual um organismo vive não depende tanto de configuração física dos estímulos, como da organização cognitiva que o próprio organismo impõe a esses estímulos, isto é, os ambientes são ‘nichos cognitivos’ construídos pelos próprios organismos como consequência das próprias pressões seletivas do ambiente de tal modo que o organismo e ambiente se constroem mutuamente. O que caracteriza os ambientes culturais, na verdade, é precisamente sua extraordinária variabilidade e complexidade, em comparação com os nichos cognitivos das demais espécies, e isto exige novas formas de aprender, de mudar para adaptar-se a essas novas demandas ambientais geradas pela cultura. Contudo, essas novas formas de aprender, especificamente humanas, de acordo com a lógica da mútua construção entre organismo e ambiente, são, não apenas resultado de novas exigências culturais, mas também uma das vias essenciais para se ter acesso a esse mesmo conhecimento (POZO, op.cit).

A aquisição do conhecimento é o traço mais característico de nosso sistema cognitivo, o sistema que nos diferencia, não somente dos organismos que aprendem, mas também de outros sistemas cognitivos artificiais. Embora a fronteira que nos separa psicologicamente de outras espécies costume situar-se caracteristicamente na linguagem, ou o próprio pensamento consciente, tanto a comunicação mediante uma linguagem simbólica como o acesso consciente aos próprios pensamentos ou representações estariam estreitamente relacionados à nossa capacidade de conhecer e de acumular os conhecimentos adquiridos.

Embora outras espécies, conforme afirma Tomasello (*apud* POZO, 2004, p. 13), outras espécies são capazes de inventar como nós, novas soluções adaptativas e, inclusive, de compartilhá-las socialmente. No entanto, somente os seres humanos conseguem acumular essas soluções culturalmente em forma de conhecimento, transmitindo-a de geração a geração, porque dispõem de sistemas de aprendizagem e representação que os diferenciam dos demais organismos e sistemas que aprendem.

Contudo, a fronteira que nos separa psicologicamente de outras espécies caracteristicamente situa-se na linguagem, ou no próprio pensamento consciente. Tanto a comunicação mediante uma comunicação simbólica como o acesso consciente aos próprios pensamentos ou representações estariam estreitamente relacionados à nossa capacidade de conhecer e de acumular conhecimentos adquiridos. Somente os humanos conseguem acumular soluções culturalmente em forma de conhecimento, transmitindo-as de geração a geração, porque dispõem de sistemas de aprendizagem e representação que os diferenciam dos demais organismos e sistemas que aprendem. De acordo com este fundamento, Pozo (2004) acrescenta que o *homo sapiens* teria, de alguma maneira, sua origem psicológica no *homo discens*, uma vez que os conhecimentos e saberes elaborados culturalmente exigiriam

processos específicos de aprendizagem que permitissem não somente acumular suas próprias experiências e as dos congêneres, mas também torná-las explícitas (aprendizagem especificamente humanas) e através desses processos construí-las e compartilhá-las.

A aprendizagem humana pode, de fato, ser abordada em diferentes níveis de análise (comportamento, informação representação, conhecimento) que implicam uma complexidade crescente, uma vez que cada um deles, segundo a lógica da integração hierárquica de sistemas, exige dos níveis anteriores ou, melhor ainda, os re-descreve num nível hierárquico novo. (POZO, 2004, p.14).

É possível considerarmos, a partir destes pressupostos, visões mais ampliadas em conexão com as outras concepções ecossistêmicas sobre nossa condição no planeta, na sociedade. As informações, os conhecimentos e atuações sobre os processos de aprendizagens não podem ser reduzidas ao plano individual como algo hermético, em que estão focados como causas das “dificuldades e facilidades da aprendizagem os fatores, psicossocioafetivos, cognitivos ou físicos, considerando-os isoladamente”, verifica Fagali (2006, p.12). Assim também, quando se focaliza exclusivamente as forças pedagógicas e as questões próprias de sala de aula, há uma tendência polarizada sobre o processo de aprender formal institucionalmente como o conhecemos enquanto finalidade precípua da escola.

Ainda na voz de Fagali (2006), é necessário maior aprofundamento numa abordagem mais abrangente e menos reduzida, de maneira a levarmos em conta as interações entre as múltiplas aprendizagens do homem na sociedade, em diferentes instâncias de aprender formal e informal, numa concepção em que interagem as forças geradas pelos fatores socioculturais e econômicos do sistema e da cultura e a rede de interações dos aspectos psicossociobiológicos dos indivíduos e grupos, tendo em vista as relações de reciprocidade entre eu-outro, e a dialogicidade entre as manifestações individuais e coletivas que se complementam.

Esta idéia se interliga com o que Pozo (2004) mostra através do compartilhamento de experiências vividas entre e pelos indivíduos. O estudo dos processos psicológicos por meio do qual as pessoas adquirem o conhecimento é, portanto, uma “janela privilegiada” para refletir nossa especificidade cognitiva, sobre aquilo que nos diferencia, enquanto sistemas mentais ou cognitivos, dos demais organismos uma vez que a construção no processo evolutivo, de novas funções cognitivas e concretamente de conhecer ou representar explicitamente as próprias representações cognitivas, somente se completa num processo de humanização mediante acesso, culturalmente mediado, a novos sistemas de representação e conhecimento, em contínua evolução cultural, que abrangem novas formas de conhecer, e certamente, novas funções cognitivas.

Nesse sentido, é como se os indivíduos experimentassem a cada momento uma imersão de conectividade em rede, em interfaces hipertextuais entre eu-outro. É o que Assmann (2004) denomina de “sociedade aprendente ou organizações aprendentes”, noções que abordaremos com mais rigor adiante.

Somente se pode aprender a cultura, participar dela, quando se adquire uma cultura da aprendizagem que esteja de acordo com ela. A cultura - ou o conhecimento - e a aprendizagem são dois processos, ou sistemas, de construção mútuas.

4.2 O DESAFIO DE ENSINAR E APRENDER RUMO À SOCIEDADE APRENDENTE

O termo aprendizagem deve ceder lugar ao termo aprendizagem ('aprendence'), que traduz melhor, pela sua própria forma, este estado de estar em processo de aprender, esta função do ato de aprender que se constrói, e seu estatuto de ato existencial que caracteriza efetivamente o ato de aprender, indissociável da dinâmica do vivo.

TROCMÉ-FABRE

Mais do que nunca a temática sobre a aprendizagem esteve tão em evidência por representar as preocupações da atualidade e instigar os desafios colocados sobre o século XXI, mais especificamente em tempos considerados pós-modernos.

No entendimento de Bauman (2001), a fé no progresso se apóia no 'firme presente', isso não surpreende que em nossos tempos a fé seja oscilante e fraca, justificando-se na ausência de uma agência que seja capaz de 'mover o mundo para frente'. Nesses tempos de modernidade líquida, o problema "não é o que fazer" no sentido de fazer o mundo mais feliz, mas 'quem vai fazê-lo'.

Exemplificando, o 'discurso de Joshua' que até recentemente dava forma do nosso pensamento sobre o mundo e suas perspectivas Joshua considerava o mundo como 'centralmente organizado, rigidamente cercado, historicamente preocupado com fronteiras impenetráveis'. Esse pensamento fundamentava-se epistemologicamente em entidades "sólidas, inabaláveis e irredutíveis, como a fábrica fordista e os Estados soberanos, capazes de projetar e de administrar a ordem" (BAUMAN 2001 p.153).

Esse fundamento de fé no progresso hoje é percebido principalmente por suas fragilidades. Se havia antes um poder instituído politicamente para claramente decidir que tipo de coisas

deveriam ser feitas e quem as deveria fazer, hoje o poder flui bem longe do alcance de um líder conhecido ou por uma ideologia clara.

O mito da salvação da humanidade com a sociedade perfeita, pensada por Peter Drucker não poderia ser levado a sério. Todas as visões já pintadas, reforça Bauman (2001), de um mundo sob medida, parecem não-palatáveis, e as que ainda não foram pintadas são suspeitas a priori.

Essa sociedade desejável, por certo, ainda está por ser construída (se é que é possível acreditar), a idéia dessa construção na sociedade em que vivemos é que nos move e nos faz inventivos, inquietos e prontos para encontrar novos caminhos e saídas. Reafirmando Bauman (2001), o encantamento com a vida que pode ser ‘trabalhada’ para nos satisfazer ainda mais, e destinada a ser aperfeiçoada está em constante mudança e inacabamento.

A modernidade não conhece outra vida senão a vida ‘feita’: a vida dos homens e das mulheres modernos é uma tarefa, não algo determinado, e uma tarefa ainda incompleta, que clama incessantemente por cuidado e novos esforços. Quando nada a condição humana no estágio da modernidade de vida ainda mais ‘fluida’ ou do capitalismo ‘leve’ tornou essa modalidade de vida ainda mais visível: o progresso não é mais uma medida temporária, uma questão transitória, que leva eventualmente (e logo) a um estado de perfeição (isto é um estado em que o que quer que devesse ser feito terá sido feito e não será necessária qualquer mudança adicional), mas um desafio e uma necessidade perpétua talvez sem fim, o verdadeiro significado de ‘permanecer vivo e bem’. (BAUMAN 2001 p.155).

Todavia, a experiência coletiva enquanto empreendimento e aperfeiçoamento não mais são considerados, a tendência é o surgimento de formas e condições de existência individualizadas, que compelem as pessoas a se tornarem o centro de seu próprio planejamento e condição de vida. Cabe ao próprio indivíduo escolher e mudar sua identidade social, assumindo os riscos de fazê-lo. A questão da exeqüibilidade do progresso, como sugerida por Pierre Bourdieu: para projetar o futuro é preciso estar firme e plantado no

presente. A novidade aqui é a ancoragem do indivíduo em seu próprio presente (Bauman, 2001).

Vivemos em um mundo de flexibilidade de incertezas universais e sem perspectivas, que penetra todos os aspectos da vida individual - tanto as fontes de sobrevivência quanto as parcerias de amor e do interesse comum, os parâmetros da identidade profissional e da cultura, os modos de apresentação do eu em público e os padrões de saúde e aptidão, valores a serem perseguidos e o modo de persegui-los.

Todos aprendemos às nossas custas que mesmo os planos mais cuidadosos e elaborados têm a desagradável tendência de frustrar-se e produzir resultados muito distantes do esperado; que nossos ingentes esforços de por em ordem as coisas frequentemente resultam em mais caos, desordem e confusão; [...] nosso trabalho para eliminar o acidente e a contingência é pouco mais que um jogo de azar. (BAUMAN 2001 p.156).

Ainda que sob o efeito desse sentido sobre as coisas e sobre o resultado que obtemos de nossas ações mais ingênuas, necessitamos nos sentir acolhidos, protegidos, seguros, ainda que seja sob a tutela de um falso sentimento de que as coisas positivamente terão os resultados que esperamos. Estamos sempre à espera de algo que nos guie e subverta-se em uma nova forma de controle como possibilidade para avançarmos, e isso é uma forma de aprender. Com o advento e avanço das tecnologias, incorporamos novos hábitos e formas de nos colocar diante do mundo.

Sabemos, pois, que tais avanços científicos e tecnológicos que temos presenciado, em diferentes aspectos, a vida está ameaçada e urge criarmos um novo modo de pensar nossas relações com a Terra e com todos os seres vivos nela viventes. Ou seja, deveríamos, aprender constantemente com esses processos de mudança contínua (em tempos e espaços diferentes),

pois aprendizagem faz parte de todo ser vivo. Assim, caso permaneçamos como nos apresentamos, estaremos fadados ao desaparecimento e à destruição. “Educar ensinando para o presente é colaborar, de modo relevante, para novos modos de ser e estar no mundo, ganhando competências e habilidades novas, que possam servir de instrumentos para nossa compreensão das muitas mudanças e transformações de nossa época” (BEAUCLAIR, 2008, p.15-16).

Para Dutra (2002) o conhecimento e a educação são, empreendimentos sérios para enfrentamento dessa realidade, uma vez que dizem respeito à formação e habilitação profissional. É isso que normalmente pensamos, e com certa razão, pois é verdade que a educação que uma pessoa recebe deve mesmo habilitá-la para a vida – a vida real. Isso porque se pensa que ninguém precisa aprender a brincar, nem a ter fantasias, tampouco entreter-se a assistir a um filme, por exemplo. Para realizar tais coisas, umas mais outras menos, é necessário alguma instrução e alguma aprendizagem; mas qualquer um se sentiria desconfortável, principalmente o professor diante da afirmação de que o objetivo das escolas deveria ser o de ensinar tais atividades lúdicas.

De certo não consideramos que uma pessoa que brinca, que tem fantasias esteja preparada para viver. Naturalmente, a idéia é que quem está bem preparado é aquele que pode ganhar o sustento com aquilo que faz. “O professor não ganha para brincar, mas para brincar com aquele grupo de crianças” (DUTRA, 2002, p. 10), é isso que muda o sentido das coisas.

Esta forma de pensar as relações entre a vida profissional, educação, ciência e arte e outras atividades cognitivas leva à elaboração de modelos tecnicistas de educação e doutrina imediatistas sobre a ciência e a arte. E de qualquer modo, uma forma de resgatar parte da cultura produzida nesses domínios; mas também uma solução para um falso problema. Essa concepção parte do pressuposto de que há um saber que é instrumentalmente útil e outra não. Esta parte que não

possui finalidades práticas, pode vir a possuir, mas é preciso esperar isso, para incorporá-la em nosso sistema educacional. (DUTRA, 2002, p. 12).

Isto não significa dizer que não seja razoável incorporar na formação de um profissional conhecimentos que possam torná-lo melhor, só não é razoável tratar o que não foi contemplado no sistema educacional como algo sem importância direta ou indireta para aquela atividade profissional. Nesse sentido, “[...] a função fundamental que a sociedade atribui à educação tem sido a de selecionar os melhores em relação à sua capacidade (ZABALA, 1998, p. 27).”

Dutra (2002, p. 12) reforça; “é razoável uma pessoa querer estudar e adquirir conhecimentos que lhes garanta a sobrevivência”, o que para a maioria da população vai além disso, é uma forma de lhes garantir “ascensão social”. Em si isso não está errado. O erro, deve estar na busca por uma profissão distante de suas aptidões e preferências.

O que tem justificado a maioria dos esforços educacionais é a valorização de determinadas aprendizagens acima de outras. Na visão de Zabala (1998), tem sido a potencialidade que lhes é atribuída para alcançar certos objetivos propedêuticos, quer dizer, por seu valor a longo prazo, e quanto a uma capacitação profissional, subvalorando, desse modo, o valor formativo dos processos que meninos e meninas seguem ao longo de sua escolarização.

Certamente compreendemos que o conhecimento possui um caráter instrumental, ele é sempre necessário para vivermos melhor, porém, esta é a forma mais equivocada de reconhecer tal instrumentalidade e lidar com ela, pois deriva-se de separações indevidas. O fracasso dos

sistemas de ensino, mesmo em relação com o mercado de trabalho, que tem como base a concepção do saber e da educação (Dutra, 2002).

Na medida em que as teorias psicológicas, epistemológicas e pedagógicas interferem na forma da educação que produzimos, ressaltamos Dutra (2002) que indica ser o mais correto dizer que há duas maneiras diferentes de relação entre conhecimento e a aprendizagem: de um lado, o conhecimento antecede a aprendizagem, já que aprender é em parte adquirir certos conteúdos. Do outro, é a aprendizagem que antecede o conhecimento, já que a aquisição de conteúdos os modifica parcialmente, ou pode modificá-los. A concepção tradicional apenas nos deixa ver um desses aspectos.

Quando dissemos que o conhecimento antecede a aprendizagem, afirmamos, contudo, não porque aprender é, em parte, apropriar-se de determinados conteúdos, mas também porque o conhecimento adquirido modifica os processos de aprendizagem. Uma criança ou adolescente que experimenta a dor em diversos aspectos, tanto física quanto emocional, de uma hospitalização passa a conhecer a rotina e os processos relacionados ao adoecer, inevitavelmente aciona mecanismos para atravessá-la sem muitos danos, e, ainda assim, se houver, também saberá criar estratégias para se protegerem de possíveis e constantes ataques.

Em face dessa questão, Zabala (1998) expõe um questionamento: que finalidade deve ter o sistema educativo? Certamente, por trás de qualquer que seja a proposta pedagógica de uma escola ou organização aprendente se esconde na concepção do valor que se atribui ao ensino, assim como certas idéias mais ou menos formalizadas e explícitas em relação aos processos de ensinar e aprender.

Essas finalidades ou objetivos da educação, explícitos ou não são o ponto de partida para analisarmos o resultado de uma maneira determinada de entender a sociedade e o papel que as pessoas têm nela.

O sistema produtivo não utiliza apenas o capital, usa igualmente conhecimento como fator essencial. Isto, sobretudo na competitividade, que depende antes de qualquer coisa, do manejo do conhecimento como estratégia de constante renovação e incremento dada a produtividade, e educação para que os trabalhadores dêem conta do processo de inovação tecnológica cada vez mais informatizada.

Entretanto, a relação entre educação e conhecimento é contraditória: sempre necessária, mas também insuficiente; apresenta-se geralmente de maneira controversa. Há uma necessidade de mantermos a relação entre educação e conhecimento, sobretudo do ponto de vista da educação que não se reduza a conhecimento, mas que priorize a manutenção da hierarquia ética, resguardando o lugar de cada termo. Maturana e Rezepka (2000) contribuem e acrescentam, que o olhar do professor não deve apenas se dirigir ao resultado do processo educacional, mas dirigir também, ao acolhimento da criança e do adolescente em sua legitimidade. Sabemos (e eles também), o que conscientemente esperam que seus alunos aprendam. Significativamente, “a educação deve estar centrada na formação humana e não na técnica da criança, embora esta formação humana se realize através de aprendizagem do técnico, na realização do aspecto de capacitação da tarefa educacional” (MATURANA, REZEPKA, 2000, p. 13). Nesse sentido, é urgente educar para o conhecimento que sendo da nossa vantagem comparativa escapa das nossas mãos. Esta é uma necessidade em mão dupla qual seja:

- a) Educação necessita de conhecimento para garantir seu **poder inovador**, desconstrutivo: é meio, mas essencial, por ser a instrumentação mais efetiva, estabelecendo simbiose própria dentro da dinâmica tipicamente ambivalente:

não se pode desprezar esta relação para não decair rapidamente, na política educacional, em oferta do pobre para o pobre: a cidadania ganha em efetividade histórica se souber manejar adequadamente conhecimento, principalmente em sentido reconstrutivo político;

- b) Conhecimento necessita de educação para, sem meter-se afim, ganhar **condição ética** e alcançar os excluídos; o envolvimento do conhecimento com processos de dominação é flagrante na história, muito mais do que com a busca da verdade: ao arripio de todas as teorias pedagógicas bem intencionadas, o acesso ao conhecimento acaba sendo seletivo e aprimora a capacidade de concorrência; Embora educação devesse ser patrimônio comum, conhecimento implica habilidades que não são igualmente distribuídas, nem social, nem geneticamente: ainda que os sistemas educacionais, de um lado, abram caminhos para todos, sobretudo na educação básica obrigatória, de outro favorecem aos que desempenham melhor e muitas vezes apenas aos mais espertos e ricos. (DEMO, 2000, p.20 grifos do autor)

Do ponto de vista do mercado, interessa a qualidade formal ou a manipulação do conhecimento como ferramenta para produção. No entanto, no ponto de vista da cidadania, ou da formação cidadã, interessa, igualmente, a qualidade política, ou seja, a capacidade de se fazer sujeito crítico e atuante, incluindo a necessidade de submeter o mercado ao direito à cidadania. A educação por sua vez, precisa, de um lado, saber resgatar, o conhecimento e, de outro aprender a construir ambientes socialmente aprendentes.

A União Européia vem divulgando diversos documentos oficiais³⁶ sobre as mudanças mundiais, ressaltando três choques principais: o choque da sociedade da informação, o choque da mundialização e o choque da civilização tecno-científica. Esse fenômeno sendo denominado de sociedade da informação – SI, *sociedade do conhecimento – knowledge society*, ou *sociedade aprendente – learning society*³⁷.

A sociedade do conhecimento ou sociedade aprendente está voltada para produção intelectual com o uso intensivo das tecnologias da informação e comunicação. De acordo com os registros contidos nestes documentos: “O conhecimento – e não os simples dados

digitalizados – é e será o recurso humano, econômico e sociocultural mais determinante na nova fase da história humana”(ASSMANN, 2004, p.19).

Na sociedade do conhecimento, a capacidade de aprendizagem assume, cada vez mais, um lugar privilegiado nas interações sociais. Nesse sentido, ensinar e aprender na atualidade é inexoravelmente importante para lidarmos com o processo de aprendizagem numa perspectiva de construção de ecologias cognitivas, onde a capacidade de aprender está sendo cada vez mais necessária nas distintas interações que, enquanto sujeitos, estabelecemos com os outros, com o meio, ou seja, com a sociedade. Claxton (2005) explica que a aprendizagem das pessoas depende, não tanto dos desafios e incertezas que o seu mundo contém, mas de como estas são percebidas. É preciso estar aberto e pronto para reconhecer os convites à aprendizagem, quando elas aparecem.

A profundidade e a rapidez da penetração das TIC estão transformando em muitos aspectos nossa vida cotidiana, resultado da associação de variáveis como o progresso científico, político e social. Isso se constitui em uma das principais marcas da atualidade de seu processo histórico. Em seus aspectos básicos podemos afirmar que essa revolução é irreversível.

Todavia, não podemos desarticular tal processo das vias de exclusão em todos os sentidos. Assmann (2004) acena que a proposta de uma sociedade aprendente – enfaticamente assumida pela União Européia – parece apostar tudo no equacionamento entre educação e empregabilidade. Certamente esse novo conceito ou direcionamento de ‘empregabilidade’ dentro da mundialização de mercado por um ‘pensamento único produzido’ em abundância caracterizado pelo ‘modelo europeu’ é idealizado como uma ‘forte ética de solidariedade’.

O fenômeno da info-exclusão e da 'inempregabilidade' são as novas tendências de exclusão que a União Européia nos imputou enquanto urgências acrescidas de políticas públicas para este novo enfrentamento. Ao que cabe, portanto, um alerta crítico em relação à ameaça de novas exclusões no trato com as políticas públicas que, muitas vezes, mais servem para mantê-las.

É muito importante ressaltar que esta transformação histórica (em escala mundial) vem acompanhada por uma diminuição significativa da sensibilidade solidária. Na perspectiva das taxas de crescimento econômico, grande parte da população mundial, como confirma Assmann (op.cit), passou a se constituir enquanto 'massa sobrando'.

Parece claro que, quando o autor destaca essa parcela inevitavelmente de extensa maioria, nos conscientiza também quanto à distância das possibilidades de caminhar rente a essas transformações. O acesso a bens comuns e culturais, como o conhecimento, informação e aprendizagens, custaram e custarão ainda à sociedade e - a nós mesmos - nossa ignorância ao atraso descompassado das nossas ações.

O desafio à educação na era da sociedade aprendente é, pois, realizar um esforço de rejuvenescimento que se impõe rejeitar velhos modelos de uma época que ficou para trás, pôr-se ousadamente à escuta da nova vida, adaptar-se a ela, a seu espírito, a suas túnicas, a suas obrigações e antagonismos; parar de menosprezar o futuro em nome de uma rotina que nada mais é que um freio perigoso à vida ascendente (Freinet, 2001). Agora é preciso trabalhar pedagogicamente o descompasso dos seres humanos (Assmann, 2004) em relação às oportunidades que emergem da e na sociedade.

4.3 TUTORIA ENTRE IGUAIS: UM RECURSO POTENCIALIZADOR DE APRENDIZAGENS E ATENÇÃO À DIVERSIDADE

4.3.1 Algumas distinções (in)pertinentes

Acompanhando o processo de ensino e aprendizagem de crianças e adolescentes hospitalizadas, os momentos de aprendizagens mais prazerosas diziam respeito àqueles em que os alunos-pacientes recorriam à ajuda especificamente colaborativa de um de seus colegas mais experientes. Raramente recorriam aos adultos para auxílio de suas atividades escolares ou as relacionadas aos aspectos de vida diária (como amarrar sapatos, amarrar o roupão, pentear cabelos, ligar a TV, entre outras). Servi-me, então, desta ação natural de trocas de aprendizagens e saberes entre os alunos e passei a organizar estrategicamente atividades em que pudessem apoiar-se mutuamente na sala de aula ou nas enfermarias como tutores.

Foram encontradas várias definições para o termo tutoria. Arnaiz (2002, p. 16) apresenta diversas definições relativas à função tutorial inerente ao professor, individual ou coletivamente em uma sala de aula. Para este autor, entre tutoria e ação tutorial existem dois conceitos complementares que significam o conjunto de atuações de orientação pessoal, acadêmica e profissional formulado pelos professores com a ajuda dos alunos e da própria instituição. Assim, o perfil do tutor deve ajustar-se a dois parâmetros, a saber: “o que faz referência aos fatores de desenvolvimento pessoal dos alunos e das relações humanas empáticas necessárias para o crescimento e o desenvolvimento de si mesmo.”

O professor tutor, neste caso, seria um orientador da aprendizagem, dinamizador da via sócio-afetiva da sala de aula e orientador pessoal, escolar e profissional dos alunos. É necessário aqui, que se faça uma distinção entre os diferentes tipos de tutorias justificando a escolha da estratégia da tutoria entre iguais que será evidenciada adiante.

Na *tutoria individual* pretende-se conhecer a situação de cada aluno e ajudá-lo por meio de orientações e estudos de acordo com seus interesses e capacidades; a *tutoria em grupo*, geralmente na sala de aula, ocorre a orientação do currículo e participação ativa do aluno na escola; a *tutoria técnica* refere-se especificamente ao papel do professor/coordenador em relação à orientação e organização de atividades pedagógicas, assim como reforço e elaboração de planos tutoriais; a *tutoria de prática profissional*, que é responsável pelo controle e acompanhamento da prática nas empresas aplica-se bem no papel das assessorias; por fim, a *tutoria à diversidade* ou *tutoria entre iguais*, que tem como base a compreensão de que não existe aluno-padrão, mas alunos, com capacidades e ritmos diferentes. A tutoria entre iguais mostra-se como uma das estratégias mais desafiadoras para a ação docente, tendo em vista a sociedade plural (ARNAIZ, NOTÓ, 2002).

Apresentada pelos autores Duran e Vidal (2007), a tutoria entre iguais, é, dentre tantos, mais um recurso a ser utilizado na escola. Adequado para atender à diversidade, a estratégia de tutoria entre iguais, no caso, os alunos, permite afirmar que é através de ações cooperativas ou ajudas pedagógicas que tanto alunos como professores são capazes de aprender juntos, de maneira compreensiva.

As técnicas de agrupamentos ajudam os alunos no tratamento da diversidade, já que permitem favorecer o trato individualizado de ritmos evolutivos, que incidem no desenvolvimento da

personalidade, independência e iniciativa dos alunos, dando ênfase aos aspectos de responsabilidade e colaboração, em vez de fazê-lo no aspecto da competitividade (ULZURRUM, MASEGOSA, 2002). Nesse sentido, o professor deve ser um membro a mais da sala de aula, aberto, sugestivo, entusiasta e atento às propostas e as relações que se estabelecem entre seus alunos.

Objetivamente o professor deve estabelecer uma relação de compreensão, mas sem se deixar levar pelo grupo, que sabe ouvir e fazer participar, que orienta aos alunos a tomarem decisões, propõe objetivos e favorece que o grupo assuma. Deve ser aquele que orienta, estimula o espírito crítico, criativo e a iniciativa de seus alunos permitindo-lhes serem mestres e aprendizes.

A opção pelo modelo da escola compreensiva força as escolas a fazerem uso de diferentes instrumentos que facilitem atenção à diversidade e às necessidades educativas dos alunos. De certo, tal estratégia foi apresentada como recurso para professores das séries finais do ensino fundamental e ensino médio. Entretanto, esta também se aplica a outras realidades ou situações educativas, como a da Classe Hospitalar. Assim sendo, o mais importante é que o professor possa lançar mão de outros recursos que capacitem os alunos a oferecerem ajuda uns aos outros para aprender. Nessa mesma direção, os autores afirmam que os professores(as) precisam conhecer e praticar novas formas de gestão da aula que proporcionem melhor êxito e qualidade para todos.

É imprescindível tirar proveito da participação dos adultos na aula (pais, mães, professores de apoio...); tirar proveito da capacidade de cooperação entre os alunos; e justamente, ver as diferenças entre os estudantes como um elemento enriquecedor e de ajuda em nossa tarefa educativa. (DURAN e VIDAL, 2007, p. 14).

Na forma aqui apresentada, esta estratégia, no Brasil e em outros países como Espanha, Andorra, França e Itália, denotam outro sentido igualmente ao apresentado nos cursos à distância. No entanto, ela é mais amplamente difundida em âmbito educativo anglo-saxão sob a denominação *peer tutoring*, a tutoria entre iguais é vista como recurso que, combinado com outros, é qualificado como ‘a forma de ensino mais efetiva’ segundo Maden et al (1991, apud DURAN e VIDAL, op.cit., p. 14).

Esta proposta beneficia-se de dois recursos com frequência menosprezados pela escola tradicional e seletiva: a) o poder de colaboração entre os alunos e b) a diferença dos níveis dentro da sala de aula, vista pelos professores como perturbadora de sua tarefa educativa. Muitos, portanto, queixam-se da dificuldade que enfrentam para desenvolver determinadas atividades em uma turma bastante heterogênea. Assim sendo, como estratégia de ensino de atenção à diversidade, o trabalho cooperativo ou aprendizagem entre iguais foi destacado como elemento de primeira ordem pelos autores que defendem a escola inclusiva, como Stainback e Stainback (1991, p.21), quando reforçam que “o ensino inclusivo é a prática da inclusão de todos independente de seu talento, deficiência, origem socioeconômica ou origem cultural”. Pacheco, Eggertsdóttir, Marinósson (2007, p.149) assinalam que a aprendizagem cooperativa é uma abordagem de trabalho que, tanto para o social, quanto para o cognitivo, é efetiva para o desenvolvimento da criança e do adolescente em cinco condições básicas: “interdependência positiva; interação face a face; responsabilidade final individual; habilidades interpessoais e em pequenos grupos; reflexão em grupo sobre processamento grupal”.

Isso significa que as escolas inclusivas consideram a aprendizagem como um processo social em que a interação entre os sujeitos tem um papel central para facilitar aprendizagem.

Justamente baseadas na heterogeneidade dos alunos, esta metodologia não só reconhece a diversidade, mas quem dela obtém um benefício de ensino. Portanto, as diferenças entre os alunos transformam-se em um elemento positivo facilitador de aprendizagem.

Veremos, portanto, que há semânticas diferentes na abordagem sobre a tutoria, mas todas coincidem em dois aspectos básicos: o processo de tutoria como espaço educativo no qual se aprende a conviver em sociedade, sendo a comunicação uma ferramenta fundamental e a figura do tutor. Baseado na criação em duplas com uma relação assimétrica (em função dos respectivos papéis de tutoria e tutorado), o aluno aprende atuando como mediador de seu colega, assim, de modo cooperativo, ambos aprendem.

Duran (2007) diz que a sociedade da informação e do conhecimento neste século requer sistemas educativos que preparem os futuros cidadãos para aprender autonomamente, pois os processos de aprendizagem nos acompanharão por toda vida, acrescentando que “em uma sociedade democrática e sustentável, ensinar a outros, compartilhar e criar o conhecimento será apenas uma boa maneira de aprender, mas também algo para o qual a escola terá de nos preparar” (DURAN op.cit., p. 15). De certo, atuar democraticamente, respeitar e ser respeitado, argumentar, tomar a palavra, atuar assertivamente, reclamar o que é justo, cumprir as obrigações, tudo isso se aprende e, se se aprende tem de se ensinar.

Este pensamento corrobora com Duran (2007), quando este afirma que os métodos de aprendizagem cooperativos são ferramentas estratégicas que podem beneficiar a escola como um todo, pois garantem que o conhecimento circule de forma multidirecional, não apenas entre os alunos mas por toda comunidade educativa, valendo-se da possibilidade de usar a

heterogeneidade, a cooperação e a autonomia para fazer da diversidade escolar um valor e não um problema. Perrenould (2001) enfatiza que, para aprender, é preciso:

[...] dar sentido ao que se faz e ao que se aprende; sentir-se reconhecido, respeitando como pessoa e como membro de uma família e de uma comunidade; não se sentir ameaçado em sua existência, sua segurança, seus hábitos e sua identidade; sentir-se compreendido e apoiado nos momentos de cansaço e fracasso; saber que se pode contar com a confiança dos outros, que consideram capaz e desejoso de conseguir; acreditar que alguém dá valor ao que se faz e aprende; e, melhor que tudo isso, sentir que é amado... (PERRENOUD, 2001, p.24)

Sabemos que a escola sempre buscou meios e instrumentos para dar conta da tarefa de ensinar. Assim, com o avanço das ciências, das tecnologias e, conseqüentemente, das informações, cada vez mais se pensa em como adequar o ensino de maneira que haja garantia da qualidade de aprendizagem, de boa qualidade para todos. A partir do surgimento da Psicologia e mais tarde da Psicologia da Educação, muitos estudos têm revelado sobre a importância das relações entre as características individuais e a aprendizagem escolar que não esgotam a temática da incidência educativa das diferenças entre os alunos nos processos de ensino e de aprendizagem (SALVADOR et al 2000). Isto quer dizer que, baseado nas diferenças, se tem cada vez mais investido no aspecto contextual das relações e das formas de ensino que levam em conta as características dos alunos que dele participam, com o objetivo de que as diferenças não sejam obstáculos, mas que, ao contrário, possam construir elementos favorecedores e enriquecedores das práticas escolares.

Ainda que a Psicologia da Educação não disponha de um marco conceitual, claro e integrador, capaz de explicar os mecanismos que intervêm na aprendizagem entre iguais, como indica Duran (2007), é fundamental verificar que muitas pesquisas colaboraram com propostas concretas sobre como adequar o ensino às características dos alunos e às idéias subjacentes a

essas propostas, assim como as apresentadas por Salvador (2000) e colaboradores. Das estratégias apresentadas por este autor, a saber: (1) estratégia seletiva; 2) estratégia de adaptação dos objetivos; 3) estratégia temporal; 4) estratégia de neutralização ou compensação; e, 5) **estratégia da adaptação dos métodos de ensino**), esta última, é a que melhor se aproxima das características do recurso da tutoria entre iguais pela flexibilidade do tratamento educativo estendida a todos os alunos. Nesse caso, a idéia essencial, apresentada por Salvador (*et.al*, 2000, p.109) “é que não é possível uma ação educativa ótima em termos absolutos, mas unicamente segundo as características individuais dos alunos aos quais se aplica”. Torna-se necessário ainda uma aproximação entre as características individuais de todos os alunos, as formas e os métodos de ensino, na atuação educativa comum a todos os alunos, de maneira generalizada.

A estratégia de adaptação dos métodos de ensino fundamentaria o que denominamos de *ensino adaptativo*, isto é, um ensino que, mantendo como referência alguns objetivos e aprendizagens comuns para todos os alunos, dispõe de métodos e estratégias alternativas do ensino que são utilizadas de maneira flexível, segundo as características individuais. A estratégia de adaptação dos métodos de ensino e o ensino adaptativo respondem a uma *concepção interacionista* das diferenças individuais. Nesse caso, nem as características individuais são consideradas de maneira estática, nem as propostas educativas aparecem como prefixadas ou únicas, apesar da manutenção de algumas metas gerais comuns a todos os alunos. As diferenças individuais e os tratamentos educativos são concebidos na interação, e as características diferenciais dos alunos são assumidas, sobre essa base, como parâmetros essenciais para o delineamento e para o desenvolvimento do ensino. (SALVADOR, *et al*, 2000, p.110)

Fundamentados na teoria genética de Piaget que considera o sujeito como construtor de seu próprio conhecimento, resultado da interação entre o que já conhece e o mundo por conhecer, e na teoria sociocultural, derivada das idéias de Vygotsky, que reforça o conceito da interação social como mecanismo para o desenvolvimento; é na interação, colocada na perspectiva sociocognitiva, no desequilíbrio, na acomodação e equilíbrio que o recurso da tutoria entre

iguais se sustenta a partir da idéia de que o sujeito isolado, ou com pouca influência do meio conseqüentemente, terá seu processo de aprendizagem comprometido.

São, pois, as situações de interação, e especialmente atividade conjunta com outras pessoas mais competentes no uso dos instrumentos mediadores (signos ou ferramentas), que comportarão o desenvolvimento individual das capacidades psicológicas humanas. (DURAN, VIDAL, 2007, p.21)

Isto quer dizer que o pensamento, a atenção e a memória têm sua origem na vida social e interindividual. O conceito de interiorização ou internalização, também central na teoria sociocultural, afirma que o desenvolvimento ocorre quando a regulação interpsicológica (social) transforma-se em intrapsicológica (individual). Este processo de reconstrução interna de uma atividade externa é produzido na conhecida zona de desenvolvimento proximal (ZDP), que é o espaço formado entre o que o aluno é capaz de fazer sozinho (nível de desenvolvimento real) e o que é capaz de fazer com ajuda de outra pessoa (nível de desenvolvimento potencial). Estas situações, portanto, são desencadeadas com pessoas que fazem o papel de mediadores nas situações de aprendizagem. Esta possibilidade de interação mostra que as crianças mais competentes podem ser mediadoras para seus colegas.

Embora haja estudos comparativos que mostrem aspectos da relação adulto/criança com certo nível de superioridade dos adultos sobre as crianças, fato é que a mediação entre iguais pode chegar a ser mais efetiva que a de um adulto, pois o aluno tutor apropria-se com mais facilidade de uma linguagem e de exemplos apropriados para a idade, comportando-se como aquele que está pronto para auxiliar na tarefa.

No entanto, nem sempre esta ajuda ocorre de maneira satisfatória. Muitos autores, como Greenwood, Carta e Kampo (1990), Hogan e Tudge (1999, apud DURAN,VIDAL, 2007),

comparam as vantagens e as desvantagens da mediação desenvolvida pelos professores *versus* a mediação entre iguais, destacando que a do professor acontece com todo o grupo, enquanto entre iguais acontece de um a um.

O que devemos considerar, portanto é que, mesmo apresentando algumas idéias discordantes, a teoria genética e a sociocultural mantêm um ponto de equilíbrio entre aquele que ensina e aprende, sobre quais são os mecanismos epistemológicos responsáveis pela construção do conhecimento, em relação à interação entre iguais, o que se pode ver é que ambas apresentam posições complementares na situação de sala de aula.

4.3.2 Tutoria como recurso instrutivo à Classe Hospitalar e à Escola Regular

Na condição de professora de Classe Hospitalar buscava em minha ação docente adequação das estratégias de ensino as quais também sempre recorri na escola regular. Aos poucos, fui dando-me conta não apenas das peculiaridades de aprendizagem de cada educando, mas da condição delicada de cada criança e adolescente, sua história, e conseqüentemente, cada desejo ensejado diferente das suas aprendizagens. A proposta pedagógica para atenção à diversidade dos alunos foi inaugurada com base na Pedagogia de Projetos³⁸, que visa à ressignificação de conteúdos a partir do processo de investigação e da metacognição, estes processos possibilitam outras oportunidades e mecanismos do pensar nas diversas áreas do conhecimento. Em face da característica multisseriada, esta proposta conformava uma riqueza nas interações das crianças e dos adolescentes que priorizavam em suas relações a auto-ajuda. Isto, portanto, não só ocorria em relação às crianças, mas também em relação aos adultos mães/acompanhantes.

As longas distâncias entre as zonas residenciais e as escolas das zonas rurais, as precárias condições das estradas, assim como a precariedade dos meios de transporte, ou mesmo a falta de condução impunham a organização de escolas multisseriadas, Modelo que se caracteriza pela responsabilidade dada a um professor para reger, às vezes em um mesmo espaço, o trabalho com alunos de diferentes níveis de escolarização. Em uma pequena sala 20 a 30 alunos da alfabetização até a quarta série. Essa configuração de escola unidocente ainda perdura em vilarejos e distritos ou mesmo em bairros de periferias dos grandes centros. Esse foi o modelo de escola onde comecei a exercer a minha profissão, por isso chegar a uma unidade hospitalar e ter que desenvolver atividades com alunos de diferentes níveis de escolarização não representou uma novidade que me causasse apreensão. Pelo contrário, tais características me ajudaram a organizar estratégias para atender as diferenças que fazem parte da história de cada aluno.

A observação das diferenças apresentadas pelas crianças hospitalizadas (culturais, socioeconômicas e suas patologias), colaborou no sentido de sustentá-las através da **tutoria entre iguais**, aqui esboçada por Duran e Vidal (2007). Diariamente, organizávamos um momento em que cada criança ficava à vontade para falar de coisas que para ela era significativo. Nesta prática, era possível perceber que elas não estavam à vontade dentro do hospital, exceto quando desfrutavam da companhia dos colegas no espaço destinado à escola.

Em grande medida, a leitura da pesquisa de doutoramento da professora Ercília de Paula (2004) intitulada **Educação, diversidade e esperança: a práxis pedagógica no contexto hospitalar**, onde destaca o espaço escolar como um espaço de ligação, além de gerar entre as pessoas uma rede cooperativa de ações, foi de grande valia. Partindo desta posição, direcionei, com mais rigor, o olhar e a escuta àqueles sujeitos, em conformidade com as afirmações de Paula (2004):

A escola no hospital está inserida em um sistema de relações complexas das vidas das pessoas que as freqüentam. Este aspecto acaba gerando ações partilhadas que, por sua vez, auxiliam a construir um espaço público de educação onde as redes de comunicação e cultura, são formadas, lembrando práticas antigas de convivência entre as pessoas. (PAULA, 2004, p. 133)

A autora se refere às relações estabelecidas por cada um dos sujeitos no contexto da classe hospitalar. No caso da experiência em discussão, as relações aconteciam como um contrato didático afetivo, de tutoria, de auxílio, de ajuda mútua e cooperação, existentes como práticas e estratégias dentro da escola como meio imprescindível para alcance de objetivos embora, particulares para cada aluno, mas específicos para a escola como um todo. Era comum, portanto, trocas de informações entre os alunos “velhos” e os “novos”. Ou seja, os alunos pacientes que se encontravam familiarizados com as rotinas escolares se encarregavam de situar os que iam chegando, tanto nas atividades encaminhadas pelo professor, quanto das rotinas hospitalares.

Ao longo da experiência, foi-se construindo a compreensão de que nem tudo se resumiria à ação do professor, que a escolaridade seria um longo caminho, que nenhum esforço seria perdido, mesmo quando não provocasse resultados em curto prazo (PERRENOUD, 2001). Na escola hospitalar, estes resultados ainda são mais demorados, embora o esperado seja o imediato, as respostas demoram a dar norte ao trabalho desenvolvido neste espaço. Dos muitos alunos que tiveram sua passagem lá registrada, obtivemos resultados significativos de acolhida pelas escolas regulares, tanto na inclusão desses alunos, quanto na resposta aos encaminhamentos.

Pensar no processo de cooperação entre a comunidade que se forma no contexto da escola hospitalar, e, conseqüentemente, em seu entorno, é uma primeira tentativa de compreender

como as diferenças entre os alunos e as distâncias culturais variáveis e as afinidades eletivas nos permitirão mostrar que, a ação pedagógica não é indiferenciada, indiferente às diferenças, mas que a maneira como as conduzimos podem tanto agravar as desigualdades quanto combatê-las. Por isso, no processo de tutoria e de aprendizagem entre os alunos-pacientes, é necessário que o professor esteja atento para buscar apoio a todos os alunos, estimulando-os a aprender a aprender e a construir uma rede significativa por meio de suas interações.

Perrenoud (2001) evidencia que quanto mais houver individualização das intervenções e da atividade, não implica em si mesma, uma menor distância cultural ou uma relação mais positiva entre professor e os alunos em dificuldades escolares. Ao contrário, uma interação mais intensiva pode ocasionar um conflito e desencadear reações de rejeição, diminuir a tolerância que, em uma abordagem mais individualizada, pode estar relacionada a um desconhecimento de fatos, gestos, dificuldades e atitudes de cada um.

Quanto mais uma relação se individualiza, mais intervém o gosto, a afetividade, a sensibilidade a uma forma de existir e de comunicar; ao mesmo tempo, quanto mais se aposta em um funcionamento coletivo em grupo-classe e em equipes, mais é dada a cada um a oportunidade de revelar outras facetas de sua personalidade: o uso da palavra, a sociabilidade, a cooperação, a partilha das tarefas e dos recursos, a liderança, as atitudes diante das desigualdades, da competição, do grupo; quanto mais a escola for aberta e de livre circulação, quanto mais ela se abre para o exterior, mais se multiplicam as oportunidades de viver diferenças culturais e conflitos relacionais. (PERRENOUD, 2001, p.34)

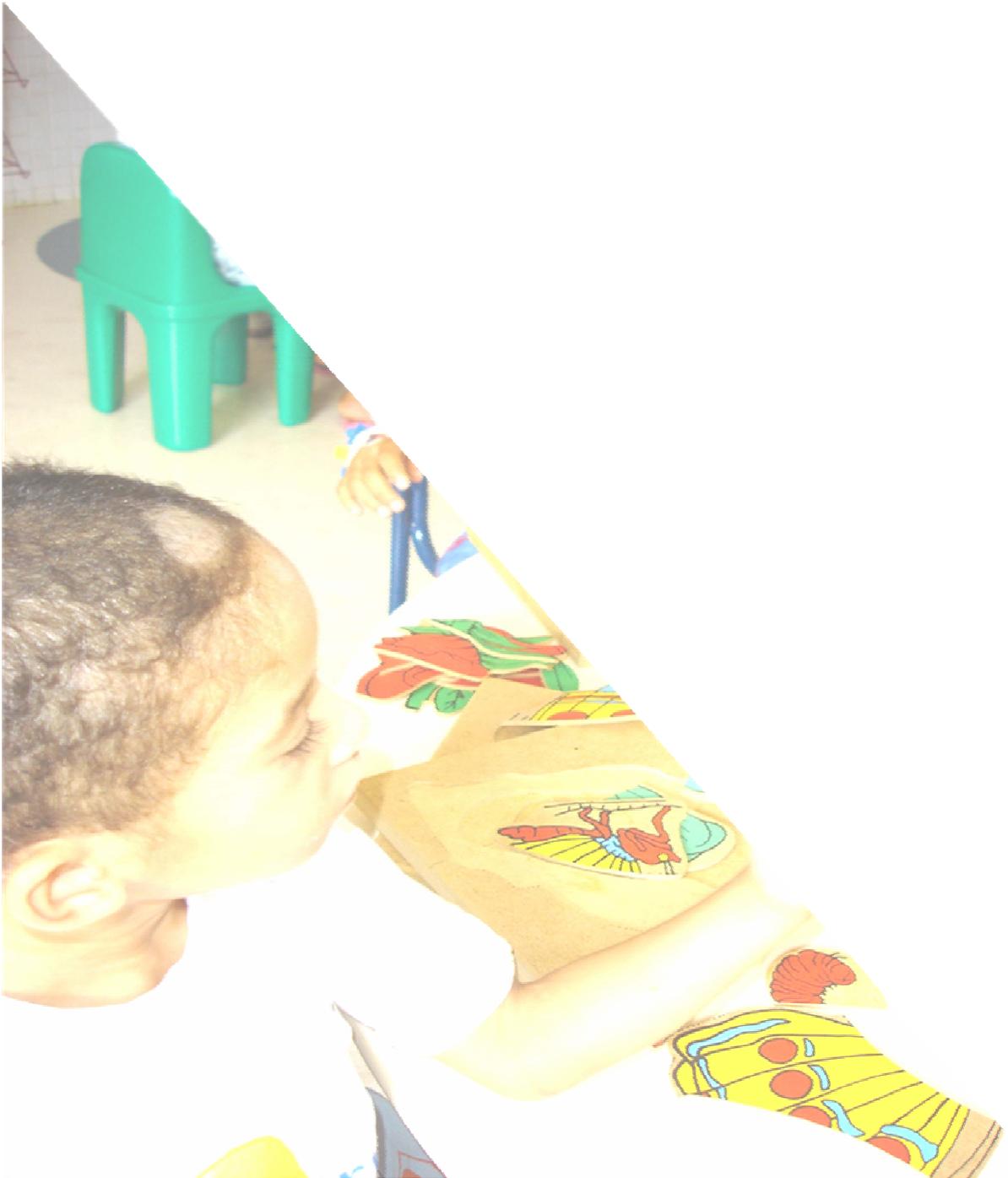
Nesse caso, a diferenciação passa pela tomada de consciência e pelo respeito não apenas às diferenças, mas pelo respeito à vida de cada indivíduo, pela escuta sensível e ativa (CECCIM, 1997), pelo direito de se expressar e de ser ouvido, pela possibilidade de encontrar seu próprio lugar, de ser reconhecido pelo grupo, sejam quais forem suas competências escolares ou sua origem cultural. Na classe hospitalar, é comum encontrarmos crianças e adolescentes em séries não correspondentes à sua idade: uma criança cursando a terceira série, por exemplo,

pode desempenhar o papel de leitora, prestando tutoria, e auxiliar uma de doze que cursa a primeira série, ou ainda, uma criança que serve de tutora para uma mãe que inicia seu processo de alfabetização ajudando à decodificar palavras.

O componente afetivo das relações interpessoais não é importante apenas entre o professor e cada um de seus alunos, mas entre cada um deles e o grupo. Por isso, a gestão da aula sob os princípios da tutoria entre iguais provoca uma mudança no papel docente. Isso porque permite que o professor disponha de tempo para atenção individual além de ser benéfica para o desenvolvimento da autonomia e maior independência dos alunos. O papel do professor é complementado com a possibilidade de supervisionar os alunos tutores e os tutorados, e de fazer as observações oportunas para avaliação contínua, como indicam Duran e Vidal (2007).

Na prática, todos os alunos podem aprender, desde que recebam na dose certa a ajuda de que necessitam. As ajudas individuais, permanentes e ajustadas que o tutor pode oferecer, permitem, inclusive, que os alunos com mais necessidade de ajuda possam aprender.

Do mesmo modo, o processo de tutoria entre iguais, como disciplina optativa “Ensinar e aprender”, comportaria o conceito de que todos têm capacidade para ajudar seus colegas a aprenderem, o que é muito verificado entre as crianças que estão internadas, não somente os alunos mais capazes, em função do potencial de tutores, mas aquele que também puder se valer da ajuda de outras pessoas. Este processo se constitui em instrumento extremamente útil em relação à diversidade, baseado no poder de colaboração entre os alunos e o uso positivo no nível da aula.



Educar-se é impregnar de sentido cada momento
da vida, cada ato cotidiano.
Paulo Freire

5. FUNDAMENTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS

A idéia que nutriu esta pesquisa não foi a de comparar nem julgar as concepções que os professores possuem sobre a Classe Hospitalar, mas, exprimir nos seus próprios termos o que sabem a respeito das possibilidades de ensino-aprendizagem, ou da possibilidade de continuidade ao processo de escolarização de crianças e adolescentes hospitalizados, ou portadoras de doenças crônicas.

Todavia, quando se permitiu tal nível de autoridade ou legitimidade às falas desses sujeitos não se quis dizer que foram meramente reproduzidas sob a expectativa de que, por elas mesmas, se traduzia um sentido.

De inspiração qualitativa, o processo de investigação metodológica que guiou este trabalho caracterizou-se como uma etnopesquisa crítica referenciada nos estudos de Macedo (2005, 2006) que está voltada para a escuta das minorias. Minorias, que podem ser consideradas, se compararmos a ação dos professores da Classe Hospitalar, dos assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, das escolas prisionais, dos acampamentos ciganos à ação dos professores da escola regular. Assim, esta escuta se coloca no lugar de dar voz a sujeitos cujas perspectivas de interpretação de um fenômeno são comumente ignoradas. Uma das principais argumentações desta metodologia é a multireferencialidade, que reivindica um novo espírito científico que demanda um método, um caminho, rigor metodológico capaz de articular visões concebidas e não apenas forjar conhecimentos estreitos e estéreis.

Segundo Macedo (2006), os acontecimentos não podem ser considerados como realidades fechadas, prontas e acabadas. A realidade é uma construção precária e provisória, portanto fenomênica, também descrita por André (1995, p.18) ao afirmar que “a fenomenologia enfatiza os aspectos subjetivos do comportamento humano e preconiza que é preciso entrar no universo conceitual dos sujeitos”. Isto faz parte de sua temporalidade, por meio da percepção dos fenômenos pela consciência. Desta forma, então, o processo de investigação fenomenológica:

[...] se denomina de *variação imaginativa*, que implica interrogar o texto sobre o pensamento do autor e sobre sua intencionalidade de seu dizer. É em realidade um processo duplo de reflexão extremamente sutil. Como em qualquer estudo fenomenológico, procura-se o ponto de vista do sujeito pesquisado, para indagar-se sobre o que ele pensa, sente, analisa e julga. (MACEDO, 2006, p. 19)

Como seres-no-mundo, estamos encharcados de cultura; portanto, é mister lidar com a natureza ontológica do ser e a natureza epistemológica do conhecer, assunto caro a uma hermenêutica relacional, inspiração importante para a pesquisa de inspiração qualitativa. Uma consequência natural dessa inserção hermenêutica de cunho relacional é a certeza de que o conhecimento é aquilo que criamos interativamente, dialogicamente, conversacionalmente, no âmago da nossa cultura e de todas as pautas sociais nas quais estamos implicados. MACEDO (2006, p.41)

A presença da voz do ator social, nesse caso, o professor da escola regular, como indica este autor, se constitui em um recurso pertinente para interpretar a realidade da qual este faz parte. Dessa forma, alguns questionamentos iniciais tornaram-se pedras angulares no percurso desse estudo.

O que pensa um professor que nunca concebeu a existência de uma Classe Hospitalar sobre os limites e possibilidades de aprendizagem de uma criança enferma em situação de internamento em uma unidade hospitalar? O que pensa esse mesmo professor, acerca da finalidade da educação, quando a criança em questão não viverá o suficiente para ser um

adulto? Quais representações de educação e de escola o professor da escola regular de ensino tem em relação à Classe Hospitalar, considerando seus aspectos teórico-metodológicos? Em que aspectos o atendimento da Classe Hospitalar, na perspectiva de entendimento dos professores, pode contribuir para o desenvolvimento do educando? O que seria possível, segundo a compreensão dos professores da rede regular, que crianças e adolescentes aprendessem em situação de hospitalização, mediados pelo atendimento da Classe Hospitalar, ou por ele mesmo, quando do seu retorno para escola regular?

5.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Trataremos neste segmento de um conceito estritamente necessário à questão discutida neste trabalho: o de representações sociais, desenvolvido no âmbito da Psicologia Social.

Os estudos da Psicologia Social tiveram início em 1950, a partir de duas tendências dominantes: uma tradição pragmática (ideológica e reprodutora dos interesses da classe dominante), nos Estados Unidos, e outra européia, de tradição filosófica, baseada em modelos científicos totalizantes. No entanto, a eficácia desse campo científico passou a ser questionada na década de 60, quando análises críticas apontaram para necessidade de mudanças no conhecimento psicossocial, a fim de que pudesse intervir, explicar e prever comportamentos sociais.

O essencial da Psicologia Social, portanto, é entender como o homem se insere no processo histórico, dinâmico por natureza, é entender como o homem se torna agente da história e como pode transformar a sociedade em que vive. Nesse sentido, o homem é compreendido um ser relacional, com necessidade de interagir e estar informado sobre o mundo ao nosso

redor. Ademais, precisa estar ajustados a ele, “precisamos saber nos comportarmos, dominá-lo física e intelectualmente, identificar e resolver os problemas que se apresentam; é por isso que criamos as representações” (Jodelet, 2001, p.17).

Esse processo de elaboração teórica inicia-se com os estudos postulados por Moscovici, que retoma o conceito de representação coletiva proposto por Durkheim. Aponta que este se referia a uma classe muito genérica de fenômenos psíquicos e sociais, que englobavam entre eles os referentes à ciência, aos mitos e à ideologia, sem preocupar-se em explicar os processos que dariam mais tarde a essa pluralidade de modos de organização do pensamento. Não apenas isso, a concepção de representação coletiva era bastante estática (mantinha uma permanência dos fenômenos), e, portanto, não adequada ao estudo das sociedades contemporâneas, que se caracterizaram pela multiplicidade de sistemas políticos, religiosos filosóficos e artísticos pela rapidez na circulação das representações.

Sempre preocupado com os fenômenos sociais, Moscovici distingue inicialmente o conceito de representação social de mitos, da ciência e da ideologia. Posteriormente, os conceitos de natureza psicológica que lhes são com frequência associados, como os de opinião, atitude e imagem. As representações sociais, partem da premissa de que não existe separação entre universo externo e universo interno do sujeito: em sua atividade representativa, ele não reproduz passivamente um objeto dado, mas, de certa forma, o reconstrói como sujeito, pois ao apreendê-lo de dada maneira, ele próprio se situa no universo social e material. Ademais, essas representações, que são partilhadas, penetram e influenciam a mente de cada um, elas não são pensadas por eles: melhor, para sermos mais precisos elas são re-pensadas, re-citadas e re-apresentadas. Assim, Moscovici (2003) acrescenta:

É, pois, fácil ver que a representação que temos de algo não está diretamente relacionada a nossa forma de pensar e, contrariamente, por que nossa maneira de pensar e o que pensamos depende de tais representações, isto é no fato de que nós temos, ou não temos, dada representação eu quero dizer que elas são impostas sobre nós, transmitidas e são um produto de uma seqüência de elaborações e mudanças que ocorrem no decurso do tempo e são o resultado de sucessivas gerações. (MOSCOVICI, 2003, p.37).

Da mesma forma que, colocada por Jodelet (2001), as representações sociais são modalidades de conhecimento prático orientadas para comunicação e para compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. São, conseqüentemente, formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos (imagens, conceitos, categorias, teorias), mas que não se reduzem jamais aos componentes cognitivos. Sendo elaboradas e compartilhadas socialmente, contribuem para construção de uma realidade comum que possibilita a comunicação. Assim compreendidas, “elas circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais” (Jodelet, 2001, p.17-18).

As representações sociais tocam em domínios diversos, sendo estes os principais: domínio científico, cultural; social e institucional; da produção; ambiental; biológico e médico; psicológico, educacional; estudo de papéis e atores sociais. As representações sociais se configuram com grande importância em nossa vida cotidiana, estando presentes nos discursos, emergem pelas palavras e transitam em mensagens e imagens midiáticas, marcadas em condutas e em organizações materiais e espaciais, apoiadas em valores segundo os grupos sociais de onde tiram suas significações. Por exemplo, forjam-se palavras portadoras de representação, quando evocada a palavra “aidético”, soa como hospital, sanatório, crematório, com um poder tal que induzem a enquadrar os doentes numa categoria à parte e a adotar ou justificar condutas de discriminação. Para explicarmos as coisas, as pessoas, os acontecimentos que nos cercam e até mesmo controlar física ou intelectualmente os

problemas que apresentam, criamos representação, “tratamos de fenômenos observáveis diretamente ou reconstruídos por um trabalho científico” (Jodelet, 2001, p. 17)

Segundo Jodelet (op.cit), há no exemplo citado duas representações, uma moral outra psicológica que são construídas para acolher um elemento novo, ou seja, uma função cognitiva maior da representação social. Estas se apóiam em valores variáveis e saberes anteriores, reavivados por uma situação social particular e estão ligadas tanto a sistemas de pensamentos mais amplos, ideológicos ou culturais a um estado dos conhecimentos científicos, quanto à condição social e à esfera da experiência privada e afetiva dos indivíduos.

Jodelet (2001, 2002) e Moscovici (2003) afirmam que, por meio das várias significações, as representações expressam aquelas que as forjam e dão uma visão consensual da realidade para um determinado grupo. Esta visão pode entrar em conflito com a de outros grupos, ou seja, é um guia para as ações e trocas cotidianas. Esses conhecimentos formam um conjunto de conceitos, afirmações e explicações - verdadeiras “teorias do senso comum”- que possuem uma coerência e uma consistência em relação à informação que os constitui, uma estrutura que lhe dá unidade que permite visualizar sua hierarquização no campo da representação, além de uma atitude global em relação ao objeto de representação.

O senso comum está continuamente sendo criado re-criado em nossas sociedades, especialmente onde o conhecimento científico e tecnológico está popularizado. Seu conteúdo, as imagens simbólicas derivadas da ciência em que ele está baseado e que, enraizadas no olho da mente, conformam a linguagem e o comportamento usual, estão constantemente sendo retocadas. (MOSCOVICI, 2003, p.95).

As representações contidas nos universos de opinião, como fenômenos cognitivos, envolvem a presença social dos indivíduos com as implicações afetivas e normativas, com as interiorizações de experiências práticas, modelos de condutas e pensamento, socialmente inculcados ou transmitidos pela comunicação social, que a ela estão ligados (Jodelet, 2001). Conforme confirma Moscovici (op.cit, p.8), “as representações sustentadas pelas influências sociais da comunicação constituem as realidades de nossas vidas cotidianas e servem como o principal meio para estabelecer as associações com as quais nós nos ligamos”.

Segundo Moscovici (2003), as representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos, sobre os mesmos assuntos, na interação com seus interlocutores causais, ou integrantes de um grupo, formando um pensamento comum, o que lhes confere certo sentimento de pertença. Tal compreensão, sem dúvida, não torna fácil transformar as palavras não familiares em idéias ou seres, em palavras usuais próximas ou atuais conforme, afirma Moscovici (2003, p.60) que é necessário, para dar-lhes feição familiar, colocar “em funcionamento os mecanismos de um processo de pensamento baseado na memória e em conclusões passadas”.

O primeiro processo descrito por Moscovici é a ancoragem, isto é, a redução das idéias estranhas a categorias e imagens comuns, colocá-las em um contexto familiar. Esse processo que transforma, que intriga e compara são capacidades de representar, ou seja, simbolizar, dar sentido a algo que é estranho a um determinado sistema social (GOMES, 2007).

No momento em que um objeto ou idéia é comparado ao paradigma de uma categoria, adquire características dessa categoria e é re-ajustado para que se enquadre nela. Se a classificação, assim obtida, é geralmente aceita, então qualquer opinião que se relacione com a categoria irá se relacionar também com o objeto ou com a idéia. (MOSCOVICI, 2003, p.61)

Ao retomar esse conceito, Denise Jodelt, procura mostrar que a intervenção do social, traduz na significação e na utilidade que são conferidas à representação. Nessa direção, ao analisar a ancoragem como atribuição de sentido, afirma que a hierarquia de valores prevalente na sociedade em seus diferentes grupos contribui para criar em torno do objeto uma rede de significações na qual ele é inserido e avaliado como fato social.

Essas convenções postuladas no jogo de significações externas às quais o objeto é associado se refletem nas relações que se estabelecem entre os elementos da representação: dependendo da perspectiva em que o grupo situa a psicanálise, como prática científica ou política. A escolha de tais perspectivas é ditada pelos valores e crenças do grupo, podendo-se dizer, então, que ele expressa sua identidade pelos sentidos que imprime a suas representações. O fato de que “um princípio de significado”, tendo uma sustentação social, assegura a interdependência dos elementos da representação constitui indicação fecunda para tratar das relações existentes entre os conteúdos de um campo de representação. Por outro lado, ele permite identificar uma das articulações entre o aspecto processual e o aspecto temático das representações e um dos pontos de reencontro entre seus aspectos individuais e sociais (KAËS, 2001, p.71), “é por meio da representação da palavra que os processos de pensamento se tornam percepções”.

Para especificar quanto à utilidade atribuída à representação no processo de ancoragem, Jodelet (2002) lembra, inicialmente, que os elementos da representação não apenas exprimem relações sociais, mas contribuem para constituí-las. A estrutura imaginante torna-se um guia de leitura da realidade e, por “generalização funcional”, referência para compreender a realidade. Esse sistema de interpretação tem uma função de mediação entre o indivíduo e seu meio e entre os membros de um mesmo grupo, concorrendo para afirmar a identidade grupal e

o sentimento de pertencimento do indivíduo. Ele se torna um código comum que permite classificar pessoas e acontecimentos, comunicar-se usando a mesma linguagem e, portanto, influenciar. Assim, a ancoragem fornece à objetivação seus elementos imaginados a título de pré-constructos, para servir à elaboração de novas representações.

O segundo processo descrito por Moscovici é objetivação, que ele define como uma operação imaginante (intelectual e remoto) e estruturante, que dá corpo aos esquemas conceituais, reabsorvendo o excesso de significações, procedimento necessário ao fluxo das comunicações, distinguindo em três fases: a construção seletiva, a esquematização estruturante e a naturalização. A primeira corresponde ao processo pelo qual o sujeito se apropria das informações e dos saberes sobre um dado objeto. Nessa apropriação, alguns elementos são retidos, enquanto outros são ignorados ou rapidamente esquecidos. As informações que circulam sobre o objeto vão sofrer uma triagem em função de condicionantes culturais (acesso diferenciado às informações em decorrência da inserção grupal do sujeito) e, sobretudo, de critérios normativos (só se retém o que está de acordo com o sistema de valores circundantes). Na esquematização, uma estrutura imaginante reproduz, de forma visível, a estrutura conceitual, de modo a proporcionar uma imagem coerente e facilmente exprimível dos elementos que constituem o objeto da representação, permitindo ao sujeito apreendê-los individualmente e em suas relações (MOSCOVICI, 2003 e JODELET, 2001).

O resultado dessa organização é chamado de núcleo ou esquema figurativo. No estudo sobre a psicanálise, esse núcleo é representado pelo inconsciente e pelo consciente visualizados acima e abaixo de uma linha de tensão onde se localiza o recalque, que dá origem ao complexo. Nesse sentido, “a representação comporta conceitos centrais: consciente, inconsciente, recalque, complexos, mas também exclui um conceito, também central, a libido, por causa da

associação com a sexualidade, sobre a qual pesa no momento do estudo um veto social” (JODELET, 2001, p.37)

Assim, um jogo de mascaramento e de acentuação de elementos do objeto da representação produz uma visão desse objeto marcada por uma distorção significativa, fenômeno que se assemelha ao que Piaget definiu como “pensamento sociocêntrico”, por oposição ao pensamento científico: um saber elaborado para servir às necessidades, aos valores e aos interesses do grupo. Na objetivação, portanto, a intervenção do social se dá no agenciamento e na forma dos conhecimentos relativos ao objeto da representação (MOSCOVICI, 2003).

Jodelet esclarece ainda que, embora a objetivação tenha sido descrita por Moscovici com referência à representação de uma teoria científica, o processo de construção seletiva/esquematização estruturante/naturalização parece generalizável à formação de qualquer representação. A generalidade da naturalização, sua importância em contextos sociais reais, tem sido amplamente demonstrada. A estabilidade do núcleo figurativo, bem como sua materialidade, confere-lhe o estatuto de referente e de instrumento para orientar percepções e julgamentos sobre a realidade. A maneira de diferente de dizer que as coisas dependem da memória, através da qual as representações, tornam o não-familiar em algo familiar. É dessa forma que a memória impede de sofrer modificações súbitas de um lado e de outro, fornece certa dose de independência dos acontecimentos atuais.

Ancoragem e objetivação são, pois, maneiras de lidar com a memória. A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los num mundo exterior para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido (MOSCOVICI, 2003, p. 78).

5.2 ANÁLISE DO DISCURSO

O método de análise do discurso enfoca o uso da língua concebida como expressão do todo social, com o importante papel de construir nossa percepção da realidade. Nicolaci-da-Costa (2007) traz explicações pautadas no conhecimento de Taylor, para quem essa construção parece se restringir à realidade externa (ou seja, àquilo que podemos perceber do mundo e das pessoas que nos rodeiam). O Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS)³⁹, no campo da pesquisa qualitativa, contudo, vai um passo além: parte do pressuposto de que, ao internalizarmos uma língua nos contextos em que ela é naturalmente usada, internalizamos todo um conjunto de conceitos, regras, valores, etc. que caracterizam uma determinada sociedade ou grupo social em um determinado período.

Esse processo de internalização, por seu turno, nos constitui como sujeitos individuais. Segue-se que, uma vez que o discurso nos constrói e reconstrói como sujeitos em conformidade com os valores sociais dos grupos aos quais pertencemos ao longo da vida [...] o discurso também pode revelar os valores a partir dos quais se dão essa construção e reconstrução. (NICOLACI-DA-COSTA, 2007, p.66).

Como prática interdisciplinar, o MEDS incorporou os pressupostos das teorias da construção social da realidade e da subjetividade. Adotou, com isso, a técnica da livre escuta que, por não ser intrusiva, capta aquilo que é importante para o outro, ou seja, aquilo que é importante para alguém a respeito de um determinado tema ou assunto que inevitavelmente aparece no discurso espontâneo sobre o tema. Esta técnica, portanto, pode alcançar o significado (muitas vezes inconsciente) que subjaz o que dizemos. Objetivamente, ouvir detalhadamente (a

profundidade é um alvo comum) aquilo que, em contextos naturais e de forma mais livre possível, o que, os entrevistados têm a dizer. O discurso como instrumento de uma dada prática política, “vem exercer sua ação sobre as relações sociais” (Rocha e Deusdara, 2006, p. 45), sobre os sentidos produzidos pelos sujeitos sociais, mitos, angústias, incertezas, entendidos na complexidade.

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

Segundo as abordagens de Oliveira V. (2001) o caminho metodológico para esta investigação no campo da Educação Especial está interessado não somente, na memória individual dos sujeitos que contribuirão com esta pesquisa, mas assentada também na memória coletiva, podendo com isso, estudar de forma comparativa (no espaço e no tempo) a cultura docente. Ela enfatiza que a Educação Especial necessita produzir conhecimentos que possibilitem deslocamento do pesquisador em direção a outras áreas com que nos relacionamos como interfaces da Educação. Isso impõe não só a necessidade de adentrarmos em campos teóricos desconhecidos, mas experimentarmos outros contextos especiais de educação, tais como, hospital, associações.

Talvez a nossa especificidade e, ao mesmo tempo, a nossa riqueza estejam nesta necessidade de deslocamento a territórios poucos conhecidos, ou nada conhecidos, para que possamos dar conta da complexidade do que chamamos de possibilidade do ato educativo em contextos e com pessoas com necessidades especiais. (OLIVEIRA V., 2001, p.22).

Ao eleger este caminho, em toda sua complexidade e inacabamento, penso, (re)afirmaria, o compromisso de dar voz a dimensão da subjetividade, imersa no campo educacional e tão significativa para aqueles sujeitos que atuam no processo de ensino e aprendizagem, bem como, no processo de inclusão de crianças e adolescentes, tocados por uma situação de adoecimento ou hospitalização: seus professores.

Como fenômeno complexo, sempre ativado e em ação na vida social, acrescenta Jodelet (2001, 2002), as representações apresentam diversos elementos: informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças e valores, atitudes, opiniões, imagens, etc. Estes são organizados sempre sob a aparência de um saber que diz algo sobre o estado da realidade. É esta totalidade significativa que, em relação com a ação, encontra-se no centro da investigação científica, a qual atribui como tarefa descrevê-la e explicá-la em suas dimensões, formas, processos e funcionamento, o que nos interessa neste estudo.

Para realização desta pesquisa foi apresentado aos entrevistados, um documento de consentimento livre em duas vias de igual teor, para as devidas explicitações quanto à confiabilidade e/ou viabilidade de sua participação na construção deste estudo. Este processo investigativo foi encaminhado e submetido à análise ao Comitê de Ética e Pesquisa, com sede nas Obras Sociais Irmã Dulce, obtendo total aprovação para ser utilizado Instituição.

6. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

6.1 SELEÇÃO DA AMOSTRA E ESCOLHA DOS PARTICIPANTES

Seguindo, as questões que nortearam este estudo, o critério para seleção das escolas e dos professores a serem investigados, se deu em primeira instância, em função da experiência da pesquisadora como professora de Classe Hospitalar no processo de (re)inclusão de crianças e adolescentes hospitalizados. Essas crianças e adolescentes, ao receberem a alta hospitalar, eram encaminhados à suas escolas de origem. Neste encaminhamento, seguia um relatório, onde era descrito, de maneira clara e sucinta, o processo pelo qual o aluno-paciente vivenciou na escola do hospital. Além da descrição das atividades realizadas, havia também, quando o período de hospitalização ultrapassava quinze dias um instrumento denominado “portfólio”, onde as atividades realizadas eram materializadas como produto.

Dessa forma, foi possível compreender que o professor da escola regular, pessoa com quem este aluno mantém uma relação mais próxima e afetiva dentro da escola, irá manter-se interessado pelo processo vivenciado por seu aluno enquanto esteve hospitalizado. Além do mais, esse professor ao atuar na classe hospitalar, integrado com os demais profissionais que atendem à criança, poderá ter acesso a muitas informações do prontuário médico, terá acesso ao documento levado por esta criança ou adolescente, sendo experimentado pela questão da hospitalização. Isto, sem dúvida, lhe possibilitará novas formas de adequar o seu trabalho às condições do aluno.

Crianças e adolescentes da Classe Hospitalar são alunos potenciais da rede regular de ensino, representadas pela SMEC (Secretaria Municipal de Educação e Cultura), e pela SEC (Secretaria da Educação do Estado da Bahia), constituindo-se uma rede atenção à escolarização básica deste alunado.

Embora ainda não existam no município de Salvador professores da rede estadual e da rede privada com formação específica para atuação em Classe Hospitalar, em razão da real necessidade atendimento à clientela, os professores da Rede Municipal de Ensino assumem essa tarefa através de convênios estabelecidos pela SMEC. Os alunos do Ensino Fundamental II e Ensino Médio, também são atendidos nestas classes em suas necessidades estudantis, conforme direitos estabelecidos em Lei.

Assim sendo, para este trabalho a escolha das Unidades Escolares (U.Es) seguiu na direção do atendimento integrado (município/Estado/rede privada). Por outro lado, estas escolas foram contatadas pela circunstância de ter um aluno hospitalizado e pelo recebimento ou encaminhamento de alunos. Foram as seguintes, a saber: Escola Estadual Anísio Teixeira; Escola Estadual Antônio Sergio Carneiro; Escola Abrigo de Salvador; Escola Bom Jesus (rede privada); Escola Municipal Abrigo Filhos do Povo; Escola Estadual Vitor Soares e da Escola Municipal Amélia Rodrigues. Foram escolhidas porque haviam recebido de volta alunos anteriormente hospitalizados por longos períodos de tempo.

Por sua vez, os professores foram eleitos para compor a amostra de sujeitos pesquisados em razão de seus pertencimentos a determinados específicos estabelecimentos de ensinos. Estes, por sua vez, assim o foram definidos a partir da identificação de pacientes hospitalizados em seus respectivos remetimentos a suas escolas de origem. Partiu-se do pressuposto que a

doença sofrida pelo paciente (outrora aluno naquela escola) de algum modo mobilizaria a reflexão dos professores que ali trabalhavam; desde que, é claro, motivados pelo inquirimento do instrumento de pesquisa – no caso, a entrevista. Essas unidades escolares foram tocadas pela experiência de encaminhamentos de alunos que tiveram um longo período de internação hospitalar entre 10 a 30 dias⁴⁰, a escolha de outras se justifica pelo encaminhamento de alunos. De cada uma destas U.Es, foi feito convite de um a dois professores totalizando-se oito(8) sujeitos entrevistados.

Os critérios pré-estabelecidos se sustentam no princípio da heterogeneidade discutida por Nicolaci-da-Costa (2007), que se baseia na maximização do alcance dos objetivos da pesquisa. Muito embora estas escolhas possam alcançar uma homogeneidade fundamental (todos os sujeitos são professores da educação básica) ou uma homogeneidade ampla (idade, sexo, classe social), privilegiou-se, o enquadramento dos participantes naquilo que é denominado de *'perfil de alta definição'*, que pode ser construído de tantos critérios quanto sejam necessários pra identificar os membros de um grupo específico, neste caso, professores da rede regular de ensino do município de Salvador.

6.2 APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Foi realizada nesta pesquisa a entrevista do tipo semi-estruturada, em razão da expectativa sobre o enfoque das representações manifestadas nas falas dos sujeitos entrevistados. Essa escolha se baseia em estudo de Flick (2004, p.90), que indica quatro critérios para constituição e condução da entrevista propriamente dita: “o não direcionamento, a especificidade, o espectro, além da profundidade e do contexto pessoal revelado pelo entrevistado”.

Foram apresentadas 22 questões abertas, no sentido de orientar o entrevistado a se comportar de maneira livre e natural para expor seu ponto de vista sobre do que lhe seria perguntado. Para realização das entrevistas houve muitos obstáculos a serem destacados: impedimento das escolas por receio de serem avaliadas, não disponibilização para aproximação do entrevistador com os professores.

Diante de tais obstáculos, foram tentados contatos mais diretos com alguns professores, a partir de indicações e sugestões de colegas. Das entrevistas, quatro foram realizadas no ambiente escolar, onde os entrevistados atuavam, em horários e turnos diferentes o que dificultava a concentração do professor entrevistado. Outras duas foram realizadas em minha casa, uma na casa da entrevistada e outra em um shopping center de Salvador. Nesta entrevista também houve ruídos que dificultaram a compreensão do professor entrevistado e conseqüentemente a transcrição dos dados, assim como acontecia repetidamente durante as entrevistas gravadas na escola.



"A palavra penetra literalmente em todas as relações entre os indivíduos, nas relações de colaboração, nas de base ideológica, nos encontros fortuitos da vida cotidiana, nas relações de caráter político etc. As palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios. É portanto claro que a palavra será sempre o indicador mais sensível de todas as transformações sociais, mesmo daquelas que apenas despontam, que ainda não tomaram forma, que ainda não abriram caminho (...). A palavra é capaz de registrar as fases transitórias mais íntimas, mais efêmeras das mudanças sociais".

M. Bakhtin

7. ANÁLISE DE DADOS

Este capítulo busca apresentar os dados referentes ao discurso de professores da rede regular municipal de ensino da cidade de Salvador. Estes serão analisados à luz da estratégia metodológica proposta por Nicolaci-da-Costa (2007), fundamentada no Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS). De natureza qualitativa, o sentido desta pesquisa é responder à questão norteadora, que consiste em saber quais as representações construídas por esses professores acerca das possibilidades de ensino e aprendizagem de crianças e adolescentes enfermos e hospitalizados.

A escolha dos sujeitos entrevistados se deu a partir dos motivos já explicitados na sessão de amostras e escolhas dos participantes, pressupondo-se ainda que, de maneira direta ou indireta, esse professor tivesse experimentado uma situação de hospitalização, afastamento de alguma criança e adolescente, da escola onde atua. Todos os professores eram do sexo feminino, com formação em nível superior, exceto um dos professores que está ainda concluindo a Graduação. Todas possuíam experiência de sala de aula, (8 a 25 anos) nas seguintes funções: professor, coordenador, vice-diretor e diretor. Em termos de lotação estavam assim distribuídas: um professor da Escola Estadual Vitor Soares (que atua também na classe hospitalar - Projeto Vida e Saúde⁴¹ – OSID); um professor da Escola Municipal Simões Filho; dois Professores da Escola Sociedade Tomé de Souza; dois professores da Escola Gercino Coelho (um deles atuando também na escola particular); um professor da Escola Estadual Heloína Barradas/Baronesa de Sauípe/Escola Tiradentes e um professor da Escola Municipal Amélia Rodrigues.

Das escolas anteriormente selecionadas, apenas duas se mantiveram, em razão dos obstáculos criados pelos diretores para disponibilização dos professores para participarem da pesquisa. Em outros casos, apesar da aproximação com alguns professores, estes se mantiveram cautelosos e não se disponibilizaram a participar da pesquisa. Como primeiro contato eram apresentados aos professores os documentos relacionados à pesquisa (projeto de pesquisa, consentimento informado, documento de aprovação do comitê de ética e pesquisa), bem como as formas pelas quais obteríamos a participação desses sujeitos.

Para a coleta de dados, foi utilizado como instrumento um questionário estruturado com 22 perguntas. A ordem em que as questões eram enunciadas fazia diferença na obtenção dos resultados. Interrogava-se, progressivamente: 1) o domínio provável dos professores acerca dos conceitos da Educação Inclusiva, por conseguinte, da Educação Especial, a partir do significado e repercussão da hospitalização na vida da criança e adolescente doentes; 2) o escopo e o alcance do conceito da política de inclusão para crianças e adolescentes; 3) a disposição, a demanda e a capacidade de aprendizagem, manifestadas por crianças e adolescentes hospitalizadas; apesar do estado de doença; 4) a importância da classe hospitalar, não apenas escolarização da criança hospitalizada, mas como política (re) integradora desses alunos em potencial à escola regular. Na tabulação e classificação das narrativas dos sujeitos buscou-se apreciar as representações evocadas à luz do campo teórico de referência da modalidade de Classe Hospitalar, Educação Especial e Inclusiva sobre a temática da aprendizagem como doentes ou hospitalizados, endereçados à atenção especial, nos mesmos termos para os quais se faz saber as crianças e adolescentes com alguma deficiência.

Para fins de discussão dos resultados, a opção foi apresentá-los discursivamente, ou seja, não foram utilizadas tabelas, posto que neste trabalho a pretensão, a partir da interpretação das

entrevistas, não foi a designação de algo como “categorias conceituais de pensamento”, as quais mereceriam um ordenamento mais esquemático. Assim, também os assinalamentos constantes de percentuais muito precisos, não me pareceram muito cabíveis, dado o pequeno tamanho da amostra. Para fins de melhor proceder a exposição desses dados, será pontuada a pergunta constituinte da entrevista semi-estruturada, as idéias contidas nessas categorias e a análise do discurso proposta por Nicolaci-da-Costa (2007). Seguem-se na próxima Sessão, as interpretações das análises das entrevistas.

7.1 REPRESENTAÇÕES DOS PROFESSORES ACERCA DA CONDIÇÃO APRENDENTE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS

De acordo com todos os professores entrevistados, “estudar” ou o “estudo” representa a inserção das pessoas no mundo do trabalho, ou seja, a ascensão social se dá por via da empregabilidade, *“para participar da movimentação econômica (...) enquanto consumidor (...) se você não tem essa possibilidade (...) fica à margem de uma sociedade que não inclui todos”* (P6).

Segundo Gadotti (2001, p.230) a escola *scriptu sensu*, nasceu da passagem do modo de produção primitivo para o modo de produção escravista, com o nascimento da desigualdade e a divisão de funções sociais na sociedade. Para entendermos melhor, a partir do surgimento do professor, “aquele que é encarregado na divisão do trabalho, de conduzir a criança para idade adulta, mediante a rituais de iniciação, cerimônias religiosas, por meios do ensino e habilidades manuais, da expressão corporal e do desenvolvimento das artes e da cultura” (GADOTTI, 2001, p.230).

Na Grécia e em Roma, a escola escravista chega a seu apogeu, isso já revelava certa tendência entre as escolas espartanas e atenienses. A primeira baseava-se no ideal da eficácia e a segunda na valorização do pensamento, do logos e, portanto, da reflexão. Esses modelos continuam vigentes até hoje. Gadotti (2001) ainda sinaliza que a dificuldade hoje está em encontrar o justo equilíbrio entre a eficácia e a liberdade do modelo ateniense.

A nova concepção da escola inaugurada pela burguesia com a Revolução Industrial tomou da igreja o terceiro modelo de educação sacralizada, onde a palavra era policiada por uma autoridade maior (a diferença neste modelo era punida e estigmatizada), este ideal dominou o mundo com enormes conseqüências para o desenvolvimento da educação. A “idéia de progresso e de liberdade individual”, declara Gadotti (2001, p.234), era proposta pela burguesia.

Já no Séc. XIX, o ensino foi orientado para o futuro, buscando-se formar homens adaptados e utilizáveis, segundo Lobrot (*apud* GADOTTI, *op.cit*, p.234). A burguesia deu muito valor à educação porque precisava da escola e do professor para erguer a sociedade burguesa e capitalista. Podemos afirmar que o modo de produção capitalista renovou profundamente a escola.

Nesse caminho o que presentifica é que a escola não consegue sobreviver a essas expectativas, pois há ausência de investimento de capital (se há, denota insuficiência) dentro do espaço escolar, em detrimento da expansão e de investimento nos meios de comunicação. Assim, no Brasil e em outros países da América Latina, a crise da escola remonta à

exploração feudal, uma reivindicação popular, onde *“ascensão social vai decorrer da educação”* (P2).

A partir dessa concepção, um dos professores afirma que o estudo deveria ir além da profissionalização *“tem que ajudar as pessoas a se tornarem sujeitos críticos, avaliativos, competitivos, capacitados a questionar”* (P1), *“por isso, não tem uma função (...) imediata pra suprir uma necessidade básica (...) de vivência, mas lhe traz qualidade de vida (...) estudar pode ser mais que formar profissionais (...) existe, pois a possibilidade de articular idéias e fazer conexões, de criar pensamentos (...) o ser humano é muito mais(...) pode se formar para convivência humana (...) superar os entraves da convivência”* (P6), *“para o auto-polimento”* (P3), *“a eterna busca pelo aprender”* (P7).

Para Assmann (2004), seria um absurdo negarmos a relevância da educação para se conseguir emprego no mundo de hoje, não se trata, pois, de questionar se ela é uma condição imprescindível para empregabilidade, tampouco se trata de questionar a urgência de novas ambientações e novas formas pedagógicas para fazer emergir experiências de novas aprendizagens, trata-se de defender vidas.

Compreendendo que a escola necessita defender vidas e que o processo de aprendizagem modifica não somente nosso conhecimento e o nosso agir, mas também nosso ser (Claxton, 2005), todos os professores reconhecem que a escola não está preparada para receber e incluir todos os que a frequentam conforme declarado pelas políticas públicas. *“Assim quando você fala em todos (...) está falando em uma dimensão de 100% e não se tem isso”* (P1), *ainda tem muita criança que não tem acesso (...) as pessoas que estão lá no submundo (...) à margem*

(...) as que estão lá nos lugares que não têm acesso à eletricidade (...) saneamento básico (...) que vivem em invasões, os sem-teto” (P8), “entre as crianças, jovens e adultos” (P6).

As respostas dos entrevistados me permitiram interpretar que o conceito de inclusão, apesar de muito difundido na escola, é pouco compreendido, entretanto a questão central é: a quem está dirigida esta educação para todos, conforme enunciada nos documentos oficiais? Dos oito entrevistados, cinco tiveram dificuldades para reconhecer a abrangência da Educação Especial, para além das pessoas com deficiência física, mental ou sensorial. Assinalaram que *“falta aos professores capacitação (...) para realizar um trabalho eficiente porque (...) recebemos diversos alunos com dificuldades especiais (...) todas elas deveriam ser consideradas de acordo com as circunstâncias” (P7). “Em relação às crianças (...) tem uma dicotomia muito grande (...) na hora que pensa os sistemas de ensino público e privado (...) e o sistema de ensino do Brasil e de outros países (...) vê resultados diferentes, (...) infraestrutura diferentes (...) avalia o nosso como aquém de incluir a todos” (P6).*

Isso denuncia o que Scliar (2006) assinala para dar continuidade entre o significado negativo da Educação Especial, além de uma concepção ultrapassada de baixas expectativas pedagógicas se acrescenta a outra questão muito problemática: a falta de reflexão educativa sobre a educação especial. Relevante seria incluir a análise dos fatos que governam a educação de crianças e adolescentes com necessidades educativas especiais dentro dos problemas gerais e não como se faz habitualmente, fora deles e quanto mais longe melhor.

Embora a LDB estabeleça, em seu Artigo 59, inciso III, que os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com necessidades educativas especiais [...] professores com especialização

adequada em nível médio ou superior, para entendimento especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para integração desses educandos nas classes comuns” (GLAT, BLANCO, 2007), ainda é grande o distanciamento na atuação desses dois grupos de profissionais, mesmo quando estão no mesmo espaço, na mesma escola.

A proposta de inclusão é muito mais abrangente e significativa. Ao declarar que “*incluir significa fazer parte*” (P5), denota-se um equívoco, pois, muitas vezes, aqueles que são colocados dentro da escola continuam sem respostas educativas de que tanto necessitam, conforme assinala Carvalho R. (2006). Fatores como carência de vagas, elevados índices de repetência e de evasão escolar, dificuldades de aprendizagem e de ensinagem, levaram e levam milhares de alunos ao abandono da escola e ao desenvolvimento de sentimentos de baixa auto-estima, com reflexos de dimensões sociais e econômicas muito sérias.

Ainda que se tenha consolidado no imaginário coletivo a representação da professora como uma “segunda mãe”, uma e outra, partilhando daquela representação, tem pontos de vista divergentes quanto ao significado de inclusão e exclusão. Enquanto as mães se orientam, para a inclusão de seus filhos (estejam estes doentes ou não) na escola para acompanhamento e domínio dos conteúdos correspondentes à série em que se encontram na luta contra o fracasso na escola, os professores (e aqui nos referimos tanto às mulheres quanto aos homens) apelam para outros elementos – que sintetizam no termo “todo” – para estabelecerem critérios de aceitação dos alunos e alunas sob sua responsabilidade. As referências relativas aos aspectos emocionais, afetivos, morais e sociais presentes no processo ensino/aprendizagem parecem se destacar na relação entre alunos e alunas e professores para compor aquilo que estes últimos chamam de “todo”. Nesse aspecto, é que se colocam as condições de quem pode ou não pode participar da ação educativa ou ser incluído nela. No entanto, é preciso questionar se as

difíceis condições de trabalho na escola, o que inclui a ausência de um espaço coletivo de partilhamento de dúvidas e de articulação de ações didáticas, não estariam se sobrepondo às difíceis condições de vida das crianças e dos adolescentes, para tornar difusos os critérios de inclusão/exclusão utilizados pelos professores para avaliação destas, tornando-os dependentes em demasia da própria subjetividade.

Na perspectiva que se (in)tenta provocar neste estudo, a inclusão nunca é objetiva do ponto de vista prático, de fazer colocar, inserir, sobrepor e portanto ela nunca é em função de um âmbito social de valores institucionalizados, pois ela pode se opor intensivamente às dimensões molares das instituições e “divagar” em uma instância não-social ou anti-social, como a de aceitar na escola crianças com deficiências importantes, ou crianças com doenças crônicas e fazer de conta que estão lá apenas para interação/socialização com outras crianças “ditas normais”. Não é necessariamente para ler e escrever que se inclui ou exclui alguém na/da escola. Não é necessariamente para se comunicar com outros e outras. Não é também, necessariamente, para ter acesso: seja para consumir, chegar a uma dependência física e/ou usar serviços governamentais ou privados. Uma pessoa está incluída quando está em um fluxo ou se auto-permite entrar em um, e não em um processo mecanicamente estabelecido por uma dada instituição, a menos que esteja intensamente engendrada na *formação de enunciados* no qual invente “permissões” para se provocar um movimento de incursão em situações político-sociais transformadoras.

Ao falar em Inclusão ou Educação Especial, lidamos com o imaginário coletivo: o mito de que tanto as pessoas com deficiência quanto as pessoas doentes são incapazes de (re)agir e participar no mundo social. Diniz (2007, p. 17) questiona esse modelo: “Seria o corpo com lesão o que limitaria a participação social ou seriam os contextos poucos sensíveis à

diversidade o que segregaria o deficiente?”. Posto de outra maneira, conforme declaram Fernandes, Antunes e Glat (2007, p.57), a “ausência de acessibilidade se reflete sobremaneira, no espaço escolar, que tendo sido construído e constituído sob a perspectiva do aluno ‘normal’, não está preparada para receber crianças e jovens com necessidades especiais, e neste contexto os com agravos à saúde.

As barreiras arquitetônicas e ambientais, enquanto aspectos físicos, embora se constituam fatores de adaptações curriculares, certamente são de grande importância, mas não são suficientes para que se garanta a inclusão educacional. O princípio básico desse modelo de gestão e responsabilidade não apenas das agências governamentais, mas, sobretudo dos sistemas escolares, é que todos os alunos, independentes de sua condição socioeconômicas, raciais, culturais ou desenvolvimento, sejam acolhidos “nas escolas regulares, as quais devem se adaptar para atender às suas necessidades”, pois estas se constituem como os meios capazes para combater atitudes discriminatórias, e, como consequência, construir uma sociedade inclusiva que atinja o pressuposto de “educação para todos” (BRASIL, 1994).

Sobre os aspectos relacionados à aprendizagem, metade dos professores entrevistadas, afirmaram que para uma criança aprender o que mais conta “*é a vontade, porque tendo vontade ela vai se sentir motivada e essa motivação é que vai proporcionar que ela busque meios para estar se capacitando*” (P7) ou ainda como um dado novo no âmbito educacional, sobretudo na sala de aula, “*todo mundo tem capacidade independente das limitações (...) esses pequenos detalhes de cada um(...) é colocado dentro da Políticas de Inclusão e começa a aparecer dentro da sala de aula*” (P5).

Essa questão parece denunciar duas questões: a primeira sobre o sucesso/fracasso, algo que parece ser determinado pelo sujeito como responsável por seu processo de aprendizagem, lugar onde o professor não se sente co-responsável, a segunda questão é que agora há mais um motivo para velhas justificativas no descompasso da escola para atender aos '*pequenos detalhes*'(P5) – ou seja, as diferenças de cada aluno – como aspecto de naturalização do espaço de convivência e aprendizagem formal que é a escola.

Ao que parece nenhuma ação é realizada sem ser estimulada pela vontade⁴². Assim, o relacionamento entre vontade e ação não é estático, mas está sujeito a mudanças e flutuações. A tomada de decisão nos oferece explicações razoáveis para mudanças observadas em determinadas decisões pessoais. Entretanto, outras vezes, nossas atitudes podem parecer inertes ou letárgicas apoiadas em aspectos superficiais de nossa vontade para o que é necessário, muitas vezes, motivação a fim de que possamos mudar.

As professores entrevistados desconsideram que muitas vezes esses alunos necessitam de motivação e que estas consubstanciam processos de aprendizagem. A motivação é um conjunto de variáveis que ativam a conduta e orientam em determinado sentido para poder alcançar um objetivo, segundo Tapia e Fita (2004). Existem, quatro classes de motivação para a conduta humana e para conduta de aprendizagem/estudo, a saber: a) motivação relacionada com a tarefa ou motivação intrínseca; b) motivação relacionada com o eu, com a auto-estima; c) motivação centrada na valorização social e, d) motivação que aponta a conquistas de recompensas externas.

Nesse sentido, segundo a teoria da atribuição as pessoas tentam explicar por que as coisas aconteceram de determinada maneira atribuindo-lhes algumas causas. Tilapia e Fita (2004),

ao apresentar o pensamento de Winer, afirmam que as causas às quais os alunos atribuem êxitos ou fracassos podem ser classificadas segundo diferentes critérios: causas externas e internas, segundo as causas se encontrem no interior do sujeito ou fora dele; estáveis ou instáveis, segundo respondam a algo permanentemente e, por último controláveis, segundo seja possível ou não intervir nelas. Tal explicação se clarifica no quadro a seguir:

<i>Causas internas</i>		<i>Causas externas</i>		
<i>Estáveis</i>	<i>Instáveis</i>	<i>Estáveis</i>	<i>Instáveis</i>	
Esforço típico	Esforço imediato	Atitude do professor	Ajuda infrequente	Controláveis
Capacidade	Vontade	Tarefa Difícil	Sorte	Incontroláveis

Figura 2: CAUSAS INTERNAS E EXTERNAS (TAPIA e FITA, 1999, p.82)

Assim os problemas mais graves de motivação se apresentam quando os alunos atribuem os fracassos a causas “internas, estáveis, incontroláveis como a capacidade⁴³” (TAPIA e FITA, 2004, p).

Mesmo afirmando que tanto a vontade quanto a capacidade são fatores que colaboram no processo de ensino-aprendizagem os professores entrevistados acreditam estar “perdendo tempo” com os alunos que não demonstram desenvolvimento satisfatório ou uma mudança comportamental que sinalize de maneira perceptível que aprendeu o que lhes foi ensinado: “quando você tem vontade, você corre atrás (...) você é capaz, mais não se interessa” (P1), “quanta diferença da criança hospitalizada da criança da que está na escola (...) elas fazem as coisas com tanto zelo, com tanto desejo (...) muito mais elaborado do que as crianças que estão bem na escola... regular” (P3). Nesta última fala, fica evidenciado, ao que parece tratar-se de outra criança, não de crianças e adolescentes que estão nas escolas e eventualmente adoecem. No hospital, por certo, em decorrência dos aspectos contextuais e as possibilidades

na investida das aprendizagens dos alunos, eles se apresentam mais curiosos, conscienciosos, sociáveis ou seguem em busca de êxito, se colocam com maior disposição e são mais participativos, o que na escola também se pode alcançar.

A presença da criança e do adolescente na escola já antevê uma série de procedimentos para adaptação e interação que lhe é imposta e uma série de regras que necessitam ser cumpridas. Nesse sentido, o planejamento pode influir na rotina e na convivência dos indivíduos. A identificação das experiências que o aluno deve viver é importante para orientar o professor na escolha das atividades de ensino. Ao que os professores entrevistados afirmando se anteciparam, que não se pode prever, por exemplo, *“como você vai encontrar esse aluno naquele período do planejamento”* (P1) *ou que clientela você vai atender, quais são seus interesses* (P2), *o planejamento (...) é uma escolha que você fez, mas que (...) ele pode (...) trilhar caminhos diversos (...) para suas intervenções* (P6). Da mesma maneira que consideram ser também importantes os objetivos pelos quais escolhemos para alcançar êxito nas aprendizagens. Dos oito, apenas um afirmou categoricamente que um plano de ensino não tem validade se não for o de fazer aprender algum conteúdo, e contradiz-se evidenciando que *“a gente sempre esta ensinando como também aprendendo (...) as vezes a gente pensa que vai ensinar justamente é aquele que ensina alguma coisa pra gente”* (P4). Isso se reafirma na voz de Paulo Freire, ninguém ensina ninguém, aprendemos mediatizados pelo mundo, ou no trecho da canção de Jorge Portugal que afirma: quanto mais a gente ensina, mais aprende o que ensinou; quem *“ensina há de mostrar pistas, insinuar ritmos para a dança das linguagens”* (ASSMANN, 2004, p.71).

Uma parte dos entrevistados expressou que a aprendizagem faz parte da vida humana, da formação do homem, e que está ao alcance de todos: *“é conhecimento que cabe pra todo*

mundo” (P2), “*aprender é (...) como nossa formação humana*” (P6). Cada situação de aprendizagem é também uma oportunidade para fortalecer, elaborar o potencial da aprendizagem (CLAXTON, 2000).

Alguns aspectos foram levantados, como fatores que impedem o processo de aprendizagem, sendo os mais evidenciados: *pressão, falta de vontade e de compromisso, desorganização autoritarismo, violência*. É evidente que esses fatores podem dificultar o processo instrucional sob o entendimento e o manejo de regras e reconhecimento de saberes acumulados pela humanidade, o que acaba privilegiando a capacidade de acesso a conhecimentos que facilmente podem ser codificados, mas também contribui para o distanciamento de objetivos reais num processo de educação para libertar, emancipar, uma educação para o afeto, para emoção, para a solidariedade e tantos outros projetos sociais e éticos da escola. Dada a importância adaptativa da aprendizagem humana, não só para sobrevivência física como para sobrevivência do ‘eu’(Claxton, 2000 e Pozo, 2002) de nossa aprendizagem de previsão e controle do ambiente, não é estranho que os processos de aprendizagem estejam ativos a todo momento, compreenderemos que:

Se entendermos que ensinar é projetar atividades sociais com um fim deliberado que alguém aprenda algo (e mais em frente temos de definir o que entendemos por aprender, temos de admitir que possivelmente a maior parte de nossas aprendizagens cotidianas são produzidas sem ensino inclusive sem consciência de estar aprendendo. (POZO, 2002 p. 56).

Se alcançarmos tal compreensão de que é possível aprendizagem sem ensino, nos daremos conta de que há ensino sem aprendizagem. Por isso mesmo vem avalizada pela triste experiência cotidiana de alunos e professores, que, sem dúvida, compartilharam muitas horas de incompreensão mútua. Isso se reflete nas falas dos professores: *a violência, autoritarismo, porque o aprender a pessoa tem que gostar (...) a aprendizagem é de dentro pra fora* (P4).

Esta é a inquietação sentida na carne pelo professor, a angústia de ensinar coisas que seus alunos não aprendem. Esses alunos desenvolvem estados de irritação, apatia de (muitas vezes), gerando situação adversa ao que lhe é apresentado alguém lhes ensina coisas que eles não têm disposição de aprender. Embora esses outros fatores que ampliam ou reduzem esta falha sejam diversos, eles afetam os mais diversos setores da vida social (a escola, o trabalho, as desigualdades, por exemplo); todos acabam tendo reflexo na própria organização social da aprendizagem como indica Pozo (2002).

É necessário coerência para adequar melhor os processos de aprendizagem e ensino, à realidade do educando sempre será possível aproximarmos as duas margens da aprendizagem se adequarmos as atividades de ensino às formas de aprendizagens dos alunos e às condições reais em que vão realizá-las, ou seja, “é o tamanho do sistema aprendente que costuma alterar bastante as condições da aprendizagem” (ASSMANN, 2004, p.86). Com referência a este tópico, esse autor declara que pode chamar de organização aprendente aquela na qual os agentes envolvidos (incluindo as que ocorrem entre os seres humanos e as máquinas ‘inteligentes’), estão habilitados para buscar, em todos os níveis individuais ou coletivamente, aumentar a capacidade de criar resultados aos quais estão orientados ou, no caso de sistemas humanos, pelos quais estão efetivamente interessados. Ele diferencia, portanto, um envolvimento interessado da eficiência linear mediante a execução imposta aos agentes por comandos externos e acrescenta, “é fundamental incluir nas premissas básicas do conceito de organização aprendente, a criatividade individual e coletiva capaz de inventar e assumir mudanças” (ASSMANN, op.cit, p. 86).

No ambiente hospitalar, o convívio aprendente entre alunos-pacientes e professores, muitas vezes, necessita de outra aproximação, que se dá em razão da condição tanto física quanto emocional a partir da abertura em que as crianças e os adolescentes disponibilizam, quando se sentem acolhidos e cuidados, colocando-se dispostos a aprender uns dos outros e com os outros.

Trata-se de que os professores organizem e planejem suas atividades levando em conta não só como seus alunos aprendem, mas principalmente como querem que seus alunos aprendam. Para isso, é preciso compreender em que consiste uma boa aprendizagem, conhecer as dificuldades que enfrentam os alunos e ajudá-los a superá-los. (POZO, 2002, p. 58)

A escola representa, então, na vida da criança ou adolescente outro espaço de convivência e tem (ou desempenha) um papel indiscutível na formação do indivíduo. Por esta razão é que quando afastadas por um motivo de doença ou hospitalização, o aluno sente mais falta da escola, dos amigos e dos espaços de recreação e dos brinquedos dado confirmado nas entrevistas realizadas para elaboração deste estudo. Uma percepção pessoal, gerada pela aproximação de uma realidade vivenciada com crianças hospitalizadas. No espaço hospitalar, a figura do professor representa ligação com coisas do cotidiano que foram deixadas lá fora. Entretanto, o que se constata é que o próprio professor não se percebe construtor de laços afetivos a ponto de deixar saudade em uma criança ou adolescente.

A afetividade é um termo abrangente, que inclui sentimentos, estados subjetivos mais duradores e menos orgânicos que as emoções das quais se diferencia nitidamente. As emoções, uma das formas de afetividade, são verdadeiras síndromes: medo, cólera, tristeza, timidez, entre outras... “A afetividade, com este sentido abrangente, evolui ao longo da psicogênese, uma vez que incorpora as conquistas realizadas no plano da inteligência” (ALMEIDA, 2004, p.53).

Os professores entrevistados revelam não perceber que uma simples indisposição ou agitação da criança ou do adolescente em sala de aula pode estar relacionada à energia dispensada pelo aluno na realização de uma tarefa, pois é sabido que a condição metabólica de cada indivíduo difere de suas condições orgânicas. As falas dos professores não vão além da constatação de que se o corpo físico não está bom a mente (a cognição, o pensamento), também não está. Uma das afirmações reforça esta concepção: “*se uma pessoa não está bem intelectualmente seu corpo também não vai bem*” (P1), ou ainda, “*corpo e mente tem uma ligação mútua (...) se o organismo não consegue se manter equilibrado (...) o intelectual vai ficar (...) comprometido*” (P5), em oposição ao que compreende que “*isso mexe com a disposição, mas não com o raciocínio lógico das pessoas, a pessoa não deixa de pensar, de ter o entendimento das coisas só porque está doente*” (P8). As representações da saúde e da doença, segundo Laplantine (2001, p.254), “*comunicam-se entre si e são objetos de uma interação social e cultural incessante, que engendra formas mestiças⁴⁴ faladas, elas mesmas, a muitas metamorfoses*”. Ela destaca tais representações a partir de três pólos: 1) a doença na terceira pessoa, isto é, adesão aos valores médicos de nossa época, parte-se do sintoma e de sua etiologia, cujo colorário é a ocultação ou, pelo menos, um abandono a segundo plano, da relação da doença com o psicológico ou o social; 2) a doença na segunda pessoa pode ser ilustrada pela abordagem do médico clínico, homeopata, psicólogo, etc. 3) o estudo da doença na primeira pessoa (*illness*) consiste na análise dos sistemas interpretativos forjados no cadinho da subjetividade dos próprios doentes e das subjetividades dos médicos que, como os militares recrutam no civil, ou seja, pertencem juntamente com os doentes, a uma mesma cultura e aderem a uma mesma concepção dominante do que é a doença.

A doença é considerada como uma entidade exógena que penetra, por arrombamento, no corpo de um indivíduo, não responsável por isso, a cura consiste na destruição de uma positividade inimiga com a qual não se deve

compor, mas que é preciso literalmente aniquilar. Inversamente a doença não é mais percebida como uma entidade estranha ao doente. Ela dele procede e tem uma função valorizada, ou pelo menos significativa, que deve ser decodificada como um de seus componentes, e a cura consiste numa atividade reguladora, que não é mais, dessa vez, antagonística aos sintomas do doente. (LAPLANTINE, 2001, p.244).

Há certa dificuldade dos professores entrevistados em reconhecer que crianças e adolescentes doentes como sujeitos legítimos a receberem atenção qualificada nos termos e princípios da Educação Especial. Barros e Santos (2008, p. 6) estudando professores da Educação Especial provocados a refletir sobre a escolarização nos hospitais que aqueles profissionais não conseguem sequer sugerir o quê ou como algo poderia ser ensinado às crianças hospitalizadas. Indicam que o professor de classe hospitalar *“pode realizar um trabalho diferenciado”* (P1), *“pode realizar muitas coisas (...) tem que ter muito jogo de cintura”* (P3), *“não é que vá pensar que a criança é especial, mas é que precisa de muito carinho e muita dedicação, não são as crianças que são especiais mas são as pessoas que são especiais para cuidar dessas pessoas”*(P4).

Assim também os professores interrogados pela presente pesquisa evidenciam um olhar mais ampliado. Como enfatiza Pozo (2002, p.101), *“é certo que a aquisição de determinados conhecimentos, socialmente construídos, nos permitem, suprimir provisoriamente, suspender ou re-descrever essa representação encarnada, em favor de um conhecimento complexo”*. Isso se deu, por exemplo, com aquilo que foi descrito pelos professores sobre o ambiente hospitalar como sendo um lugar, frio, branco impessoal. Pode-se, a partir desta fala, perceber que, *“dentro do hospital é possível se construir uma ambiente de aprendizagem (...) você volta a ter a possibilidade de interação humana que acontece dentro da escola (...) um outro ponto além de estar ali como aprendente, não apenas como um ser que está ali para conseguir de volta sua saúde”*(P6). Isso não nos permite abandonar uma representação implícita, mas unicamente reconstruí-la num novo nível de análise ou de representação.

Os quesitos relativos às matérias curriculares, ou mais especificamente, do que um professor poderia ensinar (antecipando as variáveis do ambiente hospitalar, como: saídas constantes dos alunos, sono, dor, sonolência, idade/série diferentes, patologias diversas, dentre outras variáveis), não parece ser problemático para a grande maioria entrevistada, não foram sequer concebidas pelos professores que, com base no senso comum, disseram que o professor da Classe Hospitalar poderia “*ensinar tudo*” e “*trocar experiências*”. Dois dos oito, professores mencionaram uma possível adequação curricular para atender, de maneira específica, esta clientela em potencial da Educação Especial mesmo que temporariamente. Há que considerar a condição em que esse educando se encontra. Assim revelam: “*cabe ao professor adequação*” (P4), “*não adianta uniformizar as atividades desde quando ele tem níveis diferentes, idade e série em sua sala (...) deve adequá-las ao nível dos alunos*” (P7).

Ao afirmar que, por exemplo, que uma das maiores dificuldades que os professores de classe hospitalar podem enfrentar “*são os profissionais de saúde que em alguns momentos menosprezam o professor*” (P3), ou, “*pela educação a gente pode fazer alguma coisa, pela saúde a gente não pode fazer nada*” (P4). Nega-se, portanto, que de maneira legítima o professor também o é (se assim não se sentir, poderá vir a ser), em seu espaço de sala de aula, um agente de saúde, defende vidas e, mais diretamente pode criar atividades, programas que auxiliarão crianças e adolescentes nos cuidados básicos e primários com a saúde e, conseqüentemente, com a comunidade.

A análise das entrevistas permitiu observar que, de modo geral, os professores consideram importante que o professor da escola regular mantenha-se informado quando da hospitalização de um aluno e não apenas quando do seu retorno. Assim, três professores

afirmam que é importante saber o que foi realizado pelo professor da classe hospitalar para a continuidade na escola regular. Outros três acenam para importância do cuidado. Fica evidente que: *“alguns pais podem ter medo de dizer a doença para escola não aceitar (...) a escola não está preparada para receber, trabalhar com este aluno (...) os professores da escola regular deveriam ter mais conhecimento”* (P6). Neste caso, evidencia-se, conforme afirma Jodelet (2003), a manutenção do doente num estatuto alienado e restritivo, no sentido de opor-se a qualquer reivindicação de inserção, em pé de igualdade, na localidade, no que a representação assemelha-se à ideologia. Pode-se afirmar que a representação social é como um conhecimento de senso comum é formada em função do cotidiano do sujeito, os fatores sociais e econômicos constituem-se condicionantes influenciáveis no modo de interpretar e pensar a realidade formando uma interconexão entre o social e o psíquico. Assim, pensar que uma *“pessoa que está com câncer é uma pessoa fragilizada não tem tanta força, tanta garra (...) psicologicamente muda muito (...) não tem os mesmos estímulos que outra criança tem (...) exigir o que ele tem condição de dar (...) ou tem de ser tratado como uma criança normal até certo ponto (...), pois ele tem as limitações dele”* (P4), é manter a idéia construída e compartilhada socialmente sobre as coisas, pessoas e objetos como imutáveis. No cotidiano, construímos de maneira individual e coletiva imagens e conceitos que são próprios de cada um e ao mesmo tempo compartilháveis como a (in)capacidade de produção requerida por uma criança e adolescente na escola, na vida.

As dimensões do trabalho docente com crianças e adolescentes, no que se refere às relações estabelecidas com eles, com ênfase nos aspectos extra-cognitivos, tais como o envolvimento afetivo e atenção a problemas familiares e sociais dos alunos têm sido alvo de pesquisas em nosso país, mostrando quanto tem sido equivocada a abordagem intelectualista, em que

ressaltam tão somente os saberes, em que se subestimam as relações pessoais, destacando a docência como uma ocupação que pode ser enriquecedora e estimulante.

Sinalizam também que, para criança que passou pela classe hospitalar, representaria a manutenção do vínculo com a escola, com o ensino: *dar continuidade ao processo educativo (...) a criança continue com seu direito prevalecendo, aprender a conviver (P5) e não perder de vista (...) sua responsabilidade de estudante (P6), é uma forma de ele não se sentir isolado da realidade (P8)*. A idéia a que aludimos como escolarização, para Tardif e Lessard (2007), é antes de mais nada, o produto das atividades de ensino e aprendizagem que se instalam e desenvolvem exatamente através do tempo, e cujos efeitos fundamentais sobre a criança são percebidos ao longo do tempo.

Tendo em vista as respostas ofertadas em relação ao que seria possível realizar para alcance de aprendizagem de crianças e adolescentes doentes, evidenciou-se o hospital como espaço representativo da doença. Por exemplo, não se concebe que uma criança asmática, com diabetes, anemia falciforme, ou outras doenças crônicas que não seja necessário conviver precisamente com a hospitalização ou esta ocorrer temporariamente, pois não há tempo determinado para manifestações ou ocorrências agudas destes quadros, como sujeitos que podem conviver normalmente na escola, necessitando, porém de uma atenção especial. A criança doente também é percebida ou confundida, como deficiente, impossibilitada de realizar outras atividades senão aquelas com “*sentido lúdico*” no plano das brincadeiras, o que pode ser observadas nas seguintes falas dos entrevistados: “*uma criança hospitalizada (...) tem também (...) dificuldade de se apropriar daquele ensinamento*” (P1), “*o seu estar geral de deficiente por conta de estar doente*” (P2), “*a partir do momento que você toma consciência da doença dessa criança, das limitações (...) você pode prever o que ela pode*

aprender (...) a capacidade que ela tem de aprender” (P5), “se tiver muito doente não vai ter concentração para aprender” (P8).

O que chama atenção nesta questão é que, mesmo de maneira prática, nenhum dos professores apresentou sugestões sobre as possibilidades de ensino a essas crianças. As circunstâncias que as limitam para se moverem, correr e até mesmo brincar, ler e escrever, levam a ser consideradas como deficientes. Se a escola apresenta dificuldades para alcançar as possibilidades de aprendizagens de crianças e adolescentes com paralisia cerebral, cegas, surdas, e tantas outras deficiências produzidas socialmente que demandam de uma atenção específica, também demandaria na atenção àquela que não consegue minimamente realizar uma atividade instrumental como responder aos exercícios propostos por meio da escrita.

Evidencia-se nas falas que se seguem certo indicativo de intencionalidade para o fazer pedagógico do professor que atua na classe hospitalar ou ainda que pouco percebida uma certa indicação sob o signo da aprendizagem agradável *“as estratégias, o professor tem que ver(...)o conhecimento de cada aluno(...)histórico de cada um” (P4) “realizar brincadeiras educativas que por estar passando um momento especial(...) teria que ser um aprender agradável”(P7).*

A escola, nesta questão se apresenta como um sistema rígido, pois se coloca incapaz de adaptar-se às situações novas, de ajustar-se a qualquer situação que assim o requeira em momentos de inadequação, como a complexidade que se apresenta no ambiente hospitalar. São os ruídos ou mecanismos aleatórios (Mores, 2004), que não se pode desprezar enquanto fenômeno de aprendizagem.

No aspecto de semelhança e/ou diferença entre a escola regular e a escola hospitalar, o tempo foi evidenciado como aspecto que dificulta a realização de atividades, assim como a falta de controle na evolução de atividades, enquanto seqüências didáticas, além de não satisfazer pedagogicamente às respostas a alguns objetivos didáticos: *“aqui a gente canta o hino no dia de segunda-feira (...) aqui eu não conto história (...) lá tentamos levar uma mensagem positiva (...) uma vez que eles estão hospitalizados e aqui não, aqui a gente faz oração, a gente opta pelas datas cívicas, é bem diferente”* (P3), *“lá ele não vai ter o cumprimento da carga horária”* (P6). Assim, a representação que dá conta da escolha de estratégias e propõe conteúdos aos programas se constitui em um dos maiores dilemas dos professores que se esbarram em propostas pré-formalizadas e definidas para cumprimento dos objetivos finais de aprendizagem e garantia de competências básicas para avanço dos alunos. Esse dilema tem impacto importante sobre a ação docente, uma vez que todos têm de resolver de uma forma ou de outra, a partir da alternância entre as rotinas e as improvisações (uma das razões dos dilemas inerentes ao trabalho curricular). Tardif e Lessard (2007) assinalam que, embora muitos professores avaliem seu trabalho como de boa qualidade, é inegável que seu conhecimento sobre o currículo implica certos dilemas em certas escolhas e, assim em conseqüências e custos.

Para realizar objetivos de programas é preciso lidar com o imprevisto, fazer outra coisa, algo fora do que está previsto. Os objetivos e os programas escolares têm o peso de uma roupagem burocrática, mas ao mesmo tempo exigem que os professores tenham autonomia de verdadeiros profissionais, capazes de desviar-se de rotinas para improvisar conforme a complexidade das situações. (TARDIF, LESSARD, 2007, p. 224).

Amparados na representação e na dinâmica estrutural da escola em seus rituais (chamadas, exercícios, testes, provas, recreio, dentre outras atividades homogeneizadoras que a escola elege), na reprodução, no condicionamento, na relação impositiva, mediante a qual o aluno se

submete nas práticas instrucionais, não se consegue perceber outros caminhos, outras possibilidades e organizações de aprendizagem, a exemplo a classe hospitalar, ancorada em outro saber fazer, em outro espaço/tempo de saber conviver. As diferenças e aproximações (enquanto instituições totais e de seqüestro) que se deslocam da escola para o hospital são: *“que não pode estar correndo, o espaço (...) não é apropriado (...) tem que ter silêncio, já na escola (...) tem mais liberdade para gritar, pra correr, pra fazer algazarra (...) tem que ter um comportamento adequado para que não atrapalhe os outros pacientes, o trabalho das pessoas (P4). A entrada da enfermeira (...) os meninos terem que sair da sala a qualquer momento, a interrupção sem aviso prévio (P8).* Assim, a representação que dá conta da escolha de estratégias e propõe conteúdos aos programas se constitui em um dos maiores dilemas dos professores que se esbarram em propostas pré-formalizadas e definidas para cumprimento dos objetivos finais de aprendizagem e garantia de competências básicas para avanço dos alunos. Esse dilema tem impacto importante sobre a ação docente, todos têm de resolver, de uma forma ou de outra, a partir da alternância entre as rotinas e as improvisações (uma das razões dos dilemas inerentes ao trabalho curricular).

A dinâmica hospitalar não requer regras tão rígidas ou formalizadas igualmente as que a escola (sob a idéia de organização e controle), formalizou. O que não significa que não as tenha. As regras hospitalares estão assentadas numa ordem onde não existe apenas um responsável para aquele paciente. Para cada doente há uma série de especialistas, a começar dos laboratoristas até o médico, que prescreve a terapia ou faz uma intervenção (SGRECCIA, 1996), todos se sentem co-responsáveis. Existem princípios basilares característicos da ética médica, fundamentado na corporeidade humana. A defesa e promoção da vida têm seu limite na morte, e a promoção da saúde tem seu limite na doença.

Dessa forma, “os bens afetivos e sociais devem se subordinar aos dois bens precedentes: a vida e a integralidade”, valores da pessoa que “estão harmonizados entre si, de tal modo que ao se mortificar um deles, os demais também passam a sofrer com isso: a privação da relação social torna-se um fardo para pessoa como um todo”, afirma Sgreccia (1996, p.128).

É comum neste espaço de heterodoxia uma paciente ser atendido em uma enfermaria com urgência em meio ao corre-corre dos profissionais e olhares preocupados e curiosos, outro gritar de dor, medo e ansiedade, ou correr de alegria e contentamento para encontrar um ente querido, esperado, brincar despretensiosamente sem se preocupar com o tempo; a ordem constituinte neste espaço é cuidar, sentir e viver plenamente a sua e a vida dos outros, ainda que a morte insista em se anunciar, o que se constituía também em processo de aprendizagem para outras vidas que segue seu curso.

Ao tratar da hospitalização prolongada, dizem os professores entrevistados, ambas as instâncias poderiam contribuir como facilitadoras mantendo um intercâmbio através de trocas: *“a escola regular poderia (...) fornecer os conteúdos e as habilidades que estão sendo trabalhadas e o professor no hospital procurar acompanhar este programa”* (P3), *“para que esse aluno não sinta falta da escola e quando ele voltar ele não esteja aquém dos outros”* (P4).

Percebe-se que há pouca noção dos professores sobre as possibilidades ainda que remotas (salvo alguns casos e experiências relatadas em encontros específicos de Pedagogia Hospitalar no Brasil), da atenção específica aos programas das escolas dos alunos, se considerarmos a quantidade de unidades educacionais do município de Salvador (entre públicas - municipais e estaduais, e particulares) e o alto índice de crianças que adoecem⁴⁵. Seria uma tarefa

impossível em relação à insuficiência do efetivo de professores nas unidades hospitalares para atender a esta demanda, além de suportes tecnológicos como computador e telefone, que dificultam estruturalmente o trabalho dos professores, o que poderia resultar em acompanhamentos mais adequados. Estas e outras ferramentas, de igual importância educacional, contribuiriam para a construção de uma rede colaborativa entre professores e coordenadores.

Ainda que a questão do acompanhamento dos programas, seja meritória, contudo sublimaria outras de igual importância à atenção da escolarização de crianças e adolescentes nestas circunstâncias.

Tudo isso colaboraria para amenizar o distanciamento entre as instituições e ainda permitiria que crianças e adolescentes não fossem rejeitados nas escolas por suas condições de saúde e até aconselhados a se afastarem, a não continuar a sua escolarização. Faz-se imprescindível que a escola também se sinta na responsabilidade de respeitar e acolher este aluno, dispensando-lhe a atenção necessária, pois a ação de exclusão inviabiliza a construção de uma sociedade justa e equitativa.

Em se tratando de equidade, o processo de avaliação, no que compete à reprovação, sequer foi produto de reflexão dos professores. A reprovação escolar é um recurso que a escola vem utilizando para proclamar a não aprendizagem do aluno, mas que, para o professor, enquanto sujeito do processo de ensino-aprendizagem, não é um recurso simplista: leva-o a questionar-se, e muitas vezes rever esse quadro. Ao mesmo tempo, torna-se uma possível forma de não “cometer erros”, ou seja, ter de passar adiante um aluno que não atingiu plenamente os objetivos proclamados pela escola. Compreender que a reprovação é uma medida que possui

um caráter político-ideológico complexo que perpassa as questões pedagógicas, é imprescindível à ação pedagógica. Mas diante das condições oferecidas pelo sistema, a cultura da retenção se torna um “caminho” mais seguro, ganhando terreno fértil nos meios educacionais do estado da Bahia e de muitas localidades do país.

O fracasso pelo não aprendizado não aparece com as reais causas, ou seja, más condições oferecidas para alunos e professores, mas como incompetência do próprio aluno, por não absorver os conhecimentos que lhes são ensinados. Assim, a reprovação de um aluno acaba por isentar a escola de responsabilidades que são inerentes a ela própria.

O sentido “*de que ele não vai perder de ano (...) ou aquela unidade (...) ele vai estar sendo acompanhado de uma forma diferenciada*” (P6), representa tal isenção da escola em reconhecer legitimamente este aluno como pertencente àquela comunidade escolar, o que repercute na condição de estar/ser doente de crianças e adolescentes como incapacitados a dar continuidade ao processo de escolarização e receber atenção especial.

Se o ensino escolar é diferenciado, se cada um tem o tempo e os meios de se apropriar da cultura escolar, os programas evoluíram e a pedagogia é capaz de transformar mais que a própria essência da cultura escolar, como nos desafia Perrenoud (2001). É necessário que seja ofertado às crianças e aos adolescentes meios eficazes e outros trunfos para que consigam avançar nesse sistema tão desigual.

Perrenoud (2001) enfatiza que é muito comum encontrarmos professores sonhando com outra escola, com turmas menos numerosas, com organização mais flexível das classes e dos graus, com sistemas de avaliação mais individualizados, com uma divisão de trabalho entre equipes

pedagógicas, com programas menos rígidos e com objetivos mais claros. Esse é um projeto que já está em pauta.

A escola e a classe hospitalar trabalham com uma diversidade, de atitudes e de esforços, de dificuldades, de ritmos de trabalhos, de modos de participação dos alunos, “tanto em uma atividade coletiva quanto em um momento de trabalho individual, o professor necessariamente diversifica suas intervenções” (PERRENOUD, 2001, p.38). No hospital, tais intervenções se potencializam: o professor não solicita a mesma participação de todos de igual maneira, não faz as mesmas perguntas, não atribui igual modo de ajuda, estímulos, reprimendas, conselhos, advertências, felicitações. Essa diferenciação, limitada pela falta de tempo, e pela necessidade de se ocupar com todos, permite apenas ajustes circunstanciais e, muitas vezes, superficiais. Lepargneur (1987, p.99) afirma que “a pessoa doente é ao mesmo tempo visível e invisível” ao passo que a escola diz enxergar esse aluno também o nega, como fica evidente na seguinte fala de um entrevistado: *“Quem pode contribuir é a classe hospitalar, dando continuidade e avançando nos conteúdos, nas atividades” (P8).*

O trabalho da classe hospitalar baseia-se, sobretudo, numa atenção individualizada conforme retrata, Marco e Laguna (et al, 2006, p.1- tradução nossa)⁴⁶, “primeiro no quarto onde fazemos contato com a criança-família e depois a sala de aula onde se relacionam com outros meninos e meninas, muito importante porque ali compartilham experiências e se liberam de tensões relacionadas com a doença”.

A condição ativa dos conteúdos e procedimentos e o fato de que as crianças e os adolescentes realizem a aprendizagem com estilos diferentes, mas, sobretudo com ritmos diferentes, obriga a incluir em primeiro lugar, segundo Zabala (1998, p.105), “atividades suficientes que

permitam realizar as ações que comportam estes conteúdos tantas vezes quantas forem necessário e, em segundo lugar, formas organizativas que facilitem as ajudas adequadas às necessidades específicas dos alunos”.

Ao tratar de crianças e adolescentes com doenças crônicas, como câncer e diabetes, as falas dos professores entrevistados revelaram certo medo e até cuidado no trato desta questão: “*são doenças bem complexas (...) que trazem conseqüências (...) pode mexer com a dinâmica do corpo (...) mexe com tudo (...) o professor (...) vai ter ainda uma responsabilidade maior*” (P1), “*eles estão sempre hospitalizados (...) sempre afastados da escola (...) acabam evadindo*” (P3), “*a pessoa que tem câncer é uma pessoa fragilizada (...) não tem muita força, tanta garra (...) psicologicamente muda tudo (...) não tem os mesmos estímulos que outra criança*” (P4), “*muitos colegas achariam muito difícil conviver com uma criança com um diagnóstico muito difícil*” (P7). Torres (1999, p.61) afirma que “o contato direto com a morte implica um comprometimento afetivo-emocional, uma vez que em toda situação de confronto com a morte, a auto-conservação, a segurança e a própria auto-estima se encontram ameaçadas.”

De acordo com Torres (1999), como adultos, tendemos a interpretar a morte como um grande desafio, confusão e fracasso, apesar de nossos preconceitos de ‘adultos sadios’, as fronteiras subjetivas e objetivas entre o viver e o morrer se revelam de maneira frágil, não somente para infância ou juventude, mas dos moribundos, pois esta é uma das experiências mais ameaçadoras que possamos recordar; a morte se constitui eminentemente em um desafio afetivo de sobrevivência, pois teoricamente nenhum ser humano quer morrer.

De fato, embora o câncer seja uma doença crônica grave, mas possível de tratamento e recuperação, em virtude das inúmeras metáforas a ele ligadas, continua sendo vivido e tratado como uma sentença de morte. A palavra câncer implica em si mesma um conceito de morte antecipada, de sofrimento sem esperança, de perda no futuro. As alterações físicas provocadas pela doença e pelo tratamento (alterações na pele, perda de cabelo, emagrecimento, hematomas, marcas da radioterapia, mutilações, etc.) são aspectos distanciadores das pessoas que desenvolvem a doença, pois culturalmente o assunto morte é sempre silenciado, pouco discutido, evitado.

As falas dos professores entrevistados são compreensíveis neste contexto cultural e de representação da morte. As investidas na infância e na adolescência projetam-se para o futuro, um futuro que não se tem certeza de ser alcançado. A compreensão das complicações e limitações que a doença acarreta, a forma como as drogas reagem no corpo e as possibilidades de morrer, é razão suficiente pela qual se deve investir em planos baseados num futuro próximo e imediato, como o retorno à escola e as suas atividades cotidianas. Diante de uma doença que debilita, deprime, limita as perspectivas de futuro, que compromete o corpo, a vida emocional e social, as crianças e os adolescentes se tornam seres cassados em seus anseios e urgências, o que lhes confere uma espécie de “cidadania às avessas - cidadania dos direitos negados” (TORRES, 1999, p.148).

A escola e o professor, não somente o que atua na classe hospitalar, também podem se constituir numa rede de apoio formal ou informal (nem sempre as crianças que adoecem são hospitalizadas), que possa encorajar e participar do tratamento, da convivência social, e apesar das incertezas do futuro que rondam a vida da criança doente, possam fazer planos, e possam realizá-los num tempo próximo, aquilo que é possível. Desse modo, a escolaridade está

associada à expectativa de futuro e sobrevivência, o que permite que transcendam a situação de adoecimento e a se projetarem para o futuro.

O crédito, unanimemente na voz dos professores, posto no trabalho aventado por professores na classe hospitalar, como uma ação importante ao desenvolvimento de competências e habilidades de crianças e adolescentes hospitalizados, traduz-se que estes não conseguem alcançar a complexidade e magnitude que uma hospitalização pode significar, tampouco, alcançam que mesmo retornando para escola, em seu estado de saúde, necessitam de especial atenção.

De modo geral, a análise das entrevistas, permitiu observar os professores, ao se reportarem à Educação Especial e Inclusiva, fazem comentários timidamente fundamentados, e quando o fazem, fazem na ordem de senso comum e em função de um âmbito social e de valores institucionalizados, quer sejam por Políticas Públicas ou experiências vivenciadas em suas unidades escolares. Não conseguem, por exemplo, ver que a partir das atividades lúdicas e recreativas como a arte de contar histórias, brincadeiras, jogos dramatização, desenhos e pinturas criam estratégias para o desenvolvimento da fruição da liberdade e criatividade não apenas para as crianças e os adolescentes, como também para os adultos, pais e acompanhantes, serve de “playground” (WINNICOTT, 1975), entre professores e os atores da comunidade hospitalar e não como uma medida para não consecução de atividades curriculares, por considerar a criança e o adolescente incapazes de realizá-las por sentimentos de dó ou comiseração; nesse sentido, as atividades aventadas teriam que ser levadas em conta, o estado geral, os níveis de dor, limitações físicas, motoras, níveis de atenção e motivação, além da sensibilidade de diagnosticar essa realidade e propor uma organização de ensino, respeitar os limites (orgânicos e psicológicos) de cada um, os níveis, idade e série, e, que a

flexibilidade e as adaptações se dêem em áreas do conhecimento em que o aluno-paciente possa alcançá-la.

Além de possibilitar a continuidade de escolarização das crianças e dos adolescentes em tempo da sua hospitalização, muitas crianças para quem a hospitalização não se faz mais necessária, continuam precisando de acompanhamento em seu domicílio, o que caracteriza tanto a atenção escolarizada na classe hospitalar quanto em seu domicílio uma prática pedagógica inclusiva, constituída em direito, garantindo-lhes uma atenção especial às suas necessidades educativas, espaço em que a escola regular pode contribuir em parceria com a família.

Observamos ainda, que a constatação da existência da classe hospitalar torna-se um imperativo para reconhecimento e investida na aposta cognoscitiva de crianças e adolescentes experimentados pela situação de hospitalização e adoecimento, posto que os professores entrevistados reconhecem: *“que é um trabalho (...) voltado para dar continuidade ao que as crianças aprendem em sala de aula e a outras aprendizagens”* (P7), a necessidade de uma rede de apoio envolvendo professores, coordenadores, diretores, técnicos, representantes das secretarias de educação enquanto órgãos legisladores, a fim de que possam garantir meios mais eficazes para busca de informações e dados desses alunos-pacientes, na melhor resposta ao seu tratamento e acolhimento social e educacional.

Neste diálogo a questão da saúde e da educação enquanto processos vitais tornam-se imperativos à condição do existir. Nesse sentido, a equidade significa a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um a partir de suas diferenças. A igualdade é a conseqüência desejada da equidade, sendo esta o ponto de partida para aquela. Não se pode

continuar pensando que é somente através do reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais que se pode alcançar a igualdade. Não se alcançará, portanto, o ponto de referencialidade dos direitos humanos e conseqüentemente de reconhecimento da cidadania. Ela é a base ética que deve servir de guia para equiparação e alocação de recursos e resolver razoáveis distorções na distribuição desses direitos. Ou, como dizia Rui Barbosa, na oração aos Moços:

[...] a regra da igualdade não consiste senão em aquinhoar desigualmente os desiguais, na medida em que se desigualam. Nesta desigualdade natural, é que se acha a verdadeira lei da igualdade. O mais são desvarios da inveja, do orgulho ou da loucura. Tratar com desigualdade a desiguais, ou a desiguais com igualdade, seria desigualdade flagrante, e não igualdade real. Os apetites humanos conceberam inverter a norma universal de criação, pretendendo não dar a cada um na razão do que vale, mas distribuir o mesmo a todos, como se todos se equivalessem [...] (KURY, 1999, p.25).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o propósito desta pesquisa, analisar as representações de professores da rede regular de ensino no município de Salvador em relação à condição de aprendente de crianças e adolescentes hospitalizados, verificou-se a necessidade de confronto com outras pesquisas no sentido de ampliar o debate, provocando ações que envolvam os Sistemas de Educação e Saúde (estaduais, municipais e privados) enquanto agências que dão suportes na ampliação da proposta da educação inclusiva como política social.

A literatura aponta que não é possível uma ação de ensinagem sem que haja processos de aprendizagem (POZO, 2002, 2004; CLAXTON, 2005; ASSMAN, 2004). Além do mais, nesses processos estão envolvidos não apenas os aspectos orgânicos, a corporeidade, a cognição e o desejo, mas imbricados também os fenômenos humanos em várias dimensões: biológica,

psicológica, sociológica, antropológica (cultural) e econômica, o que modifica nossa atitude no processamento de toda e qualquer aprendizagem como sistema vital, portanto, aprendente.

Nesse sentido, a aprendizagem ancora-se em teorias e modelos explicativos diversos que se encarregam de justificar a existência de mecanismos que os organismos não apenas captar ordens externas e internas e a gerar novas formas de organização cognitiva e novos significados (Pozo, 2004), mas reaprendê-los (Dutra, 2002) enquanto fenômenos.

Na sociedade do conhecimento e da informação, todos são convidados a conhecer e a compreender melhor o sentido de ser e estar no mundo, isto é, ser capaz de compreender a forma como aprende, ou melhor, ainda, “conhecer o próprio conhecer”, “aprender a aprender”. Isso nos possibilita entender que “o aprendiz ao processar a informação, é considerado como protagonista do processo que não pode ser substituído por ninguém” (BORUCHIVITCH, BZUNECK, 2004, P. 19), não é apenas um mero receptor de estímulos, reagindo a estes, em seguida. É o que esclarece Assmann (2004); o organismo vivo é, também, e acima de tudo, um criador ativo, enquanto partícipe do sistema conjunto organismo/entorno.

Ensinar e aprender são construtos que comportam o conceito de que todos têm capacidade para ensinar e aprender (ensinantes e aprendentes), o que é muito verificado entre as crianças e os adolescentes que estão internadas, não somente os alunos mais capazes, em função do potencial de tutores, mas aquele que também puder se valer da ajuda de outras pessoas (inclusive os acompanhantes). Este processo se constitui em instrumento extremamente útil em relação à diversidade, baseado no poder de colaboração entre os alunos e a comunidade escolar ativa.

Realmente é considerado necessário mudar e melhorar a educação, no modelo de sociedade em que vivemos, indubitavelmente, temos de pensar na reconstrução da cultura das escolas, segundo Escudero (1994, *apud*, GONZÁLEZ, 2002), para oferecer uma educação de maior qualidade. Nas estruturas, na gestão, nos processos que ocorrem nas escolas (planejamento, liderança, sistema relacional, etc.) e, mais profundamente, a cultura da escola como organização educacional, deve ser recompostas para poder oferecer respostas democráticas a todos os cidadãos.

Tais respostas, onde todos caibam, estão na construção, conforme declara Assmann (2004), na viragem epistemológica na educação, em termos tradicionais, trata-se de formação humana e política dos cidadãos, tem tudo a ver com sobrevivência e a qualidade de vida do futuro, incluindo o próprio aprender, e aprender o mundo.

O fracasso, a diferença e a desigualdade, como lógica da exclusão, são fatores externos à escola, no entanto têm (e sofrem) grandes influências nos resultados dos alunos, ou seja, não são produzidos por ela, mas repercutem nela. Ressaltamos ainda, que, são inúmeros os desafios colocados à educação para o desenvolvimento de uma sociedade ou organização aprendente neste novo milênio. O fracasso, a repetência e a evasão, são desafios a serem enfrentados não apenas pelos professores, mas por todas as instâncias sociais. Nessa direção, faz-se necessário primeiro, o reconhecimento de imposições velhas e ultrapassadas para o enfrentamento de uma época em que tudo se move com alta velocidade; segundo, pôr-se ousadamente à escuta dessa nova ordem e predispor-se a adaptar-se a ela, a esse novo espírito de construção.

Ao que se nota a necessária atenção à diversidade dos alunos deve ser conjugada com os princípios de integração: normalização, individualização e setorização, opondo-se às proposições de caráter segregador herdado da escola tradicional, que, muitas vezes, mantinha o aluno na escola, mas afastado de suas atividades sócio-afetivas e educacionais.

Isso inclui compreender que as crianças e os adolescentes que vivenciam ou passaram por uma situação de hospitalização, muito embora já reconhecidos no âmbito das políticas de Saúde e Educação, necessitam ser alcançados e reconhecidos como alunos potenciais da educação escolar que se quer inclusiva. A ausência do reconhecimento de suas reais possibilidades e capacidades limitam e embaçam o olhar daqueles que supostamente na ordem social de sua acolhida, após afastamento de sua convivialidade cotidiana em razão de adoecimento, a escola e seus professores, lhes negam a atenção e o cuidado.

Constata-se aqui que os saberes construídos pelos professores acerca da Classe Hospitalar, da Educação Especial, Educação Inclusiva e, por conseguinte, da condição de aprendizagem de crianças e adolescentes em situação de adoecimento que, de modo geral, decorre fundamentalmente na aposta da educação instrumental (saber fazer), voltada para o trabalho docente e discente. O que difere uma da outra é que no trabalho docente a aposta na sua realização imediata, e, para o trabalho discente, voltado para fins futuros, de progresso e empregabilidade.

Como socialmente a doença tem uma relação direta com a deficiência, pela representação da ausência de habilidade, ou capacidade para o trabalho, acrescenta-se aí o sentido de que, não se pode definir o quanto ela se manterá viva. Essa dimensão também é para o professor difícil de ser compreendido, pois não saberá justificar mais tarde, quando assim for confrontado,

sobre quais foram as habilidades e competências alcançadas em relação às finalidades da educação.

Situando as questões tecnocientíficas, do que foi mostrado pelos professores em seus discursos, por nossas análises, que a estrutura organizacional da escola, no plano de trabalho, não é unicamente um espaço físico, um ambiente neutro, mas representa uma fonte de tensões e de dilemas internos à atividade de ensino, carentes de mais esclarecimentos, principalmente no que diz à dicotomia “especial” e “regular”. A não aposta na condição de aprendizagem de crianças adolescentes doentes em seu estado pleno de desenvolvimento por “*estar fraco*” ou ainda, “*por negação da família*”, é não reconhecer que uma necessidade educacional especial não se encontra na pessoa, não é uma característica intrínseca sua, mas sim um produto de sua interação com o contexto escolar onde a aprendizagem deverá se dar. O seu sucesso ou fracasso vai depender da mudança da cultura escolar em compreender as apostas na aprendizagem que estarão extremamente relacionadas nas diferentes formas de interação, e/ou suportes adicionais: recursos, metodologias e currículos adaptados, bem assim como tempos diferenciados, durante todo ou parte de seu trajeto escolar.

Sendo assim, faz-se necessário olharmos com mais presteza, as motivações que levam as escolas e professores a negarem a crianças e adolescentes doentes, a sua plena participação nos processos educacionais, acrescentado ao debate, o que pensam os alunos e a família, o que não foi possível atingir neste estudo, tendo em vista a escolha metodológica. São negados, portanto de desenvolverem-se, mesmo que em ritmos, tempos e espaços diferentes o seu potencial humano. Questiono qual é a inclusão que ocorre contemporaneamente no âmbito escolar e não-escolar?

Não poderia finalizar este texto sem me reportar a um momento de hospitalização vivenciado por mim, marcado por medo, pavor e solidão. A estrutura daquele hospital, as paredes cinzas e frias, o cheiro, a indiferença sentida e percebida nas ações e nos olhares dos enfermeiros(as) por atenderem “*mais um*”, o isolamento necessário pelo risco de contaminação de alguns pacientes mais graves, as visitas esporádicas e em tempos bem limitados, as regras impostas a cada instante, todos esses sentimentos eram potencializados por outros como: abandono, culpa e inutilidade.

Naquele momento, o livro de autoria de Pablo Neruda (1980, p.51)⁴⁷, se tornou meu grande companheiro de infortúnio. Seus relatos e experiências, colocados de maneira poética, não me permitiram abandonar os grandes momentos e os processos de aprendizagens requeridas pela situação de hospitalização. Tempo mais tarde, esses processos foram ressignificados, na minha experiência de professora de classe hospitalar. Compartilho, então, um dos poemas que representou e ainda representa fios de diálogos compartilhados na minha vida: **a palavra**.

...Sim Senhor, tudo o que queira, mas são as palavras as que cantam, as que sabem e baixam... Prosterno-me diante delas... Amo-as, uno-me a elas, persigo-as, mordo-as, derreto-as... Amo tanto as palavras... As inesperadas... As que avidamente a gente espera, espreita até que de repente caem...Vocábulo amados... Brilham como pedras coloridas, saltam como peixes de prata, são espuma, fio metal, orvalho... Persigo algumas palavras... São tão belas que quero colocá-las todas em meu poema... Agarro-as no vôo, quando vão zumbindo e capturo-as, limpo-as, aparo-as, preparo-me diante do parto, sinto-as cristalinas, vibrantes, eburneas, vegetais, oleosas, como frutas, como algas, como ágatas, como azeitonas... E então as resolvo, agito-as, bebo-as, sugo-as, trituro-as, adorno-as, liberto-as... Deixo-as como estalactites em meu poema, como pedacinhos de madeira polida, como carvão, como restos de naufrágio, presentes da onda... Tudo está na palavra... Uma idéia inteira muda porque uma palavra mudou de lugar ou porque outra se sentou como uma rainha dentro de uma frase que não a esperava e que a obedeceu... Têm sombra, transparência, peso, plumas, pêlos, têm tudo o que lhes foi agregando de tanto vagar pelo rio, de tanto transmigrar de pátria, de tanto ser raízes... São antiqüíssimas. Vivem no fêretro escondidas e na flor apenas desabrochada... Que bom idioma o meu, que da boa língua herdamos dos conquistadores torvos... Estes andavam a passos largos pelas tremendas cordilheiras, pelas Américas encrespadas, buscando batatas, butifarras⁴⁸, feijõezinhos, tabaco negro, ouro, milho, ovos fritos, com aquele apetite voraz que nunca mais se viu no mundo... Tragavam tudo: religiões,

pirâmides, tribos, idolatrias iguais às que lhes traziam em suas grandes bolsas... Por onde passavam a terra ficava arrasada... Mas caíam das botas dos bárbaros, dos elmos, das ferraduras, como pedrinhas, as palavras luminosas que permaneceram aqui resplandecentes... o idioma. Saímos perdendo... Saímos ganhando... Levaram o ouro e nos deixaram o ouro... Levaram tudo e nos deixaram tudo... Deixaram-nos as palavras.

REFERÊNCIAS

ALAMY, Susana. **Psicologia Hospitalar** – Da violência ao processo do adoecer. Revista Psicópio, [2001?].

ALMEIDA, Maria Isabel de. Ações organizacionais e pedagógicas dos sistemas de ensino: políticas de inclusão? In._____. **Políticas organizativas e curriculares, educação inclusiva e formação de professores.** - Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

ALMEIDA, Ana Rita da Silva. **A emoção na sala de aula.** Campinas – Papyrus, 4ª edição, 2004.

ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de S. **Saúde e doença:** um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.251p.

ALVES, Paulo César. O discurso sobre a enfermidade mental. In._____. **Saúde e doença:** um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

AMARAL, L. A.A. **Conhecendo a deficiência.** São Paulo: Robe, 1995.

AMARAL, Daniela Patti. **Saber e prática docente em classes hospitalares:** um estudo no município do Rio de Janeiro. Dissertação. 2001.103f. Educação. Universidade Estácio de Sá.

AMARO. Deigles Giacomelli. **Educação Inclusiva, Aprendizagem e Cotidiano Escolar** – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ANDRÉ, Marli.Elisa.D.A. **Etnografia da prática escolar.** Campinas, S.P. Papyrus, 1995.

ANGERAMI-CAMON, V. A. Pacientes Terminais: Um Breve Esboço. In._____. **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática.** Pioneira Thompson Learning, São Paulo, 2001.

ANGERAMI-CAMON, V.A.;TRUCHARTF,A.R.;KNIJNK,R.B. *et al.* **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática.** Pioneira Thompson Learning, São Paulo, 2001

ARAÚJO, Tereza Cristina Calvacante F. de. ARRAIS, Alessandra da Rocha. **O papel da escola junto aos sobreviventes de câncer na infância.** Revista Dois Pontos - Teoria e Prática em Educação, 1997.

ARGUÍS, Ricardo [et al.]. **Tutoria: com a palavra, o aluno.** Trad. Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AROSA, Armando C.; SCHILKE, Ana Lúcia (orgs.). **A Escola no Hospital: espaço de experiências emancipadoras.** Niterói: Intertexto, 2007.

ARNAIZ, Pere. Fundamentação da tutoria. In._____. **Tutoria: com a palavra, o aluno.** Trad. Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ASSMANN, Hugo. **A metamorfose do aprender na sociedade da informação.** Revista Ciencia da Informação, vl. 29, nº 2. 2000.

_____. **Reencantar a educação: rumo à sociedade aprendente.** Petrópolis, RJ. Vozes, 5ª edição, 2004.

BARROS, Alessandra Santana. **A prática pedagógica em uma enfermaria pediátrica: contribuições para esse alunado.** Espaço Aberto, Set/Out/Nov/Dez, Nº 12, 1999.

_____. **Contribuições da Educação Profissional em Saúde à Formação para o Trabalho em Classes Hospitalares.** Caderno CEDES. Campinas, vol. 27, n. 73, p. 249-368, set./dez.2007.

_____. **Alunos com deficiência nas escolas regulares: limites de um discurso.** Saúde e Sociedade, v14, n3, p.119-133, set-dez, 2005.

BARROS, Alessandra Santana; SANTOS, Renata Maltez. Percepções de professores da educação especial acerca das necessidades especiais de crianças e adolescentes hospitalizados. In: III Congresso Brasileiro de Educação Especial, UFSCar, 2008, São Carlos – SP. **Livro de programa e resumos.** São Carlos: ABPEE/ UFSCar, 2008, 288p.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida;** Tradução: Plínio Dentzein. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed.2001.

BEAUCLAIR, João. **Ensinar é acreditar.** Rio de Janeiro, Editora Wak, 2008.

BORUCHOVITCH, Evely; BZUNECK, José Aloyseo. **Aprendizagem: processos psicológicos e o contexto social na escola.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BRASIL. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar:** estratégias e orientações. / Secretaria de Educação Especial - Brasília: MEC; SEESP. 2002.

_____. **Declaração de Salamanca:** Linha de ação sobre necessidades educativas especiais. Brasília: CORDE. 1994 a.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).** Lei Federal 8.069 de 13.07.1990. Brasília: Ministério da Ação Social / Centro Brasileiro para Infância e Adolescente. 1999 a.p.61.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB).** Lei federal nº 9.394 de 20.10.1996. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto / Federação dos Trabalhadores em Estabelecimento de Ensino. 1996.

_____. **Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados.** Resolução Nº41, 09/13 de outubro de 1995. (DOU Seção 1, de 17. 10.1995).

_____. **Política Nacional de Educação Especial. Livro 01.** Brasília: Ministério de Educação e do Desporto / Secretaria de Educação Especial. 1994 b.

_____. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** Ciências Naturais. Ministério da Educação Fundamental. – 3ª edição: Brasília, v.4, 2001.

_____. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** Educação Física. Ministério da Educação Fundamental. – 3ª edição: Brasília, v.7, 2001.

_____. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** Apresentação dos Temas Transversais. Ministério da Educação Fundamental. – 3ª edição: Brasília, v.8, 2001.

_____. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** Ambiente e Saúde. Ministério da Educação Fundamental. – 3ª edição: Brasília, v.9, 2001.

_____. **Saberes e Práticas da Inclusão.** Introdução. Educação Infantil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial – reimpressão. Brasília: MEC, SEESP, 2004.

BZUNECK, José Aloyseo. Aprendizagem por processamento da informação: uma visão construtivista. In. _____. **Aprendizagem:** processos psicológicos e o contexto social na escola. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

CAIADO, Kátia R. M. O trabalho pedagógico no ambiente hospitalar: um espaço em construção. In. _____. **Educação Especial:** do querer ao fazer, São Paulo, Avercamp. 2003.

CALEGARI, Aparecida Meire. **As inter-relações entre Educação e Saúde:** implicações do trabalho pedagógico no contexto hospitalar. 2003. 141 f. Dissertação. Aprendizagem e ação docente. Universidade Estadual de Maringá.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** Tradução: Maria Tereza Rediz de Carvalho Barrocas e Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite - 5ª Edição, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAMBI, Franco. **História da Pedagogia**. Tradução de Álvaro Lorencini. São Paulo: Ed. UNESP, 1999.

CARVALHO, Andréa R. V. de; JESUS, Generosa F.R.N. de, *et al.* **Atendimento Educacional em Escolas Hospitalares**: Uma experiência nas Obras Sociais Irmã Dulce. Monografia - UNEB, Salvador, 2006.

CARVALHO, Rosita Edler. **Educação Inclusiva**: com os pingos nos “is”. Porto Alegre – Editora Mediação, 4ª Edição, 2006.

CASASSUS, Juan. **A escola e a desigualdade**; Tradução: Lia Zatz. – Brasília: Plano Editora, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg; CARCAVALO, Paulo Roberto Antonacci (OGRS). **Criança Hospitalizada**: atenção integral como escuta a vida. Porto Alegre. Editora da Universidade / UFRGS. 1997.

CECCIM, Ricardo Burg, FONSECA, Eneida Simões da. Classe hospitalar: Buscando padrões referenciais de atendimento pedagógico educacional a crianças e ao adolescente hospitalizado. In. _____. **Revista Integração**, Ministério da Educação/Secretaria de Educação Especial – Ano 9 – nº 21 – 1999a.

_____. Exclusão da alteridade: de uma nota de imprensa uma nota sobre a deficiência mental, In. _____. **Educação e Exclusão: abordagens sócio-antropológicas em Educação Especial**. Porto Alegre: Ed. Mediação, 5ª edição, 2006.

_____. Ricardo Burg. **Classe Hospitalar**: encontros da Educação e Saúde no ambiente hospitalar. Revista Pátio. Ano 3. N 10, ago/out, 1999 b.

CHAGAS, Cyntia. Uma intervenção psicológica em cardiologia infantil em Pernambuco. In. _____. **Boi da cara preta**: Criança no Hospital-Salvador. Tradução: Helena Lemos. EDUFBA. Algama. 2003.

CHIATTONE, Heloísa Benevides de C. **A criança e a hospitalização**. 1986

CLAXTON, Guy. **O desafio de aprender ao longo da vida**. Tradução: Magda França Lopes. – Porto Alegre; Artmed, 2005. 248p.

CONVIC, Amália Neide. **Atendimento pedagógico hospitalar**: convalidando uma experiência e sugerindo ideais para formação de educadores. Dissertação. 2003.152 f. Currículo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

DAMIANI, Anna Maria N. **O caminho que você faz...** (s.d)

DARELA, Juliana Bastoni. **Classe Hospitalar e a Escola Regular**: tecendo encontros. Dissertação. 2007.105f. Formação de Educadores. Universidade Federal de Santa Catarina.

DEMO, Pedro. **Educação e conhecimento**: relação necessária, insuficiente e controversa. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

DENARI, Fátima Elizabeth. Prefácio. In._____. **Inclusão: Compartilhando Saberes.** Petrópolis, R.J. : Vozes, 2006.

DINIZ, Débora. **O que é a deficiência.** São Paulo, Brasiliense, 2007.

DURAN, David; VIDAL, Vinyet. **Tutoria: aprendizagem entre iguais:** da teoria à prática; tradução Ernani Rosa - Porto Alegre: Artmed, 2007.

DURAN, David. **Tutoria entre iguais e aprendizagem cooperativa.** Tempos Novos, novas realidades. Revista Pedagógica Pátio. Ano XI, fev/abr, 2007.

DUTRA, Luiz Henrique de A. **Epistemologia da aprendizagem.** Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

FAGALI, Eloísa Quadros. Desafios da aprendizagem do segundo milênio: Articulações entre cinco macros sistemas e contribuições da Psicologia Institucional nos contextos da família, da saúde e da empresa. In._____. **Aprendizagem: Tramas do conhecimento, do saber e da subjetividade.** Petrópolis, R.J.:Vozes: São Paulo:ABPp - Associação de Psicopedagogia, 2006.

FELDMAN, Clara. **Atendendo o paciente:** perguntas e respostas para o profissional de saúde. Editora Crescer, 2ª, Edição/Belo Horizonte, 2002.

FERNANDES, Ediclea Mascarenhas; ANTUNES, Katiuscia C. Vargas; GLAT, Rosana. Acessibilidade ao currículo: pré-requisito para o processo ensino-aprendizagem de alunos com necessidades educacionais especiais no ensino regular. In._____. **Educação Inclusiva: Cultura e Cotidiano Escolar.** (Org). Rio de Janeiro: 7 Letras, 2007.

FERRARO, Alceu Ravanello. **Diagnóstico da escolarização no Brasil.** Revista Brasileira de Educação, N ° 12 Set/Out/Nov/Dez 1999.

FIGUEREDO, Rita Vieira de. Políticas de Inclusão: escola-gestão da aprendizagem na diversidade. In._____. **Políticas Organizativas e curriculares, educação inclusiva e formação de professores.** DP &A, Editora Alternativa.

FLICK, O. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa.** Porto Alegre; Bookman, 2004.

FOGGIATTO, Joceli Aparecida Anaczewski. **Ensino - Aprendizagem matemática em classe hospitalar:** uma análise da relação didática a partir da nação de contrato didático. 2006.100f. Educação Científica e Tecnologia.Universidade Federal de Santa Catarina.

FONSECA, Eneida S. da. **Simpósio Atividade Escolar em Hospitais:** Experiências Internacionais e Legislação Brasileira. Disponível em: www.reacao.com.br Captado em: 25/08/2006.

_____. Eneida Simões da. **Atendimento escolar no ambiente hospitalar.** MENON, São Paulo. 2003.

_____. Eneida Simões da. **Aspectos da ecologia da classe hospitalar no Brasil**. Disponível em: www.educacaoonline.pro.br . Captado em 08/10/2005.

_____. **Classe Hospitalar**: ação sistemática na atenção às necessidades pedagógicas educacionais de crianças e adolescentes hospitalizados. Temas sobre desenvolvimento, v8, n44, p 32-37, 1999.

FONTES, Rejane de S. A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital, **Revista Brasileira de Educação**, maio/jun/jul/ago 2005 nº29.

FONTES, Martins. **Para uma escola do povo**: Celestin Freinet. Tradução Eduardo Brandão. 2 Edição. São Paulo, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**, 6ª Ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986.

_____. Michel. **Vigiar e Punir**: história da violência nas prisões. ; tradução de Raquel Ramallete. 34. Edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007 – 288p.

GABARDO, Andréia Ayres. **Classe Hospitalar**: aspectos da relação professor aluno em sala de aula de um hospital. Dissertação. 2002. 57f. Filosofia e Ciências Humanas Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis.

GARCIA, Simone Hoerb. **As tecnologias de informação e comunicação e o atendimento escolar no ambiente hospitalar**. Dissertação. 2008.103f. Educação Especial. Universidade Federal de Santa Maria RS.

GILLE, Marluce Leitegel (org). **Boi da cara preta**: Criança no Hospital–Salvador. Tradução de Helena Lemos. Edufba. Algama. 2003.

GADOTTI, Moacir. **Uma Escola só para Todos**: Caminhos da autonomia escolar. 2ª Edição. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 1991.

_____. **Concepção Dialética da Educação**: Um estudo introdutório. 9ª Edição. São Paulo, Editora Cortez, 1995.

_____. **Pedagogia da Práxis**; Prefácio de Paulo Freire. – 3ª ed. – São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire, 2001.

GLAT, Rosana. **Educação Inclusiva**: Cultura e Cotidiano Escolar. (Org). Rio de Janeiro: 7 Letras, 2007.

GLAT, Rosana; BLANCO, Leila de Macedo Varela. Educação Especial no contexto da Educação Inclusiva. _____. In. **Educação Inclusiva**: Cultura e Cotidiano Escolar. (Org). Rio de Janeiro: 7 Letras, 2007.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de M. L. Nunes. Zahar Editores – Rio de Janeiro, 1982.

_____. **A Representação do Eu na Vida Cotidiana**. Tradução de Maria Célia Santos Raposo. 14ª Edição, Editora Vozes/ Petrópolis, 2007.

_____. **Manicômios Prisões e conventos** – Tradução Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2007. 3ª reimpressão da 7ª edição de 2001.

GOMES, Celma Borges. **Família e violência**: laços desfeitos e partidos. Educação, tradição e contemporaneidade: tessituras pertinentes num contexto de pesquisa educacional. Salvador: Edufba, 2007.

GONÇAVES, Claudia Fontanelle; VALLE, Elizabeth Rainer Martins do. O significado do abandono escolar para criança com câncer. **Acta oncológica Brasileira**. Volume 19, número 01 273-279, julho 98 a dezembro 99.

GONZÁLEZ, José Antonio T. **Educação e Diversidade**: Bases Didáticas e Organizativas. Tradução de Ernani Rosa. Artmed Editora, 2002.

GONZÁLEZ, Eugênio. **Necessidades Educacionais Específicas**: Intervenção psicoeducacional. Tradução: Daisy Vaz de Moraes – Porto Alegre: Artmed, 2007.

HARADA, Jorge. **Introdução**. Manual Escola Promotora de Saúde – Sociedade Brasileira de Pediatria. [2001?]

HELMAN, C. G. Relação médico-paciente. In._____. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 110-136.

JODELET, Denise. Os processos psicossociais da exclusão. In._____. **As artimanhas da exclusão**: Análise psicossocial e ética da desigualdade social. 4ª edição, Editora Vozes, 2002.

_____. Denise (org). **As representações sociais**. Tradução; Lilian Ulup. Ed. UERJ. Rio de Janeiro, 2001.

KÄES, René. Psicanálise e representações sociais. In._____. **As representações sociais**. Tradução; Lilian Ulup. Ed. UERJ. Rio de Janeiro, 2001.

KOSINSK. Regina Taam. Educação em enfermarias pediátricas: faltam ações sistemáticas que atendam as necessidades físicas da criança doente. **Revista Ciência Hoje**, v 23, n 133, 1997.

KURY, Adriano da Gama. **Oração dos Moços** – Rui Barbosa. 5ª Edição, 1999

LAKATOS, Suzana. Hospitais: Pediatria de cara nova. **Revista Crescer**, 2001

LAPLANTINE. Antropologia dos sistemas de representação da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In._____. **As representações sociais**. Tradução; Lilian Ulup. Ed. UERJ. Rio de Janeiro, 2001.

LA TAILLE, Yves de; OLIVEIRA, Marta Kohl de; DANTAS, Heloisa. **Piaget, Vigotsky e Wallon**: Teorias psicogenéticas em discussão. Sumus Editorial, 1992.

LEONELLI, Vera (Org). **ABC Direitos Humanos**. Dicionário. Salvador: Unicef, Projeto Aché, 2002.

LEPARGNEUR, Humbert. **O doente, a doença e a morte**. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1987.

LIMA, Fernanda Teles de. **Classe Hospitalar do Hospital das Clínicas**. Universidade de São Paulo/ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. SP. 2003 – Disponível em <http://hcrp.fmrp.USP.br>. Captado em 12/08/2005.

LIMA, Priscila Augusta. **Educação Inclusiva e Igualdade Social**. São Paulo: Avercamp, 2006.176p.

LINDQUIST, Ivonny. **A criança no Hospital: terapia pelo brinquedo**. Tradução de Raquel Zumbano Altman. São Paulo, Editora Scrita, 1993.

MACEDO, Roberto Sidnei. **Etnopesquisa Crítica, Etnopesquisa Formação**. Brasília: Líber Livro Editora, 2006. 179 p. (série 15).

_____. **A Etnopesquisa Crítica e Multireferencial nas Ciências Humanas e na Educação**. 2 ed.- Salvador. Edufba. 2005. 297p.

MAcLAREN, Peter. **Multiculturalismo Revolucionário: Pedagogia do dissenso para o novo milênio** / Trad. Márcia Moraes e Roberto Cataldo Costa – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

MANTOAN, Maria Tereza Eglér. **Inclusão Escolar**. O que é? Por quê? Como fazer? São Paulo: Ed. Moderna, 2003.

MARCO, Libertad Rodriguez; LAGUNA, Nidás Gálvez. *et al.* Atención educativa al niño enfermo. **I Congreso Provincia de Orietación Educativa**. Cordoba. 19 y 20 de abril de 2006.

MASETTI, Morgana. **Soluções de Palhaços: Transformações na realidade hospitalar**, 2ª ed. São Paulo: Palas Athenas, 1999.

MATOS, Elizete L. M.; RODACOSKI, Gisele C. A importância do papel mediador do professor entre o AVA e o escolar hospitalizado. In._____. **Trajetórias e processos de ensinar e aprender: lugares, memórias e culturas** [recurso eletrônico] / 14. ENDIPE. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.

MATTOS, Elizete Lucia Moreira; MUGGIAT, Margarida T. de Freitas. **Pedagogia Hospitalar**. Curitiba. Editora Champagnat. 2001.

MATURANA, Humberto, REZEPKA, Sima Nisis de. **Formação Humana e Capacitação**. Tradução de A. Clasen. 4ª edição – Petrópolis, R.J.:Vozes, 2003.

MAZZOTA, M.J.S. **Fundamentos da Educação Especial**. São Paulo Pioneira. 1982.

_____. **Trabalho docente e formação de professores de educação especial**. São Paulo. EPU, 1993.

_____. **Educação Especial no Brasil: História e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 1996.

MEDEIROS, José G. GABARDO, Andréia A. Classe Hospitalar: aspectos da Relação Professor-aluno em sala de aula de um hospital. In._____. **Interação em Psicologia**, 2004, 8(1), p. 67-79.

MORAES, Maria Cândida. **Pensamento Eco-Sistêmico: Educação, aprendizagem e cidadania no séc. XXI**. Petrópolis, R. J.: Vozes, 2004.

MORIN, Edgar; CIURANA, E.R; MOTTA, R.D. **Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana**. Trad. Sandra Trabuco Valenzuela. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2007.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: Investigações em psicologia social**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 4ª Edição, Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

NERUDA, Pablo. **Confesso que vivi: Memórias**. Tradução de Olga Savary. 11ª Edição. DIFEL S.A. São Paulo – Rio de Janeiro, 1980.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. **Educação e política no Brasil de hoje**. Editora Cortez. 36ª Edição. Rio de Janeiro. 1994.

NICOLACI-DA- COSTA, Ana Maria. **O Campo da Pesquisa Qualitativa e o Método de Explicitação do Discurso Subjacente** (MEDS), 2006. Disponível em www.scielo.br/prc. Captado em 26/10/2007.

NOTÓ, Francesc. A ação tutorial para tender a diversidade dos alunos. In._____. **Tutoria: com a palavra, o aluno**. Trad. Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed, 2002.

OLANDA, Osterlina Fátima Jucá. **O currículo em uma classe hospitalar: um estudo de caso no albergue pavilhão São José da Santa Casa de Misericórdia do Pará**. 2006.116f. Currículo e Formação de Professores. Universidade Federal do Pará. Belém.

OLIVEIRA, Valeska F.de. Epistemologia e Produção do Conhecimento em Educação Especial. In._____. **Pesquisa em Educação Especial: O Desafio da Qualificação**. S. P.: EDUSC, 2001. 106p.

OLIVEIRA, Ivanilde Apoluceno. **Saberes, imaginários e representações na educação especial: a problemática ética da diferença e da exclusão social**. Petrópolis, RJ: 2ª edição, Vozes, 2005.

ORLANDI, O.V. **Teoria e Prática do Amor à Criança; Introdução a Pediatria Social no Brasil**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

PACHECO, José, EGGERTSDÓTTIR, Rósa, MARINÓSSON, Gretar L. **Caminhos para inclusão**: Um guia para aprimoramento da equipe escolar. – Porto Alegre: Artmed, 2007.

PAULA, E. M. A. T. de; GIL, J. D.; MARCON, A. Brinquedotecas em hospitais: uma conquista nova, para novos tempos. In._____. **Temas sobre Desenvolvimento**, v.11, n 62, p.23-32, 2002.

_____. Ercília Maria Angeli Teixeira de. **Escola para criança e adolescentes em hospital**: Espaço para estudar, brincar e sarar. Texto para exame de qualificação do programa de pós-graduação em Educação - Doutorado. Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2002.

_____. Ercília Maria Angeli Teixeira de. **Educação, diversidade e esperança**: a práxis pedagógica no contexto da escola hospitalar. 2005, 300 f. Tese de Doutorado. UFBA. Salvador

_____. Crianças e adolescentes que voam em jaulas: a tecnologia promovendo a liberdade no hospital. **Caderno Cedes**. Vol.27, n.73, set./dez., 2007.

PEREIRA, Michele Quinhones. **Os saberes de uma professora e sua atuação na classe hospitalar**: um estudo de caso no hospital universitário de Santa Maria. Dissertação. 2006.94 f. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

PERRENOUD, Philippe. **Pedagogia na escola das diferenças**: fragmentos de uma sociologia do fracasso; trad. Cláudia Schilling – Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

POMPÉIA, Raul. **O Ateneu**. 18ª Edição. São Paulo: Editora Ática, 1998.

POZO, Juan Inacio. **Aprendizes e mestres**: a nova cultura da aprendizagem. Trad. Ernani Rosa - Porto Alegre. Artmed, 2002.

_____. Juan Inacio. **Aquisição do conhecimento**. Trad. Antonio Feltrin – Porto Alegre. Artmed, 2004.

QUINTELA, Maria Madalena Diegues. Mães e professoras: Múltiplas visões da educação. In._____. **Testemunha ocular**: Textos de Antropologia Social do Cotidiano. Ed. Brasiliense, 1984.

REINER, Sylvie Rosemberg. O papel das associações para crianças hospitalizadas na França e na Europa, In._____. **Boi da Cara Preta**: Crianças no hospital, tradução Helena Lemos. - Salvador: EDUFBA: Ágalma, 2003.

RIBEIRO, Sérgio Costa. **A Pedagogia da Repetência**. Estudos Avançados 12(5) 1991.

ROCHA, Décio; DEUSDARA, Bruno. **Análise de Conteúdo e Análise do Discurso**: O Lingüístico e Seu Entorno. D.E.L.T.A., 22:1, 2006 (29-52).

SAIKALI, Maria Jabour Olimpia. **Crianças portadoras de anemia falciforme**: aspectos do desenvolvimento cognitivo e desempenho escolar. 1992, p.121. Dissertação – Psicologia Educacional. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação, São Paulo.

SALVADOR, César Coll. **Aprendizagem escolar e construção do conhecimento**. 1984.

_____. César Cooll, (org). **Psicologia do Ensino**. Artmed Editora, 2000.

SANTOS, Jaciete Barbosa dos. A “dialética da exclusão/inclusão” na história da educação de ‘alunos com deficiência’, In._____. **Revista da FEEBA**, Educação e Contemporaneidade, vol 11- nº17 – jan/jun, Universidade do Estado da Bahia, 2002.

SAWAIA, Bader, WANDERLEY. Mariangela Belfiore, VÉRAS. Maura. **As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 4ª edição, Editora Vozes, 2002.

SGRECCIA, Elio. **Manual de Bioética: I Fundamentos e Ética Biomédica**. Tradução Orlando Soares Moreira. Edições Loyola, São Paulo - Brasil, 1996.

SHEPHERD, Josefa Ippolito. **A promoção da saúde no âmbito escolar: A iniciativa regional Escolas Promotoras de Saúde**. Manual Escola Promotora de Saúde – Sociedade Brasileira de Pediatria. [2001?]

SKLIAR, Carlos (org.). **Educação e exclusão: abordagens sócio-antropológicas em Educação Especial**. Editora Mediação. Porto Alegre, 2006.

SOUZA, Francisca Maria de. **A Escola Hospitalar: um estudo sobre o acompanhamento pedagógico e o desenvolvimento escolar de crianças hospitalizado por tempo prolongado**. 2005. 153 f. Dissertação Educação. –Universidade Federal de Teresina-Piauí.

STAINBACK, Susan e STAINBACK, Wullian. **Inclusão: Um guia para educadores**; tradução de Magda França Lopes - Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

TAAM, Regina. **Pelas Trilhas da Emoção: A educação no espaço da saúde**. Maringá: Eduem, 2004.

TARDIF, Maurice; LESSARD, Claude. **O trabalho docente: Elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas**. Tradução de João Batista Kreuch. 3ª Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

TAPIA, Jesús Alonso; FITA, Enrique Caturla. **A motivação na sala de aula: o que é como se faz**. Tradução: Sandra Garcia. Edições Loyola. Ipiranga – São Paulo, 6ª edição, 2004.

THOMAS, Isabelle. Emile ou Como pode um terapeuta em psicomotricidade, trabalhando no hospital, escutar, além do discurso científico, o enigma colocado pela criança e seu corpo. In._____. **Boi da Cara Preta: Crianças no Hospital**. Salvador, EDUFBA, Álmagama, 2003.

TOMASINI, Ricardo. **Pedagogia Hospitalar: concepção dos profissionais sobre as práticas educativas e pedagógicas no ambiente hospitalar**. Dissertação. 2008. 240 f. Universidade Tuiuti . Curitiba -Paraná.

TORRES, Wilma Costa. **A criança diante da morte: desafios**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1999.

TRUGILHO, Silvia Moreira. **Classe Hospitalar e a vivência do otimismo trágico: um sentido da escolaridade na vida da criança hospitalizada.** Dissertação. 2003. 228 f. Universidade Federal do Espírito Santo.

ULZURRUN, Ascen Diez de; MASEGOSA, Augustí. **Dinâmica de grupos na ação tutorial.** In._____. Tutoria: com a palavra, o aluno. Trad. Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed, 2002.

VASCONCELOS, Sandra M. V. **Classe Hospitalar no Mundo: Um desafio à infância em sofrimento.** [2004?]. Disponível em: www.reacao.com.br/ Acessado em 20/05/2006.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault e a Educação.** 2 edição, 1 reimp.- Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

VÉRAS, Maura P.B. Exclusão Social - um problema de 500 anos. In._____. **As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social.** 4ª edição, Editora Vozes, 2002.

VIEIRA, Camila Mugnai; DENARI, Fátima Elizabeth. O que pensam e sentem crianças-não deficientes em relação às deficiências e à inclusão: revisão bibliográfica. **Revista da FEEBA: Educação e contemporaneidade/ Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação I, v 16- nº 27-jan/jun, 2007.**

VIOLA, Sólon E. A. **Movimentos Sociais e Direitos.** Disponível em: www.dhnet.org.br Captado em: 01/10/2006

WANDERLEY, Mariangela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão. In._____. **As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social.** 4ª edição, Editora Vozes, 2002.

WINNICOT, D. W. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro. Imago Editora LTDA, 1975.

ZABALA, Antoni. **A prática educativa: como ensinar.** Tradução Ernani F. da F. Rosa – Porto Alegre: Artmed, 1998.

ZARDO, Sinara Pallon. **O desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS: uma análise das dimensões econômicas, pedagógica, política e cultural.** Dissertação. 2007. 214. Educação Especial. Universidade Federal de Santa Maria RS.

APÊNDICES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Caro colaborador,

Antes de qualquer coisa, agradecemos a sua disposição em participar desta entrevista. Este instrumento será mediado por mim. A cada questionamento ou colocação, será escutado cada um dos sujeitos participantes para melhor compreensão do que será dito, sendo assim, sinta-se a vontade para refletir a respeito do que lhe for perguntado. Caso haja necessidade, repetiremos o enunciado da questão quantas vezes precisar.

Eu não poderei lhe explicar nada acerca dos questionamentos desta entrevista. Dentro de alguns meses publicaremos os resultados dessa pesquisa e, se você quiser, poderá tomar conhecimento do trabalho que vai divulgá-lo.

Inicialmente, precisaremos saber sobre alguns aspectos a respeito de sua trajetória profissional antes de lhe dirigirmos as perguntas desta entrevista.

- a) sexo: _____
- b) tem formação superior? _____ Qual o curso? _____
- c) tem algum curso de pós-graduação concluído? _____
- d) Qual? _____
- e) quanto tempo tem (ou teve) de atuação em sala de aula? _____
- f) Qual sua função atual? _____

1. O que se quer dizer com a expressão: “Estudar para ser alguém na vida?”
2. Se não for para profissionalizar ou para instrumentalizar alguém para um ofício, para que serve o estudo, então?
3. Quando o refrão das Políticas de Inclusão afirma a extensão do direito a “Educação para Todos”, quão abrangente você acha que é esse todos? Cite vários exemplos de categorias de pessoas, crianças e adolescentes, que também devem ter o direito de estudar.

4. O que conta mais para que uma criança aprenda: a vontade ou a capacidade?
5. O que é que dá para não saber de ante mão quando do planejamento de uma aula? (ou o que é indispensável saber para se planejar uma aula?)
6. Que propósito pode ter um programa de ensino se não for àquele de fazer aprender algum conteúdo?
7. Pense em duas ou três coisas que não combinam com “aprender”.
8. Numa escala de prioridades faça uma lista de 5 coisas ou situações que crianças/adolescentes hospitalizados por dois meses, mais sentem falta.
9. O que pode levar um aluno a sentir saudades da escola, se ele vivia afirmando que odiava a escola?
10. Que relação você acha que a atividade intelectual guarda com o metabolismo de uma pessoa? Dê exemplos.
11. O que você acredita que um professor, levando-se em consideração as variáveis do ambiente hospitalar, possa realizar junto a crianças e adolescentes hospitalizados?
12. Do ponto de vista pedagógico, as estratégias de ensino são dispositivos de aprendizagem. O que é possível um professor, frente a uma criança ou adolescente enfermo, ensinar?
13. Assim como na escola regular, o professor que atua com crianças hospitalizadas, também trabalha com conteúdos de forma a atender um currículo. De que maneira deve abordar os conteúdos, ou seja, realizar as atividades de maneira a atender os diferentes níveis, idades e séries?
14. Quais as maiores dificuldades você acredita que um professor enfrentará no trabalho com as crianças e adolescentes hospitalizados?
15. Você acha que seja importante que o professor da escola regular saiba sobre a doença e a hospitalização de um seu educando que esteve internado? Em caso afirmativo ou negativo, justifique.

16. O que significaria o trabalho da escola no hospital para a criança e adolescente hospitalizado?
17. Uma criança aparentemente saudável pode na escola realizar as atividades propostas por seu professor. Para uma criança ou adolescente doente, o que seria possível realizar, para o alcance de aprendizagem?
18. O que haveria de diferente entre a rotina da escola hospitalar e a rotina da escola regular?
19. Quando uma criança ou adolescente necessita prolongar o tempo de sua hospitalização, em que aspecto de sua escolarização, tanto a escola regular quanto a classe hospitalar contribuiria com este aluno?
20. Se este aluno que necessitou de um prolongamento na hospitalização, se tratar de um aluno com diagnóstico de câncer, ou diabetes, por exemplo, o que mudaria?
21. Você acredita que pode haver diálogo entre a escola regular e a escola hospitalar? De que maneira?
22. Você já ouviu falar da modalidade de Classe Hospitalar? Se sim, o que sabe sobre esta modalidade?

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A CRIANÇA E O ADOLESCENTE ENFERMO COMO SUJEITO APRENDENTE: REPRESENTAÇÕES DE PROFESSORES DA REDE REGULAR DE ENSINO NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA

Investigador Principal: Maria Celeste Ramos da Silva

Telefone: res (71)32144961 – cel – (71) 91951608

End Residencial: Rua da Galileia nº 52 Bairro: Uruguai - CEP 40455690 - Salvador- Bahia

Grupo de Pesquisa: Pós- Graduação em Educação Faculdade de Educação da Bahia- FACED/GEINE (Grupo Educação Inclusiva e Necessidades Especiais) e CERLEPE (Centro de Estudos sobre Escolarização e Lazer em Enfermarias Pediátricas)

Orientadora: Alessandra Santana Soares e Barros - (71) 32837231.

1. Informações gerais: Este trabalho refere-se à conclusão de curso de Mestrado (Universidade Federal da Bahia) e pretende pesquisar as representações de professores do ensino regular acerca da condição de aprendizagem das crianças e adolescentes hospitalizados.

2. Objetivos do estudo: interpretar as representações do(s) professor(es) da Rede Regular de Salvador acerca das possibilidades de ensino e aprendizagem de crianças e adolescentes enfermos, estejam eles necessitando ou não de hospitalização.

3. Benefícios esperados: Contribuir para melhor compreensão de que crianças e adolescentes necessitam dar continuidade ao seu processo de escolarização, assim como de receber acompanhamento adequado quando retornarem para suas escolas de origem evitando a possível evasão e o atraso escolar.

4. Confiabilidade: Haverá sigilo nas informações, e os nomes dos sujeitos que responderem as entrevistas ou cederem depoimentos será alterado.

5. Assistência: Será esclarecida qualquer dúvida, sempre que procurarem a pesquisadora principal ou as instâncias auxiliares para explicarem o que não está claro.

6. Este documento será apresentado em duas vias em igual teor informacional para melhor assegurar a coleta de informações e confiabilidade do sujeito pesquisado. Caso haja necessidade de descontinuidade do estudo, tanto o comitê será avisado quanto os sujeitos.

Antes de assinar esse documento, eu fui suficientemente informado (a) sobre o projeto de pesquisa, os benefícios e a não obrigatoriedade da participação. Aceito participar da pesquisa voluntariamente, permitindo que meus relatos sejam utilizados quando forem necessários para o levantamento de dados que contribuirão para a presente pesquisa.

_____ Nome	_____ Assinatura do entrevistado	_____ Data
_____ Nome	_____ Assinatura do pesquisador	_____ Data

ANEXOS



Of. CEP 097/2008

Salvador, 12 de agosto de 2008.

Sra. Maria Celeste Ramos da Silva
Pesquisadora Responsável

Prezada Senhora,

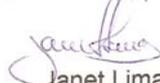
Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santo Antônio tomou conhecimento e aprovou o **Protocolo de Pesquisa nº 31/08**, do estudo intitulado **“A criança e o adolescente enfermo como sujeito aprendente: Representações de professores da rede regular de ensino do município de Salvador”**, na reunião ordinária de 12 de agosto de 2008.

Fazem-se ainda as seguintes recomendações:

- Rever utilização das siglas no corpo do texto sem a descrição das mesmas (APAE, CH)
- Explicar os critérios de inclusão e exclusão;
- Descrever o papel desta instituição no projeto e a justificativa para esta escolha.

Reiteramos a necessidade de ser encaminhado relatório periódico até 12/Fevereiro/2009 (6 meses após a aprovação) ou relatório final, se o término ocorrer antes dessa data.

Atenciosamente,



Janet Lima de Melo
Coordenadora do CEP
Hospital Santo Antônio