

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA
REGIÃO CENTRO-OESTE**

ELEN SALUANA DA SILVA BUFFO MONTANARI

**O PROCESSO DE (RE)INSERÇÃO DE CRIANÇAS E DE ADOLESCENTES NO
CONTEXTO ESCOLAR: PÓS-ATENDIMENTO EDUCACIONAL EM AMBIENTE
HOSPITALAR**

CAMPO GRANDE, MS

2019

ELEN SALUANA DA SILVA BUFFO MONTANARI

**O PROCESSO DE (RE)INSERÇÃO DE CRIANÇAS E DE ADOLESCENTES NO
CONTEXTO ESCOLAR: PÓS-ATENDIMENTO EDUCACIONAL EM AMBIENTE
HOSPITALAR**

Dissertação apresentada para fins de obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS, sob a orientação da prof. Dra. Milene Bartolomei Silva, vinculada à linha de pesquisa Atenção à Saúde Integral da Criança, do Adolescente e da Gestante.

CAMPO GRANDE, MS

2019

Dedico...

*A todas as pessoas que, direta ou
indiretamente, contribuíram para
o desenvolvimento deste trabalho.*

AGREDECIMENTOS

Aos meus pais, Élson Donizete Buffo e Edineia Oliveira da Silva Buffo, pelo acolhimento, escuta, ensinamentos e todo suporte que me deram durante toda a minha vida, sobretudo durante esses meus dois anos de mestrado.

Ao meu esposo, Frederico Cavichia Montanari, pela paciência, pelo apoio e pela compreensão, bem como, principalmente, por estar ao meu lado nesses dois anos de intenso trabalho acadêmico de mestrado.

Aos meus amigos que me auxiliaram na elaboração deste trabalho e, principalmente, às minhas amigas Elisiane Mascarenhas Guedes, Júlia Irigaray e Thais Tomikawa, que me deram muito apoio também nesta trajetória acadêmica.

Aos professores do Programa de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste, em especial à minha orientadora, Dra. Milene Bartolomei Silva, que aceitou ser a orientadora deste trabalho, orientando, direcionando para o andamento desta pesquisa. Apesar das várias dificuldades e barreiras que foram encontradas pelo caminho, mesmo assim a professora Milene sempre esteve firme e comprometida na orientação, sempre demonstrando segurança e objetividade, me apoiando e me ouvindo. Por tudo isso, eu a considero como uma querida amiga.

*“Há apenas uma maneira de evitar críticas:
não falar, não fazer e não ser nada”.*

RESUMO

As experiências relatadas pelas professoras que tiveram contato com os alunos receberam atendimento educacional a alunos em ambiente hospitalar foram importantes para a compreensão do objetivo do estudo, que foi compreender o processo de (re)inserção escolar das crianças de 6 a 13 anos que frequentaram atendimento educacional em ambiente hospitalar em Campo Grande/MS durante o ano de 2016. A metodologia adotada foi a de abordagem qualitativa, foi utilizado o referencial teórico histórico-cultural, tudo norteado pelas narrativas de 9 professoras da rede municipal de ensino da cidade de Campo Grande/MS. A coleta de dados aconteceu em duas etapas: primeiro com a coordenadora do atendimento educacional no ambiente hospitalar do estado de Mato Grosso do Sul e, logo após, com as professoras atuais e do período de hospitalização de crianças e de adolescentes entre 6 e 13 anos de idade. Na análise dos dados, as narrativas foram organizadas em cinco eixos para um melhor entendimento dos objetivos específicos, com dois ou três categorias em cada eixo para um melhor entendimento. Quanto às considerações finais do estudo, cabe apontar que o atendimento educacional no ambiente hospitalar no estado de Mato Grosso do Sul ainda é tímido se comparado com o de outros estados, principalmente com o do estado do Paraná, onde funcionam muitos programas voltados para essa clientela. É de se considerar que a adequada existência desse atendimento favorece a (re)inserção escolar das crianças que estiveram por um determinado período fora da sala de aula. Mesmo que o internamento tenha sido por poucos dias, o atendimento hospitalar faz com que a criança e seus familiares não percam o vínculo com o mundo externo e, principalmente, com o mundo acadêmico, favorecendo o seu retorno escolar sem grandes defasagens de aprendizagem.

Palavras-Chave: Atendimento educacional no ambiente hospitalar; (re)inserção escolar; aprendizagem.

ABSTRACT

The experiences reported by the teachers who had contact with the students who received educational assistance to students in a hospital environment were very important for the understanding of the purpose of the study, which was to understand the process of (re) insertion in school for children aged 6 to 13 years who studied in a hospital environment in Campo Grande / MS during the year 2016. The methodology adopted was that of a qualitative approach, using the historical-cultural theoretical framework, all guided by the narratives of 9 teachers from the municipal teaching network of the city of Campo Grande, MS. Data collection took place in two stages: first, with the coordinator of educational services in the hospital environment of the State of Mato Grosso do Sul, and then with the current teachers and the period of hospitalization of children and adolescents between 6 and 13 years of age. In the analysis of the data, the narratives were organized in five axes for a better understanding of the specific objectives, with two or three categories in each axis for a better understanding. Regarding the final considerations of the study, it should be pointed out that the educational service in the hospital environment in the state of Mato Grosso do Sul is still timid when compared to other states, especially Paraná, where many programs work for this clientele. It is to be considered that the adequate existence of this service favors the (re) insertion of the children who have been for a certain period outside the classroom. Even if hospitalization has been for a few days, hospital care causes the child and his / her family members not

to lose the bond with the outside world, and especially with the academic world, favoring their return to school without great lags of learning.

Descriptors: Educational care in the hospital environment; school reinsertion; learning.

LISTA DE FIGURA

Figura 1. Fluxograma dos eixos de análises

Figura 2. Categoria Atendimento Educacional no Ambiente Hospitalar e Escola

Figura 3. Categoria (re)inserção escolar

Figura 4. Flexibilização de currículo

Figura 5. Aprendizagem pós-hospitalização

Figura 6. Contribuições do Atendimento Educacional no Ambiente Hospitalar

LISTA DE QUADRO

Quadro 1. Características dos participantes da pesquisa

Quadro 2. Caracterização das crianças que estiveram hospitalizadas

LISTA DE ABREVIATURAS

CEESP – Centro Estadual de Educação Especial e Inclusiva

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

GACC – Grupo de Apoio à Criança com Câncer

GEPEDHI – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Educação, Desenvolvimento Humano e Inclusão

HCFMRP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/SP

HUMAP – Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian/MS

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MS – Mato Grosso do Sul

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

USP – Universidade de São Paulo

UNICEF – United Nations Children's Fund

Sumário

APROXIMAÇÃO COM O TEMA.....	11
INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 CONCEPÇÃO DE CRIANÇA E DE INFÂNCIA	17
2.2 ATENDIMENTO EDUCACIONAL NO AMBIENTE HOSPITALAR: UM BREVE HISTÓRICO	19
2.3 ASPECTOS LEGAIS DO ATENDIMENTO EDUCACIONAL NO AMBIENTE HOSPITALAR	25
2.3.1 Funcionamento do Atendimento Educacional em Ambiente Hospitalar	30
2.3.2 Aprendizagem no contexto hospitalar: uma educação inclusiva e humanizada	35
2.3.3 Papel do professor hospitalar	39
2.4 APRENDIZAGEM NO CONTEXTO ESCOLAR, SEGUNDO VYGOTSKY: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICO-CULTURAL	42
2.5 A (RE)INSERÇÃO ESCOLAR APÓS O ATENDIMENTO EDUCACIONAL EM AMBIENTE HOSPITALAR: SENTIDO E SIGNIFICADO PARA A CRIANÇA	46
3 OBJETIVO DA PESQUISA	51
3.1 OBJETIVO GERAL	51
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	51
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	52
4.1 TIPO DE ESTUDO: UMA POSSIBILIDADE DE PESQUISA QUALITATIVA	52
4.2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	54
4.3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	56
4.4 LOCAL DO ESTUDO	58
4.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO	58
4.6 COLETA DE DADOS	59
4.7 QUESTÕES ÉTICAS	60
5 ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO	62
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA	63
5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS QUE ESTIVERAM HOSPITALIZADAS	65

5.3 OLHARES SOBRE AS FALAS DOS PROFESSORES: ENTRE O ATENDIMENTO EDUCACIONAL NO AMBIENTE HOSPITALAR E A REDE REGULAR DE ENSINO	67
5.4 EIXOS DE ANÁLISES.....	70
5.4.1 Atendimento educacional no ambiente hospitalar e escola	71
5.4.3 Flexibilização de currículo.....	79
5.4.4 Aprendizagem pós-hospitalização	81
5.4.5 Contribuições do Atendimento Educacional no Ambiente Hospitalar ...	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS.....	89
ANEXOS	97
APÊNDICES.....	98

APROXIMAÇÃO COM O TEMA

“Como professor devo saber
que, sem a curiosidade que me move,
que me inquieta,
que me insere na busca,
não aprendo nem ensino”.

Paulo Freire

O interesse pela presente pesquisa surgiu em 2016, quando cursava uma segunda graduação, em Pedagogia, pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Fui convidada a participar do grupo de estudos e pesquisas denominado Educação, Desenvolvimento Humano e Inclusão – GEPEDHI, da linha de pesquisa Educação, Saúde e Práticas Educacionais, coordenado pela professora Dra. Milene Bartolomei Silva, minha atual orientadora de mestrado.

Nesse grupo pude me apropriar de conteúdos sobre o chamado Atendimento Educacional no Ambiente Hospitalar, seja no Brasil, seja em Mato Grosso do Sul. O tema se mostrou fascinante como forma de crianças e de adolescentes poder continuar sua escolarização mesmo estando ausentes da escola, no caso por sua condição de hospitalização. Logo se evidenciou também a relação dessa proposta educacional com a primeira graduação feita, que foi Psicologia, principalmente, por causa da relação com a disciplina de Psicologia Hospitalar, na qual os futuros psicólogos, pelo currículo, precisam fazer parte da equipe multidisciplinar que integra o atendimento educacional no ambiente hospitalar.

Com o passar do tempo, no caso desta pesquisadora, o engajamento com o tema foi ocorrendo cada vez mais, inclusive com a apresentação de alguns trabalhos em eventos acadêmicos. Foi então, como consequência desse fascínio e dessas oportunidades de participação na vida acadêmica que o assunto se foi avolumando a ponto de constituir a presente proposta de mestrado.

Assim, em 2017, a aprovação no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste abriu caminho para buscar entender, de forma mais aprofundada, o assunto do pós-atendimento educacional no ambiente hospitalar e, nesse contexto, verificar como acontece a (re)inserção escolar das crianças que frequentaram o atendimento educacional no ambiente

hospitalar¹. Com o conhecimento inicial sobre o atendimento escolar em hospital e, depois, sobre o retorno desses alunos a suas escolas/classes, e ainda a percepção da escassez de material bibliográfico e de pesquisas relacionados a esse tema e então também foi uma motivação definitiva para a escolha do tema deste mestrado.

No final de 2018, com a conclusão da segunda graduação – a de Pedagogia – concluída, e com a do mestrado, reafirmo aqui o meu desejo de seguir a carreira acadêmica em busca de uma carreira como professora de nível superior com a perspectiva de atuação nas classes hospitalares.

¹ Nesta **pesquisa**, no caso do atendimento escolar em ambiente hospitalar, muitas vezes, por economia de linguagem, fazemos referência apenas a crianças, mas estão sempre incluídos os adolescentes na mesma condição de saúde.

INTRODUÇÃO

“Professor não é quem ensina,
mas quem de repente aprende”.

João Guimarães Rosa

A atuação dos professores no atendimento educacional em ambiente hospitalar se faz presente desde 1940, conforme aponta Oliveira (2013). No Brasil, a respeito desses tempos pós-guerra existem indícios desse tipo atuação na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em que se realizava o atendimento escolar aos deficientes físicos, porém a implantação oficial desse serviço aconteceu de fato em 1950 na cidade do Rio de Janeiro, isso no Hospital Menino Jesus.

Em termos mais extensos, alcançando várias regiões e cidades brasileiras, é de se avançar para os anos 1990 para alcançar uma legislação que garantisse o direito de crianças/adolescentes receberem atendimento especializado se e quando internados em ambiente hospitalar. Foi a partir de e por incentivo da Constituição Cidadã de 1988 que decorreu uma forte relação entre educação e saúde ocorrida nos serviços de educação e saúde do país (SILVA; ALMEIDA; AYDOS, 2016).

É nesse clima de entusiasmo provocado pela nova Constituição que leis como: Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990), Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB ou LDBEN (Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996), Resolução CONANDA/MJ nº 41, de 17 de outubro de 1995 (Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado), as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (Resolução SEESP/MEC nº 2/2001) e a Lei Federal nº 13.716, de 24 de setembro de 2018 (Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), asseguram o atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado.

O atendimento educacional no ambiente hospitalar é de suma importância para crianças/adolescentes que, por motivo de problemas de saúde, ficarão por um período longe da escola regular. No ambiente hospitalar, mesmo com os sofrimentos da doença, é possível dar continuidade à aprendizagem escolar. Ao professor hospitalar cabe levar em consideração os conteúdos que a escola/classe está trabalhando naquele tempo de internação, assim prevenindo a defasagem que ocorreria sem essa providência. Além do mais, um ambiente escolar dentro do ambiente hospitalar cria-se possibilidades de novas relações e vivências entre as crianças, com isso, inclusive, aliviando os males de crianças confinadas a seus leitos de convalescença.

Esse atendimento especializado trata a criança hospitalizada como um ser em processo de aprendizagem, favorecendo ambiência para que não haja uma ruptura do atendimento que recebia na sua escola, pois esses professores hospitalares buscam estabelecer de atividades educativas similares àquelas em curso na escola/classe do aluno hospitalizado. Então, esse atendimento oportuniza uma qualidade de vida, humanizada e inclusiva, bem como possibilita o resgate de aspectos emocionais, que, no decorrer do tratamento, estão fragilizados devido à doença – resgate emocional que, na maioria das vezes, contribui com a melhora da sua saúde dos internados.

Ao receber alta hospitalar, cabe ao aluno retornar para a sua sala de aula. É quando entra em ação a participação de todos da escola para que aconteça, de fato, uma (re)inserção escolar dessa criança ou desse adolescente, que esteve ausente fisicamente da sala de aula. Poucos trabalhos existem na literatura que abordam a pós-hospitalização, a que aqui denomina-se pós-atendimento educacional em ambiente hospitalar. Levando em consideração essa premissa e com base na participação do grupo de estudos GEPEDHI, surgiu a motivação para buscar compreender esse universo.

Objetiva-se, nesta pesquisa, compreender o processo de (re)inserção escolar das crianças de 6 a 13 anos que tiveram o atendimento educacional no ambiente hospitalar em Campo Grande/MS, durante o ano de 2016.

No estado de Mato Grosso do Sul – MS, segundo a última atualização realizada por Granemann (2015), existem cinco hospitais que realizam atendimento educacional em ambiente hospitalar. São eles: Associação Beneficente Santa Casa da Cidade de Campo Grande, Hospital Universitário de

Campo Grande, Hospital Regional de Mato Grosso do Sul "Rosa Pedrossian", Associação dos Amigos da Criança com Câncer – AACC, Hospital do Câncer Alfredo Abrão e Hospital Universitário de Dourados. Essas instituições atendem, em média, 800 alunos/mês (GRANEMANN, 2015).

A pesquisa foi realizada mediante entrevistas com professores atuais e professores anteriores à hospitalização das crianças, que estiveram durante um período fora da sala de aula devido a variadas enfermidades, algumas crônicas, outras, não.

Nessas entrevistas buscou-se responder aos objetivos específicos desta pesquisa, que são: compreender como se dá o funcionamento do atendimento educacional no ambiente hospitalar e a sua relação com a escola de origem da criança; identificar, junto aos professores das escolas, as suas práticas pedagógicas com as crianças que voltaram do atendimento educacional hospitalar; indagar os professores das escolas sobre as contribuições do atendimento educacional no ambiente hospitalar para a (re)inserção do aluno na escola regular do ensino fundamental; solicitar dos professores da escola uma avaliação do desenvolvimento do processo de aprendizagem das crianças reinseridas após atendimento educacional no ambiente hospitalar.

As respostas dos professores entrevistados foram organizadas em cinco eixos: i) atendimento educacional no ambiente hospitalar e escola, ii) (re)inserção escolar, iii) flexibilização de currículo, iv) aprendizagem pós-atendimento educacional no ambiente hospitalar e v) contribuições do atendimento educacional no ambiente hospitalar. Os eixos foram subdivididos em categorias para um melhor entendimento e as narrativas foram organizadas de acordo com cada categoria levantada e, posteriormente, com o estabelecimento de diálogo com o referencial teórico.

O trabalho está organizado em capítulos, sendo que o primeiro foi dedicado a uma revisão de literatura. Nessa revisão consta um resgate histórico sobre o atendimento educacional em ambiente hospitalar. Seguem-se apontamentos sobre os principais aspectos legais do atendimento em ambiente hospitalar – uma educação inclusiva e humanizada –, bem como a atuação do pedagogo hospitalar, o funcionamento do atendimento e a aprendizagem no contexto hospitalar. Logo após o estudo versa sobre o item da aprendizagem na

(re)inserção no contexto escolar pós-atendimento educacional no ambiente hospitalar.

Em seguida, tem-se os objetivos da pesquisa, a metodologia que foi realizada, envolvendo o tipo de estudo, referencial teórico, referencial metodológico, local de estudo, participantes do estudo, coleta de dados e questões éticas.

Em um outro capítulo realizou-se a análise dos dados e a respectiva discussão, com subitens sobre a caracterização dos participantes da pesquisa e os olhares sobre as falas dos professores, assunto apresentado em cinco categorias discutidas uma a uma segundo as narrativas dos participantes da pesquisa. E, por último, vão redigidas as considerações finais da pesquisadora.

Este trabalho pode mostrar como ainda é tímida a atuação do atendimento educacional no ambiente hospitalar em Campo Grande/MS e, principalmente, um fraco ou inexistente elo entre o atendimento educacional no ambiente hospitalar e a escola de origem de cada criança ou de cada adolescente, pois, muitas vezes, o professor da escola de origem não tem conhecimento sobre os conteúdos que são trabalhados pelo professor hospitalar (e vice-versa), impossibilitando, dessa forma, a continuidade do trabalho realizado quando a criança retorna, dificultando, assim, a sua (re)inserção escolar.

Em contrapartida, o atendimento educacional no ambiente hospitalar existente, mesmo de forma tímida, funciona como um vínculo importante com a escola de origem, assim a permanência nos hospitais não significa um desligamento da escolarização, pois os atendimentos pedagógicos realizados nos hospitais existem para garantir o direito à escolarização.

2 REVISÃO DE LITERATURA

“A individualidade mais importante do hospital não é o seu diretor,
nem o seu contribuinte, nem o médico,
nem a enfermeira, nem o secretário.
A individualidade mais importante do hospital é, sem dúvida,
o enfermo”.

Goldwalter

2.1 CONCEPÇÃO DE CRIANÇA E DE INFÂNCIA

As definições de infância tiveram diferentes conotações durante a história. Trata-se de concepções apreendidas dos adultos das gerações anteriores e revividas em novas construções nas quais, muitas vezes, as crianças não puderam discursar, defender-se ou falar sobre si mesmas. Então atualmente, aos tempos iniciais do século XXI, o que, afinal, vem a ser criança e infância?

Podemos buscar auxílio em dicionários, na etimologia da palavra, em instituições e em legislação específica para tentar formular uma definição. Os dicionários da língua portuguesa registram, em geral, a ideia simples de que a palavra "infância" indica o período de crescimento humano que vai do nascimento até o ingresso na puberdade, por volta dos doze anos de idade. Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança, que foi aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em novembro de 1989, "[...] criança são todas as pessoas menores de dezoito anos de idade".

Em termos de legislação, no Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) considera "criança" a pessoa até os doze anos incompletos, enquanto entre os doze e os dezoito anos – idade inicial da maioridade civil –, a pessoa é considerada "adolescente".

Etimologicamente, a palavra "infância" vem do latim, *infantia*, e se refere ao indivíduo que ainda não é capaz de falar. Essa incapacidade, atribuída à primeira infância, estende-se até os sete anos, que representaria a idade da razão. Percebe-se, no entanto, que a idade cronológica não é suficiente para caracterizar a infância.

É o que Khulmann Jr. (1998, p. 16) afirma categoricamente:

Infância tem um significado genérico e, como qualquer outra fase da vida, esse significado é função das transformações sociais: toda sociedade tem seus sistemas de classes de idade e a cada uma delas é associado um sistema de *status* e de papel.

A infância, nessa perspectiva, deve ser compreendida como um modo particular de se pensar a criança, e não um estado universal vivido por todos do mesmo modo. Mais uma vez nos deparamos com a multiplicidade e a urgência, de uma vez por todas, desvincularmos a concepção de criança e de infância de uma ideia preconcebida, seja ela qual for.

Philippe Ariès (1981), famoso historiador francês, afirmou que a infância foi uma invenção da modernidade, constituindo-se numa categoria social construída recentemente na história da humanidade. Para ele, a emergência do sentimento de infância como sendo uma consciência da particularidade infantil é decorrente de um longo processo histórico, não sendo uma herança natural.

Assim, portanto, as crianças nascem e crescem num entorno complexo – ambiental, familiar, parental, educacional e social. No caso de doença, quando uma criança precisa ser afastada do seu entorno e hospitalizada, ela acaba se distanciando da sua rotina social, o que é prejudicial ao seu desenvolvimento. Neste caso, além da questão da saúde, há a necessidade de mantê-la de alguma forma vinculada com o universo da infância. Dizendo isso em termos mais psicológicos, necessita-se olhar para essa criança na sua condição de protagonista e essa condição precisar continuar a ser reconhecida: “Muitas vezes o adoecer e o seu tratamento requerem mudanças de hábitos e de rotinas que incluem internações prolongadas e estressantes, que interrompem o cotidiano e afetam o desenvolvimento no período da infância” (SILVA; ALMEIDA, 2016, p. 36).

Neste contexto, torna-se relevante, nos ambientes hospitalares, a presença do brincar e do aprender:

[...] determinados mecanismos de proteção, como o brincar e o aprender, são possibilitados nos espaços de saúde, ativam-se os recursos psíquicos da criança e forma-se uma rede de mediação social que atenua os efeitos adversos da doença e do tratamento. (VITORINO; LINHARES; MINARDI, 2007 apud VIEIRA et al., 2010, p. 134).

O brincar faz parte da vida das crianças e da sua infância. Para elas, a sua presença em um ambiente lúdico lhes proporciona uma intencionalidade

educacional, além de, de alguma forma, certa liberdade de escolha das atividades, o que conforta em relação à condição em que se encontram – a de hospitalizadas (SILVA; ALMEIDA, 2016).

O brincar, segundo Silva e Almeida (2016 apud MOTTA; ENUMO, 2004, p. 20), "[...] é utilizado como recurso capaz de proporcionar às crianças atividades estimulantes e divertidas, mas que tragam calma e segurança". O brincar, como rotina do próprio ambiente hospitalar, pode levar a criança a associar esse ambiente com algo bom e agradável.

Assim, torna-se importante que seja disponibilizada uma equipe multidisciplinar para esse atendimento infantil, equipe que possa dar suporte psicológico, médico, assistencial e pedagógico também para a família, assim garantindo à criança o acolhimento para poder se desenvolver em meio de tantas estranhezas e dificuldades. Fica, então, explicitado que a cura não deve basear-se somente no aspecto biológico, mas no bem-estar e na qualidade de vida dessas crianças hospitalizadas (SILVA; ALMEIDA, 2016, p. 37).

2.2 ATENDIMENTO EDUCACIONAL NO AMBIENTE HOSPITALAR²: UM BREVE HISTÓRICO

O atendimento educacional em ambiente hospitalar, que acontece nas chamadas "classes hospitalares", foi criado para assegurar a continuidade dos conteúdos escolares a crianças e a adolescentes hospitalizados, possibilitando um retorno sem prejuízo à escola de origem após a alta médica. Dessa forma, a educação não é um elemento exclusivo da escola, ou seja, o processo de ensino-aprendizagem está presente em todos os ambientes, inclusive naqueles não escolares, como, por exemplo, o hospital.

O conceito de saúde há muito tempo já não é visto como ausência de doença, isso já foi superado pelos profissionais da saúde, embora essa ideia da doença faça parte da questão. O ser humano é complexo, multifatorial, portanto a doença não pode ser tratada pelo aspecto biológico. Quando está hospitalizada, a criança precisa, além das necessidades médicas, de atendimento e de proteção à

² A expressão atual é "atendimento educacional no ambiente hospitalar". Nos primeiros tempos desse atendimento se utilizava apenas a expressão "classe hospitalar". Por isso, neste texto, algumas citações ainda se encontram com a denominação "classe hospitalar" (BRASIL, 2001).

vida emocional, de continuidade da escolarização e de criação de vínculo e afetividade com o novo entorno material e humano. A internação afasta as crianças e adolescentes da sua rotina diária, da sua família, dos amigos, das brincadeiras, do ambiente escolar e social em geral e é imprescindível compensar esse afastamento com a disponibilização de um entorno qualidade no próprio hospital (VASCONCELOS, 2005).

Muitas vezes, o mencionado distanciamento causa sofrimento às crianças devido à falta de contato com o mundo externo. Dessa forma, o atendimento educacional em ambiente hospitalar surgiu para estreitar o vínculo das crianças e dos jovens hospitalizados com o mundo externo: “[...] busca recuperar a socialização da criança por um processo de inclusão, dando continuidade à sua aprendizagem” (VASCONCELOS, 2005, p. 1).

O atendimento educacional no ambiente hospitalar ocorre em “[...] ambientes de tratamento de saúde, seja na circunstância de internação, como tradicionalmente conhecida, seja na circunstância do atendimento em hospital-dia e hospital-semana ou em serviços de atenção integral à saúde mental” (BRASIL, 2002, p. 13).

Segundo o documento elaborado pelo MEC e intitulado "Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: estratégias e orientações" (BRASIL, 2002, p. 13), cabe às classes hospitalares e ao atendimento domiciliar:

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

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

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

Os atendimentos realizados pelas classes hospitalares contam com a seguinte estrutura:

Uma sala para desenvolvimento das atividades pedagógicas com mobiliário adequado e uma bancada com pia são exigências mínimas. Instalações sanitárias próprias, completas, suficientes e adaptadas são altamente recomendáveis e espaço ao ar livre adequado para atividades físicas e ludo-pedagógicas. Além de um espaço próprio para a classe hospitalar, o atendimento propriamente dito poderá desenvolver-se na enfermaria, no leito ou no quarto de isolamento, uma vez que restrições impostas ao educando por sua condição clínica ou de tratamento assim requeiram. O atendimento pedagógico poderá também ser solicitado pelo ambulatório do hospital onde poderá ser organizada uma sala específica da classe hospitalar ou utilizar-se os espaços para atendimento educacional (BRASIL, 2002, p. 16).

No atendimento educacional no ambiente hospitalar, a criança hospitalizada é tratada como um ser em processo de aprendizagem. Esse atendimento visa evitar a ruptura da atenção que recebia na sua escola, o que oportuniza a manutenção de sua qualidade de vida, para além da recuperação da saúde. Mesmo em tempos contemporâneos, porém, nas sociedades ditas civilizadas nem sempre o bem-estar infantil daqueles que se encontravam hospitalizados era pensado.

Nos tempos medievais, os adultos entendiam que não haveria nenhuma necessidade de cuidados especiais com as crianças, principalmente em relação à sua saúde (ARIÉS, 1981). Existia um sentimento de indiferença em relação à infância e “a criança era tão insignificante” que até se praticava o abandono de crianças recém-nascidas (ARIÉS, 1981, p. 57). Com o tempo, as famílias começaram a se organizar em torno da criança e lhe dar a sua devida importância na sociedade. Então a criança saiu do seu anonimato e perdê-la representava uma enorme dor para as pessoas (ARIÉS, 1981).

Essa sua afirmação trouxe grandes mudanças na compreensão da infância, já que ela era pensada como uma fase da vida, como qualquer outra, mas que realçada pelas delícias de ser criança e de habitar no país da infância de um modo idêntico a si mesmo. Os séculos XVI e XVII, como bem demonstra Áriès

(1981), esboçam uma concepção de infância centrada na inocência e na fragilidade infantil. O século XVIII, diferentemente, inaugurou a conceituação da infância moderna atribuindo-lhe signos como liberdade, autonomia e independência. Posteriormente, por fim, na modernidade, a infância passou a ser objeto de lei, assegurando variados direitos individuais e sociais.

No período colonial no Brasil as crianças não eram vistas dessa forma. Esses tempos iniciais da história nacional estiveram sempre marcados por um alto índice de mortalidade infantil, pois as precárias condições habitacionais, sanitárias, de saúde e de alimentação implicavam o adoecimento da população. As crianças eram vistas pelos adultos como mão de obra, que precisavam logo para trabalhar. Eram submetidas a castigos físicos severos e, em muitos casos, abandonadas em casas de caridade ou hospitais. Assim, vê-se que nesse período mais uma vez ocorria um descaso com elas (ARAÚJO et al., 2014). Essa situação se estendeu, com maior ou menor descaso, até os tempos do positivismo e do republicanismo nas décadas finais do século XIX. Foram tempos em que movimentos educacionais e sanitaristas passaram a se preocupar com o universo infantil para formar cidadãos saudáveis e progressistas.

Essas ideias modernizantes das primeiras décadas do Brasil republicano, lá pelos anos 1920 se aliaram também aos movimentos de industrialização europeus. Iniciou-se uma preocupação com a saúde das crianças, com isso visando que os futuros operários das indústrias tivessem saúde suficiente para evitar faltas ao trabalho – já que, nas primeiras indústrias brasileiras as doenças dos trabalhadores eram fatores fortes de improdutividade. Essa preocupação com dispor de operários sadios fez, inclusive, os principais agentes governamentais tomar medidas mais amplas nesse sentido: “Em 1930 e 1940, iniciaram-se programas de proteção à maternidade, à infância e à adolescência” (ARAÚJO et al., 2014, p. 1002). O entendimento era o de que, para garantir a saúde infantil, era necessário preservar o laço materno.

Em tempos mais recentes, na segunda metade do século XX, em 1970 mais precisamente, foi implantado o Programa de Saúde Materno-Infantil. O intuito específico era o de promover serviços em todo o território nacional para diminuir a mortalidade infantil. Poucos anos depois, nas décadas de 1980 e de 1990, com Constituição Federal de 1988 e leis ordinárias que vieram depois – como a Lei Federal nº 8.080/1990 que criou o Sistema Único de Saúde, mais a

Lei Federal nº 8.069/1990, que criou o Estatuto da Criança e do Adolescente – foram garantidos a todas as crianças brasileira direitos integrais à assistência social e à assistência saúde (ARAÚJO et al., 2014), tudo integrado ao acesso universal à escolarização.

Em relação a este breve resgate histórico das ações realizadas no Brasil em prol da infância e da adolescência, observa-se que, após a década de 1990 ocorreu uma interface importante entre educação e saúde. Desde aquela época passou a ser entendido que haveria uma necessidade de se dar atendimento educacional especializado àquelas crianças e àqueles adolescentes que se encontravam hospitalizados e, portanto, impossibilitados de frequentar a escola por um determinado período – já que os direitos estabelecidos têm caráter universal, sem exclusões destas ou daquelas crianças/adolescentes. Passou a ocorrer então uma intersetorialidade relevante entre saúde e educação, em que a saúde é considerada indispensável para a progressão educacional das crianças (SILVA; ALMEIDA; AYDOS, 2016).

Historicamente, porém, a atenção para a escolarização dentro dos hospitais é recente e existe propriamente desde aproximadamente 1935, mais especificamente em Paris, quando o político Henri Sellier implantou, nos arredores de Paris, algumas atividades educativas que podem ser consideradas o início do que hoje conhecemos como atendimento educacional no ambiente hospitalar (OLIVEIRA, 2013).

Essa prática depois foi implantada em toda a França, Alemanha e em outros países da Europa e nos Estados Unidos, com o objetivo de suprir as dificuldades escolares das crianças doentes – especialmente as tuberculosas – hospitalizadas. A Segunda Guerra Mundial foi um marco importante na implantação das escolas em hospitais, pois na época passou a existir um grande número de crianças e de adolescentes hospitalizados. Muitas eram feridas e mutiladas da guerra e que ficariam um longo período hospitalizados e impossibilitados de frequentarem escola (VASCONCELOS, 2005).

No Brasil, a origem do conceito de atendimento educacional em ambiente hospitalar está relacionada à chamada Educação Especial, modalidade educacional que se fazia em variadas instituições e também em hospitais. Assim, a atuação dos professores no atendimento educacional em ambiente hospitalar se faz presente desde 1940, conforme aponta Oliveira (2013), pois há indícios dessa

atuação na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, onde se realizava o atendimento escolar aos deficientes físicos. A implantação efetiva aconteceu, porém, de fato em 1950 na cidade do Rio de Janeiro, no hospital Menino Jesus. Naquele ano esse hospital contava com aproximadamente 200 leitos e uma média de 80 crianças internadas. Diante desse cenário de alta demanda, tornou-se importante a implantação desse serviço em outros hospitais do país (OLIVEIRA, 2013).

A primeira professora que realizou atendimento educacional em ambiente hospitalar foi Lecy Rittmeyer. Isso ocorreu no hospital Menino Jesus, no Rio de Janeiro – como acima anunciado. As aulas eram ministradas de forma individual, nas enfermarias. Procurava-se levantar o que a criança sabia e estava aprendendo na escola, afim de dar continuidade aos seus estudos. Naquela época ainda não havia nesse hospital instalações apropriadas para esse tipo de atendimento. Em 1958, depois de inúmeros ofícios relatando a necessidade de novas professoras, o Departamento de Educação Primária cedeu ao hospital a professora Esther Lemos Zaborousky, que permitiu uma melhoria na distribuição dos alunos e, conseqüentemente, maior rendimento escolar (OLIVEIRA, 2013).

O serviço teve continuidade nesse hospital Menino Jesus, mas somente em março de 2005 foi assinado um convênio que o configurasse legalmente. Foi um convênio entre a Secretaria Municipal de Educação e a Secretaria Municipal de Saúde, publicado no Diário Oficial do Rio de Janeiro em 8 de março do mesmo ano. Apesar de toda uma trajetória importante de muitos anos na história da educação brasileira, essa modalidade de educação ainda atualmente é desconhecida por muitos profissionais da Educação e da Saúde (OLIVEIRA, 2013).

O atendimento educacional em ambiente hospitalar não funciona apenas para dar continuidade ao ensino dos conteúdos da escola/classe da criança hospitalizado, mas, em especial, “[...] age como injeções de ânimo, remédio contra os sentimentos de abandono e isolamento, infusão de coragem, instilação de confiança no progresso em suas capacidades” (FONSECA, 2003, p. 28).

2.3 ASPECTOS LEGAIS DO ATENDIMENTO EDUCACIONAL NO AMBIENTE HOSPITALAR

O reconhecimento social de que a infância é uma fase distinta da existência humana, uma fase com características muito diferentes daquelas das outras fases, já passou por várias mudanças durante a história e ainda se encontra em constante transformação na sociedade atual. Assim, nos tempos mais recentes, nas chamadas culturas civilizadas, a criança passou a ser vista como um ser biopsicossocial, que possui direitos e deveres e que precisa ser protegida pela família e pelo Estado, a exemplo do assegurado pela Constituição Federal de 1988, no artigo 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com **absoluta prioridade**, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-la a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência e crueldade e opressão. (BRASIL, 1988, p. 129, grifo nosso).

Em relação à concepção de infância na história e a gênese das legislações de alguma garantia aos direitos das crianças, pode-se observar que, no Ocidente, até o período medieval e durante todo esse milenar período, a sociedade europeia não possuía nenhuma normatização quanto a isso e sequer existia um sentimento distinguido pela infância, isto é, não possuíam “[...] a consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem” (ARIÈS, 1981, p. 99). As crianças eram, na maioria das comunidades, negligenciadas, abandonadas ou desprezadas, sem que houvesse esse entendimento de que eram seres em desenvolvimento, seres que precisavam de cuidados especiais (ARIÈS, 1981).

Com aproximadamente sete anos de idade, as crianças eram consideradas, pelos medievais, capazes de sobreviverem sozinhas, sem os cuidados maternos ou das amas de leite. Eram introduzidas na sociedade adulta, tornando-se, assim, mais uns integrantes indistintos dos adultos, enquanto as crianças pequenas igualmente se misturavam à vida e à rotina dos adultos – sem que houvesse, por exemplo, um tempo destinado a uma escola, pois não havia uma escolarização. Naqueles tempos a mortalidade infantil era alta, a sua sobrevivência das crianças em meio aos adultos era incerta, além de existir a

prática do infanticídio – de famílias que descartavam crianças doentes ou deficientes, substituindo-as por crianças consideradas por elas saudáveis (ARIÈS, 1981).

Desse modo, há que se entender que um conceito de infância, antes inexistente, vai sendo construído historicamente, no decorrer das mudanças da sociedade, principalmente entre os séculos XII e XVII. As crianças passam a ser representadas no núcleo familiar e então, nas famílias é construído um sentimento de afeto e de amor entre os pais e filhos. Durante a implantação da sociedade moderna – após o término da Idade Média – ocorre um maior movimento na constituição do conceito e do reconhecimento de infância, isso devido a muitas interferências de poderes públicos e de preocupação com a educação (ARIÈS, 1981).

A criança “passa a existir” e a ter certos direitos garantidos em leis. Ocorreu gradativamente um movimento de “[...] olhar para a criança, mesmo diante da sua fragilidade e dependência, visando meios para protegê-la, levando vários segmentos da sociedade e instituições a lutarem pela elaboração de leis em sua defesa”. Então muitas leis para a infância surgiram a partir do século XX (SILVA; ALMEIDA; AYDOS, 2016, p. 123).

Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que é um documento considerado como marco na história dos direitos humanos, elaborada por representantes de diferentes origens jurídicas e culturais de todas as regiões do mundo, reconheceu a categoria de infância como sendo sujeito também de direitos, que precisa ser protegida. No segundo item dessa Declaração, no artigo 25, garante que “[...] a maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social” (ONU, 1948).

Logo em seguida foi adotada, pela Assembleia das Nações Unidas, de 20 de novembro de 1959 e ratificada pelo Brasil, através da Constituição Federal, a Declaração Universal dos Direitos das Crianças pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, que possui 10 princípios, considerando a importância da proteção à criança e à sua infância, conforme reforça o primeiro princípio:

A criança gozará todos os direitos enunciados nesta Declaração. Todas as crianças, absolutamente sem qualquer exceção, serão credoras destes direitos, sem distinção ou discriminação por

motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição, quer sua ou de sua família. (UNICEF, 1959).

A partir de 1988, a então nova Constituição Federal – carta legal magna do Brasil e vigente até os dias de hoje, em seu artigo 227, garantiu os direitos da criança e a coloca na condição de prioridade absoluta. Assim, de acordo com a Constituição, todas as crianças têm os seus direitos garantidos pelos órgãos públicos, seja na área da saúde, na área social, na área da educação, entre outras áreas anteriormente não materializados em lei (BRASIL, 1988).

Logo após, em 1990, foi instituído um muito significativo marco legal e regulatório dos direitos humanos de crianças e dos adolescentes no Brasil – o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Nele se reforça a ideia de “prioridade absoluta” citada na Constituição Federal. Em relação aos itens saúde e educação presentes no ECA (1990), destacamos:

Art. 7 A criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (Redação dada pela Lei nº 11.185, de 7/10/2005).

Art. 53. A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes:

I - igualdade de condições para o acesso e a permanência na escola;

(...)

Art. 57. O poder público estimulará pesquisas, experiências e novas propostas relativas a calendário, seriação, currículo, metodologia, didática e avaliação, com vistas à inserção de crianças e adolescentes excluídos do ensino fundamental obrigatório.

Não existia ainda, nessa época, nenhum aparato legal que norteasse a sociedade para o atendimento dos direitos das crianças e dos adolescentes, por exemplo, em hospitais, embora esse tipo de atendimento já existisse, conforme foi visto, desde 1950.

Somente no ano de 1995 foi implantado um programa de atendimento pedagógico em ambiente hospitalar para garantir à criança e ao adolescente vínculo escolar durante a sua permanência no hospital. A Resolução nº 41/1995, do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado, elaborada em 20 itens, vai elencada abaixo com alguns considerados como principais:

1. Direito e proteção à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.

[...]

9. Direito a desfrutar de qualquer forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar, durante sua permanência escolar.

[...]

19. Direitos a ter seus direitos Constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente. (BRASIL, 1995).

Mediante a Resolução CONANDA nº 41, de 13 de outubro de 1995, o atendimento educacional em ambiente hospitalar foi inserido na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Lei Federal nº 9.394/1996) como educação especial, sendo uma modalidade de ensino, como parte de educação inclusiva. Essa lei materializou o direito das crianças e dos adolescentes hospitalizados ao estudo em classes hospitalares.

O artigo 58 da LDB, no 2º parágrafo, pontua que: “[...] o atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular” (LDB, 1996).

O Ministério da Educação, juntamente com a Secretaria de Educação Especial, instituiu, em 2001, as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, sendo a Educação Especial tida como:

Art. 3º [...] modalidade da educação escolar, entende-se um processo educacional definido por uma proposta pedagógica que assegure recursos e serviços educacionais especiais, organizados institucionalmente para apoiar, complementar, suplementar e, em alguns casos, substituir os serviços educacionais comuns, de modo a garantir a educação escolar e promover o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentam necessidades educacionais especiais, em todas as etapas e modalidades da educação básica. (BRASIL, 2001a, p. 1).

Em relação ao atendimento educacional no ambiente hospitalar, as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica pontuam que a organização entre os sistemas de ensino deve acontecer:

Art. 13º [...] mediante ação integrada com os sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional especializado a alunos impossibilitados de freqüentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio. (BRASIL, 2001a, p. 4).

Em 2002 foram publicadas, pelos mesmos órgãos da Educação, algumas diretrizes, agora mais específicas, sobre o Atendimento Pedagógico Hospitalar e Domiciliar, documento intitulado: "Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: estratégias e orientações". Esse documento pretendeu proporcionar melhores condições de desenvolver a prática pedagógica, na perspectiva da educação inclusiva, atendendo à diversidade de seus alunos nos diferentes espaços:

Na impossibilidade de frequência à escola, durante o período sob tratamento de saúde ou de assistência psicossocial, as pessoas necessitam de formas alternativas de organização e oferta de ensino de modo a cumprir com os direitos à educação e à saúde, tal como definidos na Lei e demandados pelo direito à vida em sociedade. (BRASIL, 2002, p. 11).

Em 24 de setembro de 2018 ocorreu a alteração da LDB de 1996 para assegurar atendimento educacional ao aluno da educação básica que esteja na condição de tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado. Essa alteração foi promovida pela Lei Federal nº 13.716:

Art. 4º - A. É assegurado atendimento educacional, durante o período de internação, ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado, conforme dispuser o Poder Público em regulamento, na esfera de sua competência federativa. (BRASIL, 2018, p. 1).

Toda essa legislação criada visa proteger a infância e a juventude. Trata-se de documentos legais para promover a materialização dos direitos da infância e da adolescência na sociedade, principalmente o direito à educação mesmo quando essas crianças ou esses adolescentes estejam impossibilitados de frequentar a escola regularmente. Então, atualmente, se ainda há negligências

nessa área, trata-se certamente da falta de acesso a essas leis pelos familiares e até pelos dirigentes das escolas.

2.3.1 Funcionamento do Atendimento Educacional em Ambiente Hospitalar

É assegurado, por lei, o atendimento educacional em ambiente hospitalar, durante o período de internação, ao aluno da educação básica hospitalizado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado (BRASIL, 2018). Esse atendimento acontece nas Classes Hospitalares, realizado por diversos profissionais da educação.

O atendimento educacional no ambiente hospitalar mantém um papel importante de vínculo com a escola de origem da criança ou do adolescente, pois auxilia nas questões pedagógicas e no processo de (re)inserção escolar quando da alta médica. A importância, contudo, não está somente na contribuição pedagógica, senão que é capaz também de trazer benefícios terapêuticos, auxiliando no processo de recuperação, fornecendo à criança e aos familiares informações sobre a doença/saúde e sobre o tratamento, tudo inserido num programa de humanização inclusiva.

O Ministério da Educação, juntamente com a Secretaria de Educação Especial, pensando na impossibilidade de uma criança ou de um adolescente hospitalizado frequentar uma escola regular, criaram, em 2001, as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (BRASIL, 2001), documento em que se destacou o atendimento educacional em ambiente hospitalar como aquele serviço destinado a:

[...] prover, mediante serviço especializado, a educação escolar a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar ou atendimento ambulatorial. (BRASIL, 2001, p. 51).

Em 2002, os mesmos órgãos da Educação que criaram as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (BRASIL, 2001) publicaram as Diretrizes sobre o Atendimento Pedagógico Hospitalar e Domiciliar, documento intitulado: "Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: estratégias e orientações" (BRASIL, 2002).

Esse documento pretende proporcionar melhores condições para desenvolver a prática pedagógica, na perspectiva da educação inclusiva, atendendo à diversidade de seus alunos nos diferentes espaços (BRASIL, 2002).

Segundo essas diretrizes, o atendimento pedagógico inclusivo ocorre em dois espaços, quais seja, na Classe Hospitalar e no domicílio do aluno, que está impossibilitado de frequentar a sala de aula. O documento caracteriza esse atendimento da seguinte forma:

Classe Hospitalar – o atendimento pedagógico-educacional, que ocorre em ambientes de tratamento de saúde, seja na circunstância de internação, como tradicionalmente conhecida, seja na circunstância do atendimento em hospital-dia e hospital-semana ou em serviços de atenção integral à saúde mental. Atendimento pedagógico domiciliar é o atendimento educacional que ocorre em ambiente domiciliar, decorrente de problema de saúde que impossibilite o educando de frequentar a escola ou esteja ele em casas de passagem, casas de apoio, casas-lar e/ou outras estruturas de apoio da sociedade. (BRASIL, 2002, p. 13).

O atendimento educacional em ambiente hospitalar não caminha de forma isolada, pois está vinculado às Secretarias de Estado de Educação e a elas compete “[...] atender à solicitação dos hospitais para o serviço de atendimento pedagógico hospitalar e domiciliar, a contratação e capacitação dos professores, a provisão de recursos financeiros e materiais para os referidos atendimentos” (BRASIL, 2002, p. 15).

As propostas educativas-escolares realizadas nesses ambientes de atendimento educacional no hospital se apoiam em atividades:

[...] as quais se diferenciam das propostas de atividades lúdicas e de recreação que possam existir na instituição hospitalar. Mesmo que o lúdico seja uma estratégia do aprendizado no ambiente hospitalar, a intervenção pedagógico-educacional é mais específica, por ser individualizada, estar embasada numa regularidade e ter responsabilidade com o aprendizado formal da criança. Ou seja, é uma atividade inclusiva dos pais e das escolas de origem da criança, pois o fato de a criança frequentar a escola do hospital durante a hospitalização, além de servir à manutenção das aprendizagens escolares, é um incentivo ao retorno e à reintegração na escola de origem, após a alta hospitalar. (ZOMBINI et al., 2012, p. 75 apud FONSECA, 1999).

A atuação dos profissionais da educação no ambiente hospitalar vem crescendo, buscando inserir a criança hospitalizada novamente em seu meio social:

[...] além do benefício terapêutico, é evidente a importância da continuidade da escolarização no ambiente hospitalar, sem prejuízos maiores à formação escolar proposta, respeitando o indivíduo como cidadão em seu direito à educação, mesmo frente à diversidade (MENEZES, 2004. p. 28).

O atendimento educacional no ambiente hospitalar funciona como um vínculo importante com as escolas de origem, de modo que a permanência das crianças nos hospitais não significa um desligamento da escolarização, pois os atendimentos pedagógicos realizados nos hospitais existem para garantir o direito à continuidade da escolarização (ZOMBINI et al., 2012.). Esses autores afirmam que, mesmo a escolarização não sendo realizada em instituições escolares, é necessário proporcionar ao enfermo o contato com o saber, a continuidade da escolarização e das relações interpessoais.

As crianças, bem como os adolescentes, quando privados de seu grupo social, são impedidos de ter acesso ao conhecimento e de construir sua própria identidade. Segundo Vygotsky (apud COELHO; PISSIONE, 2012, p. 146), a interação interpessoal se faz necessária, pois “[...] o desenvolvimento do psiquismo humano é sempre mediado pelo outro que indica, delimita e atribui significados à realidade [...]”, sendo assim importante para a aprendizagem e o desenvolvimento humano.

A educação não é um elemento exclusivo da escola, ou seja, o processo de ensino-aprendizagem está presente em todos os espaços, inclusive nos ambientes não escolares. Com isso, o hospital, além de proporcionar o atendimento à assistência médica, passa a se configurar também como um espaço de educação (ALVES et al., 2010).

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

Segundo a última atualização realizada por Fonseca (2015), sobre as classes hospitalares existentes no Brasil, são 155 classes hospitalares distribuídas por 19 estados e no Distrito Federal, conforme a listagem apresentada: Região Norte – 10 hospitais com escolas; Região Nordeste – 26 hospitais com escolas; Região Centro-Oeste – 26 hospitais com escolas; Região Sudeste – 64 hospitais com escolas; e Região Sul – 29 hospitais com escolas. São Amazonas, Rondônia, Amapá, Piauí, Paraíba e Alagoas os estados brasileiros em que, segundo esse levantamento, não há informação sobre a existência de hospitais com classe hospitalar para crianças e/ou adolescentes hospitalizados.

A história do atendimento educacional hospitalar no estado de Mato Grosso do Sul iniciou-se na capital, no Hospital Universitário, em 1994. Logo em seguida, já em 1996, a atividade também foi iniciada na Santa Casa de Campo Grande. No ano seguinte, em 1997, foi implantada na Ala dos Queimados e, em 2002, nos demais setores dessa instituição. Esse trabalho foi iniciado no estado devido a um projeto elaborado e feito aprovar pelo “Núcleo de Educação Especial”.

Em 1999, o atendimento educacional em ambiente hospitalar foi autorizado na AACC/MS. Depois, em 2001, foram criadas as classes hospitalares no Hospital Regional e no Hospital São Julião, embora neste último tenha sido desativado esse tipo de atendimento em 2014. No município de Dourados, o atendimento é realizado, desde 2004, no Hospital Evangélico (GRANEMANN, 2015).

As crianças ou os adolescentes que se encontram hospitalizados, portanto impossibilitados de frequentar a escola, atualmente são atendidos, no Mato Grosso do Sul, por cinco hospitais. Esses atendimentos possibilitam a continuidade do processo escolar, minimizando os prejuízos acadêmicos aos esses alunos voltarem às salas de aula regulares de origem (GRANEMANN, 2015).

No Mato Grosso do Sul, segundo a última atualização realizada Centro Estadual de Educação Especial e Inclusiva em 2018 os cinco hospitais que realizam atendimento educacional em ambiente hospitalar são: Associação Beneficente Santa Casa da Cidade de Campo Grande, Hospital Universitário de Campo Grande, Hospital Regional de Mato Grosso do Sul "Rosa Pedrossian", Associação dos Amigos da Criança com Câncer – AACC e Hospital Universitário de Dourados, que atendem, em média, 800 alunos/mês.

As solicitações desses atendimentos são realizadas pelos professores dos hospitais às Secretarias de Educação e elas direcionam os professores para o atendimento nas classes hospitalares. Para esse atendimento: são exigências mínimas do MEC nos hospitais: uma sala para desenvolvimento das atividades pedagógicas com mobiliário adequado, uma bancada com pia, instalações sanitárias próprias e adaptadas – altamente recomendadas – e espaço ao ar livre adequado para atividades físicas e ludo-pedagógicas. Além disso é exigido um espaço próprio para o atendimento educacional no ambiente hospitalar, mas o atendimento poderá ser realizado também na enfermaria, no leito ou no quarto de isolamento, conforme as recomendações médicas de menor ou maior isolamento (BRASIL, 2002).

As atividades educativas, durante a internação hospitalar, reduzem a ansiedade inerente à hospitalização, minimizando a dor, o medo e a desconfiança, além de darem oportunidade à criança de atualizar as suas necessidades cognitivas e desvincular-se, mesmo que momentaneamente, das restrições que o tratamento hospitalar impõe. Essas atividades fazem as crianças se sentirem menos doentes e amenizam a sensação de perda temporária da vida cotidiana, minimizando os traumas que a própria doença impõe (ZOMBINI et al., 2012).

Foi visto, na bibliografia levantada, que a permanência da criança no hospital não deve representar o rompimento de seu vínculo com a escola e a perda do direito à escolarização. As classes hospitalares garantem às crianças e aos adolescentes hospitalizados a oportunidade de continuarem a vivenciar as experiências pedagógicas. Além de proporcionar o contato com o saber, o atendimento implica a continuidade das relações interpessoais, o que envolve a equipe multidisciplinar e pode envolver outras crianças em similar condição.

É importante que o hospital, os profissionais de saúde, professores e família entendam que a criança hospitalizada tem direito de continuidade da escolaridade mesmo durante a hospitalização, para que possam garantir o acesso da criança hospitalizada aos processos de desenvolvimento e de aprendizagem contribuindo para que, após a alta, ela não apresente defasagem de aprendizagem ao retomar às atividades escolares na escola de origem (FONSECA, 2015).

2.3.2 Aprendizagem no contexto hospitalar: uma educação inclusiva e humanizada

A Pedagogia Hospitalar é uma proposta da Pedagogia Tradicional³, porém ela acontece no ambiente hospitalar. Essa proposta busca construir conhecimentos e contribuir com o bem-estar da criança ou do adolescente que se encontra hospitalizado, impossibilitado de frequentar a escola (FONTES, 2008). Este atendimento é significativo quando proporciona o desenvolvimento do aluno-paciente, reconhecendo-o como um sujeito único e com potencialidades (FONTES, 2008).

A escola no hospital se torna necessária para o desenvolvimento e para o aprendizado desse paciente-aluno, conforme afirma Ceccim (1997): “[...] a aprendizagem de crianças doentes dentro do hospital é possível, pois estão doentes, mas em tudo continuam crescendo” (CECCIM, 1997, p. 80), sendo possível a sua realização mesmo nas condições de hospitalizado.

Darela (2007) afirma que aqueles que estão no hospital se encontram em condições de aprender e de se desenvolver:

Estar doente não significa, necessariamente, estar impossibilitado de aprender, mesmo diante de todos os limites que o hospital impõe. Limites que dizem respeito aos aparelhos em que os pacientes estão presos, ou até mesmo nos impedimentos em razão de contatos físicos. (DARELA, 2007, p. 21).

Mesmo com algumas restrições, é possível realizar um trabalho pedagógico dentro dos hospitais. Esse atendimento é realizado com referência ao currículo escolar, tendo como base os conteúdos da escola de origem em que o aluno está matriculado (BARROS, 2007).

Assim, os professores do atendimento educacional no ambiente hospitalar devem buscar contato com a escola do aluno para que seja dada continuidade às atividades dentro do hospital. Se não for possível contatar a escola, serão utilizados materiais didáticos disponibilizados pelo próprio serviço. Os professores do hospital devem priorizar ao aluno o aprendizado dos conteúdos da série em que ele se encontra matriculado (BARROS, 2007).

³ Pedagogia Tradicional: “[...] as ideias e conhecimentos são mais importantes na educação e o objetivo do aluno é de receber essas novas ideias e conhecimentos, feito uma página em branco, não desenvolvendo o crescimento pleno das pessoas e sua participação ativa no processo de mudanças e evolução” (KRUSCHEWSKY, 2016, p. 163).

Os professores do hospital devem também garantir uma assessoria pedagógica e humanizar o espaço do atendimento educacional no ambiente hospitalar, garantindo um bem-estar ao paciente e aos familiares envolvidos na sua recuperação, além de desenvolver o conhecimento curricular ensinado no espaço escolar (ALVES, 2010). Sobre esse aspecto Wolf destaca:

A Pedagogia Hospitalar também busca oferecer assessoria e atendimento emocional e humanístico tanto para o paciente (criança / jovem) como para o familiar (pai / mãe) que muitas vezes apresentam problemas de ordem psíquico-afetiva que podem prejudicar na adaptação no espaço hospitalar, mas de forma bem diferente do psicólogo. (WOLF, 2007, p. 2).

Em relação ao atendimento didático-pedagógico que acontece no hospital, devem ser utilizados métodos diferenciados, flexíveis e sempre vigilantes ao que pode ser realizado, de acordo com o quadro clínico do aluno (DANTAS et al., 2015).

Segundo Ceccim (1999), o atendimento pedagógico-educacional deve apoiar-se em:

[...] propostas educativo-escolares, e não em propostas de educação lúdica, educação recreativa ou de ensino para a saúde, nesse sentido diferenciando-se das salas de Recreação, das Brinquedotecas e dos Movimentos de humanização Hospitalar pela Alegria ou dos Projetos Brincar é Saúde, facilmente encontrados na atualidade, mesmo que o lúdico seja estratégico à pedagogia no ambiente hospitalar. Esse embasamento em uma proposta educativo-escolar não torna a classe hospitalar uma escola formal, mas implica que possua uma regularidade e uma responsabilidade com as aprendizagens formais da criança, um atendimento obrigatoriamente inclusivo dos pais e das escolas de origem de cada criança, a formulação de um diagnóstico para o atendimento e a formulação de um prognóstico à alta, com recomendações para a casa e a escola ao final de cada internação. (CECCIM, 1999, p. 43).

Entenda-se, porém, que os atendimentos realizados nas brinquedotecas hospitalares são muitos importantes, pois, com essas práticas,

[...] ao mesmo tempo em que a criança brinca, ela se socializa com o outro. Brincando elas exercem diversos papéis e, ao mesmo tempo em que se divertem, aprendem a assumir responsabilidades e a respeitar o direito dos outros. (NOFFS; CARNEIRO, 2010, p. 7).

Já o trabalho pedagógico educacional realizado no ambiente hospitalar tem como foco o fortalecimento do desenvolvimento e da aprendizagem do aluno que se encontra hospitalizado, contribuindo, assim, para a sua reintegração à escola após a alta médica, além de colaborar com o seu sucesso nas aprendizagens futuras (CECCIM, 1999).

Para Noffs e Carneiro (2010, p. 6), as brinquedotecas hospitalares também são espaços de socialização, de novas aprendizagens e de reconhecimento dos direitos das crianças ao brincar:

É um espaço de interação entre as crianças e adolescentes, onde educadores proporcionam momentos de lazer, socialização, de resgate da autoestima, de alegria e da vontade de viver. As brinquedotecas promovem: a descoberta de diferentes atividades e brincadeiras com brinquedos diversos. A partilha de brinquedos desenvolve aprendizagem, socialização, cooperação e responsabilidade sobre o brinquedo. As brinquedotecas são caracterizadas como espaço de construção da cidadania na conservação do espaço como todo.

Existem, portanto, diferenças entre brinquedotecas hospitalares e escolas nos hospitais. São instâncias de atendimento consideradas, pelas autoras, como espaços distintos e complementares:

No que se refere às brinquedotecas, elas promovem as interações entre as crianças e os adolescentes, possibilitam momentos de lazer, socialização com parceiros de idades variadas, resgate da auto-estima, da alegria e da vontade de viver. Como atividade terapêutica, também possibilita mostrar às crianças, aos adolescentes, seus pais, funcionários e ao corpo médico, descobrirem a importância da ludicidade no ambiente hospitalar. Quanto as aprendizagens geradas, promovem: a realização e descoberta de diferentes atividades e brincadeiras, relacionamento das crianças com brinquedos diversos (dos mais artesanais até os industrializados), partilha de brinquedos, troca de conhecimentos, desenvolvimento de hábitos de cooperação e responsabilidade sobre os brinquedos. As escolas nos hospitais, quando utilizam dos brinquedos em suas atividades, também apresentam todas essas características. Todavia, seus objetivos são um pouco diferentes. O trabalho das escolas é de dar continuidade a escolarização das crianças e adolescentes hospitalizados para que não perdem o ano letivo e terem assegurado o seu direito à educação (PAULA et al., 2007, p. 3059).

A mediação que é realizada dentro do hospital entre professor e aluno durante o trabalho pedagógico-educacional torna-se essencial para o sujeito hospitalizado. Segundo Vygotsky:

[...] o desenvolvimento do sujeito humano se dá a partir das constantes interações com o meio social em que vive, já que as formas psicológicas mais sofisticadas emergem da vida social. Assim, o desenvolvimento do psiquismo humano é sempre mediado pelo outro (outras pessoas do grupo cultural), que indica, delimita e atribui significados à realidade. (apud REGO, 1995, p. 61).

Como se observa, o ensinar é um ato que envolve interação e compartilhamento mútuo entre professor-aluno e aluno-professor e até mesmo aluno-aluno. Dessa forma, o diálogo se faz muito importante nas trocas de experiências e na afetividade que tem de se fazer presente nessas ações. A proposta pedagógica do professor hospitalar deve sempre ter um intencionalidade. Essa intencionalidade, segundo Veiga (2014), corresponde a:

Um processo intencional, sistemático e flexível, que visa à obtenção de determinados resultados (conhecimentos, habilidades, atitudes etc.). A intencionalidade educativa está presente no processo de ensino e é indicativa das concepções de quem a propõe. Os professores devem ter clareza dos objetivos que pretendem atingir com seu trabalho. (VEIGA, 2014, p. 21).

A utilização do diálogo no atendimento educacional no ambiente hospitalar é uma das ferramentas da humanização nas práticas de saúde extremamente importante, pois é capaz de promover a aproximação e a confiança no restabelecimento da saúde daquele que se encontra hospitalizado e dá a oportunidade de:

[...]expressar necessidades e emoções que se manifestam diante do sofrimento. A forma como a criança compreende, aceita e colabora na recuperação da sua saúde depende muito da maneira como ela consegue lidar com os seus sentimentos em relação à hospitalização (ZOMBINI et al., 2012, p. 75).

O diálogo, por sua natureza, é uma ferramenta da humanização nas práticas de saúde extremamente importante: promove a aproximação e a confiança no restabelecimento da saúde, bem como dá a oportunidade de expressar as necessidades e as emoções que se manifestam no sofrimento humano.

A forma como a criança compreende, aceita e colabora na recuperação da sua saúde, isso depende muito da maneira como ela consegue lidar com os seus sentimentos em relação à hospitalização. Assim, o atendimento educacional no ambiente hospitalar é um espaço permissível à liberação e ao compartilhamento de sentimentos, fazendo a criança hospitalizada sentir-se acolhida e

compreendida, promovendo, assim, um ajustamento emocional que favorece a adaptação ao meio hospitalar (ZOMBINI et al., 2012).

Então humanização consiste em criar formas para que a criança tenha condições de desafiar a própria doença, dando continuidade aos trabalhos escolares. Assim, a prática docente deve ser embasada nas relações afetivas, mantendo na criança hospitalizada a esperança e a força na luta contra a doença.

Decorre então que o trabalho do pedagogo hospitalar vai além da brinquedoteca, pois se almeja um trabalho completo, inovador e instigante, envolvendo a sua melhor forma de atendimento. Deve articular-se com a equipe de saúde do hospital, com a Secretaria de Educação e com a escola de origem do educando, colaborando, assim, na atenção ao restabelecimento da saúde e garantindo, por meio do cumprimento da grade curricular, a continuidade do aprendizado e a aprovação da criança para o próximo ano escolar (ALVES et al., 2010).

2.3.3 Papel do professor hospitalar

A prática pedagógica hospitalar é pontuada por Fonseca (2003) como continuidade aos estudos das crianças hospitalizadas, de forma a contribuir com a aprendizagem, minimizando as dificuldades e proporcionando a aquisição de novos conteúdos. É importante o desenvolvimento de programas lúdicos voltados à infância, programas sociointerativos, vinculados aos sistemas educacionais na modalidade de atenção integral à criança hospitalizada.

O atendimento educacional no ambiente hospitalar oferece à criança a vivência escolar, porém em outro ambiente. O professor é a ponte mais importante para ajudar a criança hospitalizada no processo de aprendizagem junto aos seus pais e junto à escola. Neste caso, precisa existir um planejamento estruturado e flexível. O atendimento educacional no ambiente hospitalar deve ser acolhedor, deve ser um espaço pedagógico alegre e aconchegante, fazendo com que a criança ou o adolescente se desvincule temporariamente das restrições que o hospital lhes impõe. O comprometimento da saúde não impede o desenvolvimento e a aprendizagem do indivíduo. Nesse assunto inclusive se faz necessário desmistificar a ideia de que saúde é a ausência de doença, sendo que

saúde vai muito além, sendo um conjunto de práticas envolvidas que proporcionam uma melhor qualidade de vida (ORTIZ; FREITAS, 2001).

Segundo Ceccim (1999), o acompanhamento pedagógico hospitalar favorece uma construção subjetiva da criança em desenvolvimento diante dos laços de aprendizagem ali presentes (relações com os colegas e relações de aprendizagem mediadas pelo professor), além de contribuir para a (re)inserção na escola após a alta.

Ceccim (1999) realiza algumas críticas ao trabalho lúdico dentro do hospital. Pontua que o trabalho pedagógico realizado dentro do hospital deve apoiar-se no atendimento pedagógico educacional, com propostas escolares e não em propostas de educação lúdica, recreativa ou de ensino para a saúde, como são encontrados com facilidade trabalhos nas salas de recreação, nas brinquedotecas e nos movimentos de humanização hospitalar, no entanto, as recreações lúdicas são muito importantes, pois possibilita momentos de socialização, brincadeiras, que anemizam o ambiente “frio” hospitalar.

Temos enfrentado, muitas vezes, salas de recreação e brinquedotecas hospitalares cheias de voluntários, de professores que passam o tempo todo desenhando, pintando atividades de datas comemorativas, sem ao menos discutir conteúdos curriculares das escolas regulares. Por essa razão, esse trabalho diferenciado dentro das classes hospitalares deve ser desenvolvido em conjunto com as unidades escolares, com os sistemas de educação, sejam federais, estaduais ou municipais, e com as direções dos estabelecimentos e dos serviços de saúde em que a criança esteja hospitalizado ou a que esteja vinculada (BRASIL, 2002).

A literatura específica sobre o atendimento pedagógico-educacional hospitalar não é vasta, mas aponta que o papel fundamental do professor hospitalar é atuar no desenvolvimento, na aprendizagem e no resgate da saúde daquela criança hospitalizada. Não se deve apenas ocupar criativamente o tempo dela somente para que ela possa expressar e elaborar os seus sentimentos trazidos pelo adoecimento e pela hospitalização. Então, não se trata de apenas abrir espaços lúdicos com ênfase no lazer pedagógico para que a criança esqueça por alguns momentos que está doente ou em um hospital (CECCIM, 1999).

O professor deve atentar-se para o fato de que está alocado no ambiente hospitalar não somente para operar com os processos afetivos relacionados à doença da criança, mas para promover-lhe a aprendizagem cognitiva constante do currículo para o respectivo o ano escolar. O contato com o professor e com uma escola no hospital (atendimento educacional no ambiente hospitalar) funciona de modo importante, como uma oportunidade de ligação com os padrões da vida cotidiana do comum das crianças, como ligação com a vida em casa e na escola. A educação no hospital integraliza o atendimento pediátrico pelo reconhecimento e pelo respeito às necessidades intelectuais e sociointerativas que tornam peculiar o desenvolvimento da criança (CECCIM, 1999).

A expressão “escuta pedagógica atenta e sensível” deve, segundo Ceccim (1999a), ser praticada pelo educador hospitalar e esse certamente é um procedimento diferenciado da simples audição. A mera audição se refere aos órgãos do sentido, captação de sons, enquanto que a mencionada "escuta" se refere à captação das sensações do outro, realizando a integração ouvir-ver-sentir. Refere-se a uma sensibilidade aos processos psíquicos e cognitivos expressados pelo outro. Nesse sentido, o termo “escuta pedagógica” sugere que a prática dos professores que atuam nas classes hospitalares deve estar baseada numa atenção integral à vida, assim operando com os processos afetivos, de diálogo e de escuta, e não somente em atividades escolares ou lúdicas.

Além da prática da escuta pedagógica, as contribuições de Wallon (1968) nos mostram que a afetividade no processo de ensino-aprendizagem é um recurso fundamental do professor. A sua compreensão do papel da afetividade nesse processo é considerada um elemento importante para a sua eficácia. O aluno precisa sentir vontade de aprender e o professor é quem pode despertar essa vontade no aluno. A afetividade na educação constitui um importante campo de conhecimento que deve ser explorado pelos educadores, uma vez que, por meio dela, se compreende a razão do comportamento humano, pois a afetividade é uma grande aliada da aprendizagem.

A afetividade se faz presente nas relações interpessoais. Bock (1999) nos traz alguns conceitos sobre essas relações:

A aprendizagem sempre inclui relações entre as pessoas. A relação do indivíduo com o mundo está sempre medida pelo outro. Não há como aprender e aprender o mundo se não tivermos o outro, aquele que nos fornece os significados que permitem pensar no mundo a nossa vida. Veja bem, Vygotsky defende a ideia de que não há um desenvolvimento pronto e previsão dentro de nós que vai se atualizando conforme o tempo passa ou recebemos influência externa. (BOCK, 1999, p. 124).

Dessa forma, é extremamente importante acontecer uma troca de conhecimentos entre professor e aluno – a aprendizagem sendo considerada um processo que se dá de fora para dentro. A afetividade é um estado psicológico do ser humano que pode ou não ser modificada a partir de situações. Tal estado é de grande influência no comportamento e no aprendizado das pessoas juntamente com o desenvolvimento cognitivo. Faz-se presente em sentimentos, em desejos, em interesses, em tendências, em valores e em emoções, ou seja, em todas as esferas de nossa vida (BOCK, 1999).

Wallon (1968, p. 68) traz a “[...] dimensão afetiva como ponto extremamente importante em sua teoria psicogenética, apresenta a distinção entre afetividade e emoção”. Diretamente ligada à emoção, a afetividade consegue determinar o modo como as pessoas visualizam o mundo e também a forma como se manifestam dentro dele. Todos os fatos e acontecimentos que ocorreram na vida de uma pessoa trazem recordações e experiências por toda a sua história. Dessa forma, a presença de afeto determina a forma como o indivíduo se desenvolverá (WALLON, 1968).

2.4 APRENDIZAGEM NO CONTEXTO ESCOLAR, SEGUNDO VYGOTSKY: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICO-CULTURAL

Foi escolhida, como referencial teórico para este estudo, a teoria histórico-cultural, devido à sua grande importância sobre a interação humana, aspectos envolvendo a afetividade e relevância no vínculo entre professor e aluno.

A teoria de Lev Semenovitch Vygotsky⁴ é considerada de grande importância no pensamento pedagógico brasileiro, e traz contribuições

⁴ O nome "Vygotsky" é encontrado, na bibliografia existente, grafado de várias formas, devido às várias traduções existentes das suas obras: Vigotski, Vygotsky, Vigotskii, Vigotskji, Vygotski, Vigotsky. Optamos por empregar a grafia Vygotski, mas preservamos, nas indicações bibliográficas, a grafia adotada em cada uma delas.

significativas para a compreensão do desenvolvimento humano, pois ensinar é um ato de interação que envolve compartilhamento mútuo entre o professor e o aluno.

Lev Vygotsky (1896 -1934) nasceu na Bielo-Rússia. Faleceu aos 38 anos, vítima de tuberculose. Era de uma família judia. Formou-se em Direito pela Universidade de Moscou. Durante a sua formação participava também dos cursos de História e de Filosofia. Baseando-se na formação profissional de professores da escola local pública, dedicou-se ao estudo dos distúrbios de aprendizagem e de linguagem, bem como das diversas formas de deficiências congênitas e adquiridas (COELHO; PISIONE, 2012).

Graduou-se em Medicina, fundou o Laboratório de Psicologia da Escola de Professores de Gomel e, logo após, integrou o Instituto de Psicologia de Moscou, isso devido à boa reputação da sua atuação. Apesar do pouco tempo que se dedicou a ciência, deixou uma grande herança teórica, que foi silenciada por quase meio século. Esse silêncio se deu por ele ser considerado um revolucionista (COELHO; PISIONE, 2012).

Vygotsky iniciou a sua teoria no final da Revolução Russa, época em que o país se tornou socialista, sendo influenciado pelos pensamentos marxistas (COELHO; PISIONE, 2012). Na sua explicação da aquisição da aprendizagem e sobre o desenvolvimento humano, defende que:

[...] as forças sociais, culturais e históricas desempenham um papel no desenvolvimento. [...] Vygotsky debateu a maneira pela qual as implicações psicológicas de fatores sociais, culturais e históricos poderiam ser teorizadas, e iniciou o desenvolvimento de metodologias apropriadas para criar formas apropriadas de investigação e intervenção. (DANIELS, 2003, p. 17).

Dessa forma, a sua teoria é conhecida como "teoria histórico-cultural", em que as características humanas “[...] são resultados das relações homem e sociedade, pois quando o homem transforma o meio na busca de atender suas necessidades básicas, ele transforma-se a si mesmo” (COELHO; PISIONE, 2012, p. 146).

Sua teoria possui quatro teses. Na primeira, Vygotsky ressalta que:

A criança nasce apenas com as funções psicológicas elementares e a partir do aprendizado da cultura, estas funções transformam-se em funções psicológicas superiores, sendo estas o controle consciente do comportamento, a ação intencional e a liberdade do indivíduo em relação às características do momento e do espaço presente. O desenvolvimento do psiquismo humano é sempre mediado pelo outro que indica, delimita e atribui significados à realidade. Dessa forma membros imaturos da espécie humana vão aos poucos se apropriando dos modos de funcionamento psicológicos, comportamento e cultura. (COELHO; PISIONE, 2012, p. 146).

Na segunda tese, Vygotsky defende a ideia da “[...] origem cultural das funções psíquicas que se originam nas relações do indivíduo e seu contexto social e cultural” (COELHO; PISIONE, 2012, p. 147). Levando em consideração essa tese, a cultura faz parte da construção dos sujeitos, assim como a história e as relações sociais (COELHO; PISIONE, 2012).

Na terceira tese, afirma que na:

[...] base biológica do funcionamento psicológico, o cérebro é o órgão principal da atividade mental, sendo entendido como um sistema aberto, cuja estrutura e funcionamento são moldados ao longo da história, podendo mudar sem que ajam transformações físicas no órgão (COELHO; PISIONE, 2012, p. 147).

Na quarta e última tese, Vygotsky faz referência ao conceito de "mediação", em que está presente:

[...] em toda a vida humana em que usamos técnicas e signos para fazermos mediação entre seres humanos e estes com o mundo. A linguagem é um signo mediador por excelência. Por isso Vygotsky lhe confere um papel de destaque no processo de pensamento. Sendo esta uma capacidade exclusiva da humanidade. Através da fala podemos organizar as atividades práticas e das funções psicológicas. (COELHO; PISIONE, 2012, p. 147).

Na compreensão do conceito de mediação, Daniels (2003) se refere ao teórico Vygotsky como um psicólogo social e faz discussões sobre a sua teoria. Daniels (2003) destacou algumas características importantes sobre a mediação:

O mais importante desses conceitos-chave é o da mediação, que abre o caminho para o desenvolvimento de uma explanação não determinista, em que os mediadores servem como meios pelos quais o indivíduo age sobre fatores sociais, culturais e históricos e sofre a ação deles. (DANIELS, 2003, p. 24).

Os mediadores são muito importantes na aprendizagem humana. Por exemplo: as crianças aprendem antes de chegarem até a escola, isso devido ao seu contato com o mundo através das diversas mediações que acontecem com os fatores sociais, culturais e históricos. O aprendizado escolar vai introduzindo elementos novos no seu aprendizado e desenvolvimento. E tudo isso é um processo que está em contínua evolução (COELHO; PISIONE, 2012).

De acordo com Coelho e Pisione (2012, p. 149):

A escola se torna importante a partir do momento que dentro dela o ensino é sistematizado sendo atividades diferenciadas das extraescolares e lá a criança aprende a ler, escrever, obtém domínio de cálculos, entre outras, assim expande seus conhecimentos. Também não é pelo simples fato da criança frequentar a escola que ela estará aprendendo, isso dependerá de todo o contexto, seja questão política, econômica ou métodos de ensino. [...] aulas onde o aluno fica ouvindo e memorizando conteúdos não basta para se dizer que o aprendizado ocorreu de fato, o aprendizado exige muito mais.

Como se observa, a escola, por oferecer conteúdo e desenvolver habilidades diversas nos seres humanos, tem um papel muito importante na realização plena do desenvolvimento dos indivíduos, “[...] já que promove um modo mais sofisticado de analisar e generalizar os elementos da realidade: o pensamento conceitual” (REGO, 1995, p. 104).

As atividades educativas escolares são diferentes daquelas realizadas no cotidiano não escolar, pois são sistematizadas com intencionalidade e com compromisso explícito (REGO, 1995). Significa que:

As atividades desenvolvidas e os conceitos apreendidos na escola (que Vygotsky chama de científicos) introduzem novos modos de operação intelectual: abstrações e generalizações mais amplas acerca da realidade (que, por sua vez, transformam os modos de utilização da linguagem). Como consequência, na medida em que a criança expande seus conhecimentos, modifica sua relação cognitiva com o mundo. (REGO, 1995, p. 104).

Assim, a escolarização desenvolve um papel importante na constituição dos sujeitos, pois vivem em uma sociedade letrada. O não acesso ao conhecimento científico, a exclusão, o fracasso e o abandono escolar, por parte dos alunos, é um fator preocupante e considerado grave, pois são impedidos de obter conhecimento sistematizado, da construção de funções psicológicas mais

sofisticadas, de instrumentos de atuação e transformação de seu meio social e de condições para a construção de novos conhecimentos (REGO, 1995).

2.5 A (RE)INSERÇÃO ESCOLAR APÓS O ATENDIMENTO EDUCACIONAL EM AMBIENTE HOSPITALAR: SENTIDO E SIGNIFICADO PARA A CRIANÇA

As crianças – aqui sempre incluídos os adolescentes – que passaram um certo período hospitalizadas, precisam, de qualquer forma, após a alta médica, retornar às suas atividades acadêmicas na sua escola de origem (quando possível). Assim, algumas retornam para a sua sala de aula regular, da sua escola de origem, enquanto outras necessitam ainda de cuidados especiais, e recebem atendimento pedagógico domiciliar.

Em relação a esse assunto de retorno à escola após a alta médica, a escola assume um papel importante, que é o de reinserir esse aluno no universo escolar de uma forma menos traumática possível (ORTIZ; FREITAS, 2002). Existem alguns desafios no retorno escolar das crianças que estiveram hospitalizadas, pois algumas delas ainda podem estar apresentando condições especiais de saúde e demonstram respostas diferentes em relação à escola: algumas tem prazer de retornar e se dedicam com afinco às aulas novamente; outras ficam inseguras, tímidas, podendo desencadear alguns problemas de aprendizagem; e há ainda aquelas que, por motivo da própria doença, ficaram afastadas muito tempo dos conteúdos escolares (ORTIZ, FREITAS; 2002).

Camara (2011) aponta alguns desafios na volta à escola:

Além da autoimagem alterada, restrições alimentares e nas atividades físicas contribuem para prosperar a condição clínica de fragilidade da criança ou do adolescente, alterando a sua identidade na sociedade a que pertence e desencadeando preocupações e sofrimento sobre a sua aceitação no seu meio escolar (p. 56).

Outros desafios enfrentados pelas crianças na volta à escola estão relacionados à infraestrutura escolar, como dificuldades de acesso às dependências da escola e pouca informação na comunidade acadêmica (professores, coordenadores, diretores, funcionários e alunos) em relação a (re)inserção de crianças que estiveram hospitalizadas recentemente, desencadeando uma certa angústia e sofrimento nos alunos reingressos. É

fundamental que a instituição escolar como um todo saiba sobre as doenças dos alunos e como tratá-los no seu retorno (CAMARA, 2011).

Todos esses desafios precisam ser enfrentados e conquistados pelas crianças e incentivados por uma equipe multidisciplinar, pois é uma necessidade deles e direito de pertencer a um grupo social e escolar, e serem inseridas nesse grupo para fortalecimento da sua autoimagem, galgando o seu desenvolvimento humano (ORTIZ; FREITAS, 2002).

Alguns programas vêm sendo desenvolvidos nas escolas para facilitar a (re)inserção escolar de alunos que tiveram diversas enfermidades e esses programas têm o objetivo de auxiliar os alunos que sofrem de alguma limitação de saúde, a família e a comunidade escolar no retorno à rotina acadêmica (PAN, 2013).

Alguns hospitais brasileiros já possuem programas de (re)inserção escolar, principalmente para alunos com doenças crônicas, câncer e queimados, pois acabam passando longos períodos ausentes da escola para seu tratamento médico. Essas ações são realizadas por equipes multidisciplinares entre profissionais da saúde e da educação (GUIMARÃES, 2013). A aproximação da equipe de saúde com a equipe escolar promove maior acesso, por parte dos professores, devido às doenças e às formas de tratamento, permitindo a reabilitação e a obtenção do progresso escolar, fortalecendo o seu planejamento de ensino (ORTIZ; FREITAS, 2002).

Não se observou, na literatura, haver programas de (re)inserção escolar para crianças que passaram pouco tempo hospitalizadas, porém não deixa de ser importante um olhar e um direito dessa clientela nesses programas.

Para que a experiência de retorno ao ambiente escolar seja prazerosa, é necessário que haja uma significação positiva no seu retorno e estabelecimento de relações carinhosas que favoreçam a sua adaptação, preparo de técnicas educacionais adequadas e conhecimento por parte dos docentes quanto às informações de saúde e as sequelas de cada criança (ORTIZ; FREITAS, 2002).

Guimarães (2013) cita, em sua pesquisa, alguns dos programas de (re)inserção escolar que acontecem no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP – USP), programas dedicados a crianças que tiveram câncer.

O “Grupo de Apoio à Criança com Câncer – Ribeirão Preto” – GACC atua desde 1987 auxiliando na (re)inserção escolar das crianças com câncer. O GACC – mantenedor do Centro de Tratamento Infante Juvenil "Fabiana Macedo de Moraes", localizado em São José dos Campos/SP, também realiza, desde 1996, ações de assistência à criança com câncer e, dentre elas, o Projeto GACC, que vai à escola. O Centro Infantil de Investigações Hematológicas "Dr. Domingos A. Boldrini", em Campinas, também realiza o trabalho de orientação na escola quando o paciente recebe a alta.

Esses programas acontecem nas escolas através de orientações realizadas por meio de cartilhas/manuais, livros, filmes, para que a comunidade escolar tenha acesso a determinadas informações antes de entrar em contato direto com os alunos que serão reinseridos, principalmente alunos que tiveram câncer (GUIMARÃES, 2013).

Apesar da existência de alguns programas de orientação de professores para o retorno escolar do aluno com câncer, observa-se que muitos pais permitem que o filho fique em casa e o fazem alegando receio que apresente algum sintoma ou sofra preconceito dos demais alunos. Essa medida é inadequada, pois a exposição da criança ao contexto escolar, desde que previamente orientada, contribui para o enfrentamento da doença, favorece o fortalecimento do relacionamento interpessoal, bem como a habilidade de enfrentar situações relacionadas à patologia (HERMAN; MYAZAKI, 2007).

Segundo dados levantados pela pesquisadora Granemann (2017, p. 18), apenas com pacientes que tiveram câncer, no estado de Mato Grosso do Sul, nota-se que o percentual de (re)inserção escolar acontece assim: “[...] aproximadamente 92,5% ao longo de seu tratamento retornaram à escola e/ou, atualmente, cerca de 20% estão recebendo o atendimento domiciliar, enquanto que 7% não retornaram ainda à escola”. No caso destes últimos alunos, as famílias e as escolas necessitam de orientações visando amenizar paradigmas inadequados relacionados à doença e à reintegração escolar (GRANEMANN, 2017).

Ainda, segundo Granemann (2017), dentre as dificuldades enfrentadas pelos alunos ao reingressarem na escola, segundo os pais e/ou responsáveis, foi citado que há:

[...] falta de conscientização e sensibilização dos professores, diretores e coordenadores, seguida da falta de estruturação física da escola para atender ao aluno diante da nova condição e do desinteresse ou envolvimento no processo, observado na não preocupação com a integração do aluno com os demais estudantes integrantes da turma. (GRANEMANN, 2017, p. 19).

Em contrapartida, as escolas de tais alunos apontam como dificuldades na (re)inserção dos alunos “[...] a falta de diálogo, de informação, de frequência, associados à superproteção, a pouca valorização dos estudos nessa fase, pelas famílias” (GRANEMANN, 2017, p. 19). Conforme entrevista com a coordenadora do atendimento educacional no ambiente hospitalar no estado, não existe ainda um programa que acompanhe a (re)inserção escolar das crianças e dos adolescentes em Mato Grosso do Sul.

Em relação aos êxitos alcançados, segundo pais e/ou responsáveis e de acordo com professores, são:

[...] segundo os pais, relacionam-se à aprendizagem do filho, obtida por meio de esforços conjuntos escola/classe hospitalar e da “agilização” dos encaminhamentos realizados (atendimento na saúde, domiciliares), grandes colaboradores nesse processo. De acordo com os professores, nesse período, os grandes avanços atingidos pela classe hospitalar referem-se à maior aceitação das escolas, maior envolvimento de alunos e pais, bem como a interação do serviço nos atendimentos e atividades com a equipe multidisciplinar do hospital, adicionados à credibilidade e à procura das escolas por, coletivamente, solucionarem problemas e/ou dúvidas surgidas. (GRANEMANN, 2017, p. 19).

Certamente, o sucesso da (re)inserção escolar acontecerá devido um planejamento de um pessoal multidisciplinar, que envolve a equipe de saúde, a escola e a família, focados nas exigências acadêmicas específicas de que cada criança ou adolescente necessita para se reinserir na comunidade acadêmica (DESROCHER; ROVET, 2004). E levar em consideração que é preciso cautela e respeitar o ritmo de adaptação de cada criança no meio acadêmico.

Não podemos deixar de mencionar que um dos pilares para o sucesso no retorno escolar é a frequência no atendimento educacional no ambiente hospitalar durante o período de internação, pois ela é um forte elo entre a hospitalização e o meio escolar. É esse contato continuado que favorece o seu reingresso escolar, já que a criança não esteve totalmente ausente da sua rotina acadêmica e torna-se um recurso a mais no processo de (re)inserção escolar de crianças e de

adolescentes. O atendimento educacional no ambiente hospitalar objetiva dar continuidade à escolarização, desenvolve atividades que contribuem com a sua formação e desenvolvimento, e também tem a função de oferecer um aparato de compreensão e de superação socioafetiva.

3 OBJETIVO DA PESQUISA

“Através dos outros, nós nos tornamos nós mesmos”.

Lev S. Vigotsky

3.1 OBJETIVO GERAL

Trata-se de compreender o processo de (re)inserção escolar das crianças de 6 a 13 anos que tiveram atendimento educacional no ambiente hospitalar em Campo Grande/MS, durante o ano de 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Visando compreender o processo de (re)inserção escolar das crianças de 6 a 13 anos que tiveram atendimento educacional no ambiente hospitalar em Campo Grande/MS durante o ano de 2016, algumas ações mais específicas se fazem necessárias para executar com pertinência o estudo em questão:

- compreender como se dá o funcionamento do atendimento educacional no ambiente hospitalar e a sua relação com a escola de origem da criança;
- identificar práticas pedagógicas dos professores na sua relação com a criança que voltou do atendimento educacional no ambiente hospitalar;
- verificar junto aos professores quais são as suas contribuições, no decorrer do atendimento educacional no ambiente hospitalar, para que ocorra uma adequada (re)inserção do aluno na escola regular do ensino fundamental;
- verificar, junto aos professores da escola de origem, como se encontra o desenvolvimento do processo de aprendizagem das crianças que vieram do atendimento educacional no ambiente hospitalar.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

“O cientista não é o homem que fornece as verdadeiras respostas;
É quem faz as verdadeiras perguntas”.

Claude Lévi-Strauss

4.1 TIPO DE ESTUDO: UMA POSSIBILIDADE DE PESQUISA QUALITATIVA

O presente trabalho circunscreve-se dentro da abordagem qualitativa e se apresenta como uma pesquisa de campo que buscou adquirir melhor compreensão sobre o problema selecionado.

Bogdan e Biklen afirmam que a investigação qualitativa surgiu de um campo inicialmente dominado por práticas de mensuração, de elaboração de testes de hipóteses variáveis, etc., campo a partir do qual “[...] alargou-se para contemplar uma metodologia de investigação que enfatiza a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das percepções pessoais” (1994, p. 11).

Segundo Bogdan e Biklen (1994), a pesquisa qualitativa apresenta cinco características fundamentais:

1. Na investigação qualitativa a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal.
2. A investigação qualitativa é descritiva.
3. Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos.
4. Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva.
5. O significado é de importância vital na abordagem qualitativa.

(BOGDAN; BILEN, 1994, p. 47).

A abordagem qualitativa é também denominada naturalista. Essa denominação se justifica “[...] porque o investigador frequenta os locais em que naturalmente se verificam os fenômenos nos quais está interessado, incidindo os dados recolhidos nos comportamentos naturais das pessoas” (BOGDAN; BIKLE, 1994, p. 17).

Dentre as pesquisas qualitativas há vários tipos possíveis. Utilizamos a chamada "pesquisa de campo", que “[...] está voltada para o estudo dos indivíduos, grupos, comunidades, instituições e outros campos, visando a melhor compreensão de vários aspectos da sociedade” (MARCONE; LAKATOS, 2003, p. 189). Ela apresenta vantagens e desvantagens, que seriam:

Vantagens: a) Acúmulo de informações sobre determinado fenômeno, que também podem ser analisadas por outros pesquisadores, com objetivos diferentes. b) Facilidade na obtenção de uma amostragem de indivíduos, sobre determinada população ou classe de fenômenos. Desvantagens: a) pequeno grau de controle sobre a situação de coleta de dados e a possibilidade de que fatores, desconhecidos para o investigador, possam interferir nos resultados. b) O comportamento verbal ser relativamente de pouca confiança, pelo fato de os indivíduos poderem falsear suas respostas. (MARCONE; LAKATOS, 2003, p. 189).

Considerando esses aspectos, durante a pesquisa se buscou fortalecer as vantagens da realização da pesquisa de campo, minimizando as desvantagens, como, por exemplo: lançar mão de pré-testes e utilizar instrumentos de coleta de dados mais completos (MARCONE; LAKATOS, 2003).

Por outro aspecto, o estudo realizado é de caráter descritivo. Um estudo assim classificado pode ser compreendido como aquele que descreve um fenômeno ou situação diante do estudo realizado em um determinado tempo e espaço:

Contêm, em seu projeto de pesquisa, hipóteses explícitas que devem ser verificadas. Essas hipóteses são derivadas da teoria e, por esse motivo, podem consistir em declarações de associações entre duas ou mais variáveis, sem referência a uma relação causal entre elas. (MARCONE; LAKATOS, 2003, p. 187).

Ainda, em relação à abordagem qualitativa, Chizzotti (2006, p. 26) afirma que não existe um padrão único na condução desse tipo de pesquisa e admite que “a realidade é fluente e contraditória”. Na pesquisa qualitativa se procura “[...] tanto encontrar o sentido desse fenômeno quanto interpretar os significados que as pessoas dão a eles” (CHIZZOTTI, 2006, p. 28).

A pesquisa qualitativa “[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito como vivem, constroem os seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam” (MINAYO, 2014, p. 57).

Nesta pesquisa criam e atribuem significados às coisas e às pessoas de acordo com as interações sociais, e essas podem ser descritas e analisadas dispensando o uso de quantificações estatísticas. Opõem-se às pesquisas quantitativas, pois estas últimas entendem a quantificação como a única via de

assegurar a qualidade de uma generalização, ou seja, essa generalização é amparada em frequências estatísticas e indicadores (CHIZZOTTI, 2006).

Minayo (2012), ao conceituar a pesquisa qualitativa, refere-se ao verbo "compreender" como a principal ação desse tipo de pesquisa, em que questões como a singularidade do indivíduo, sua experiência e vivência no âmbito de grupo e da coletividade ao qual pertence são fundamentais para contextualizar a realidade na qual está inserido.

Essa abordagem foi aqui selecionada levando em consideração a importância da sua preocupação com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, pois são fenômenos inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2007).

Dessa forma, o/a pesquisador/a se permite explorar as ideias e se aproximar dos significados do comportamento humano. Assim, este estudo "[...] é uma aproximação com uma realidade complexa, possível de ser vista e conhecida, porém jamais totalitária ou esgotada em si mesma" (SILVA; AYDOS; ALMEIDA, 2016, p. 78).

4.2 REFERENCIAL TEÓRICO

Buscou-se, para este estudo teórico, apoio na corrente da psicologia soviética denominada "histórico-cultural", cujo formulador principal foi o teórico Levy Semenovich Vygotsky⁵ (1896-1934). Trata-se de uma corrente do pensamento marxista que recebeu contribuições dos teóricos Alexander Romanovich Luria (1902-1977) e Alexei Nikolaievich Leontiev (1904-1977). Essa teoria se refere ao ser humano como um ser social e afirma que o meio social tem relação direta com a constituição do indivíduo e o indivíduo, com a constituição da sociedade (BORTOLANZA; RINGEL, 2017).

A psicologia histórico-cultural teve a sua tese principal fundamentada pelo caráter social e racional da natureza humana. Para Vygotsky (1956), o desenvolvimento da psique no indivíduo é de natureza social e possui uma

⁵ Psicólogo russo, que viveu entre os anos de 1896 e 1934 e produziu trabalhos sobre o desenvolvimento psicológico e a aprendizagem (REGO, 1995).

relação com o processo de interiorização, que é a transformação das atividades coletivas

em atividades individuais. A sua teoria ficou conhecida pela frase: “A fonte da evolução histórica da conduta não há que buscá-la no interior do homem, mas fora dele, no meio social ao qual pertence [...]” (VYGOTSKY, 1956, p. 449).

De acordo com essa teoria, passou-se a considerar que as aptidões e os caracteres especificamente humanos não se transmitem de maneira hereditária, mas se adquirem pela via da apropriação da cultura criada pelas gerações precedentes (PUENTES; LONGAREZI, 2013).

O discípulo de Vygotsky, Leontiev (1978), ratificou a teoria histórico-cultural dizendo:

Podemos dizer que cada indivíduo aprende a ser um homem. O que a natureza lhe dá quando nasce não lhe basta para viver em sociedade. É-lhe ainda preciso adquirir o que foi alcançado no decurso do desenvolvimento histórico da sociedade humana. (LEONTIEV, 1978, p. 265).

A perspectiva histórico-cultural veio para superar os reducionismos das teorias empirista e idealista. Procura então pensar o homem como aquele ser total, integrado com os seus aspectos internos e externos, considerando, assim, uma relação na sociedade a que pertence, marcado por uma cultura e produz e reproduz uma realidade social (FREITAS, 2002).

Analisando o pensamento do companheiro de Vygotsky, Luria (1983) também tinha uma preocupação em desenvolver um método de estudo compatível com a realidade do homem, um ser concreto e social (FREITAS, 2002):

[...] a experiência não acontece somente dentro de uma pessoa, em síntese, vivemos desde o nascimento até a morte em um mundo de pessoas e coisas que são o que são em grande extensão por causa do que tem sido feito e transmitido de atividades humanas anteriores. (DEWEY, 1938/1963, p. 39).

Libâneo (2004), ao olhar para a aprendizagem sob a perspectiva da teoria histórico-cultural, retrata o desenvolvimento do psiquismo humano como um processo de apropriação da cultura mediante o relacionamento interpessoal na sociedade. Esses processos de comunicação e as funções psíquicas superiores neles envolvidas se efetivam primeiramente na atividade externa (interpessoal) e,

em seguida, na atividade interna (intrapessoal) regulada pela consciência, mediados pela linguagem, em que os signos adquirem significado e sentido (VYGOTSKY, 1984).

Na teoria histórico-cultural, os aspectos do mundo material são incorporados à ação humana como meios de integração com o ambiente físico e social, e a mediação da atividade acontece através dos artefatos. Dessa forma, “[...] deve ser responsabilidade da educação propiciar a condição biossocial, por meio da produção de ideias, conceitos, valores, símbolos, hábitos, atitudes, habilidades que são necessários – junto com os bens materiais – para dominar a realidade e transformá-la” (PUENTES; LONGAREZI, 2013).

4.3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O método qualitativo de pesquisa se caracteriza pela abordagem de questões singulares que são próprias dos indivíduos pesquisados. Essa abordagem é realizada por meio de entrevistas com esses sujeitos visando capturar, a partir de suas falas/narrativas, as realidades das suas existências. Esse método apresenta uma vantagem especialmente rica, qual seja, a de permitir um desafio ao pesquisador – o desafio de se tornar parte do processo investigativo e de ouvir com profundidade as implicações de todas as falas, inclusive das próprias (MUYLEAERT, 2014).

Há, nas entrevistas, uma importante característica colaborativa entre entrevistado e entrevistador, uma vez que a história de vida ou de uma situação social emerge a partir da interação, da troca, do diálogo entre entrevistador e participante (MUYLEAERT, 2014).

Segundo Muylaert (2014, p. 196), “[...] as narrativas combinam histórias de vida a contextos sócio-históricos, ao mesmo tempo em que as narrativas revelam experiências individuais”. Partindo dessa compreensão, de que as experiências são histórias vividas e narradas, a pesquisa narrativa se estrutura na intencionalidade de compreender e interpretar as dimensões pessoais e humanas para além de esquemas fechados, recortados e quantificáveis (MARIANI; MATOS, 2012).

Outrossim, o “[...] narrativo designa o discurso oral ou escrito que assume a relação de um acontecimento ou de uma série de acontecimentos” (GENETTE,

1995, p. 23). Dessa forma, a análise da narrativa “[...] significa, então, estudo de um conjunto de ações e situações consideradas nelas mesmas, com abstração do médium, linguístico ou outro, que nos dá conhecimento” (GENETTE, 1995, p. 24).

Clandinin e Connely (2000, p. 20) definem a pesquisa narrativa como uma forma de entender a experiência em um processo de colaboração entre pesquisador e pesquisado. A pesquisa narrativa consiste na coleta de histórias sobre um determinado tema, onde serão encontradas informações pelo pesquisador, as histórias podem ser obtidas através de vários métodos: entrevistas, diários, autobiografias, gravação de narrativas orais, narrativas escritas, e notas de campo (OLIVEIRA; PAIVA, 2008).

O uso do roteiro semiestruturado permite que a entrevista flua pela ordem do discurso do entrevistado, possibilitando que o entrevistador lance mão de seguir um roteiro estruturado que, em geral, quebra a naturalidade (MANZINI, 2004). É, no entanto, importante a diretividade, o que limita o sujeito em responder dentro dos objetivos definidos pelo pesquisador e a melhor linguagem a ser utilizada é a aquela que o informante utiliza, e ela deve ser empregada de forma espontânea pelo entrevistador (MANZINI, 2004).

As narrativas, segundo Labov (1997, p. 395), são experiências pessoais, “[...] um relatório de uma sequência de eventos que entraram na biografia do falante por uma sequência de cláusulas que correspondem à ordem dos eventos originais”. Assim, a narrativa deixa de ser vista como um mero recontar de eventos para ser entendida como algo que entrou na biografia do falante e que é avaliado emocional e socialmente, transformando-se em experiência (OLIVEIRA; PAIVA, 2008).

Logo, as narrativas que servem de base aos diversos estudos não são analisadas em função de sua organização textual em si, mas, sim, da organização da experiência humana, isto é, do conteúdo que foi relatado. Entretanto, muitas vezes estas narrativas sofrem algumas indagações por parte do pesquisador, como, por exemplo: Está o narrador sendo verdadeiro nos relatos dos acontecimentos? (OLIVEIRA; PAIVA, 2008).

Em relação à fidedignidade nas narrativas dos entrevistados, Oliveira e Paiva (2008), nas suas falas, entendem que não existe possibilidade de o pesquisador ter acesso total à experiência do outro e, portanto, não pode garantir uma veracidade total.

Por sua vez, Schraiber (1995) afirma que a narrativa é a objetivação do pensamento, dado que o pensamento externalizado é apreendido em sua forma de relato oral. As narrativas assim, segundo a autora, são ferramentas bastante apropriadas para o estudo qualitativo em que se objetiva investigar representações da realidade do entrevistado.

4.4 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada, num primeiro momento, no Centro Estadual de Educação Especial e Inclusiva – CEESPI, com a Coordenadora do Núcleo do Atendimento Educacional no Ambiente Hospitalar de Campo Grande. O CEESPI tem por objetivo desenvolver a Política de Educação Especial, na Perspectiva da Educação Inclusiva, nas unidades escolares da rede estadual de ensino, assim como promover estudos, debates e palestras sobre a educação especial na mencionada perspectiva.

Num segundo momento, as entrevistas foram direcionadas para as escolas públicas municipais da cidade de Campo Grande/MS, em que foram entrevistadas professoras das crianças que tiveram atendimento educacional no ambiente hospitalar do Hospital Universitário "Maria Aparecida Pedrossian" – HUMAP/UFMS e do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul no ano de 2016. Foram visitadas seis escolas diferentes localizadas nos bairros Jardim Tijuca, Caiçara, Aero Rancho, Jardim Itamaracá, Oliveira II e Novo Maranhão, que são bairros localizados geograficamente nas áreas periféricas da cidade.

As entrevistas foram agendadas previamente com a coordenação pedagógicas de cada escola e programado um horário com os professores no seu horário de planejamento pedagógico, a fim de não impactar no seu cronograma de aulas. As entrevistas duraram em média 20 minutos cada uma.

4.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo a coordenadora do Núcleo de Atendimento Educacional em Ambiente Hospitalar de Campo Grande, formada em Pedagogia, com especialização em Educação Especial, Alfabetização, Gestão em Sala de Aula, Psicopedagogia, Ludicidade e Educação, também formada em

Psicopedagogia e Gestão Escolar, que nos forneceu os dados das crianças, conforme os critérios de inclusão elaborados pela pesquisadora em dois hospitais do município de Campo Grande/MS, e nove professores da rede municipal de ensino.

Todos os participantes da pesquisa são do sexo feminino, sendo oito com a formação em Pedagogia e uma professora com formação em Letras, com especialização em áreas da Educação e possuem período de docência entre 5 e 26 anos.

4.6 COLETA DE DADOS

Para a realização da pesquisa foi necessário um contato inicial com a coordenadora do Núcleo do Atendimento Educacional em Ambiente Hospitalar de Campo Grande, quando foi realizada uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) e também foram selecionadas 36 fichas de alunos que frequentaram a Classe Hospitalar do HUMAP/MS.

Nessas fichas coletadas constavam os dados pessoais das crianças que receberam o atendimento educacional no ambiente hospitalar, a data da internação, o motivo da internação e o nome da escola em que estudavam quando foram hospitalizadas. Para a seleção das fichas, o critério de inclusão utilizado foi: professores da rede municipal de ensino de Campo Grande/MS que tenham recebido crianças na faixa etária de 6 a 13 anos de idade matriculadas nos anos iniciais do ensino fundamental e que frequentaram a Classe Hospitalar do HUMAP/MS no ano de 2016. A par do critério de inclusão, foi utilizado também um critério de exclusão: crianças que estudassem em escolas do interior do Estado particulares, municipais ou estaduais, e que estudassem em escolas particulares de Campo Grande/MS.

Num momento posterior foram contatadas, por meio telefônico, as escolas do ex-alunos da Classe Hospitalar. Após a apresentação da pesquisa à direção da escola e do aceite, foi agendada uma data e um horário para a entrevista com os professores dos ex-alunos hospitalizados. As entrevistas aconteceram geralmente nas salas dos professores durante o horário de planejamento deles.

A entrevista seguiu um roteiro semiestruturado (APÊNDICE B), com as perguntas voltadas para os objetivos da pesquisa e com prévia explicação do

projeto de pesquisa. Tiradas todas as dúvidas das entrevistadas sobre a pesquisa, após interesse voluntário em participar, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, ficando uma via com as participantes e uma via com a pesquisadora principal. Após autorização dos participantes, a entrevista foi gravada em áudio, para posteriormente essa narrativa ser transcrita e analisada.

Durante o período de contato com as escolas ocorreu uma dificuldade em localizar algumas professoras, por não estarem mais naquela escola (professores convocados). Assim, foi necessário a pesquisadora solicitar à coordenação do núcleo. Foram obtidas, nesse segundo momento, mais seis fichas, sendo estas do ano de 2016 e do Hospital Regional. Esta nova data e diferente hospital foram incluídos na pesquisa levando em consideração que se tratava de dados mais recentes e de um hospital em que as crianças ficavam hospitalizadas por maior tempo que no HUMAP, sendo informações importantes para a pesquisa. E, dessa forma, continuou-se contatando as escolas e agendando entrevistas com professores, porém foi realizada entrevista com apenas 1 professor sob este novo critério.

A coleta de dados foi realizada, portanto, com um total de nove professores que tinham crianças oriundas do atendimento educacional em ambiente hospitalar e professores que atendiam a crianças afastadas por alguma doença.

4.7 QUESTÕES ÉTICAS

Considerando o envolvimento com seres humanos, as exigências da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), e o cuidado ético da pesquisadora, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, juntamente com autorizações da Secretaria Municipal de Educação – SEMED e Secretaria Estadual de Educação – SEED, após ser aprovado em dezembro de 2017 mediante o Parecer nº 2.437.659 (ANEXO A), foi dado início a pesquisa.

Como parte da documentação prevista nessa resolução, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C), o qual, dentre outros fins, serviu de recurso para solicitar o consentimento voluntário dos participantes da pesquisa. Através de uma linguagem clara e acessível, o TCLE

reuniu informações sobre o objetivo da pesquisa, o detalhamento dos procedimentos de coleta de dados, os possíveis constrangimentos, a ausência de benefícios de direitos, além da garantia do anonimato, respeito ao desejo de interromperem a sua participação na pesquisa, direito de se manterem atualizadas sob os resultados da pesquisa, quando em estudos abertos, não existem despesas pessoais para as participantes e, em caso de algum dano causado, a participante tem direito ao tratamento médico na instituição e suas devidas indenizações.

Este documento foi discutido com cada participante do estudo no início da coleta de dados. Na ocasião também foi solicitada autorização para a gravação da entrevista em áudio. Àquelas professoras que concordaram em participar do estudo foi solicitada a assinatura de duas cópias do termo, sendo que uma cópia ficou sob a posse do pesquisador principal e a outra foi entregue à participante.

5 ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO

“Aqueles que se sentem satisfeitos sentam-se e nada fazem.
Os insatisfeitos são os únicos benfeitores do mundo”.

Walter S. Landor

A análise de dados é uma das etapas mais importantes da pesquisa, pois envolve as informações recolhidas durante as entrevistas e o desafio de dar voz às participantes interpretando os sentidos e os significados das suas falas, relacionando-as com os referenciais teóricos.

Em um primeiro momento, caracterizamos as participantes da pesquisa (Quadro 1), para melhor exemplificar as informações levantadas junto a essas professoras. Num segundo momento caracterizamos as crianças que estiveram hospitalizadas e foram reinseridas nas suas escolas de origem.

Em seguida, no tópico “Olhares sobre as falas das professoras”, ocorreu a transcrição na íntegra das entrevistas com a coordenadora do Atendimento Educacional em Ambiente Hospitalar. Os textos resultantes foram revisados diversas vezes com o objetivo de realizar a limpeza das marcas de oralidade, buscando construir narrativas em que a experiência de cada professor diante do seu aluno fosse evidenciada. Também foi eliminada toda referência que pudesse identificar as participantes e as pessoas citadas pelos/as entrevistados/as a fim de proteger a identidade das envolvidos.

Foram levantados pela pesquisadora eixos de acordo com as perguntas realizadas às professoras, eixos referentes aos objetivos da pesquisa. Foi possível identificar cinco: i) atendimento educacional no ambiente hospitalar e escola, ii) (re)inserção escolar, iii) flexibilização de currículo, iv) aprendizagem pós-atendimento educacional no ambiente hospitalar e v) contribuições do atendimento educacional no ambiente hospitalar. Cada eixo foi subdividido em outras categorias. As narrativas foram organizadas de acordo com cada categoria levantada e, posteriormente, foram postas a dialogar com a teoria histórico-cultural e com outros pensadores importantes nessa literatura.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Como já anteriormente informado, a primeira entrevista foi realizada com a coordenadora do Atendimento Educacional no Ambiente Hospitalar, pedagoga especialista em Educação Especial e cursando Pedagogia Hospitalar. Num outro momento as entrevistas foram realizadas com nove professoras da rede municipal de ensino. Trata-se de oito professoras com formação em Pedagogia e especialização em várias áreas da Educação e uma professora com formação em Letras.

A experiência de magistério das professoras entrevistadas variava entre 5 e 26 anos de atuação. Participaram do estudo professoras atuais dos ex-alunos da Classe Hospitalar e professoras do período em que eles foram hospitalizados. O Quadro 1 abaixo representa as participantes da pesquisa e seus respectivos alunos.

Quadro 1. Caracterização das Participantes da Pesquisa

Professoras	Período	Alunos	Formação	Especialização	Tempo de Docência
Professora 1	Atual e anterior à hospitalização	Criança 1	Pedagogia	Educação Especial	5 anos
Professora 2	Atual	Criança 2	Pedagogia	Alfabetização	26 anos
Professora 3	Anterior à hospitalização	Criança 2	Pedagogia	Gestão e Políticas Públicas	10 anos
Professora 4	Anterior à hospitalização	Criança 3	Pedagogia	Gestão em sala de aula	6 anos
Professora 5	Anterior à hospitalização	Criança 4	Pedagogia	Psicopedagogia	11 anos
Professora 6	Anterior à hospitalização	Criança 5	Pedagogia e cursando Artes Visuais	Artes, Ludicidade e Educação, Psicopedagogia e Educação Especial	12 anos
Professora 7	Anterior à hospitalização	Criança 6	Pedagogia	Educação Inclusiva	10 anos

Professora 8	Atual	Criança 7	Letras	Gestão Escolar	28 anos
Professora 9	Anterior à hospitalização	Criança 7	Pedagogia	Psicopedagogia	8 anos

Fonte: Montanari, 2018.

Um dos critérios de inclusão para entrevista foi ser professoras que, em sua sala de aula da rede regular de ensino, tivesse criança/s com idade entre 6 e 13 anos, e que, quando foi/ram hospitalizada/s estivesse/m matriculada/s no ensino fundamental.

Os nomes das crianças e das professoras entrevistadas foram substituídos por um numeral correspondente, respectivamente, a fim de preservar as identidades.

A Entrevistada 1 é a professora de apoio da Criança 1 e foi a mesma professora do período de internação (ano de 2016) da referida criança. Possui formação em Pedagogia e conta com especialização em Educação Especial e atua como docente há 5 anos.

A Entrevistada 2 é a professora atual da Criança 2. Possui formação em Pedagogia e conta com especialização em Alfabetização e atua como docente há 26 anos.

A Entrevistada 3 foi a professora da Criança 2 em 2016, quando esteve hospitalizada. A professora é formada em Pedagogia e conta com especialização em Gestão e Políticas Públicas, atua como docente há 10 anos. Relatou, durante a entrevista, não se lembrar da ausência da Criança 2, quando foi professora, porém realizou, durante a entrevista, algumas contribuições sobre o atendimento educacional no ambiente hospitalar.

A Entrevistada 4 foi a professora no período de internação da Criança 3. É pedagoga e conta com especialização em Gestão em Sala de Aula, atuando há 16 anos como docente.

A Entrevistada 5 foi a professora do período de internação da Criança 4. Possui formação em Pedagogia e conta com especialização em Psicopedagogia, atuando como professora há 11 anos.

A Entrevistada 6 foi a professora no período de internação da Criança 5. Possui formação em Pedagogia e conta com especialização em Artes, Ludicidade

e Educação, Psicopedagogia, Educação Especial. Atualmente está cursando licenciatura em Artes Visuais. Atua há 12 anos na docência.

A Entrevistada 7 foi a professora durante o período de internação da Criança 6. É formada em Pedagogia e conta com especialização em Educação Inclusa e em Gestão Escolar. Atua há 10 anos na docência.

A Entrevistada 8 é atualmente a professora da Criança 7. Formada em Letras, conta com especialização em Gestão Escolar. Sua experiência com docência é de 28 anos.

A Entrevistada 9 foi a professora durante o período de hospitalização da Criança 7. Possui formação em Pedagogia e conta com especialização em Psicopedagogia. Seu tempo de docência é de 8 anos. Foi professora da Criança 7 durante o ano de 2016, quando estava no 4º ano do ensino fundamental.

No total foram 9 professoras, todas dispostas e atenciosas para responder às questões da pesquisa.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS QUE ESTIVERAM HOSPITALIZADAS

No Quadro 2 vai apresentada a descrição das crianças que estiveram hospitalizadas no período da realização da pesquisa.

Quadro 2. Caracterização das crianças que estiveram hospitalizadas

Professoras	Alunos	Idade	Sexo	Tempo de Internação	Período da Internação	Motivo da Internação
Professora 1	Criança 1	10 anos	Feminino	21 dias	2º ano/2016	Cirurgia de Bexiga
Professora 2	Criança 2	10 anos	Masculino	10 dias	2º ano/2016	Cirurgia de Hérnia
Professora 3	Criança 2	10 anos	Masculino	10 dias	2º ano/2016	Cirurgia de Hérnia
Professora 4	Criança 3	11 anos	Masculino	45 dias	2º ano/2016	Reação Alérgica
Professora 5	Criança 4	11 anos	Feminino	30 dias	4º ano/2016	Celulite Infecciosa
Professora 6	Criança 5	11 anos	Feminino	8 dias	2º ano/2016	Pneumonia

Professora 7	Criança 6	9 anos	Feminino	7 dias	2º ano/2016	Pneumonia
Professora 8	Criança 7	13 anos	Feminino	8 meses	4º ano/2016	Leucemia
Professora 9	Criança 7	13 anos	Feminino	8 meses	4º ano/2016	Leucemia

Fonte: Montanari, 2018.

Encontramos crianças com idades de 9, 10, 11 e 13 anos, sendo 5 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, conforme exemplifica o Quadro 2. O período de hospitalização dessas crianças variou de 7 dias a 8 meses, observando que a variação desse período se dá devido ao tipo de enfermidade da criança hospitalizada.

A Criança 1 é do sexo feminino. Sua doença é a chamada mielomeningocele⁶ e é cadeirante. Foi hospitalizada em 2016 quando estava no 2º ano do ensino fundamental. O objetivo era a realização de uma cirurgia de bexiga, razão por que ficou 21 dias hospitalizada. Mesmo tendo recebido alta, conforme relato da sua professora atual, ela é constantemente submetida a internações e necessariamente fica ausente da escola com frequência, devido à sua doença. Hoje, a criança tem 10 anos e está atualmente no 4º ano do ensino fundamental.

A Criança 2 é do sexo masculino, com 10 anos de idade e está no 4º ano do ensino fundamental. Esteve hospitalizado em 2016, quando se ausentou da escola por 10 dias devido à realização de uma cirurgia de hérnia.

A Criança 3 é do sexo masculino. O menino foi hospitalizado em 2016, quando teve uma alergia pelo corpo todo. Ficou 30 dias ausente da escola. Estava nessa época no 2º ano do ensino fundamental e foi retido nesse ano devido às ausências escolares e ao baixo rendimento escolar, segundo relato da Professora 4.

A Criança 4 é do sexo feminino, com 11 anos de idade e está atualmente no 4º ano do ensino fundamental.

⁶ A mielomeningocele é caracterizada por protusão cística, que contém a medula espinhal e meninges, causada por falha no fechamento do tubo neural durante a quarta semana de gestação. A criança com mielomeningocele pode apresentar incapacidades crônicas graves, como paralisia dos membros inferiores, hidrocefalia, deformidades dos membros e da coluna vertebral, disfunção vesical, intestinal e sexual, dificuldade de aprendizagem e risco de desajuste psicossocial. (BRANDÃO; FUJISAWA; CARDOSO, 2017, p. 69).

A Criança 5 é do sexo feminino. Ficou ausente da escola durante 8 dias em 2016 devido a uma pneumonia. Nesse período ela estava no 4º ano do ensino fundamental.

A Criança 6 é do sexo masculino. Esse menino tem 11 anos de idade e foi hospitalizado em 2016 devido a uma pneumonia. Atualmente está cursando pela segunda vez o 3º ano do ensino fundamental. Segundo o relato da professora, ele foi encaminhado para uma avaliação psicológica a fim de verificar se apresenta alguma disfunção neurológica.

A Criança 7 é do sexo feminino. Foi hospitalizada no ano de 2016 devido a uma leucemia⁷. Ficou ausente em média 8 meses da escola. Atualmente, com idade de 13 anos, se encontra no 6º ano do ensino fundamental.

Apesar de algumas crianças terem recebido pouco tempo de atendimento educacional no ambiente hospitalar, não se pode negar a importância desse tipo de assistência. Indiferentemente do tempo de atenção que tiveram, esse cuidado que recebem de professor no internamento hospitalar é de extrema importância para manterem um vínculo educacional com o mundo externo e com a escola de origem.

5.3 OLHARES SOBRE AS FALAS DOS PROFESSORES: ENTRE O ATENDIMENTO EDUCACIONAL NO AMBIENTE HOSPITALAR E A REDE REGULAR DE ENSINO

Os movimentos de humanização e inclusão social nos hospitais vêm ganhando destaque recentemente, principalmente em relação ao atendimento educacional no ambiente hospitalar. Dessa forma, as atuações das classes hospitalares vão muito além do atendimento educacional durante o período de internação, visto que atuam também nos aspectos emocionais dessas crianças justamente nesses momentos de fragilização por motivo de enfermidade. Então a participação da criança na classe hospitalar é capaz de lhe dar confiança e progresso na sua saúde (FONSECA, 2003).

Assim, portanto, conforme foi citado no estudo, na primeira entrevista realizada buscou-se compreender como se dava o funcionamento do atendimento

⁷ A leucemia é considerada um tipo de câncer mais comum que afeta indivíduos menores que 15 anos de idade (ELMAN; SILVA, 2007).

educacional no ambiente hospitalar e a sua relação com a escola de origem da criança que esteve hospitalizada.

Segundo o relato da coordenadora, a equipe do atendimento educacional no ambiente hospitalar é composta por 20 professores, sendo 11 com formação em Pedagogia, 1 em Língua Portuguesa, 1 em Matemática, 1 em Biologia, 1 em Artes Visuais e 1 em Geografia, todos com especialização em Educação Especial.

Os seus atendimentos são realizados nas classes hospitalares da capital: Associação Beneficente Santa Casa da Cidade de Campo Grande, Hospital Universitário de Campo Grande, Hospital Regional de Mato Grosso do Sul "Rosa Pedrossian", Associação dos Amigos da Criança com Câncer – AACC, Hospital do Câncer Alfredo Abrão e Hospital Universitário de Dourados, conforme foram ocorrendo demandas de atendimento educacional nesses ambientes.

A equipe de professores realiza o atendimento educacional no ambiente hospitalar de Campo Grande com crianças e com adolescentes, que estão hospitalizados por curto e/ou por longo período no hospital, devido às várias causas médicas e aqueles/as que estão em tratamento no ambulatório do hospital.

O atendimento dos professores às crianças/adolescentes é realizado em parceria com a equipe multidisciplinar do hospital (equipe de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistente social e psicólogos).

No primeiro contato do professor com a criança/adolescente hospitalizada, este realiza uma sondagem, procurando entender quais os conteúdos que o aluno conhece, para, em seguida, dar continuidade nas atividades que serão propostas pelo atendimento educacional no ambiente hospitalar.

Quando a criança/adolescente passa por um longo período de internação hospitalar, a equipe do atendimento educacional no ambiente hospitalar entra em contato com a escola de origem, informando sobre o acontecimento do atendimento educacional no ambiente hospitalar. O professor do atendimento educacional no ambiente hospitalar solicita o envio dos conteúdos a serem trabalhados com a criança no hospital, com o objetivo de dar continuidade dos seus estudos e para que ele/a não encontre defasagem escolar no seu reingresso escolar.

O atendimento às crianças/adolescentes hospitalizados é realizado de forma flexibilizada. Os conteúdos escolares são adaptados ou realizados de forma

lúdica. Essa adaptação é realizada de acordo com a necessidade de saúde das crianças/adolescentes, buscando sempre atender a seu bem-estar biopsicossocial. Segundo a coordenadora do Atendimento Educacional no Ambiente Hospitalar de Campo Grande, a quantidade de atendimento educacional hospitalar realizado nos hospitais é variável, pois leva em consideração quantos atendimentos foram realizados com cada aluno, que pode ser mais de um atendimento no mesmo dia. Por exemplo, no ano de 2016 foram atendidos, pelo Atendimento Educacional no Ambiente Hospitalar do Hospital Universitário, 534 alunos e realizados 1226 atendimentos, este número de atendimento é maior que a quantidade de alunos, porque uma criança pode receber mais de um atendimento por professor.

As dificuldades encontradas no atendimento educacional no ambiente hospitalar são as mesmas encontradas na escola de origem, porém no hospital existem também as fragilidades relacionadas a saúde do aluno. Muitas vezes o aluno não está com disposição para ser atendido devido a medicação, não tem o desejo de ser atendido naquele dia, está com mau humor elevado, entre outras causas.

O atendimento educacional no ambiente hospitalar objetiva, na sua atuação, contribuir para que o aluno, que não está frequentando a escola de origem, não perca o vínculo com ela. Então, o atendimento educacional no ambiente hospitalar faz o possível, dentro das circunstâncias de adoecimento dadas, para manter esse vínculo.

Assim, o papel social do atendimento educacional no ambiente hospitalar é informar e orientar a família do aluno hospitalizado quanto ao direito que ele tem de frequentar o atendimento educacional no ambiente hospitalar e de voltar para a escola de origem. É importante levar até a escola o seu atestado médico para o seu retorno ou solicitar acompanhamento domiciliar, caso não seja possível retornar para a escola naquele momento, segundo a legislação existente: Direito da Criança e do Adolescente Hospitalizado, Resolução nº 41/1995 - Lei Federal nº 7.828, Resolução CNE/CEB nº 2, de 11 de setembro de 2001, artigo 13.

Após a alta hospitalar, a equipe do Atendimento Educacional no Ambiente Hospitalar de Campo Grande não realiza nenhum acompanhamento de (re)inserção escolar, sendo que, a partir desse momento, a criança volta a ser assistida pela escola de origem.

Há uma grande relevância e impacto positivo no desenvolvimento e na aprendizagem dessas crianças em razão do elo entre o atendimento educacional no ambiente hospitalar e a escola regular, seja no repasse da escola de origem dos conteúdos que devem ser continuados pelo atendimento educacional no ambiente hospitalar, mas também pelo contato com os professores das crianças que estiveram ausentes da sala de aula.

O retorno da criança/adolescente ao ambiente escolar, quando não recebe apoio adequado às suas necessidades, torna-se complexo e pode ficar comprometido. Para o êxito de sua (re)inserção “[...] deve-se envolver toda a equipe pedagógica, tanto do atendimento educacional no ambiente hospitalar quanto da escola regular, visando minimizar possíveis danos em seu processo de aprendizagem, para que este possa ter continuidade” (MELO; CARDOSO, 2007, p. 117).

No estudo de Melo e Cardoso (2007) verificou-se que não é comum acontecer um elo entre o atendimento educacional no ambiente hospitalar e escola regular, mesmo nos casos de doenças crônicas, em que as crianças são submetidas frequentemente a hospitalizações: “Nesse sentido, é imprescindível que os profissionais comprometidos com a educação estejam atentos aos acontecimentos da vida do aluno” (MELO; CARDOSO, 2007, p. 117).

A seguir, são apresentados os eixos de análises, elaborados para sustentação a pesquisa realizada. Os mesmos foram construídos com base no que as professoras expressaram em suas narrativas.

5.4 EIXOS DE ANÁLISES

As falas das professoras entrevistadas foram estruturadas a partir dos objetivos da pesquisa e organizadas em cinco eixos de análise, conforme exemplifica a Figura 1 abaixo:

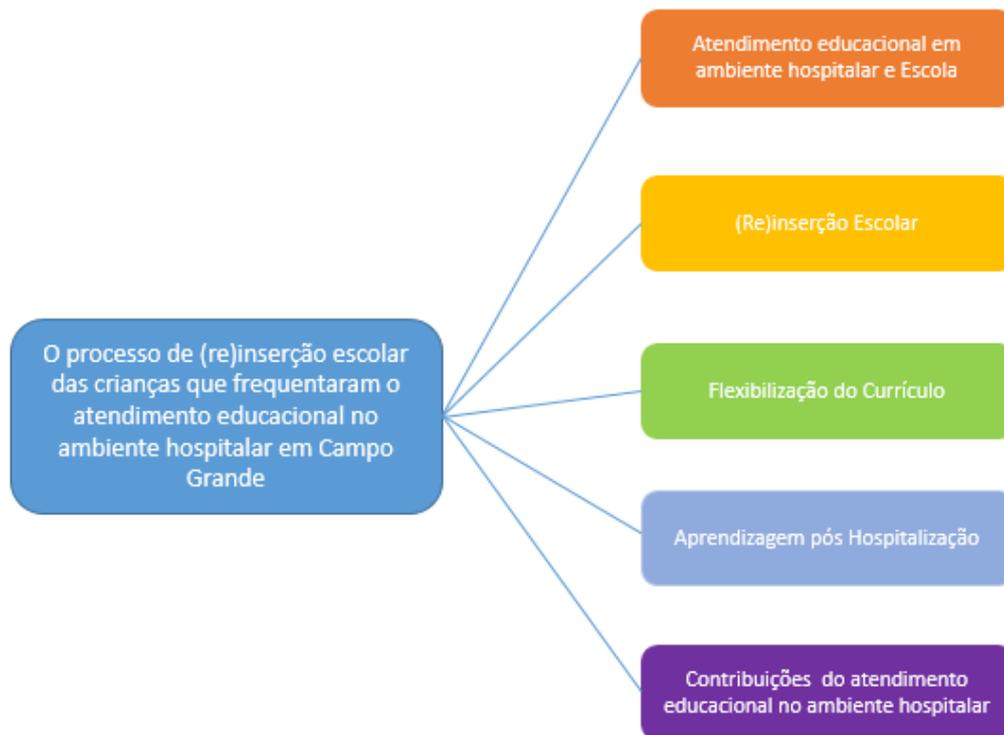


Figura 1: Fluxograma dos eixos de análise

Cada eixo de análise permitiu a construção de categorias oportunizando ao leitor a elaboração de sínteses sobre o processo de (re)inserção escolar das crianças que tiveram o atendimento em ambiente hospitalar.

5.4.1 Atendimento educacional no ambiente hospitalar e escola

O primeiro eixo de análise procurou entender melhor se existiu uma relação entre o atendimento educacional no ambiente hospitalar e a escola de origem da criança/adolescente hospitalizada. Esse eixo resultou em três categorias para melhor estudo: relação dialógica, vínculo e socialização.



Figura 2: Categoria de atendimento educacional em ambiente hospitalar e escola

As professoras 1, 5, 6 e 9 relataram que houve um contato entre essas duas instituições:

Ligaram para a coordenação pedagógica. Eles pediram os conteúdos que as crianças estavam tendo, eles pediram para passar por e-mail. [...] houve uma relação entre hospital e escola (Professora 1).

Ela faltou um período, a gente foi atrás e aí que a mãe veio avisar que ela estava internada no hospital. Aí, se eu não me engano, alguém lá da Classe Hospitalar também entrou em contato aqui com a escola também. Falou com a coordenação, né. Aí a gente fica sabendo só depois. Ela pediu o que eu estava trabalhando em sala, para passar para a menina. Eu passei na época, e a coordenação passou pra ela (Classe Hospitalar) qual era o conteúdo (Professora 5).

Eles, eles... é assim: Fazem contato direto com a coordenação, entendeu? Não é direto comigo, não. Aí a coordenação que vem e passa para nós. E é assim: As atividades que é para serem mandadas, né, é em cima do currículo que a gente tá tendo em sala de aula, dos conteúdos que a gente está trabalhando em sala de aula. Aí a gente elabora as atividades, mandam pra lá, aii lá acredito que tem um professor que acompanha, né, e depois volta pra nós as atividades (Professora 6).

A Classe Hospitalar entrou em contato com a coordenação quando ela ficou internada e eu passei algumas atividades para ela fazer lá, mas não tive retorno se essas atividades foram realizadas (Professora 9).

Já no relato das professoras 2, 3, 4, 7 e 8 não aconteceu o contato entre o atendimento educacional no ambiente hospitalar e escola de origem:

Não sabia que o aluno tinha sido hospitalizado, nem imaginava. Fiquei sabendo hoje. Parece que foi uma cirurgia que ele fez da hérnia, algo assim (Professora 2).

Para mim não foi passado. Por isso que eu falo para você que, se tivesse ocorrido, de repente uma relação entre eu e o hospital, eu ia lembrar. Então não teve. Se teve foi com relação à coordenação e não me foi passado. Até penso eu que, se teve algum contato, foi entre hospital e coordenação e não com o professor da sala (Professora 3).

Bom, ele ficou... veio na escola com uma reaçãozinha alérgica, aí ele começou a faltar, a gente começou a entrar em contato com ele, demorou um pouco para entrar em contato. Aí que a gente descobriu que ele teve uma reação alérgica muito grave, ficou hospitalizado, inchou a língua, aí não tinha como falar, ficou bem ruinzinho mesmo. A gente que entrou em contato, a escola com a família e demorou um pouco para gente conseguir. [...] a Classe

Hospitalar não entrou em contato com a escola, eu não sabia que ele tinha frequentado. Ninguém me falou. Só se entrou em contato com a coordenação. Aí ninguém me falou. Era outra coordenação, tinha muita tarefa, às vezes esquece de passar pra gente (Professora 4).

Nem sabia que existia este tipo de atendimento (Professora 7).

Comigo nunca o hospital falou comigo, nem a mãe, nunca. Tem mãe que vem falar comigo, eu passo trabalho para ajudar, mas a mãe dela nunca falou comigo. Eu nunca tive esse contato com ninguém, com nada dela. O que eu sei é o que acontece dentro da sala de aula quando ela vem para a escola (Professor 8).

Um dos principais elos entre o hospital e a escola de origem da criança que se encontra hospitalizada é o atendimento educacional no ambiente hospitalar, pois contribui para que as crianças/adolescentes e seus familiares mantenham vínculo com o mundo lá fora, já que o hospital é, muitas vezes, um local que provoca sensações desagradáveis, como medo, ansiedade, solidão, entre outras (CAMPOS, 2013). Percebemos, nos relatos, que a maioria não teve esse vínculo nem esse diálogo entre a escola de origem e o hospital.

Com esse atendimento, é possível a interação e a aprendizagem dentro do hospital, desfrutando do direito básico ao pleno desenvolvimento humano. Independentemente das dificuldades físicas e emocionais das crianças, o atendimento deve ser focado no seu potencial, pois que, apesar da hospitalização, ela possui interesses, desejos e necessidades como qualquer criança saudável (CAMPOS, 2013).

Ao ser questionada sobre a importância da relação entre hospital e escola de origem, a Professora 2 apontou:

[...] é importante a relação escola e hospital. Até já aconteceu de um aluno meu ficar muito tempo hospitalizado aí a professora de lá, pediu pra mãe, solicitou pra mãe para listar alguns conteúdos, pra trabalhar, pra ele não ficar em defasagem, entendeu? Ah nossa ajuda muito no seu retorno (Professora 2).

O atendimento educacional no ambiente hospitalar busca recuperar a socialização, levando em consideração um processo de inclusão, que é a continuidade da sua aprendizagem, no ambiente hospitalar. O hospital pode ser mantenedor da escolarização, pois por escolarização se entende criação de hábitos, respeito à rotina – fatores que estimulam a autoestima e o

desenvolvimento humano. O distanciamento do processo de escolarização repercute fortemente no processo de socialização, pois a perda de contato da criança ou do adolescente com as atividades do mundo externo é imediata à hospitalização (VASCONCELOS, 2013).

Para Linheira (2006), o atendimento educacional no ambiente hospitalar é capaz de contribuir também para o entendimento de alguns aspectos relativos à hospitalização, ou seja, capaz de realizar uma articulação entre os saberes escolares e os saberes cotidianos diante da hospitalização. A proposta da autora não é focar a doença, mas a experiência de hospitalização como ferramenta metodológica na abordagem de alguns conteúdos escolares, que podem ser desenvolvidos a partir da problemática da hospitalização.

Assim, torna-se importante uma relação entre o hospital e a escola de origem. Um desses importantes vínculos é o atendimento educacional no ambiente hospitalar, que é o hospital e a escola manterem um contato sobre o desenvolvimento do aluno durante o atendimento. A relação dialógica no atendimento educacional no ambiente hospitalar favorece um melhor vínculo afetivo entre professor e aluno e também a sua socialização.

5.4.2 (Re)inserção escolar

O segundo eixo de análise aborda o tema da (re)inserção escolar. Foi verificada, junto às professoras, a seguinte questão: – Quanto à criança que estava hospitalizada, como é realizada a sua (re)inserção na escola de origem? Evidentemente a questão procura saber se foi encontrada alguma dificuldade na sua adaptação ao ambiente escolar. Esse eixo foi subdividido entre três categorias para um melhor entendimento: dificuldade pedagógica, aprendizagem e afetividade.

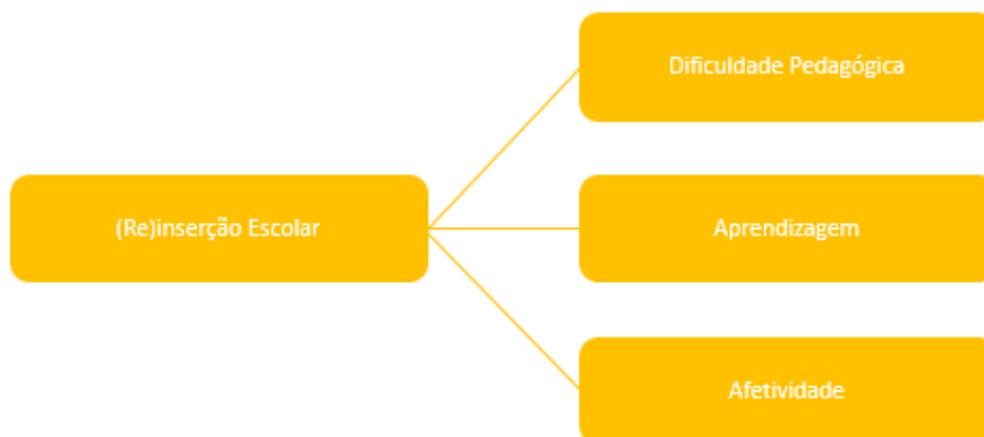


Figura 3: Categoria (Re)inserção Escolar

Segundo o relato das Professoras 1, 4 e 6, as crianças apresentaram alguma dificuldade no seu retorno escolar, apesar de terem recebido atendimento educacional no ambiente hospitalar:

[...] ela voltou bem, mas só que ela regrediu, em relação ao pedagógico. Um exemplo: Ela sabe bem números. Eu perguntava os números, ela não sabia mais. Ela sabe bem os números, eu perguntava e mostrava os números e ela não sabia como que chamava aquele número. [...] então, quando ela retornou, retornou bem ruim pedagogicamente, tive que reiniciar o processo com ela. Só o fato dela ficar longe da escola e longe da socialização com as crianças, na parte pedagógica ela já teve uma regressão, ela já volta mais lenta, às vezes ela quer deitar, ela não quer fazer atividade, a gente pergunta e se insiste ela chora. Isso aí é depois do retorno, depois que ela veio do hospital. Ela gosta da escola, mas só que ela volta bem devagar. Toda vez que ela retorna. (Professora 1).

Foi bem difícil. Ele voltou mais lento. Aí falavam que era por conta da medicação que ele estava lento. E aí demorou muito, no final do ano assim, foi difícil. Tanto que foi o ano que ele reprovou, né. Até o final do ano ele não conseguiu mais acompanhar, era já era um aluno fraco, ele voltou mais fraco ainda. Ele não conseguiu acompanhar, ele se demonstrou desinteressado, ele tinha dificuldade, não queria, não queria, não queria e aí piorou. Sabe, eu acho que ele ficou mais de um mês fora, um mês fora, ele perdeu todo o ritmo de sala de aula, já era um aluno que tinha dificuldade, como ele saiu dessa rotina de sala de aula, quando ele voltou ele não quis acompanhar, ele tinha que escrever, tinha que fazer as coisas, ele tinha que se esforçar e ele não quis. As crianças quando voltam de alguma doença, elas voltam mais fraquinhas, mas, como ele ficou mais de um mês, eu não sei como essa Classe Hospitalar trata. Aqui é diferente. Ele não acompanhou mais (Professora 4).

Voltar de novo naquele ritmo de sala de aula é complicado para ele, até se acostumar com tudo (Professora 6).

Alguns dados apontados na pesquisa de Camara (2011) retratam que podem acontecer alterações cognitivas, sendo uma delas o déficit de aprendizagem, como consequências do tratamento hospitalar que tiveram, levando a criança ou o adolescente a ter dificuldades em acompanhar a turma em que estava.

Uma outra dificuldade de (re)inserção escolar é o não contato do atendimento educacional no ambiente hospitalar com a escola de origem, deixando a escola sem saber se aconteceu realmente o atendimento educacional especializado durante a sua ausência escolar. Nesse sentido, as Professoras 3 e 8 relataram não terem tido esse contato com o hospital:

Faz 10 anos que eu estou aqui. Já aconteceu de ter aluno hospitalizado e eu nunca tive contato nenhum com o Hospital. Nunca me procuraram. Nunca fiquei sabendo. Se chegou na coordenação e teve esse contato, não chegou até mim (Professora 3).

Comigo nunca o hospital falou comigo, nem a mãe, nunca. Tem mãe que vem falar comigo, eu passo trabalho para ajudar, mas a mãe dela nunca falou comigo. Eu nunca tive esse contato com ninguém, com nada dela. O que eu sei é o que acontece dentro da sala de aula, quando ela vem (Professora 8).

Já a Professora 5 relatou que houve um contato com o Atendimento Educacional no Ambiente Hospitalar e que, no retorno escolar, a aluna conseguiu acompanhar a turma de forma adequada:

[...] alguém lá da Classe Hospitalar entrou em contato aqui com a escola. Falou com a coordenação, pediu o que eu estava trabalhando, para passar para a menina e eu passei na época. [...] quando voltou para a escola, ela era uma criança até muito tímida sabe, bem quietinha, então assim eu não notei diferença nenhuma, ela conseguiu acompanhar, fez todas as provas, conseguiu acompanhar certinho, a única dificuldade dela é que ela demorava escrever. [...] quando ela voltou, eles mandaram um envelope com todas as atividades, que ela fez lá, tudo certinho. Bem legal, até nunca tinha passado por essa experiência. Aí, no final do ano, eu entreguei para ela, por que no final do ano a gente entrega todas as provas. Daí eu entreguei junto, porque ela conseguiu acompanhar, conseguiu ir por 5º ano.

O atendimento educacional no ambiente hospitalar é de suma importância para a (re)inserção escolar. Ele demonstra que o aluno pode continuar os seus estudos no hospital e que, desta forma, os impactos de aprendizagem podem ser amenizados no seu reingresso na escola de origem, sendo possível o acompanhamento da turma em que estava.

Aqueles alunos que não voltam imediatamente para a sala de aula da escola de origem, esses recebem o atendimento domiciliar. Foi o que aconteceu no relato da Professora 9, sobre a Aluna 7:

Ela ficou no atendimento domiciliar, mas ela sempre teve contato com a sala, quando ela vinha trazer atestado, sempre ela ia na sala conversar com a turma, então, assim, mesmo ela não voltando, eles têm um contato, os alunos mandavam cartinhas para ela, fizemos confraternizações e chamávamos ela para participar. Eu sempre estava em contato com a professora domiciliar, olhava caderno, elaborávamos material junto, eu até fui na casa da aluna (Professora 9).

O sucesso da (re)inserção escolar, segundo levantamento de Desrocher e Rovet (2004), acontece devido a um planejamento da equipe multidisciplinar, incluindo serviços de saúde, a escola e familiares, pois essas crianças e esses adolescentes vivem uma dualidade de emoções na sua reintegração, sendo ao mesmo tempo novidade e retorno à sua rotina, ao convívio com os colegas, sentem-se aflitos, angustiados das incertezas de como será novamente estar na escola, e se preocupam bastante com as mudanças muitas vezes ocorridas na sua aparência física (CAMARA, 2011).

Nessas circunstâncias “[...] há que se atentar para que a continuidade da caminhada educacional não seja vista pela criança como um drama a ser superado, mas, antes, um evento de adaptação à normalização da vida” (ORTIZ; FREITAS, 2002, p. 2).

A (re)inserção escolar deve ser incentivada, enfrentada e reconquistada pelas crianças e pelos adolescentes que estiveram ausentes da escola. Para se ter uma significação prazerosa nesse processo é necessário estabelecer relações carinhosas, preparo de técnicas educacionais adequadas e conhecimento, por parte dos docentes, quanto às informações específicas sobre o tratamento médico, ainda necessário (ORTIZ; FREITAS, 2002).

Toda ação pedagógica que se realiza dentro da concepção afetiva pode contribuir para a aprendizagem dos alunos e para o trabalho em equipe dos educadores. Como se sabe, o ato de ensinar é resultado de uma prática pedagógica relacional, por isso envolve a afetividade dos educandos e dos profissionais que estão envolvidos no processo de ensino-aprendizagem (SANTOS; JUNQUEIRA; SILVA, 2016).

Segundo Wallon (apud LE LA TAILLE; OLIVEIRA; DANTAS, 1992, p. 90), a afetividade:

[...] é uma fase do desenvolvimento humano, a mais arcaica. O ser humano foi, logo que saiu da vida puramente orgânica, um ser afetivo. Da afetividade diferenciou-se, lentamente, a vida racional, portanto, no início da vida, afetividade e inteligência estão sincronicamente misturadas, com o predomínio da primeira.

Sendo a relação afetiva e a aprendizagem diretamente relacionadas, a aprendizagem da criança depende da relação afetiva que é construída entre professor e aluno (SANTOS; JUNQUEIRA; SILVA, 2016).

Os profissionais da educação, tanto da escola de origem quanto os do atendimento educacional no ambiente hospitalar, são peças fundamentais no processo de (re)inserção escolar. As diversas mudanças que aconteceram com a criança ou o adolescente durante o período em que estiveram ausentes requerem ações e comprometimentos, por parte dos professores, que configuram novas responsabilidades e que impõem um novo fazer e agir (MELO; CARDOSO, 2007).

Para o professor da escola de origem, esse seu novo olhar e atuação com a criança se revela principalmente no fato de oferecer um acompanhamento especial, principalmente àqueles com doenças crônicas, respeitando suas limitações e visando à sua máxima reintegração ao grupo: “Configurar a diferença e se tornar com isso referência como artífice da educação, bem como mostrar que sempre é possível fazer a diferença, precisa estar imbuído no caráter do professor” (MELO; CARDOSO, 2007, p. 126).

Existem, portanto, algumas dificuldades pedagógicas que podem influenciar no processo de (re)inserção escolar das crianças que se encontravam hospitalizadas, principalmente no seu processo de ensino-aprendizagem, porém um olhar atento e ações cuidadosas envolvendo a afetividade na relação professor-aluno podem contribuir na readaptação escolar dessa criança no seu retorno escolar.

5.4.3 Flexibilização de currículo

Neste subitem foi verificado, junto às professoras, como se configuram suas práticas pedagógicas diante da criança que esteve ausente devido a um motivo de saúde. Foi abordada o eixo da flexibilização do currículo, assunto subdividido em duas categorias: planejamento e adaptação.

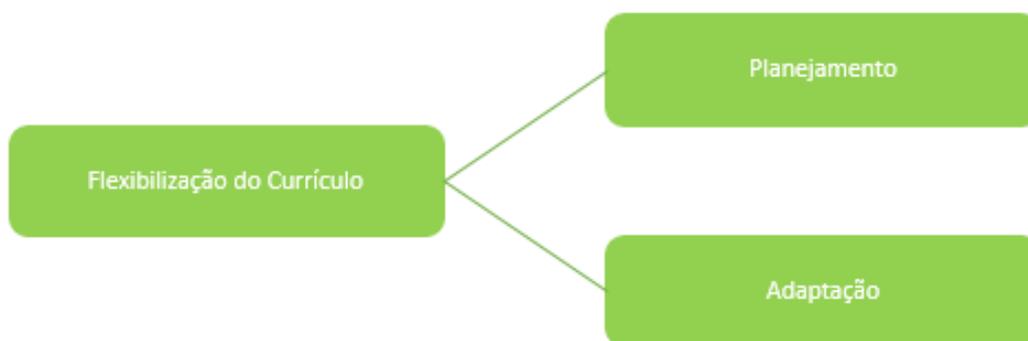


Figura 4: Categoria Flexibilização de Currículo

Segundo relato das Professoras 1, 2, 3, 6, 7 e 9, é necessário haver uma flexibilização e adaptação do currículo com as crianças que estiveram ausentes da sala de aula:

Tem que retomar. Eu tenho que voltar do ponto que ela está. Eu não posso insistir em algo que ela não está conseguindo fazer. Eu tenho que voltar o conteúdo (Professora 1).

É assim, a criança recebe atendimento diferenciado. Até a avaliação a gente adapta (Professora 2).

Tem que retroceder, né. Geralmente eu tenho que retroceder aquilo que não foi trabalhado com ele, quando esteve ausente. Porque ele chega perdido. Por que justamente, é o que estamos conversando, não existe aquele elo entre Classe Hospitalar e escola. Complicado! (Professora 3).

Com certeza tem que fazer um trabalho diferenciado. É mais que a minha obrigação em fazer. Eles voltam mesmo (fragilizados). Dizer que eles voltam igual estavam na sala de aula, não voltam. Até os que estão na sala de aula não acompanham tanto, não é? [...] é feito atividades diferenciadas, trabalhos, e trabalhos em grupo na sala de aula para ele se adaptar melhor (Professora 6).

Então, ele é um aluno que precisava de uma professora só para ele, ele não retém o conhecimento, você ensina, ensina o ano inteiro, ele não absorve. Se ele aprendeu alguma coisa lá (Classe Hospitalar), eu não percebi, não se percebe o conhecimento dele.

Fiz relatório sobre ele, ele não acompanhava a turma de jeito nenhum. Ele não tem conhecimento de mundo, não sabe o que é frente e trás do caderno. É bem difícil falar do aluno (Professora 7).

A flexibilização de currículo aconteceu através do contato com o professor domiciliar. Auxilio ela na elaboração das atividades. A cada 15 dias nós nos encontrávamos para alinhar as atividades da sala com as que seriam dadas na casa da aluna (Professora 9).

A palavra "currículo" tem origem no latim *currere* e significa “[...] caminho, jornada, trajetória, percurso a seguir e encerra, por isso, duas ideias principais: uma de sequência ordenada, outra de noção de totalidade de estudos” (MACEDO, 2007, p. 22). Currículo é aquele documento que define a direção, o caminho e, “[...] enquanto construção social, cultural e ideológica, jamais poderá ficar dissociado da teorização e da discussão da objetividade no campo da educação” (PACHECO, 2005, p. 78).

Para Pacheco (2005), currículo é um projeto de formação (envolvendo conteúdos, valores, atitudes e experiências) cuja elaboração se faz a partir de uma multiplicidade de práticas inter-relacionadas através de deliberações tomadas nos contextos social, cultural (e também político e ideológico) e econômico.

Assim, as adaptações do currículo comum têm por objetivo “[...] atender as necessidades particulares de estudantes, decorrentes de sua elevada capacidade ou de suas dificuldades para aprender” (DISTRITO FEDERAL, 2013, p. 9). Apesar de as adaptações de currículo estarem presentes nas políticas de educação especial, o que se faz necessário é realizar adaptações aos alunos de acordo com as suas necessidades de aprendizagens, pois visa um trabalho pedagógico inclusivo: “[...] que atenda ao mesmo tempo à diversidade humana e à identidade cultural local” (FLORIANI; FERNADINDES, 2015, p. 5).

A partir de 1990 passou-se a falar de flexibilização curricular. Trata-se de um conceito mais amplo, “[...] como uma tentativa de equilíbrio entre o comum e o individual, com o discurso da educação voltada para todos, numa perspectiva de modificação da forma de ensinar em sala de aula” (FLORIANI; FERNANDES, 2015, p. 6). Nota-se, no discurso dos professores entrevistados, a importância de uma flexibilização de currículo para atender às necessidades educacionais individuais dos alunos que voltaram da hospitalização.

O currículo deve ser pensado, planejado e adaptado de maneira contextualizada, considerando a valorização das experiências e dos saberes do educando. A proposta de ensino interdisciplinar possibilita superar a fragmentação do conhecimento e otimizar o tempo de ensino. Tal currículo com caráter flexível considera as peculiaridades, as habilidades e as competências dos estudantes, permitindo que as suas potencialidades sejam descobertas e valorizadas, principalmente quando se encontram fragilizados após a hospitalização.

5.4.4 Aprendizagem pós-hospitalização

Este subitem trata da verificação feita junto aos professores atuais das crianças sobre como se encontra o atual processo de aprendizagem daquelas crianças que estiveram ausentes da sala de aula durante um certo período. Esse eixo, para melhor entendimento do item, foi subdividida em duas categorias: interação social e superação.

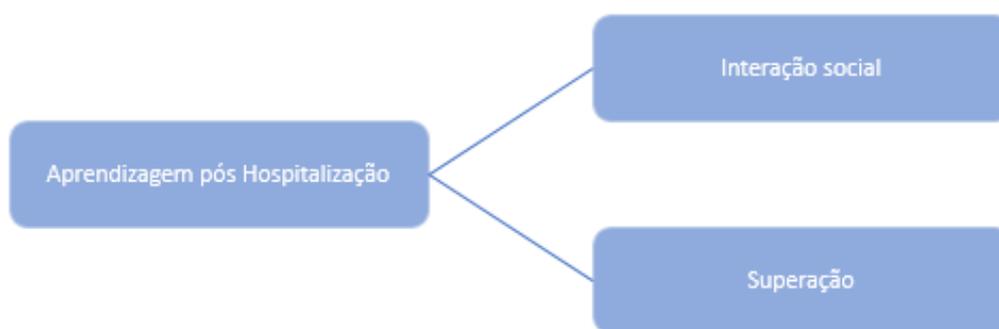


Figura 5: Categoria Aprendizagem Pós-Hospitalização

Segundo os relatos das Professoras 1 e 2, as crianças conseguem acompanhar a turma:

Atualmente ela acompanha, mas tem que adequar a atividade para ela – as atividades dela é toda adaptada, inclusive a prova dela (Professor 1).

Ah, sim. É uma gracinha, bonzinho. Tem aquelas dificuldades, necessidades da idade, mas também não tem “aquelas” dificuldades de aprendizagem (Professor 2).

Já segundo o relato da Professora 8, devido ao fato de a aluna faltar muito, ela apresenta algumas dificuldades no acompanhamento da turma:

Olha, como ela é faltosa, ela não faz nem prova. Ficou duas semanas sem vir, mas não tem atestado, não tem nada, entendeu? Não sei se viajou. Acho que não, por que vejo ela nos outros dias que eu não dou aula para ela aqui na escola (Professor 8).

Foi percebido, durante as entrevistas, que algumas crianças conseguem se adaptar novamente ao cotidiano escolar, já outras apresentam alguma dificuldade na sua (re)inserção.

Vygotsky, na sua teoria, propõe uma visão de desenvolvimento humano embasada na concepção de um organismo ativo, em que o pensamento é estabelecido progressivamente a partir de um meio histórico e social.

Conforme Vygotsky (1984), a interação social é origem e aquilo que movimenta a aprendizagem e o desenvolvimento intelectual. Desse modo, a interação social se constitui como um fator primordial no desenvolvimento cognitivo e toda função no desenvolvimento cultural de um sujeito aparece primeiro no nível social, entre pessoas (interpessoal), e depois no nível individual, dentro dele próprio (intrapessoal). Assim, a aprendizagem nada mais é do que um processo no qual o indivíduo contribui para a vida cognitiva daqueles que dividem o mesmo ambiente.

Desse modo, a interação social das crianças que se encontram hospitalizadas e das crianças que voltam para a escola de origem é fundamental no seu processo de aprendizagem, fortalecendo o seu desenvolvimento humano.

A criança relatada pelo Professor 8 é a Criança 7, que tem leucemia, que é uma doença crônica. Segundo a sua professora, é submetida frequentemente a internações e a procedimentos hospitalares. Talvez esse seja um dos motivos que a faz ser bastante faltosa, mas caberia também ao professor procurar investigar quais são os verdadeiros motivos da sua ausência, isso na busca de proporcionar uma integração ao ambiente escolar.

Segundo Granemann (2015, p. 175855), algumas vezes, quando o aluno com câncer chega à escola:

[...] traz alguns efeitos colaterais do tratamento/internação que, em geral, é longo e invasivo. Por suas características, não pertence

ao grupo de alunos especiais, constituídos de algum tipo de deficiência visual, auditiva ou intelectual. Geralmente, ele é antigo aluno da escola e agora, vitimado por uma doença, necessita de cuidados especiais, transitórios e distintos conforme a fase de tratamento.

Apesar dessas dificuldades, cabe ao professor contribuir para a superação dessas adversidades que a criança pós-hospitalizada enfrentará na sua (re)inserção escolar. A interação social estabelecida é fundamental no processo de readaptação escolar.

A concepção defendida por Vygotsky (1984) baseia-se na ideia de que um indivíduo é interativo, que constrói seus conhecimentos sobre os objetos em um processo de mediação com as outras pessoas. O conhecimento nasce nas relações sociais, ou seja, é produzido a partir das trocas estabelecidas entre as pessoas, sendo gerado na intersubjetividade e assinalado por caráter cultural, social e histórico.

Um outro fator importante na adaptação e aprendizagem após a hospitalização da criança é o apoio familiar. A família se torna fundamental no processo de superação e de enfrentamento das dificuldades escolares, pois acabaram de passar por um tratamento, muitas vezes difícil, e não estão ainda preparados para a rotina escolar, mas, com o trabalho realizado pelo atendimento educacional no ambiente hospitalar, essas dificuldades em readaptação podem ser minimizadas, pois, de uma certa forma, foi mantido um vínculo escolar importante durante a hospitalização.

A criança pós-hospitalizada, quando reincluída no ensino regular, sente-se novamente igual às demais, uma vez que a escola tradicional sugere certo *status* entre os escolares. Tal afirmação é sinalizada por Ortiz: “Para o paciente, o reingresso escolar é uma garantia de tornar-se senhor de sua vida, tornar-se igual aos outros. É a superação de um estágio um tanto quanto conflituoso” (ORTIZ, 2002, p. 98).

5.4.5 Contribuições do Atendimento Educacional no Ambiente Hospitalar

Este subitem questiona os professores atuais das crianças reingressas sobre quais foram as contribuições do atendimento educacional no ambiente hospitalar para a (re)inserção escolar dos alunos. Esse eixo foi subdividido entre

três categorias para melhor entendimento: importância do atendimento educacional no ambiente hospitalar, direito da criança e identidade.

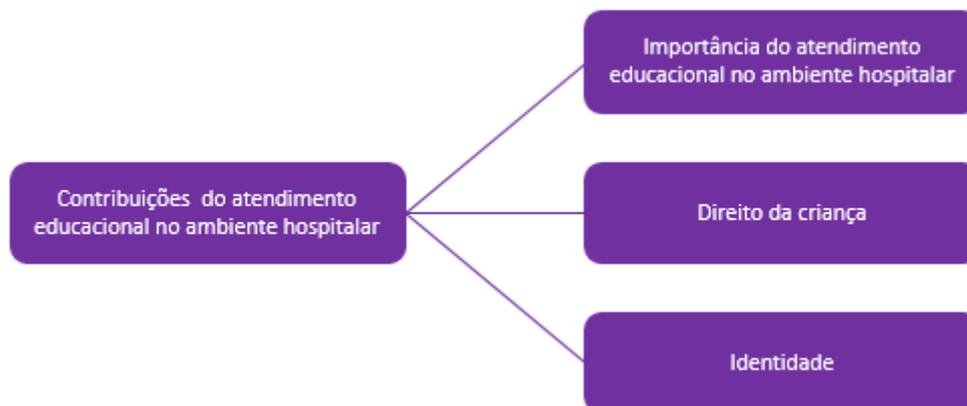


Figura 5: Categoria Contribuições do Atendimento Educacional no Ambiente Hospitalar

Os relatos das Professoras 1, 2 e 8 apontaram que:

Eu acho que a Classe Hospitalar tinha que dar uma devolutiva para o aluno, a criança tinha que ficar com a atividade, para trazer para mim. Se não pode trazer, o que eles tinham que fazer era tirar uma xérox colorida da atividade que ela fez, fazer uma pastinha e entregar para a criança, para eu dar continuidade, porque eu sei o que eu mandei, mas eu não sei se executou a atividade, porque ela não retornou para mim, entendeu? (Professor 1).

Contribuiu, sim. A Classe Hospitalar é importante, mas tem que ter sempre essa ligação com a escola, sempre! E a devolutiva também do trabalho feito também (Professor 2).

Não notei diferença. Como falei, ela é uma aluna muito faltosa. Não consigo avaliar esta aluna (Professor 8).

O direito em educação não se encerra para a criança hospitalizada. Existem leis que garantem a continuidade da sua escolarização mesmo estando dentro do ambiente hospitalar. É como se fosse o funcionamento de uma escola dentro dos hospitais, com professores capacitados para esse atendimento especializado e que fornecem a percepção de que a vida acadêmica continua, mesmo não estando frequentando a escola regular.

Conforme aponta Ceccim (1999), o acompanhamento pedagógico hospitalar favorece uma construção subjetiva da criança em desenvolvimento diante dos laços de aprendizagem ali presentes (relações com os colegas e

relações de aprendizagens mediadas pelo professor), além de contribuir para com a (re)inserção na escola após a alta médica.

O período de aprendizagem no ambiente hospitalar se constitui em aquisição de conhecimentos e de novos significados – não acessíveis a alunos não hospitalizados. Não se trata apenas de momentos de fragilidades impostas pela enfermidade, pois também envolve um desenvolvimento afetivo, psíquico e social (FONTES, 2004).

Segundo Ortíz e Freitas (2005), foi visto que acontece uma perda de identidade dentro do ambiente hospitalar, a criança passa a ser reconhecida como "paciente da doença x" ou "paciente do leito y". Assim o atendimento educacional no ambiente hospitalar é um espaço de acolhimento para a criança e a sua família, resgate da sua identidade, estabelecendo um elo entre o seu convívio social, além de dar continuidade à sua vida escolar.

Assim, as contribuições do atendimento educacional no ambiente hospitalar na vida dessas crianças e desses adolescentes que se encontram hospitalizados envolve muito mais que meros conteúdos acadêmicos. É acolhida, é escuta, é afetividade, é convívio social, é resgate de autoestima e, muitas vezes, da sua própria saúde e identidade. Então, esse atendimento consiste num importante direito, que deve ser atendido e fortalecido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Não há saber mais ou saber menos. Há saberes diferentes”.

Paulo Freire

A realização desta pesquisa apresentou algumas dificuldades, principalmente dificuldades relacionadas à coleta dos dados preliminares. Inicialmente foi muito difícil coletar os dados dos alunos através da coordenação do atendimento educacional no ambiente hospitalar. Algumas vezes foi negado o fornecimento desses dados. No todo, porém, a realização do trabalho foi extremamente gratificante. Trata-se do resultado de uma grande aprendizagem, das experiências vividas e da soma de um crescimento profissional e pessoal. Tratou-se de um trabalho que, em meio a vários compromissos acadêmicos, exigiu dedicação, interesse e também autonomia. Foi preciso desenvolver, com muito cuidado, um olhar atento na pesquisa para manter a imparcialidade na análise dos dados levantados. Então, toda essa atividade de estudo e pesquisa proporcionou perceber e conhecer a educação em geral, mas principalmente a das crianças hospitalizadas, através de novos ângulos.

Ao analisar e entrelaçar os achados da pesquisa foi possível chegar a algumas considerações sobre o problema investigado, que pretendia: “Compreender o processo de (re)inserção escolar das crianças de 6 a 13 anos que frequentaram atendimento educacional no ambiente hospitalar em Campo Grande/MS, durante o ano de 2016”.

Investigar esse tema foi um desafio, porque instigou a compreender, primeiramente, os aspectos relacionados à descoberta da infância como uma fase específica da existência humana, funcionamento e legislações sobre o atendimento educacional no ambiente hospitalar, aprendizagem segundo Vygotsky e sobre a (re)inserção escolar após a hospitalização.

Como foi discutido no decorrer desta pesquisa, as crianças que se encontram hospitalizadas, somente a partir da Constituição Federal de 1988 passaram a vivenciar um processo de reconhecimento no cenário das políticas públicas da educação, com a garantia constitucional dos direitos sociais à saúde e à educação, principalmente mediante a Resolução CONANDA nº 41, de 13 de outubro de 1995, o atendimento educacional em ambiente hospitalar foi inserido

na LDB de 1996 como educação especial, sendo uma modalidade de ensino, como parte de educação inclusiva.

Pôde ser observado, durante a pesquisa, que o atendimento educacional no ambiente hospitalar é de extrema importância para as crianças e os adolescentes que passam por um determinado período ausentes da escola de origem, mesmo que sejam poucos dias, como foi o caso de algumas das crianças deste estudo (7 dias), pois esse elo entre hospital e escola é extremamente importante para manter a aprendizagem e o desenvolvimento humano, pois é através do contato social que elas se desenvolvem.

As práticas pedagógicas existentes no atendimento educacional no ambiente hospitalar, tanto “na sala de atendimento”, quanto no leito, são práticas alicerçadas na gestão do cuidado e na compreensão do outro como legítimo outro. O que me faz inferir que essas práticas devem estar incluídas na formação continuada de professores, mas também já na chamada formação inicial para a docência, ou seja, na graduação. E, principalmente pela prática na classe hospitalar e a troca com os alunos e colegas de trabalho.

O atendimento educacional no ambiente hospitalar favorece a (re)inserção das crianças quando retornam para a escola de origem, pois não perderam o vínculo com o mundo escolar, isso favorecendo a sua aprendizagem e o seu desenvolvimento humano.

Ao retornarem para a escola, assunto também tratado nesta pesquisa, é necessário haver uma atenção e olhar especial do professor para esses alunos que se encontravam hospitalizados, pois muitos deles voltam fragilizados, com medo, com angústias. Esse estado fragilizado, mesmo superada a doença inicial, desfavorece o processo de aprendizagem, situação que precisa ser enfrentada pela flexibilização e pela adaptação curricular.

A interação social é fundamental para a criança/adolescente que se encontra hospitalizado. É essa interação que movimenta todo o processo de aprendizagem e de desenvolvimento intelectual humano. O contato social, principalmente com o professor quando a criança está no hospital, faz com que aconteça o desenvolvimento cognitivo.

O atendimento educacional no ambiente hospitalar no Estado de Mato Grosso do Sul ainda é muito tímido se comparado com outros estados,

principalmente com o estado do Paraná, onde funcionam muitos programas voltados para essa clientela.

E, atualmente, não temos nenhum programa no estado que acompanhe o retorno das crianças a escola de origem. Durante a pesquisa foram buscadas informações sobre isso, porém sem sucesso. Não temos dados se as crianças reinseridas conseguiram se adaptar novamente à sua rotina anterior e se os atendimentos educacionais no ambiente hospitalar as auxiliaram no seu processo pedagógico. Nada consta, nas entrevistas realizadas, que tenha havido envio regular das atividades realizadas durante a hospitalização para a escola de origem, o que seria muito importante para os professores regentes poderem dar continuidade com as crianças, quando do retorno delas.

Mesmo assim, no entanto, de acordo com as pessoas entrevistadas, a (re)inserção escolar acontece porque as crianças não “saíram” do ritmo escolar durante o período de hospitalização. Elas, quando retornam para a escola de origem, devido à enfermidade, podem até apresentar algumas dificuldades na adaptação, mas, com o encorajamento da equipe escolar e da família, todas essas nuances podem ser superadas e as crianças voltarem à sua rotina escolar normalmente.

Para finalizar, acrescento que busquei, com este estudo, trazer considerações que possam somar-se às discussões e reflexões acerca da (re)inserção dessas crianças na escola regular, assim como incentivar outros estudos que venham a contribuir com o atendimento educacional hospitalar.

REFERÊNCIAS

“Livros não mudam o mundo, quem muda o mundo são as pessoas.
Os livros só mudam as pessoas”.

Mário Quintana

ALVES, Alcione da Cruz Rocha et al. Classe hospitalar: um caminho possível para inserção, permanência e continuidade do processo educativo. **Pedagogia em Ação**, vol. 2, n. 2, p. 1-117, nov. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pedagogiacao/article/view/4847/5026>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

ARAÚJO, Juliane Pagliari et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol. 67, p. 1000-1007, 2014. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/ec44e14d962c9159a7e8b24fcc1b2b44/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2032618>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Tradução Dora Flaskman. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1981.

BARROS, Alessandra Santana Soares e. Contribuições da educação profissional em saúde à formação para o trabalho em classes hospitalares. **Cad. CEDES**, Campinas/SP, v. 27, n. 73, set./dez. 2007.

BORTOLANZA, Ana Maria Esteves; RINGEL, Fernando. Vygotsky e as origens da teoria histórico-cultural: estudo teórico. **Educativa**, v. 19, n. 3, p. 1020-1042, 2017. Disponível em: <<http://revistas.pucgoias.edu.br/index.php/educativa/article/view/5464>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

BRANDÃO, Aline Dias; FUJISAWA, Dirce Shizuko; CARDOSO, Jefferson Rosa. Características de crianças com mielomeningocele: implicações para a fisioterapia. **Fisioterapia em Movimento**, v. 22, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/19357>>. Acesso em: 11 out. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.716, de 24 de setembro de 2018. Brasília, DF: **Senado Federal**, 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13716.htm>. Acesso em: 25 set. 2018.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 41**, de 19 de outubro de 1995. Diária Oficial. Seção I, p. 163/9-163/20. Brasília. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id2178.htm>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

_____. **Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica.** Resolução CNE/CBE n. 2 de 11/9/2001. Diário Oficial da União n. 177, seção 1E de 14/9/2001, p. 39-40. Brasília: Imprensa Oficial. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2018.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente.** 12. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>>. Acesso em: 17 dez. 2017.

_____. **LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** 11. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. – (Série Legislação, n. 159). Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/proen/ldb_11ed.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CEB nº 2, de 11 de setembro de 2001.** Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Brasília, DF: MEC/SEESP, 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Ministério da Educação. **Diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica.** Secretaria de Educação Especial. Brasília, DF: Ed. MEC/SEESP, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 8 jan. 2018.

_____. Ministério da Educação. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações.** Brasília, DF: Ed. MEC/SEESP, 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/livro9.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2017.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial Política Nacional de Educação Especial. Brasília, DF: MEC/SEESP, 1994. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16690-politica-nacional-de-educacao-especial-na-perspectiva-da-educacao-inclusiva-05122014&Itemid=30192>. Acesso em: 1º out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012.

BOCK, Ana M. Bahia (Org.). **Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia.** 13. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

BOGDAN, Robert C.; BIKLEN, Sari K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** Porto, PRT: Porto Editora, 1994.

CAMARA, Cristina Targas. A reinserção escolar de crianças e de adolescentes com câncer após o término do tratamento: subsídios para o cuidado de enfermagem, Ribeirão Preto/AP. 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/Frederico/Downloads/CristinaTargasCamara%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Frederico/Downloads/CristinaTargasCamara%20(1).pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2018.

CAMPOS, Gleisy Vieira. Classe hospitalar, inclusão e aprendizagem: uma experiência mediada pelas tecnologias da informação e comunicação. **Revista Extensão & Cidadania**, v. 1, n. 1, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.uesb.br/index.php/recuesb/article/view/5402>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. Antonacci. Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre, RS: Editora da UFRGS, 1997.

CECCIM, Ricardo Burg. Classe hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. **Pátio**. Ano 3, nº 10, ago./out. 1999a. Disponível em: <<http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/84/classehospitalarceccimpatio.pdf>>. Acesso em 12 jul. 2018.

CECCIM, Ricardo Burg; FONSECA, E. S. Classe hospitalar: buscando padrões referenciais de atendimento pedagógico-educacional à criança e ao adolescente hospitalizado. **Revista Integração**, ano 9, n. 21, p. 31-39. 1999.

CLANDININ, D. Jean; CONNELLY, Edvard Michael. **Narrative inquiry: experience and story in qualitative research**. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.

_____. **Pesquisa narrativa: experiências e história na pesquisa qualitativa**. Tradução: Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores ILEEL/UFU. Uberlândia, MG: EDUFU, 2011.

COELHO, Luana; PISONI, Sileno. Vygotsky: sua teoria e a influência na educação. **Revista Modelos – FACOS/CNE C. Osório**. Ano, 2012. Disponível em: <http://facos.edu.br/publicacoes/revistas/e-ped/agosto_2012/pdf/vygotsky_-_sua_teorica_e_a_influencia_na_educacao.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2018.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

DANIELS, Harry. **Vygotsky e a pedagogia**. Tradução Milton Camargo Mota. São Paulo: Edições Layola: 2003.

DARELA, Maristela Silva et al. **Classe hospitalar e escola regular: tecendo encontros**. 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/89924>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

DEWEY, John. **Experience and education**. New Yourk: Macmillan, (1939) 1963.

DISTRITO FEDERAL. Currículo em movimento da educação básica. **Secretaria de Estado de Educação**, GDF/SEEDF, 2013.

ELMAN, Ilana; SILVA, Maria Elisabeth Machado Pinto. Crianças portadoras de leucemia linfóide aguda: análise dos limiares de detecção dos gostos básicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 3, p. 297-303, 2007. Disponível

em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v03/pdf/artigo3.pdf>. Acesso em: 11 out. 2018.

FONSECA, Eneida Simões da. **Atendimento escolar no ambiente hospitalar**. São Paulo: Memnon, 2003.

FONSECA, Eneida Simões da. **Hospitais com escolas e atendimento domiciliar para crianças doentes**. Disponível em: <<http://www.escolahospitalar.uerj.br/>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

FONTES, Rejane Souza de. A reinvenção da escola a partir de uma experiência instituinte em hospital. **Educação e Pesquisa**, v. 30, n. 2, p. 271-282, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ep/v30n2/v30n2a05.pdf>>. Acesso em: 19 out 2018.

FREITAS, Maria Teresa de Assunção. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cadernos de Pesquisa**, n. 116, p. 21-39, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0100-15742002000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 ago. 2018.

FLORIANI, Fátima Heraki; FERNANDES, Sueli de Fátima. **Flexibilização e adaptação curricular: desafios dos sistemas de ensino para equilibrar o comum e o individual em contextos inclusivos**. 2015. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1527-8.pdf>>. Acesso em: 1º out. 2018.

GRANEMANN, Jucélia Linhares. Discutindo a inclusão e a atuação do professor no cotidiano escolar de alunos com câncer na classe hospitalar. In: **9º Encontro Nacional sobre atendimento escolar hospitalar e 3º Seminário Internacional de Representações sociais**, 2015, Curitiba/PR. IX Encontro Nacional sobre Atendimento Escolar Hospitalar e III Seminário Internacional de Representações Sociais. Curitiba/PR: PUC/PR, 2015. Disponível em: <<https://educere.pucpr.br/p1/anais.html?tipo=&titulo=&edicao=&autor=JUC%C3%89LIA+LINHARES&area=>>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

GUIMARÃES, Eva Carolina. Programa de orientação de professores para a reinserção escolar de alunos com câncer. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2013. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/pgac/wp-content/uploads/2014/05/Programa-de-orienta%C3%A7%C3%A3o-de-professores-para-a-reinser%C3%A7%C3%A3o-escolar-de-alunos-com-c%C3%A2ncer1.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

HERMAN, A. R. S.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Intervenção psicoeducacional e cuidador com criança com câncer: relato de caso. **Revista Ciência e Saúde**. São José do Rio Preto/SP, v. 14, n. 4, out. 2007. Disponível em: <http://repositorio-ra.cs.famerp.br/racs_ol/vol-14-4/ID251.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2018.

KRUSCHEWSKY, Julie Eloy. Experiências pedagógicas de educação popular saúde: a pedagogia tradicional *versus* a problematizadora. **Saúde.com**, v. 4, n. 1.

2016. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/94/442>>. Acesso em: 5 set. 2018.

KHULMANN Jr., Moysés. **Infância e educação infantil** – uma abordagem histórica. Porto Alegre, RS: Mediação, 1998.

LABOV, William. Some further steps in narrative analysis. **Journal of Narrative and Life History**. v. 7, n. 1-4, p. 395-415. 1997. Disponível em: <<http://www.ling.upe.nn.edu/~wlabov/sfs.html#fnB1>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. 3ª Ed. São Paulo: Atlas 2003.

LEONTIEV, Alexis. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Horizonte, 1978.

LIBÂNIO, José Carlos. A aprendizagem escolar e a formação de professores na perspectiva da psicologia histórico-cultural e da teoria da atividade. **Educar em Revista**, v. 20, n. 24, p. 113-147, 2004. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/educar/article/viewFile/2211/1854>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

LINHEIRA, Caroline Z. **O ensino de ciências na classe hospitalar**: um estudo de caso no Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis/SC. 2006, 151f. Dissertação (Mestrado em Educação Científica e Tecnológica). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

MACEDO, Roberto Sidnei. **Currículo**: campo, conceito e pesquisa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MELO, Marilândes Mól Ribeiro; CARDOSO, Terezinha Maria. Classe hospitalar e escola regular: estreitando laços. **Ponto de Vista: Revista de Educação e Processos Inclusivos**, n. 9, p. 113-130, 2007. Disponível em: <<file:///C:/Users/Frederico/Downloads/20427-64916-1-PB.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2018.

MENEZES, Cinthya Vernizi A. de. **A necessidade da formação do pedagogo para atuar em ambiente hospitalar**: um estudo de caso em enfermarias pediátricas do Hospital de Clínicas da UFPR. 2004. 118f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - UFSC, Florianópolis.

MUYLAERT, Camila Junqueira et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n esp. 2, p. 193-199, 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103125/101472>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hicotec, 2014.

_____, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.

_____, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

NOFFS, Neide de Aquino; CARNEIRO, Maria Ângela Barbato. A educação e a saúde: brinquedoteca hospitalar espaço de ressignificação para a criança internada. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 5, n. 3, p. 355-363, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamerica/article/view/3710>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

OLIVEIRA, Menezes de; PAIVA, Vera Lúcia. A pesquisa narrativa: uma introdução. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, v. 8, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3398/339829603001/>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

OLIVEIRA, Tyara Carvalho de. Um breve histórico sobre as classes hospitalares no Brasil e no mundo. In: XI CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, XI, 2013, Curitiba. **Anais eletrônicos...** Curitiba: Educere, 2013. Disponível em: <http://educere.bruc.com.br/ANAIS2013/pdf/9052_5537.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2018.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948.

ORTIZ, Leodi Conceição Meireles; FREITAS, Soraia Napoleão. **Classe hospitalar**: caminhos pedagógicos entre saúde e educação. Campo Grande, MS: Editora da UFSM, 2005.

ORTIZ, Leodi Conceição Meireles; FREITAS, Soraia Napoleão. Considerações acerca da inclusão escolar de crianças pós-hospitalizadas. **Cadernos de Educação Especial**, 2002, n. 20. Disponível em: <<http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/53/inclusaoescolarcriancasposhospitalizadas.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

PACHECO, José Augusto. **Escritos curriculares**. São Paulo: Cortez, 2005.

175855, Ercília Maria Angeli Teixeira de et al. A brinquedoteca e a escola no hospital: espaços diferenciados que se complementam. In: VII CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2007, Curitiba. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/CI-384-12.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

PUNTES, Roberto V.; LONGAREZI, Andréa M. Escola e didática desenvolvimental: seu campo conceitual na tradição da teoria histórico-cultural. **Educação em Revista**, v. 29, n. 1, p. 247-271, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/edur/2013nahead/aop_224.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2018.

REGO, Teresa Cristina. **Vygotsky**: uma perspectiva histórico-cultural da educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

SANTOS, Anderson Oramisio; JUNQUEIRA, Adriana Mariano Rodrigues; SILVA, Graciela Nunes da. A afetividade no processo de ensino e aprendizagem:

diálogos em Wallon e Vygotsky. **Perspectivas em Psicologia**, v. 20, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/35591>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

SILVA, Milene Bartolomei; ALMEIDA, Ordália Alves. Brincar e aprender em hospitais: enfrentamento da doença na infância. **Educativa**, v. 19, n. 1, p. 33-51, 2016. Disponível em: <<http://revistas.pucgoias.edu.br/index.php/educativa/article/view/5014>>. Acesso em: 11 dez. 2018.

SILVA, Milene Bartolomei; AYDOS, Ricardo Dutra; ALMEIDA, Ordália Alves. A criança hospitalizada e o processo de ensino e aprendizagem: direito inalienável. In: SILVA, Milene Bartolomei; AYDOS, Ricardo Dutra; ALMEIDA, Ordália Alves (Org.). **Infância, educação e saúde: intersecções necessárias**. Campo Grande, MS: Editora da UFMS, 2016. p. 115-136.

SILVA, Lucas Tagliari; PAULA, Ercília Maria Angeli Teixeira de. Atuação de diferentes profissionais em brinquedotecas hospitalares: características e funções. **LICERE-Revista do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, v. 18, n. 2, p. 329-349, 2015. Disponível em: <https://seer.ufmg.br/index.php/licere/article/view/1054>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

SCHRAIBER, Lília Blima. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**. 1995; 29(1):63-74. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rsp/1995.v29n1/63-74/pt>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

TAILLE, Yves de la; OLIVEIRA, Marta Kohl de; DANTAS, Heloysa. **Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão**. São Paulo: Summus Editorial, 1992.

UNICEF et al. A Convenção sobre os Direitos da Criança. Adaptada pela Assembléia Geral nas Nações Unidas em, v. 20, 1989. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex41.htm>. Acesso em: 11 dez. 2018.

UNICEF. Declaração universal dos direitos das crianças. Nova Iorque, 1959. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Crian%C3%A7a/declaracao-dos-direitos-da-crianca.html>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

VASCONCELOS, Sandra Maia Farias. **Classe hospitalar no mundo: um desafio à infância em sofrimento**. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/57ra/programas/CONF_SIMP/textos/sandramaia-hospitalar.htm>. Acesso em: 17 set. 2018.

VASCONCELOS, Sandra Maia Faria. Classe hospitalar no mundo: um desafio à infância em sofrimento. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, 57, 2005, Fortaleza. **Anais eletrônicos**. Fortaleza: SBPC, 2005. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/57ra/programas/CONF_SIMP/textos/sandramaia-hospitalar.htm>. Acesso em: 5 out. 2017.

VEIGA, Ilma P. A. **Didática: O ensino e suas relações**. Campinas, SP: Papirus 2014.

VIEIRA, Therezinha et al. A criança com leucemia, o seu tratamento e o brincar. In: PEREZ-RAMOS, Aidyk M. Queiroz; OLIVEIRA, Vera Barros (Org.). **Brincar é saúde: o lúdico como estratégia preventiva**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2010.

VYGOTSKY, Leontiev S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

_____. **Investigaciones psicológicas escogidas**. Moscú: Editorial de la ACP de la RSFSR, 1956.

WALLON, Henri. A evolução psicológica da criança. Lisboa: Edições 70, 1968.

WOLF, Rosângela Abreu do Prado. Pedagogia hospitalar: a prática do pedagogo em instituição não escolar. **Revista Conexão**, v. 3, p. 1-68, 2007. Disponível em: <<http://www.uepg.br/revistaconexao/revista/edicao03/artigo11.pdf>>. Acesso em: 12 jul 2018.

ANEXOS

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário Atendimento Educacional no Ambiente Hospitalar Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP/UFMS

Entrevistada(o):

Cargo/Função:

Data: / /

1. Atualmente quantos professores temos na Classe Hospitalar? Quais as suas formações? Especialização? E tempo de trabalho na Classe Hospitalar do HU?
2. Como é caracterizada a rotina dos professores no hospital junto aos alunos?
3. Como é o vínculo dos professores hospitalares com os professores da escola regular e com a escola de origem?
4. Qual é a média do número de alunos que frequentam a classe hospitalar? Quais são as idades deles? Em anos escolares se enquadram?
5. Existe alguma dificuldade para a escolarização dos alunos hospitalizados? Se sim, citar alguma/s.
6. Quais são as contribuições da Classe Hospitalar para a aprendizagem dos alunos hospitalizados?
7. Há algum acompanhamento das crianças que retornam à escola regular?
8. Quantas Classes Hospitalares estão em funcionamento hoje no Estado?
9. Liste: quais crianças de 6 a 13 anos que frequentaram a Classe Hospitalar no ano de 2016 e voltaram para a escola pública em Campo Grande.

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO PARA PROFESSORES DAS CRIANÇAS QUE ESTIVERAM HOSPITALIZADAS

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nome Fictício:

Data de nascimento:/...../.....

Formação:

Especialização:

Escola:

Tempo de atuação na docência:

Classe Hospitalar e Escola (pode ser realizada com o professor anterior)

- Como é a relação da escola de origem com a classe hospitalar?

(Re)inserção Escolar

- Como é a (re)inserção da criança que estava hospitalizada na escola de origem? - É encontrada alguma dificuldade de adaptação no retorno ao ambiente escolar?

Flexibilização de Currículo

- Como se configura a prática pedagógica do professor diante da criança que esteve ausente devido a um motivo de saúde?

Aprendizagem Pós-Hospitalização

- Atualmente, como se encontra o processo de aprendizagem do/a aluno/a que esteve hospitalizado/ausente da sala de aula?

Adaptação na Escola

– Você acredita que a classe hospitalar contribuiu na adaptação ao ocorrer o retorno do/a aluno/a que estava hospitalizado? Se sim, de qual forma?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Pesquisadores Responsáveis: Elen Saluana da Silva Buffo Montanari e Dra. Milene Bartolomei Silva

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “ O PROCESSO DE RE(INSERÇÃO) ESCOLAR DAS CRIANÇAS QUE FREQUENTARAM A CLASSE HOSPITALAR EM CAMPO GRANDE”.

Esta pesquisa tem por objetivo compreender o processo de re(inserção) das crianças da faixa etária de 6 a 12 anos de idade, dos anos iniciais do ensino fundamental da rede pública de ensino que frequentaram a classe hospitalar acima de 6 meses e voltaram para a sala de aula regular. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em que será realizado uma melhor compreensão do trabalho pedagógico do professor da classe hospitalar e a sua relação com a escola regular dos seus alunos hospitalizados, a pesquisa será realizada nas escolas públicas, em que serão entrevistados professores da criança que estão presentes na sala de aula regular, porém encontrava-se hospitalizada, frequentando a classe hospitalar. Se faz necessário entender o processo de re(inserção) desta criança na sala de aula, como se dá o trabalho dos professores com ela e como está o desempenho escolar da mesma, levando em consideração que ela é também uma criança pós-hospitalizada. É necessário investigar também a importância da classe hospitalar na vida destas crianças, quais os benefícios dessa relação hospital e escola.

Em qualquer etapa do estudo, os orientadores acompanharão todo o processo, dando apoio, orientação e esclarecimentos que possam surgir.

O principal investigador é Elen Saluana S. B. Montanari, que pode ser encontrado na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul pelo telefone (67) 9 9891-8181. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul pelo fone: (67) 3345-7187.

Em caso de dúvida ou denuncia o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, para esclarecimentos quanto a pesquisa - (67) 3345-7187.

Abaixo os itens de direito:

- É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ou constrangimento;
- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado a identificação do participante;
- Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;
- Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
- Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexocausal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Sujeito de
Pesquisa _____

Pesquisador
Responsável _____

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrito no estudo” de caso”

Eu discuti com **Elen Saluana S. B. Montanari** sobre a minha decisão em participar nesse estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Campo Grande - MS, ____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do Participante