

Classe hospitalar – uma mediação na inclusão escolar de aluno pós-hospitalizado

*Simone Hoerbe Garcia**
*Soraia Napoleão Freitas***

Resumo

Este artigo tem por finalidade refletir sobre os aportes teóricos que envolvem a inclusão escolar e o acompanhamento pedagógico da criança pós-hospitalizada. A partir deste estudo, buscou-se investigar se o acompanhamento pedagógico realizado na classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria cumpriu a função de facilitador no processo de inclusão de um aluno pós-hospitalizado no âmbito escolar. Para tanto, foi realizado um estudo de caso de um aluno pós-hospitalizado que freqüentou a classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria no período de 2000 a 2004 e que, atualmente, está incluído na quinta-série de uma escola estadual da cidade de Santa Maria. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com as professoras da escola e com a professora da classe hospitalar do aluno. Assim, constatou-se que o acompanhamento pedagógico oferecido pela classe hospitalar durante o tratamento de saúde foi de extrema importância, pois permitiu que o aluno, mesmo impossibilitado

de freqüentar a escola, continuasse a estudar e acompanhar sua turma a partir dos materiais enviados pela escola. O aluno, ao retornar à escola, apresentou facilidade de readaptação tanto escolar quanto social, pois não fora privado dos conteúdos escolares e dos relacionamentos afetivos durante a internação hospitalar, tendo a oportunidade de estabelecer novos vínculos de amizade no hospital, o que se refletiu positivamente na reintegração ao grupo escolar. Portanto, o trabalho com crianças e adolescentes em tratamento de saúde nas classes hospitalares é de suma importância desde o momento da internação até a alta hospitalar, pois contribui para que não ocorra defasagem na aprendizagem, facilitando a inclusão no âmbito escolar.

Palavras-chave: classe hospitalar, inclusão, aluno pós-hospitalizado.

* Educadora especial e especialista em Educação Especial pela Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: sigarcia@brturbo.com.

** Professora Doutora do Departamento de Educação Especial/CE/UFSM e orientadora da monografia.

Introdução

Acriança, quando se depara com a hospitalização, sofre um impacto muito grande, pois, além das mudanças físicas ocasionadas pela doença, como diminuição ou aumento do peso, palidez e perda dos cabelos, também sofre um abalo psicológico, já que precisa enfrentar a separação dos familiares, dos amigos e da escola. Ortiz (2002, p. 11) cita que “a aceitação das mudanças físicas e limitações decorrentes da doença, da postura de passividade frente aos desafios, o desapego de suas referências pessoais, familiares e sociais demarcam um processo de despojamento doloroso para o paciente”.

Todo o ambiente familiar que era propício para seu pleno desenvolvimento, tanto pela afetividade quanto pela segurança que o lar transmite, é, no momento da internação, substituído por procedimentos dolorosos e invasivos. Como descreve Ceccim (1997, p. 33), “a enfermidade e a hospitalização das crianças passam por seu corpo e suas emoções; passam por sua cultura e relações; produzem afetos e inscrevem conhecimentos sobre si, o outro, a saúde, a doença, o cuidado, a proteção, a vida”.

No momento da entrada no hospital, a criança vivencia mudanças abruptas que ocorrem em curto espaço de tempo, uma vez que, até então, estava em casa, com sua família, freqüentando a escola, e, de repente, percebe-se confinada numa unidade de tratamento, rodeada de pessoas estranhas e tendo

como companheiros apenas seu pai ou sua mãe. Para Ortiz (2002, p. 10), “o evento hospitalização traz consigo a percepção da fragilidade, o desconforto da dor e a insegurança da possível finitude. É um processo de desestruturação do ser humano que se vê em estado de permanente ameaça”.

O fato de ser privada do convívio com os outros irmãos e colegas da escola, de estar no hospital em contato com outras crianças e adultos doentes, frente a uma realidade antes tão distante, provoca sensações de medo, ansiedade, solidão, entre outros.

O tratamento do câncer infantil exige um contato permanente com o hospital durante um longo período. Logo na primeira consulta, a criança é submetida a uma série de exames dolorosos e fica internada por pelo menos três dias. Depois de confirmado o diagnóstico, poderá permanecer até três meses ininterruptos no hospital, onde terá de se submeter às normas da instituição.

Essa permanência prolongada no hospital e a conseqüente impossibilidade de manter assiduidade na escola levam a que, com o decorrer do tempo, elas deixem de utilizar algumas de suas capacidades cognitivas para resolver problemas. Como cita Ortiz (2002, p. 26), “o bombardeio medicamentoso prescrito nas terapêuticas e a ausência de desafios cognitivos decorrentes das contingências da reclusão hospitalar podem promover regressão de várias áreas do sistema nervoso central, como na memória, concentração,

atenção, coordenação motora fina, linguagem e inteligência, causando, com isso, distúrbios de aprendizagem”.

Assim, é possível que o desenvolvimento de uma criança em contato permanente com o hospital não siga o mesmo curso de antes da internação. Há, portanto, no momento da internação, uma significativa alteração no comportamento e no desenvolvimento da criança em razão do adoecimento e das mudanças físicas e emocionais que a descoberta da doença acarreta.

Por ser uma mudança brusca, tanto de ambiente quanto de fatores físicos e emocionais, não há tempo para prepará-la para entender o que está acontecendo com ela, uma vez que, confirmado o diagnóstico, o tratamento inicia-se imediatamente.

A legislação que ampara a classe hospitalar

De acordo com as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica,¹ classe hospitalar é definida como “serviço destinado a prover, mediante atendimento educacional especializado, a educação escolar a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar ou atendimento ambulatorial”. Os objetivos² dessas classes hospitalares são “[...] dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem de alunos

matriculados em escolas da Educação Básica, contribuindo para seu retorno e reintegração ao grupo escolar [...]”.

A Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados dispõe que “[...] a criança ou adolescente hospitalizado deve receber amparo psicológico, quando se fizer necessário, e desfrutar de alguma forma de recreação, de programas de educação para a saúde e de acompanhamento do currículo escolar, de acordo com sua fase cognitiva, durante sua permanência no hospital”. Ceccim e Fonseca (1999, p. 31) afirmam que “o objetivo da educação especial hospitalar, hoje, é o de assegurar a manutenção dos vínculos escolares e devolver a criança para sua escola de origem com a certeza de que ela poderá se reintegrar ao currículo e aos colegas sem prejuízo devido ao afastamento temporário”.

De acordo com Fonseca (1999, p. 13), “[...] as classes hospitalares visam a dar continuidade ao ensino dos conteúdos da escola de origem da criança ou adolescente e/ou operam com conteúdos programáticos próprios à faixa etária das crianças e jovens hospitalizados, o que leva a sanar dificuldades de aprendizagem [...]”.

Assim, mesmo com o afastamento da escola, as crianças continuarão aprendendo para que, passada a fase da doença, voltem a sua vida “normal” e possam retornar à escola sem atrasos cognitivos em relação aos colegas da mesma faixa etária.

O papel do professor na classe hospitalar

É preponderante ressaltar a importância do professor que é o profissional da classe hospitalar. Também ele vivencia sensações e emoções de forma intensa e lida com elas na medida em que auxilia o aluno, da melhor forma possível, no convívio com a doença e com o ambiente hospitalar.

De acordo com documento expedido pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2002, p. 22), “o professor deverá ter a formação pedagógica preferencialmente em Educação Especial ou em cursos de Pedagogia ou licenciaturas, ter noções sobre as doenças e condições psicossociais vivenciadas pelos educandos e as características delas decorrentes, sejam do ponto de vista clínico, sejam do ponto de vista afetivo”.

O professor faz a mediação do contato do aluno doente com as outras crianças, o que contribui para o desenvolvimento social de todos. Em muitos casos, a enfermidade é esquecida, demonstrando que a criança, mesmo doente, pode ter outros interesses e se “esquecer” do problema, o que contribui para seu melhor ajustamento hospitalar e mais rápida recuperação.

No que se refere particularmente às atividades escolares, a criança ou o adolescente que chega à classe hospitalar é recebida não apenas como alguém que deve ter seu potencial intelectual trabalhado. Este aluno é visto como um ser inteiro, que traz consigo diversas experiências, as quais in-

cluem a vivência hospitalar em razão de uma situação de adoecimento, crônica ou temporária, grave ou simples, um caso ainda sem cura ou que requeira intervenção médica bastante especializada.

Ceccim (1999, p. 44) afirma que “não se pode considerar apenas o aspecto clínico quando se tem uma criança hospitalizada, mas deve-se vê-la de modo integral uma vez que, mesmo apresentando limitações que podem decorrer de sua situação especial de saúde, tem necessidades que devem ser incentivadas e atendidas”.

Assim, o professor deve estar no hospital para atuar sobre os processos afetivos e sociais de construção da aprendizagem, de forma a possibilitar que os educandos sejam considerados como pessoas potencialmente capazes de intervir na realidade na qual são sujeitos, não reconhecidos como enfermos.

A inclusão da criança pós-hospitalizada na escola regular

As crianças ou adolescentes, ao receberem a alta hospitalar, podem apresentar diferentes reações, que vão da euforia ao medo. Euforia, por terem vencido uma doença que provoca alterações físicas e emocionais muito grandes, e medo, por retornarem à vida “normal” após dois anos vividos entre idas e vindas ao hospital.

O maior desafio do aluno após a alta hospitalar possivelmente seja o retorno à escola, situação que lhe cau-

sa insegurança por não saber como colegas e professores irão recebê-lo. Em alguns casos, o tratamento do câncer deixa algum comprometimento físico, como é o caso da amputação de membros, o que gera uma distorção da auto-imagem da criança.

Todo ser humano tem necessidade de ser aceito pelo grupo com o qual convive, e com a criança pós-hospitalizada não é diferente. Depois da família, é na escola que as crianças irão estabelecer vínculos sociais. Como descreve Ortiz (2002, p. 99), “há, portanto, uma necessidade, por parte deste aluno, de pertencer a um grupo social, de ser igual e aceito por este grupo. A obtenção do aceite social reporta ao fortalecimento da auto-imagem, galgando o desenvolvimento de expectativas e o firmamento de padrões éticos de compromisso com sua sociedade”.

Além da questão social, há também o despreparo da escola para receber esse aluno, no sentido de falta de conhecimento dos seus direitos legais, como também da qualificação dos professores para melhor atendê-lo. Ainda segundo Ortiz (2002, p. 99): “A instituição educativa, muitas vezes, [...] exige frequência e acompanhamento curricular, não respeita o ritmo próprio de aprendizagem do aluno novo; tem dificuldade de trabalhar com as diferenças; o trabalho é pautado para a homogeneidade e não para o atendimento à singularidade [...]”.

Assim, é importante o diálogo entre a escola e a família para que, juntas, encontrem uma alternativa razoável

para o problema das faltas e do acompanhamento curricular, pois, mesmo após a alta hospitalar, a criança continua fazendo um acompanhamento médico através de exames, a chamada “fase de controle”, e, portanto, poderá faltar ainda a algumas aulas. Gonçalves e Valle (1999, p. 279) relatam que “a aliança hospital-família-escola é fundamental quando se trata da manutenção escolar de crianças submetidas ao tratamento de câncer. Seria ideal que todas as partes envolvidas neste processo mantivessem encontros periódicos para que, juntas, pudessem proporcionar melhores condições para a criança se desenvolver plenamente [...]”.

Se a criança recebesse esse apoio, ou seja, a mobilização do hospital, família e escola, seria mais fácil para ela enfrentar a situação de retorno à vida comum, pois estaria amparada desde a parte médica, afetiva e social, o que contribuiria para uma maior segurança para enfrentar a vida.

A classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria

Este capítulo relata o acompanhamento pedagógico realizado na classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) a partir de 1995 até o presente. Foi redigido com base em informações obtidas em entrevista semi-estruturada realizada com a pedagoga responsável pela referida classe hospitalar, que assumiu o cargo de técnica em assuntos educacionais

mediante a aprovação em concurso público efetuado no ano de 1995. A entrevista foi o recurso utilizado para obter as informações, visto que não há registros protocolados no hospital sobre o trabalho realizado especificamente na classe hospitalar anterior a essa data.

A classe hospitalar do HUSM está vinculada ao Setor de Hemato-Oncologia, que atende crianças com problemas de saúde associados ao sangue e ao câncer. O Setor da Hemato (sangue) compreende as diversas anemias, púrpuras, hemofilias, entre outros, com exceção do HIV (vírus da imunodeficiência humana). Já o setor de Oncologia, ao qual pertence também a clínica de púrpuras e plaquetas, refere-se a todos os tipos de neoplasias e tumores.

A classe hospitalar do HUSM atende a dois tipos de pacientes: os ambulatoriais e os internados. Os ambulatoriais são aqueles que comparecem ao hospital para consulta de uma a duas vezes por semana, dependendo da fase do tratamento, e que retornam às suas casas. Os internados são os pacientes que estão vivenciando o confinamento num dos dezoito leitos disponíveis no Setor de Hemato-Oncologia.

A partir de 1995 foi implementado o projeto de extensão “Educação e saúde: uma proposta do serviço de hemato-oncologia”, projeto este norteador do trabalho realizado conjuntamente entre a equipe da saúde e a da educação, havendo, assim, uma interação entre os profissionais que as

compõem. Essa comunicação da equipe multiprofissional é acionada no momento da internação de cada criança.

Assim, após ter passado o momento traumático da entrada na internação, a equipe da enfermagem comunica ao setor de educação quais são as crianças que estão iniciando o tratamento. Logo após a informação, a técnica em assuntos educacionais conversa, primeiramente, com a criança para saber se tem interesse em continuar estudando durante o tratamento. Diante do seu aceite em dar continuidade aos estudos, a técnica inicia os trâmites necessários. Os pais são consultados para saber se assumem o encargo do exercício domiciliar. Se a resposta for positiva, o pediatra é procurado para expedir o atestado médico.

O setor de educação prepara a documentação, é constituída de uma carta para o diretor da escola de origem da criança, uma para seu professor, onde constam informações gerais sobre a doença, os principais cuidados durante o tratamento, como também uma cópia da resolução no 230/1997,³ que institui os exercícios domiciliares, para que a escola fique ciente do amparo legal aplicável aos alunos em tratamento de saúde.

Após a efetivação dos trâmites, a professora da escola de origem da criança encaminha o material que está utilizando em sala de aula, via correio, ao HUSM para que a equipe de educação inicie o acompanhamento pedagógico.

A equipe de educação está atualmente constituída pela técnica em assuntos educacionais, uma bolsista acadêmica do curso de Pedagogia da UFSM, uma aluna estagiária do curso de Educação Especial da UFSM e seis voluntárias da comunidade. Para essas, o critério adotado para a prática é o vínculo com a formação no magistério.

Ao término da fase das internações, a criança ingressa ou reingressa na escola como aluno regular, seguindo a vida acadêmica normalmente. Todavia, o setor de educação do HUSM continua sempre vigilante no intuito de apoiar o paciente e atender às dúvidas da escola, mantendo contato telefônico quando se fizer necessário.

A classe hospitalar contabiliza a totalidade de seus alunos egressos na escola e não há conhecimento de nenhum caso de evasão escolar; ao contrário, muitos ex-pacientes já estão no ensino médio, realizando concurso vestibular ou cursando faculdade.

Com relação às atividades oferecidas pela classe hospitalar, é feito um rodízio de ofertas pedagógicas para diversificar o atendimento, uma vez que o tratamento de saúde é longo, com duração de até dois anos e meio geralmente.

As oficinas pedagógicas que são ou já foram ofertadas pela classe hospitalar do HUSM são:

- Hora do Conto;
- Expressão Artística e Musical;
- Informática Educacional;

- Dança, Alongamento e Psicomotricidade;
- Recreação e Socialização;
- Acompanhamento Educacional no Leito;
- Contadoras de Histórias no Leito;
- Formação do Leitor;
- Atelier Pedagógico.

Com relação às aulas, além dos conhecimentos acadêmicos específicos, são trabalhadas e valorizadas a recreação e a socialização no processo de aprendizagem, pois a classe hospitalar é um espaço permeado por relacionamentos.

No acompanhamento educacional no leito, quando o paciente está internado, é realizado um direcionamento educacional mais personalizado, projetado para ele.

Trajetória do estudo

Esta pesquisa se constituiu num estudo de caso de um aluno pós-hospitalizado que freqüentou a classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria durante o tratamento da leucemia, estando atualmente incluído numa escola estadual da cidade de Santa Maria - RS.

De acordo com o livro *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*,⁴ os estudos de caso enfatizam a “interpretação de um contexto”, ou seja, é preciso levar em consideração o contexto em que ele se situa “para compreender melhor a manifestação geral de um problema. As ações, as

percepções, os comportamentos e as interações das pessoas devem ser relacionadas à situação específica onde ocorrem ou a problemática determinada a que estão ligadas” (LÜDKE, 1986, p. 18-19).

A preocupação central ao desenvolver um estudo de caso é a compreensão de uma instância singular, o que significa que o objeto estudado é tratado como único; é uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada. O pesquisador procura revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação ou problema, focalizando-o como um todo. Esse tipo de abordagem enfatiza a complexidade natural das situações, evidenciando a inter-relação dos seus componentes (1986).

Este estudo teve características de investigação qualitativa e foi constituído pelas seguintes etapas:

- *Etapla I:* elaboração de entrevistas semi-estruturadas, realizadas com as professoras da rede regular de ensino que atuaram junto ao aluno durante as fases de início, manutenção e término do tratamento, como também com a professora da classe hospitalar;
- *Etapla II:* análise dos dados obtidos.

A escolha do jovem D. ocorreu pelo fato de morar na cidade de Santa Maria/RS e por ter retornado à escola após um período de dois anos e meio de internações durante o tratamento

da leucemia. O aluno atualmente é um jovem de onze anos, alegre e extrovertido, que cursa a quinta-série do ensino fundamental numa escola estadual da cidade.

D. iniciou o tratamento da leucemia linfóide aguda (LLA) no dia 7 de janeiro de 2002, ano em que iria iniciar a terceira série do ensino fundamental, e concluiu-o no dia 1º de setembro de 2004, tendo de retornar atualmente ao hospital apenas para cumprir a fase de controle do tratamento, ou seja, exames de rotina.

Assim, a coleta de dados foi efetivada por entrevistas semi-estruturadas e gravadas, realizadas com as professoras da terceira, quarta e quinta séries, ou seja, as professoras que vivenciaram a prática docente nas situações de início, meio e final do tratamento do aluno, no total de cinco, bem como com a professora da classe hospitalar. As professoras foram identificadas da seguinte maneira:

- Professora A: da terceira série;
- Professora B: da quarta série;
- Professora C: de Educação Artística da quinta série;
- Professora D: de Cultura Religiosa da quinta série;
- Professora E: de História da quinta série.

As professoras de Geografia e Matemática da quinta série não colaboraram com a pesquisa, pois alegaram não lembrar quem era o aluno D. A professora de Educação Física da quin-

ta série não foi entrevistada porque o aluno não fez esta disciplina, da qual é dispensado por atestado médico.

Às professoras da escola fizeram-se as seguintes perguntas, algumas adaptadas do questionário protocolado por Nucci (2002):⁵

1. Como foi ou está sendo a experiência como professor de um aluno com leucemia?
2. Como recebeu a notícia da doença ou tratamento?
3. Como os demais alunos souberam da doença? Como reagiram?
4. O que sabia ou sabe sobre a leucemia? Buscou se informar para melhor compreender a situação?
5. Observou alterações físicas e comportamentais do aluno durante o tratamento?
6. Observou alterações comportamentais dos demais alunos em relação ao colega com leucemia?
7. Em qual fase do tratamento o aluno frequentou sua classe? No início ou na fase de manutenção?
8. Houve mudança no relacionamento professor/aluno?
9. Houve mudança na relação aluno/aluno?
10. Recebeu formação específica para essa situação de doença?
11. Quais as limitações da escola para um melhor apoio ou acompanhamento desta criança?
12. Era professora da criança quando ela retornou a escola para re-

latar como aconteceu este processo?

13. A professora percebe atrasos, dificuldades de aprendizagem deste aluno?
14. Houve sentimento de exclusão ou a criança se (re)adaptou logo?
15. Quanto tempo de atuação no magistério?

À professora da classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria foram feitas as seguintes perguntas:

1. Como descreveria o aluno D.?
2. Como D. reagiu emocionalmente no início do tratamento?
3. O D. teve acompanhamento pedagógico durante o tratamento? Como era seu comportamento durante o acompanhamento?
4. A família demonstrava interesse em relação aos estudos de D.?
5. Você entrou em contato com a escola? Com qual finalidade?
6. A escola demonstrou interesse em fazer um trabalho em conjunto com o hospital?
7. Percebeu mudanças/dificuldades de aprendizagem do D. durante o acompanhamento pedagógico realizado?
8. Quais as atividades de que D. teve oportunidade de participar no período do tratamento?
9. Como era o relacionamento professor/aluno, paciente/paciente, família/paciente e família/professor?

Análise dos resultados e discussões

A fase de análise dos resultados, como descreve Lüdke (1986, p. 47), busca “relacionar as descobertas feitas durante o estudo com o que já existe na literatura. É fundamental para que se possam tomar decisões mais seguras sobre as direções em que vale a pena concentrar o esforço e as atenções”. Portanto, algumas perguntas podem nortear a análise, como por exemplo: “Quais os principais questionamentos apontados pela literatura sobre os temas selecionados? Quais os pontos comuns e os pontos divergentes entre o que aparece nesse e em outros estudos similares? O que tem sido negligenciado pela literatura sobre esse assunto?” (LÜDKE, 1986, p. 47).

Nas entrevistas realizadas com as professoras da escola do aluno pós-hospitalizado, foi possível perceber que as da terceira e quarta séries, professoras “A” e “B”, de 2002 e 2003, ou seja, período correspondente ao início e manutenção do tratamento de saúde do D., foram as que mais puderam contribuir com a pesquisa, pois acompanharam o aluno nas fases “comprometedoras” do tratamento. Já as da quinta-série só vieram a conhecer o aluno D. neste ano, quando já estava se encaminhando para o término do tratamento, não transparecendo mais nenhuma “característica” do tratamento em questão.

As professoras da quinta série e a da terceira série foram unânimes em dizer que os demais colegas não sabiam qual era a doença do D.:

Os outros alunos acho que nem sabem, nunca comentaram. (Prof. E)

Os outros alunos não ficaram sabendo o que ele tinha, o tipo de doença não, elas sabiam assim “que o D. não podia fazer educação física porque está fazendo um tratamento”. As crianças não souberam qual doença porque assusta, né? (Prof. A)

Porém, a professora da quarta série afirmou que conversou com os alunos para explicar-lhes a situação do tratamento de saúde:

Eles souberam porque eu conversei com eles um dia que o D. não estava na aula. Expliquei que não era para tratar ele como doente, que não manifestassem pena. Como os demais alunos já conheciam ele, agiram com naturalidade, pedi que colaborassem. (Prof. B)

Essa atitude que a professora teve de esclarecimento da situação perante os demais alunos foi importante, pois, como relatam Gonçalves e Valle (1999, p. 274): “Ser bem recebido por professoras e colegas de classe ajuda muito a criança com câncer a ter sucesso no retorno à escola.” Ainda a esse respeito, Nucci (2002, p. 38) coloca que, “de maneira geral, as crianças com câncer são bem aceitas por seus colegas em seus grupos sociais, contrariando o conceito dos adultos, os quais acreditam que elas serão estigmatizadas e rejeitadas”.

As professoras também demonstraram saber muito pouco sobre a leucemia e, mesmo com um aluno nessa situação, não buscaram se informar, conhecer melhor a doença e seu tratamento.

Tenho informações básicas do que é por-que tenho um irmão que teve leucemia na infância. (Prof. C)

Sei alguma coisa, que o procedimento do tratamento é doloroso, que muitas crianças se curam, não busquei me informar. (Prof. D)

Não, não busquei me informar, só recebi o livrinho que conta sobre uma criança, que a doença não é contagiosa, que faz o tratamento, tipo assim as atividades normais que ele teria, não correr, não se agitar muito, qualquer sinal de febre que desse na escola avisar a mãe imediatamente, sangramento no nariz também. A questão de cair, não podia se machucar, esses cuidados. (Prof. A)

A partir da fala de A, é confirmada a resposta da professora da classe hospitalar em relação ao procedimento desta classe mediante um caso novo e como acontece o contato com a escola:

[...] Existe uma rotina [...]. Consulto em primeiro lugar a criança para ver se ela tem interesse de continuar estudando [...]. Se a criança der o aceite de querer continuar, aí sim a gente começa a fazer o trâmite [...]. Se a família dá o aceite, eu falo com o pediatra para expedir o atestado médico e daí, sim, fazemos uma documentação, desde carta para o diretor da escola, uma carta para o professor, constando os principais cuidados, algumas informações gerais sobre a doença. É enviada também uma cópia da resolução 230 de 96, que institui os exercícios domiciliares [...].

Apesar do pouco conhecimento sobre a doença e tratamento, apenas duas professoras afirmaram ser importante a realização de um trabalho de orientação sobre a leucemia na escola, pois a maioria acredita não ser

necessário nenhuma intervenção ou diferenciação no trabalho com este aluno:

Seriam importantes projetos diferenciados, pelo contexto social, esclarecer sobre os cuidados com esta criança nesta situação. (Prof. D)

Seria importante que organizassem palestras para os professores que enfrentam esse problema. (Prof. B)

A respeito Gonçalves e Valle (1999, p. 286) referendam:

Acreditar na função da escola para a melhoria da qualidade de vida de uma criança enferma requer um certo conhecimento acerca dos aspectos médicos, e, principalmente, psicológicos do tratamento [...]. É fundamental que o professor perceba a importância do papel da escola na vida de uma criança com câncer, tanto durante o tratamento, quanto posteriormente, ajudando-a na difícil tarefa de superar o trauma da experiência vivida [...].

Nucci (2002, p. 58) salienta que “[...] o professor deve estar instrumentalizado técnica e emocionalmente, inclusive para enfrentar questionamentos e orientar os outros alunos da classe a respeito das possibilidades de contágio da morte do colega, [...] para falar sobre a doença, entre outros”.

A opinião das professoras da escola com relação ao interesse da família na escolaridade do aluno D. revela que a família está mais preocupada com a saúde da criança do que com a escolaridade, fato que se confirma em outras publicações, como descrevem Gonçalves e Valle (1999, p. 274): “Quando um de seus filhos está doente e há tantas preocupações relacionadas aos proble-

mas relativos à saúde física da criança, os pais geralmente se esquecem dos aspectos escolares ou os relegam a um segundo plano.”

[...] a preocupação da família era a saúde [...]. (Prof. A)

[...] em casa também não se interessam, é um monte de filhos, a mãe não se envolve muito, não. (Prof. E)

A mãe sempre foi presente, preocupada com o filho, só que ela se preocupa com a saúde dele. Dizia que se ele não passasse de ano não tinha problema, que o importante era se curar [...]. (Prof. B)

Em contrapartida, a professora da classe hospitalar confirma a preocupação e envolvimento da família com a educação do aluno D.:

[...] eu posso afirmar que a família tem muito interesse com relação à escolaridade do filho. Esse interesse vai desde o estabelecimento de vínculos com o setor de educação, desde a entrada do tratamento [...]. Então, o que eu posso concluir é que tem uma proximidade muito grande e uma confiança da família no nosso papel de educador.

Acreditamos que a família do aluno D. se sinta mais acolhida, segura, na classe hospitalar, porque os profissionais que ali atuam têm maior discernimento a respeito da doença, dos fatores físicos e emocionais que envolvem o tratamento e, com isso, reforçam-se o interesse e cuidado com o filho. Na escola, a mãe talvez não sinta essa mesma acolhida, pois as professoras não têm um conhecimento mais específico acerca da doença, do tratamento, transparecendo que a família é distante, desinteressada.

Outra questão de destaque na literatura a respeito da criança hospitalizada é que esta pode vir a apresentar dificuldades de aprendizagem em razão da ausência na escola por causa do tratamento de saúde.

[...] quando voltou ele não tinha condições de acompanhar a turma [...] ele copiava, ele não conseguia fazer [...].

Quanto às faltas, não tinha problema de reprovar porque o atestado justificava, mas ele não tinha conteúdo, não tinha base para a quarta série. Aí foi feito o conselho, mas daí foi colocado assim pra mim: “Na vida ele venceu a doença.” Foi colocado claramente para mim, eu nunca me esqueço: “O que é mais importante, ele vencer a doença ou o conteúdo meu?” Foi muito difícil pra mim assumir isso [...] porque acho que ele venceu a doença, mas ele não aprendeu o que era básico [...].

Ele teve dificuldade de aprendizagem com certeza, porque só passou por conselho [...]. (Prof. A)

No início fiquei apavorada, pensei que não deviam ter passado essa criança, ele nem sabia dividir [...].

[...] no início do ano era muito desorganizado, o caderno dele era uma bagunça, escrevia um pouco em cada folha, não tinha uma sequência. Por isso, achei que ele não deveria ter passado para a quarta série. (Prof. B)

A professora da classe hospitalar destacou:

[...] nós percebemos dificuldades de ordem matemática, português, e isso o deixou muito angustiado. Então, cada vez que ele tinha consulta aqui no hospital, ele mesmo se programava, já trazia toda a pasta [...] e agendava conosco aulas particulares [...].

De acordo com Nucci (2002, p. 41):

Seqüelas do tratamento, envolvendo defasagens escolares e dificuldades na aprendizagem, podem tornar-se problemas que devem ser enfrentados na restauração progressiva da identidade abalada e de uma nova qualidade de vida, que favoreça o desenvolvimento global da criança, o qual, além do físico e do biológico, abrange também o desenvolvimento cognitivo, intelectual, social e emocional.

A professora da quarta série fez referência ao trabalho realizado na classe hospitalar:

[...] Mas ele teve uma melhora grande de agosto em diante, começou a se organizar, a se interessar. Acho que o trabalho feito no hospital influenciou bastante. Lá no hospital eles trabalhavam bastante a auto-estima, a imaginação. O D. gostava muito, sempre contava na aula que faziam teatro e ele adora representar, que tinha muitas brincadeiras. Então, ele ficava encantado [...].

Mais uma vez a fala da professora da escola é confirmada com o depoimento da professora da classe hospitalar:

[...] no ano passado todo foi um trabalho de construção de um teatro. Aí vêm essas informações cênicas e trabalhamos as sete inteligências [...]. E este ano a gente está mais preocupado com a auto-imagem e o autoconceito. Estamos com um trabalho de postura corporal, a parte de estética, aceitação do eu, aceitação da imagem [...].

Com relação à comunicação entre classe hospitalar e escola, foi revelado nas entrevistas que é efetivada por motivos que vão desde os esclarecimentos sobre a doença até a mediação de problemas cognitivos ou de relacio-

namentos. Essa ligação entre classe hospitalar e escola é fundamental para o aluno, que percebe o apoio e a preocupação com sua escolaridade.

[...] a professora lá do hospital conversou comigo por telefone explicando que as faltas eram justificadas [...]. (Prof. B)

O setor já entrou várias vezes em contato com a escola, sempre, assim, com a preocupação de estabelecer vínculos com a escola, também chamar a atenção da responsabilidade que a escola tem com relação à educação das crianças e tentar mediar problemas de disciplinas, de ordem de relacionamento com o aluno e a escola com relação aos professores [...]. (Prof. da classe hospitalar).

Fonseca (2003, p. 10) ressalta a importância do trabalho pedagógico realizado nos hospitais: “Na construção de uma educação de qualidade para todos, não podemos deixar de considerar a escola hospitalar como respeito à cidadania, exemplo de atenção à diversidade e, também, um singular modelo de inclusão.”

Com base nessa afirmação, é descrita a fala da professora do hospital sobre a relação de respeito ao aluno que frequenta a classe hospitalar, onde ele sente que os profissionais que ali se encontram acreditam em seu potencial, como também em sua cura, apostando na vida: “[...] a classe se constitui um lugar de encontros, de aproximações; ela tem uma luminosidade, ela acende para o paciente como um local que ele tem liberdade, que pode expor o que ele é; um espaço que respeita o eu de cada um [...].”

Ainda Fonseca complementa que “[...] a criança doente não tem direito apenas à saúde, mas também à educação, pois os seus interesses e necessidades intelectuais e sócio-interativas também estão presentes no ambiente hospitalar” (2002, p. 10).

Para a professora da classe hospitalar: “[...] A gente estabelece uma relação de sedução com o paciente no sentido de trazer para ele o prazer que é conquistado por adquirir conhecimento, e essa sedução faz com que a criança nos procure [...] procure a classe hospitalar [...]”

A classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria oferece aos alunos a oportunidade de continuarem estudando durante a internação, respeitando o momento de cada criança, que decide e mostra quando está pronta para participar das atividades. Esse respeito produz na criança uma sensação de segurança, a partir do que ela busca a classe como apoio e estabelece os primeiros vínculos afetivos. Segundo a professora da classe hospitalar:

[...] Na verdade nós participamos da história de cada um num momento difícil. Participamos do momento da superação e, depois, da conquista da vida. A gente se mantém sempre presente em todas as fases evolutivas do paciente.

Assim, os vínculos afetivos estabelecidos entre profissionais e alunos na classe hospitalar são muito fortes e duradouros, pois começam a se estruturar desde o momento assustador da internação até a fase da alta hospi-

tar, que é o momento da vitória do tratamento.

Considerações finais

Com o estudo, percebemos que o acompanhamento pedagógico realizado na classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria é um facilitador no retorno da criança pós-hospitalizada à escola, uma vez que lhe oportuniza durante o tratamento de saúde a continuidade da escolarização, a partir do material enviado pela escola, ou seja, os mesmos conteúdos que seus colegas estão aprendendo. Nela também a criança estabelece novos vínculos afetivos, relações de amizade baseadas na confiança e no respeito.

Constatou-se que o aluno D., ao retornar a escola, não apresentou dificuldades de readaptação tanto escolares quanto sociais, uma vez que durante a internação hospitalar não foi privado dos conteúdos escolares e dos relacionamentos afetivos, o que se refletiu positivamente na reintegração com o grupo escolar.

Também é importante destacar a comunicação da professora da classe hospitalar com os profissionais da escola a partir do momento da internação da criança, permitindo o esclarecimento de dúvidas a respeito do tratamento de saúde. Comunica-se que a mãe do aluno irá à escola com informações, folhetos explicativos dos principais cuidados para com o aluno; e também

a legislação onde consta o direito aos estudos domiciliares e que as faltas do aluno à escola são justificadas, uma vez que ele está amparado por lei.

A classe hospitalar do HUSM apresenta a preocupação em diferenciar as suas atividades, criando novas ofertas pedagógicas para sempre “conquistar” a criança. Como o tratamento é longo, esse rodízio de atividades é necessário para manter a atenção das crianças e proporcionar-lhes momentos de descontração e prazer.

Com base em pesquisa realizada por Fonseca (2002), com o intuito de atualizar o quantitativo de classes hospitalares do Brasil, caracterizando aspectos como situação administrativa, profissionais atuantes, dinâmica do atendimento, recursos disponíveis, entre outros, percebemos que a classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria é privilegiada, pois, dos itens analisados, diferencia-se positivamente da maioria das classes hospitalares existentes no Brasil. Alguns diferenciais da classe hospitalar do HUSM referem-se à existência de uma sala própria para os atendimentos, com ramal telefônico para realizar ligações para as professoras da escola de origem da criança; computador com acesso à internet e professora regente efetivada por meio de concurso público e qualificada com pós-graduação em nível de mestrado.

Outra questão de destaque é que a classe hospitalar do HUSM desenvolve uma linha pedagógico-educacional, ao passo que outras classes hospitalares

desenvolvem meramente um trabalho lúdico-terapêutico. Tanto a linha pedagógico-educacional quanto a lúdico-terapêutica são importantes para a criança, porém a primeira prioriza a continuidade da escolarização da criança durante o tratamento de saúde, utilizando o lúdico como um diferencial na aprendizagem para que o ensino não seja tão formal e maçante, uma vez que ela se encontra debilitada em função do tratamento.

Com relação à escola, percebemos que os profissionais que vivenciaram o período do início do tratamento do aluno D., passada a primeira reação de “susto” e “choque”, conseguiram lidar bem com a situação, pois receberam o apoio da classe hospitalar do HUSM, que várias vezes entrou em contato com a escola para esclarecimentos, bem como diante de qualquer problema de dificuldades na aprendizagem ou de relacionamento do aluno. Esse apoio da classe hospitalar foi fundamental para que as professoras melhor compreendessem a situação e agissem com maior naturalidade, sem expor o aluno a constrangimentos e mantendo os relacionamentos professor/aluno e aluno/aluno como antes da doença, sem superproteção do professor ou exclusão por parte dos colegas.

Conscientes das limitações da pesquisa realizada, sugerimos futuros estudos como a intervenção junto aos professores das escolas com alunos pós-hospitalizados, a partir de palestras, de grupos de estudos e leituras dirigidas, com o intuito de esclarecer dúvidas acerca do diagnóstico e tratamento de

saúde, como também sobre os possíveis problemas de adaptação da criança ao ensino regular após o período de confinamento no hospital, tanto cognitivos quanto sociais.

O acompanhamento pedagógico realizado na classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria revelou ser um modelo a ser seguido por outros hospitais, pois demonstrou estar cumprindo o seu papel de facilitador no retorno à escola do aluno pós-hospitalizado. Isso porque muitas vezes essa inclusão na escola após o confinamento hospitalar é um processo de difícil adaptação da criança do ponto de vista cognitivo e social.

Apesar de o atendimento pedagógico em classe hospitalar destinado aos alunos internados para tratamento de saúde estar amparado por lei, ainda há um desconhecimento social e educacional dessa modalidade de ensino. Portanto, pesquisas nessa área podem contribuir para dar um suporte teórico-científico para que outros hospitais viabilizem a continuidade da escolaridade dos seus pacientes com a implantação de classes hospitalares.

Abstract

This article aims to reflect about the theoretical subsidies that involve the school inclusion and the pedagogic accompaniment of the post-hospitalized child. From this study, one tried to investigate if the pedagogic accompaniment done in the hospital class at Hospital Universitário de Santa Maria has kept the function of facilitator in the process of inclusion of one post-hospitalized pupil in the school scope. So, a case study was carried out with a post-hospitalized pupil who has attended the school class at Hospital Universitário de Santa Maria from 2000 to 2004. Nowadays this pupil is in the 5th grade of a public school from Santa Maria. Semi-structured interviews were carried out with his teachers from this school and from the school class. Therefore, one noticed that the pedagogic accompaniment offered by the school class during the health treatment was extremely important because it allowed to the pupil, although he could not attend school, continuing to study and follow his group from the materials sent by the school. When he returned to the school, he readapted easily both in the school and socially because he was not deprived of school subjects and affectionate relationships during the hospital admission. Besides, he had the opportunity to establish new links of friendship in the hospital and it reflected positively on the reintegration with the school group.

Key words: hospital class, inclusion, post-hospitalized pupil.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Educação. *Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica*. Ministério da Educação e Secretaria de Educação Especial, 2001.

_____. *Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações*. Brasília: MEC; Seesp, 2002.

BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução nº 41, de outubro de 1995. Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.

CECCIM, Ricardo Burg. Classe hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. *Revista Pedagógica Pátio*, n. 10, p. 41-44, ago./out. 1999.

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

CECCIM, Ricardo Burg; FONSECA, Eneida Simões da. Classe hospitalar: buscando padrões referenciais e atendimento pedagógico-educacional à criança e ao adolescente hospitalizado. *Revista Integração: Diversidade na Educação*, Brasília, ano 9, n. 21, p. 31-40, 1999.

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

_____. *Atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados: realidade nacional*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 1999.

_____. Classe hospitalar. Disponível em: <<http://www2.uerj.br/~classhosp/>>. Acesso em: 11 maio 2003.

GONÇALVES, Claudia Fontenelle; VALLE, Elizabeth Ranier do. A criança com câncer na escola: a visão das professoras. *Acta Oncológica Brasileira*, 1999a.

_____. O significado do abandono escolar para a criança com câncer. *Acta Oncológica Brasileira*, 1999b.

LÜDKE, Menga; ANDRE, Marli E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

NUCCI, Nely A. Guernelli. *A criança com leucemia na escola*. São Paulo: Livro Pleno, 2002.

ORTIZ, Leodi Conceição Meireles. *Classe hospitalar: reflexões sobre sua práxis educativa*. 2002. 118f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2002.

ORTIZ, Leodi Conceição Meireles; FREITAS, Soraia Napoleão. Considerações acerca da inclusão escolar de crianças pós-hospitalizadas. *Cadernos de Educação Especial*, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Educação. Resolução nº 230, de 16 de julho de 1997. Regula, para o Sistema Estadual de Ensino, os estudos domiciliares aplicáveis a alunos incapacitados de presença às aulas.

VALLE, Elizabeth Ranier do. *Câncer infantil: compreender e agir*. São Paulo: Editorial Psy, 1997.

Notas

¹ BRASIL. Ministério da Educação. *Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica*. Secretaria de Educação Especial - MEC; Seesp, 2001. p. 51-52.

² Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.

³ Conselho Estadual de Educação - RS. Resolução nº 230, de 16 de julho de 1997. Regula, para o Sistema Estadual de Ensino, os estudos domiciliares aplicáveis a alunos incapacitados de presença às aulas.

⁴ LÜDKE, Menga; ANDRE, Marli E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

⁵ NUCCI, Nely A. Guernelli. *A criança com leucemia na escola*. São Paulo: Livro Pleno, 2002.