

Espaço Aberto

A prática pedagógica em uma enfermaria pediátrica

Contribuições da classe hospitalar à inclusão desse alunado

Alessandra Santana Barros

Universidade Federal da Bahia

Introdução

A legislação brasileira reconheceu, por meio da resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, os direitos da criança e do adolescente hospitalizados. O item 9 refere: “Direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar, durante sua permanência hospitalar”.

A Secretaria de Educação Especial do MEC denominou *classe hospitalar* como uma das modalidades de atendimento especial, conceituando-a como: “Ambiente hospitalar que possibilita o atendimento educacional de crianças e jovens internados que necessitam de educação especial ou que

estejam em tratamento hospitalar” (MEC/SEESP, 1994, p. 20).

Segundo estudo que promoveu um levantamento nacional sobre a abrangência da oferta desta modalidade assistencial, conclui-se que: “Há diversidade na política e/ou diretrizes de Educação/Educação Especial seguidas pelas classes, o que não diz respeito apenas às adequações regionais específicas” (Fonseca, 1998).

O presente trabalho apresenta a experiência do Hospital do Aparelho Locomotor — Hospital Sarah/Salvador,¹ na atenção escolarizante ofere-

¹ Compõem a Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor as unidades, em funcionamento, de Brasília, Salvador, São Luiz e Belo Horizonte. Este relato de experiên-

cida às crianças e adolescentes internados em sua enfermaria pediátrica, naquele contexto então denominada Enfermaria de Reabilitação Infantil. Este nível de atenção, nos termos do trecho da legislação acima citada, corresponderia à expressão “acompanhamento do *currículo* escolar”. No Hospital Sarah/Salvador denomina-se “acompanhamento escolar”.

A denominação “classe hospitalar”, embora não seja aquela utilizada pelo Hospital em questão, foi também apropriada ao longo do discurso empregado neste trabalho, tendo em vista ser esta a terminologia ratificada pelo MEC e pelas pesquisas e trabalhos precursores publicados na área.

Este artigo não se deterá na descrição sistemática e pormenorizada da rotina de atividades desenvolvidas. Entendeu-se como mais produtivo apontar as especificidades deste nível de atenção, partindo do pressuposto de que as características da clientela atendida e da assistência hospitalar prestada requerem que a atuação da prática escolar seja, mais do que nunca, readequada a este contexto muito próprio. Se a princípio considera-se que as referidas práticas não podem simplesmente ser “enxertadas” no âmbito de um hospital, dadas as peculiaridades e, às vezes, divergências entre os ambientes escolar e hospitalar, em um hospital de reabilitação para doenças do aparelho locomotor é que esta dimensão atinge então mais relevância.

De que maneira uma escola “cabe” em um hospital?

Antes de avançar na discussão dos aspectos que tornam diferenciada a abordagem pedagógica em uma enfermaria de reabilitação infantil, será interessante situar o leitor quanto aos condicionan-

cia diz respeito ao âmbito da unidade de Salvador. Muito embora as diretrizes e princípios filosóficos que norteiam a prestação dos serviços sejam comuns a todas as unidades da Rede, cada um dos hospitais descreve uma realidade própria que pode distinguir uma unidade da outra no que tange aos atendimentos prestados.

tes intrínsecos a enfermarias pediátricas para quaisquer especialidades, enquanto fatores que alteram potencialmente a forma de se implementar uma rotina de sala de aula.

Deve-se considerar, antes de tudo, que o ambiente hospitalar não é, *a priori*, estimulador da aprendizagem no grau de sistematização e acumulação sequenciada proposto por uma escola. “A prática escolar distingue-se de outras práticas educativas como as que acontecem na família, no trabalho, na mídia, no lazer e nas demais formas de convívio social, por constituir-se de uma ação intencional, sistemática, planejada e continuada para crianças e jovens por um período contínuo e extenso de tempo” (PCN-MEC, 1998). Nem todos os hospitais que oferecem este serviço contam com um espaço exclusivo que possa ser considerado como sala de aula, para onde os pacientes possam se recolher e estudar privados do barulho e de outros estímulos da enfermaria, mesmo em outros momentos que não aqueles pré-determinados. A vantagem de um ambiente de uso exclusivo para a finalidade de escolarização é que este mantém uma atmosfera própria, onde, por exemplo, tarefas produzidas anteriormente podem ficar afixadas e serem comparadas com as dos colegas da enfermaria e com outras ao longo do seu processo de aprendizagem.

O que se convencionou chamar de turma no âmbito de uma escola, em um hospital que ofereça o acompanhamento escolar na forma de Classe Hospitalar, tratar-se-á de um grupo aberto, no qual entram e saem pacientes com regularidade. Estes “alunos” estarão, desse modo, sempre tendo que estabelecer novos laços uns com os outros. O momento do agrupamento na forma de uma sala de aula passa, então, muito por explorar a promoção do contato inter-relacional.

A densidade de pacientes em uma enfermaria pode flutuar também. Em determinada época pode haver um número ótimo, ideal para compor um grupo de crianças e adolescentes em idade escolar. Em outra época, uma quantidade maior de bebês e, portanto, um número pequeno de “emergenciais alunos” estará presente na enfermaria.

Tem-se grupos de pacientes sempre heterogêneos, em relação a um grande número de aspectos. A idade é um deles, mesmo se considerada a faixa etária em idade escolar, pois esta cobre um *continuum* que se estende da primeira infância à adolescência. Para cada criança o tempo de permanência no hospital é diferente, e por conseguinte a duração e extensão do investimento pedagógico recebido. A seriação escolar e/ou o aproveitamento acadêmico apresentado pelos pequenos pacientes sofre alguma variação também. Assim, por exemplo, pode-se ter dois pacientes, ambos na 5ª série, e encontrar-se um deles bastante defasado em relação ao outro.

Logo, muito embora considerando que o objetivo de oferecer acompanhamento curricular, deva prever que todas as áreas do conhecimento sejam contempladas, isto se dá apenas potencialmente. Tendo em vista a dinâmica e a estrutura do grupo, e a especificidade de sua composição, nem sempre é possível constituir, por exemplo, uma classe hospitalar para cada disciplina: uma para língua portuguesa, uma para Matemática e assim por diante. Do ponto de vista operacional não há garantia que isto seja aplicável, pois ora uma classe estaria muito cheia, ora completamente vazia.

Além disso, e de certa maneira, por causa das condições acima expostas, o processo ensino-aprendizagem de conteúdos acadêmicos promovido em uma enfermaria, pode ter um caráter individualizante. Isto se dá porque, não obstante os pacientes estejam dispostos na forma de um grupo, na maior parte do tempo, a abordagem é dirigida a um de cada vez, dado que encontram-se em níveis distintos do desenvolvimento intelectual. Desse modo, não é sempre que se contará com a troca e competitividade estabelecida entre os colegas de uma mesma série que, de algum modo, contribui à aprendizagem. Não são a regra, mas contam-se ainda com situações extremas em que as dificuldades específicas do paciente requerem que ele seja atendido sozinho.

Em uma enfermaria, o paciente não necessariamente contará com a exposição dos assuntos escolares na forma da dinâmica de uma sala de aula.

Tanto em função do tempo, que em um hospital pode mostrar-se ora reduzido em relação à carga horária de uma escola, ora entrecortado e interrompido pelas intercorrências médicas, quanto em função do fato que a rotina de uma sala de aula, propriamente dita, favorece, ou deve favorecer, situações que, mesmo informais e não planejadas, contribuem ao aprendizado. Além do mais, a dinâmica de uma escola, deve prever muito mais do que contém uma sala de aula: um aluno explora as possibilidades de uma escola na forma de outros espaços e atividades; a rotina de uma escola é mais que sua exigência de horários e locais específicos e, quando avaliado, um aluno deve ser apreciado para além de suas notas e pontuações obtidas nos testes escolares.

A sedimentação dos conteúdos requer ainda, por parte do aluno, investimentos paralelos àqueles dispensados em uma sala de aula, exigidos então na forma da resolução das tarefas encaminhadas para casa. Durante o período de internação em um hospital, a enfermaria será sua “casa”. Assim, o paciente-aluno deverá mobilizar-se sozinho, ou com a ajuda de seu acompanhante, de forma que possa cumprir essas obrigações acadêmicas, geralmente acumuladas a um volume maior que o normal, caso a escola de origem esteja encaminhando as tarefas de sala de aula. Ele terá que, de certo modo, recriar uma rotina de afazeres, na qual se inclua a resolução “doméstica” das tarefas escolares.

O estresse da hospitalização composto pela angústia da definição diagnóstica, evolução prognóstica, ansiedade pela resposta do organismo à terapêutica empreendida e o afastamento do lar são eventos disruptivos. Nestas condições, exigências acadêmicas formais, com programas curriculares de cursos a cumprir, associados à demanda, geralmente familiar, para que o jovem paciente não sofra reprovação no ano letivo cursado, podem se somar àquele estresse já estabelecido pela hospitalização. Desse modo, uma proposta de atuação escolarizante deverá ser empreendida de modo a não se tornar incompatível com as necessidades de atenuação e superação de estados emocionais negativos.

Embora a argumentação mencionada possa se mostrar pessimista, não chega a desacreditar a viabilidade da classe hospitalar. Na verdade, tal argumentação serviu como recurso de retórica para que, ao procurar responder à questão título, outra questão paralela seja levantada: “Que tipo de escola cabe em um hospital?”.

Assim, não apenas o hospital deve se flexibilizar no sentido de permitir em seu espaço físico e rotinas de trabalho a presença de outras práticas institucionais — no caso, aquelas próprias de uma escola, como uma classe hospitalar que pretenda alcançar resultados satisfatórios dentro de um hospital, deve atuar para além do paradigma vigente de escola. Nas palavras de Fonseca (1998): “A classe hospitalar denota estar além da escola que temos e, certamente, mais próxima da escola que queremos”.

Algumas premissas em voga que apontam para a superação do modelo tradicional de escola, como respeito pelo ritmo próprio de cada aluno, vinculação dos conteúdos à realidade vivida e educar mais do que apenas ensinar conceitos e noções, devem ser reforçadas nas circunstâncias em que o aluno é ao mesmo tempo um paciente. Ao se tentar reproduzir uma prática educativa que satisfaça as condições de um contexto hospitalar, deve se manter o cuidado atento para que não seja importado do contexto escolar o que há de ultrapassado e decadente.

A reabilitação infantil em patologias do aparelho locomotor

Na Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor atendem-se pacientes portadores de lesão medular traumática e não-traumática, lesão cerebral congênita e adquirida, lesões do sistema nervoso periférico, síndromes genéticas, doenças neuromusculares, patologias ortopédicas e reumatológicas. Para a maioria das doenças atendidas não se prevê a remissão total e plena do quadro, não se falando desse modo, exatamente em cura. Assim, a atenção prestada é do nível terciário, ou seja de reabilitação.

As internações, denominadas eletivas, não possuem um caráter emergencial, permitindo inclusi-

ve que, em alguns casos, possam ser planejadas para que o período de permanência da criança no hospital venha a se dar durante as férias escolares ou não concorra com momentos críticos do ano letivo.

A enfermaria de reabilitação infantil do Sarah/Salvador foi aberta em julho de 1996, com o objetivo de atender pacientes na faixa etária entre 0 a 16 anos. Sem a pretensão de referir um perfil epidemiológico, pode-se dizer que as crianças e adolescentes atendidos possuem, em geral: mielomeníngece, lesão medular, paralisia cerebral, disrafismo medular, artrite reumatóide juvenil, osteoporose, mal-formações ortopédicas, sequelas neurológicas de traumatismo crânio-encefálico, atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor de etiologia indefinida, miopatias, artrogripose, neoplasias ósseas, complicações decorrentes da consolidação de fraturas, dentre outras. Tratam-se, em sua maioria, de quadros crônicos que implicam em reinternações periódicas. Grande parte dos pacientes atendidos pode ser definido como portador de deficiência física.

A tônica do trabalho desenvolvido está pautada na atuação interdisciplinar de uma equipe de profissionais que, conjuntamente ou em momentos individualizados, atende o paciente. Esta equipe é composta basicamente por médicos pediatras, fisiatras, ortopedistas, enfermeiros, psicólogos, terapeutas funcionais,² nutricionistas e professores.³

A capacidade total da enfermaria de Reabilitação Infantil é de 20 leitos para pacientes e 16 alojamentos para acompanhantes. A duração das internações pode variar desde alguns dias a vários meses. A maior parte das internações dura por volta de 40 dias.⁴ Quanto à faixa etária, pode-se dizer que

² No âmbito do Hospital em questão, assim são denominados os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

³ Há quatro categorias de professores nos Hospitais da Rede Sarah, atendendo a área fim: professores hospitalares, professores de dança, professores de educação física e professores de nível médio.

⁴ O valor está aproximado. A Moda foi a medida estatística escolhida, tendo em vista ser menos influenciada por

crianças com idades entre 0 e 5 anos correspondem a 48% dos pacientes desta enfermaria. Aqueles com idades entre 6 e 12 anos correspondem a 34% da clientela ali internada e os demais, com idades entre 13 e 17 anos correspondem a 18%.⁵ No contexto deste Hospital de Reabilitação, grande parte do tempo útil despendido pela maioria dos pacientes tem prioridades fisioterápica e de educação para a saúde.⁶ Assim as atividades das quais participam, concentram-se nos programas de monitoramento em exercícios de fisioterapia, treinamento para recuperação da funcionalidade em atividades de vida diária e o aprendizado de procedimentos de autocuidado, como o esvaziamento vesical e intestinal.⁷ Com estas atividades concorre ainda a realização de exames de rotina e de investigação diagnóstica.

Pacientes restritos ao leito não são a maioria neste hospital. Limitam-se àqueles em recuperação anestésica; em isolamento para pesquisa e descolonização como medida preventiva à disseminação de infecção hospitalar; portadores de escaras em regiões que o restrinjam da posição sentada e pacientes pós-operatórios, alguns dos quais imobilizados em trações ou no gesso. Pacientes debilitados clinicamente, e portanto indisponíveis para a participação nos programas de atividades fisioterápicas, permanecem em geral na unidade de terapia semi-intensiva. Deste modo, não ilustra a realidade deste Hospital uma grande quantidade de pacien-

valores muito díspares, como aqueles presentes nos extremos do *continuum* faixa etária de 0 a 16.

⁵ Informações levantadas junto à Base de Dados do Hospital. Correspondem ao ano de 1998.

⁶ Esta modalidade assistencial distingui-se da atenção aqui denominada escolar e/ou pedagógica. Neste Hospital, os programas de educação para a saúde contemplam, por exemplo, aulas de reeducação vesico-intestinal, prevenção de parasitoses, reeducação de hábitos alimentares, higiene corporal e oral, prevenção de escaras, dentre outros. São empreendidas pelos profissionais de enfermagem e nutrição.

⁷ Muitos pacientes com seqüelas de lesão medular possuem disfunções na bexiga, sendo potenciais candidatos a insuficiência renal.

tes acamados, potencialmente ociosos e portanto ávidos por algo que lhes ocupe o tempo. O que se tem ao invés é, para a maioria de pacientes, então incluídos nos programas de reabilitação, uma agenda de atividades a cumprir, onde uma destas virá a ser a escolarizante, caso se trate de uma criança ou de um adolescente.

Especificidades do acompanhamento escolar prestado

No Hospital Sarah/Salvador, professores de nível superior, denominados professores hospitalares, promovem o acompanhamento acadêmico das crianças e adolescentes que eventualmente ficaram privados da escolarização por ocasião da internação hospitalar, bem como a estimulação intelectual daqueles que não vinham sendo escolarizados normalmente ou formalmente.⁸ Neste sentido, pode-se supervisionar o aprendizado de qualquer disciplina ou área de conhecimento.

É comum se observar que uma parcela significativa dos adolescentes e das crianças em idade escolar, mesmo antes de serem internados no Hospital, encontrava-se fora da escola ou bastante defasada na relação idade x série cursada. A trajetória acadêmica de muitos desses pacientes é permeada pela evasão, pelo ingresso tardio ou pela exclusão promovida pelo próprio sistema educacional.

Estes condicionantes refletem aspectos socioeconômicos que desenham o panorama da baixa qualidade do ensino na região Nordeste e revelam o quadro de carência e falência das escolas frequentadas pela maioria da clientela de pacientes atendida pelo hospital. Localizado na principal capital do

⁸ Porque estavam absolutamente fora da escola, ou porque frequentavam escolas tipo "fundo de quintal". Estas escolas, na Bahia popularmente conhecidas como "Bancas", se instituíram para oferecer reforço escolar, mas foram legitimadas pela população como uma alternativa para suprir a falta de vagas ou a dificuldade de acesso à rede oficial.

Nordeste, o Sarah/Salvador atende em sua maioria pacientes domiciliados nesta cidade, no interior da Bahia ou nos demais estados da região. Situar o contexto educacional mostra-se pertinente quando se considera a implicação dos determinantes sociais enquanto limitantes ao sucesso de programas de reabilitação.⁹

Assim, a baixa qualidade do ensino regular, público ou mesmo privado e principalmente do ensino especial, torna difícil o estabelecimento de parâmetros, ou seja isolar que variáveis do fracasso acadêmico são relativas às limitações derivadas do afastamento promovido pela hospitalização ou derivadas da deficiência do paciente, daquelas que são relativas à deficiência do sistema de ensino no qual ele vinha inserido. Baixa qualidade do ensino implica aproveitamento insuficiente, repetência e fracasso escolar para grande parte dos alunos, indistintamente e anteriormente à ausência de atenção a necessidades educativas especiais porventura de-

⁹ Dados de 1996 apontavam que a distribuição proporcional do total de crianças na faixa etária de 7 a 14 anos que não freqüentavam a escola, quando consideradas as cinco regiões geográficas do país, colocava a região Nordeste com um percentual de 50%. No estado da Bahia, 12 em cada 100 crianças em idade escolar estavam fora da escola (percentual maior que o de toda a região Sul do país). As taxas de reprovação no ensino fundamental de 1^a a 4^a série eram, no ano de 1995, de: 18,2 para a Bahia e 20,3 para o Nordeste; quando para todo o Brasil era de 16,2. As taxas de abandono para as mesmas séries e período eram de 23,8 para a Bahia, de 20,5 para o Nordeste e 12,9 para o país como um todo. Na Bahia dos 3,5 milhões de alunos matriculados no ensino fundamental de 1^a a 8^a séries, 1,1 milhão tem mais de 14 anos e, desses, cerca de 110 mil estão na 1^a série. Quase 35% dos 492 mil alunos do ensino médio também tem acima da idade prevista para o seu grau. A análise comparativa dos resultados dos levantamentos de 1995 e 1997 do SAEB (Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica) sobre a proficiência dos alunos da 4^a e da 8^a série do ensino fundamental e dos alunos da 3^a série do ensino médio, indicou que, embora tenha havido uma melhoria do desempenho da região Nordeste, o rendimento dos alunos desta região continua sendo o mais baixo do país, juntamente com o da região Norte.

mandadas por portadores de deficiência ou crianças e adolescentes em tratamento hospitalar.

Neste sentido, é freqüente constatar-se que o aprendizado dos conteúdos correspondentes à série cursada não foi atingido satisfatoriamente por aqueles pacientes. O analfabetismo no sentido estrito e o analfabetismo funcional são também realidades presentes.

Boa parte das patologias que acometem esses jovens pacientes, além de derivarem em deficiências físicas, muitas vezes representam implicações cognitivas e neuropsicológicas associadas. Alguns têm retardo mental, outros uma leve defasagem cognitiva, e alguns, ainda, distúrbios de comportamento.

Assim, no âmbito do acompanhamento escolar é bastante comum que a atuação se dê no sentido do suporte para a superação de dificuldades de aprendizagem não apenas enquanto derivada do contexto de privação social dos pacientes mas também enquanto manifestação associada à patologia. Logo, nem sempre os programas curriculares, porventura encaminhados pela escola, ou previstos pela série cursada, poderão ser cumpridos na íntegra.

Enquanto quadros associados à deficiência física, não somente os distúrbios cognitivos e/ou comportamentais podem representar dificuldades à aprendizagem. Muitos pacientes, ainda que contem com a inteligência preservada, possuem restrições motoras significativas, onde algumas das quais vão além da questão de não andar.

É importante, neste sentido, referir o caráter de inobservada complexidade que permeia o processo de escolarização de alguns portadores de deficiência física, pois nem sempre a estes corresponderá a imagem que em geral se fazem deles, somente utilizando cadeira de rodas, muletas ou andador. É assim que, para crianças e jovens com lesão medular em um nível que o tenha deixado tetraplégico, além de não ser possível andar, o uso dos membros superiores também fica comprometido, dificultando ou impedindo a escrita. O uso do lápis para escrita pode estar também dificultado para crianças com um tipo de deficiência chamada artrogrípse

e para aquelas com outros tipos de deformidades ou amputações em braços e mãos.

A paralisia cerebral e outros tipos de lesão cerebral também podem interferir na maneira do paciente/aluno manipular objetos. Alguns não conseguem usar o lápis com uma habilidade mais fina. Outros nem mesmo pegam em um lápis. Podem ter também dificuldades na fala. Aquilo que pronunciam é mais difícil de ser compreendido, embora o conteúdo do que desejam expressar possa possuir sentido e lógica compatíveis ao esperado pela sua idade.

Desse modo, as situações de sala de aula compreendidas durante o período de internação ocorrido no hospital deverão tanto explorar a possibilidade de estimular o potencial intelectual do paciente quanto avaliar as restrições motoras limitantes à *performance* acadêmica deste, enquanto condições para adequação da sua inserção ou reinserção escolar. Alguns alunos deverão usar o lápis de uma forma adaptada junto ao punho ou à palma da mão. Outros irão se valer de adaptações na boca, no queixo, ou na testa, para escrever em computadores ou máquinas de datilografia. Alguns poderão fazê-lo até mesmo com os dedos dos pés. Esses recursos alternativos são assim implementados inicialmente no âmbito do Hospital para que sejam posteriormente orientados aos professores, na forma de relatórios encaminhados, e contatos telefônicos mantidos ou na oportunidade da realização de visitas à escola de origem. Espera-se que venham a contornar o comprometimento em seus desempenhos e otimizar as habilidades presentes.

Boa parte dos pacientes atendidos pelo hospital, mesmo quando portadores de deficiências físicas severas e às vezes deficiências cognitivas, possuem condições de serem inseridos em escolas de ensino regular. Todavia, dada a resistência significativa oferecida por essas escolas para aceitação destes pacientes enquanto alunos, particularmente no caso da paralisia cerebral, pois seus portadores são freqüentemente confundidos com deficientes mentais, uma das funções das atividades escolares dirigidas para um jovem deficiente físico internado será a de introduzir a sua integração em um con-

texto de sala de aula. Em meio a crianças e adolescentes agrupados no que poderia se chamar Classe Hospitalar, portadores de deficiências são aproximados a outros pacientes menos comprometidos, então tipicamente candidatos a uma escola regular. Nessas condições, pode-se experimentar situações que reproduzam exigências acadêmicas de uma escola regular e desse modo aproximar o julgamento de sua adequação à realidade externa ao Hospital, aquela que será verdadeiramente vivenciada numa sala de aula.

A orientação de estratégias didático-metodológicas que otimizem a adaptação escolar e/ou o processo de ensino-aprendizagem quando do retorno ou primeiro ingresso deste paciente à escola pode ser relativa tanto à implementação de recursos e medidas alternativas como os acima apontados, quanto a condutas e posturas do professor daquela escola, mais adequadas em relação ao aluno, portador de deficiência, e demais alunos da turma.

É importante ressaltar que a maioria dos pacientes internados, deverá, após passado algum tempo da alta, retornar ao Hospital para revisões que em geral se repetem periodicamente. Nestas oportunidades, nas quais é atendido na forma de ambulatórios, o paciente é acompanhado longitudinalmente em todos os aspectos que envolvem a sua reabilitação. Deste modo, o processo de escolarização mantém-se apreciado pela equipe do Hospital.

Além do estresse comum à situação de hospitalização, há que se considerar situações particularmente problemáticas, das quais podem ser alvos alguns pacientes. Para um portador de lesão medular, por exemplo, o enfrentamento da deficiência, recentemente adquirida no caso dos traumas agudos, ou estabelecida como definitiva, no caso de prognósticos fechados, pode representar motivo de revolta, inconformismo e conflito. Nestas circunstâncias, até mesmo o simples cogitar da retomada da atividade escolar implica no desencadeamento de um drama onde o paciente expressa a recusa pelo retorno à escola e por conseguinte a recusa direta ou indireta da participação nas atividades escolarizantes promovidas pelo Hospital.

Deste modo, se para alguns pacientes deprimidos e afligidos por distúrbios emocionais diversos derivados de outras patologias, as exigências escolarizantes formais nem sempre se fazem indicadas, pois podem se mostrar incompatíveis ao quadro de fragilidade afetiva apresentado, então, nas circunstâncias delineadas por doenças do aparelho locomotor, muitas vezes é mais produtivo priorizar outro tipo de atividade escolarizante. Nestas circunstâncias, uma apreciação sensível por parte da equipe privilegiará aspectos lúdicos da atuação pedagógica. Um professor de nível médio¹⁰ promove então, paralelamente, atividades recreativas que favoreçam o enfrentamento do estresse derivado da hospitalização.

Além disso, para muitos desses pacientes, o empreendimento de atividades escolarizantes, ainda no Hospital, vai se constituir como o primeiro momento, após a lesão sofrida, no qual ele será desafiado no seu potencial para desempenho acadêmico, então modificado pela deficiência física instalada. Sugere-se nestes momentos, então, o treino para habilidades como a escrita, readaptadas à nova modalidade que se mostra funcional. Duas exigências paralelas e simultâneas: o ganho em qualidade na *performance* motora readaptada funcionalmente e o ganho na aprendizagem de conteúdos próprios e esperados para a série cursada por aquele paciente podem se mostrar concorrentes e não recomendados.

Um nível adjacente ao atendimento

Uma parcela das crianças internadas em uma enfermaria pediátrica se encontrará na faixa de idade à qual caberia, caso se encontrassem fora de um hospital, a educação no nível pré-escolar.

No Hospital Sarah/Salvador será privilegiado para estas crianças, no âmbito da atenção educati-

¹⁰ Este professor, com formação no nível de mestrado, não recebe a denominação de professor hospitalar.

va, uma abordagem recreativa, que através de atividades, estimule habilidades cognitivas, perceptomotoras ou de expressão artística.¹¹ Isto se dá entretanto, sem o compromisso do acompanhamento rigoroso de um *currículo* acadêmico, de tal modo que as atividades desenvolvidas não obedecem necessariamente aos conteúdos programáticos das séries da pré-escola. Assim, para este subgrupo de crianças, também sempre heterogêneo em sua constituição, seja quanto às idades cronológicas, aos estágios do desenvolvimento cognitivo, ou quanto aos tipos e graus das incapacidades físicas, mais do que nunca, não se reproduzem obrigatoriamente situações de sala de aula. Espaços disponíveis na própria enfermaria são adaptados para o desenrolar de brincadeiras, momentos de leitura ou dramatização de histórias infantis, por exemplo, então dirigidas pelo professor de nível médio. Conta-se ainda, nas dependências do Hospital, com um parquinho de areia, horta, anfiteatro, quadra de esportes e varandas com jardins contíguas às enfermarias. As crianças podem desfrutar também de saídas periódicas do Hospital na forma de passeios programados, que atendem, dentre outras, a demandas de lazer.

Ocorre, ainda, que estas oportunidades de estimulação proporcionadas pelo Hospital venham a ser as primeiras a que estarão sendo submetidas algumas destas crianças portadoras de deficiência. Isto se dá, em parte, devido à restrição socioeconômica sofrida pela clientela atendida pelo Hospital, em sua maioria proveniente das camadas mais pobres da população, cujas rendas priorizam outros gastos em detrimento da educação pré-escolar.¹²

¹¹ Algumas destas atividades possuem ainda uma função terapêutica que se soma aquela do enfrentamento do estresse da hospitalização; no sentido de que também contribuem para a superação de defasagens do desenvolvimento neuropsicomotor, apresentadas por grande parte da clientela atendida.

¹² Aquela, cuja oferta gratuita por parte das políticas públicas, não é cumprida de forma obrigatória, o que viria a implicar, portanto, o ingresso em uma escola particular e em gastos na despesa familiar.

A outra razão que se encontra por trás da insuficiência de estimulação em que essas crianças se encontram, repousa justamente no fato das mesmas serem portadoras de deficiência. Explorar o meio que as cerca requer uma participação mais ativa dos pais ou daqueles que a cuidam, necessidade esta que infelizmente nem sempre lhes está ao alcance.

Assim, a condição de portadores de deficiência lhes impõem muitas vezes, o isolamento e a privação de contatos sociais. Desse modo, outro ganho alcançado por estas crianças no período de internação é o incremento na qualidade do relacionamento intersubjetivo, seja enquanto promovido por atividades especificamente dirigidas para este fim, como passeios externos, festas ou dinâmicas integradoras, quanto graças aos contatos informalmente mantidos com as outras crianças do grupo, formado pelo conjunto de pacientes internados numa mesma enfermaria. Cumpre-se deste modo, ainda que indiretamente, um dos papéis da pré-escola — o de agente socializador ou estimulador ao desenvolvimento socioafetivo.

Conclusão

A iniciativa deste trabalho buscou contribuir ao incremento das pesquisas tanto na área pedagógica, subsidiando a implementação de medidas objetivas para inclusão de alunos portadores de deficiência no ensino regular, quanto socioeducativa, com especial atenção a um melhor dimensionamento de situações de exclusão sofridas por crianças e adolescentes em idade escolar, assim como médico-social no que tange às políticas de humanização do atendimento hospitalar.

Para finalizar, fica também uma orientação específica relativa a uma melhor compreensão dessa prática em si. Assim, não obstante a finalidade do atendimento em classe hospitalar não deva restringir-se às demandas de acompanhamento do *currículo* acadêmico apenas com vistas ao alcance de resultados imediatamente visíveis, como por exemplo, a aprovação no ano letivo que sofreu concorrência com a internação hospitalar, julgo interes-

sante ressaltar aspectos que devem ser considerados se, porventura, no empreendimento de estudos sobre a temática, forem realizados trabalhos empíricos que almejem avaliar a eficácia destes resultados pela via da apreciação da *performance* acadêmica, em curso ou futura, destas crianças e adolescentes.

Deste modo, chamo a atenção para as seguintes variáveis que devem ser equacionadas quando da delimitação da problemática. São estas, a saber:

- > época em que se deu o afastamento da escola;
- > rendimento acadêmico prévio do aluno;
- > receptividade da escola quando do seu retorno.

E, num segundo nível:

- > tempo que permaneceu internado e fora da escola;
- > tempo disponibilizado durante esta internação para que ele se dedique aos estudos;
- > tipo de patologia que o acometeu e possíveis limitações então impostas a sua *performance*;
- > recorrência das internações ao longo do ano letivo e em sua vida acadêmica progressiva.

Concluindo, gostaria de chamar a atenção para o caráter híbrido sob o qual deve ser entendida a classe hospitalar, quando do enquadramento desta prática na categoria de ensino especial, segundo a concepção do MEC.

Num primeiro plano, crianças e adolescentes internados em um hospital de qualquer especialidade são considerados portadores de necessidades educativas especiais porque, encontrando-se hospitalizados e impossibilitados de se integrarem ao seu cotidiano e acima de tudo terem acesso adequado a revistas, livros, materiais didáticos diversos, bem como terem oportunidade de vivenciar experiências culturais, artísticas e de lazer, correm o risco, mais do que outras crianças, de sofrerem fracasso escolar.

Quando as doenças que o levaram à internação, como no caso de muitas patologias do aparelho locomotor, requerem ao longo da vida acadêmica daquele jovem paciente, mais de uma, ou várias internações recorrentes, esta condição de portador de necessidades educativas especiais faz-se ainda mais reforçada.

Num segundo plano, derivado da patologia enquanto condicionante, deve ser considerado para pacientes internados portadores de doenças do aparelho locomotor, outro descritor de peso determinante: a presença de deficiência física (ou das deficiências física e cognitiva) as quais, pelas razões tradicionalmente estabelecidas, os instituíram candidatos ao ensino especial. Cabe, contudo, na apreciação deste argumento, ressaltar que, em sintonia com os novos rumos da educação, boa parte dos pacientes atendidos pelo Hospital Sarah passa a conhecer, justamente no âmbito da internação, a possibilidade de integração junto ao ensino regular, quando do restabelecimento da rotina de vida pós-alta hospitalar. A denominação “ensino especial” poderia assim ser lida no sentido de não-ordinária ou incomum às práticas educacionais correntes.

Vista tanto por uma ótica quanto por outra, o acompanhamento escolar de jovens e crianças hospitalizadas, seja por quais forem as patologias, portadores ou não de deficiências, é uma prática que se inscreve sob o título da equidade — a equiparação de oportunidades apesar das diferenças — uma pauta de destaque nas agendas sobre qualidade de vida, cidadania e democratização, tão discutidas neste fim de milênio. A instituição da classe hospitalar, assim denominada ou por qualquer outra forma sinônima, compõe um movimento que, buscando neutralizar a exclusão e desvantagens sofridas por parcelas da população, insere a importância do desenvolvimento de práticas de discriminação positiva.

ALESSANDRA SANTANA BARROS é mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e professora do Centro de Reabilitação Infantil do Hospital Sarah/Salvador, Bahia.

Referências bibliográficas

- CECCIM, Ricardo B.; CARVALHO, Paulo R. (orgs.), (1997). *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: Editora UFRGS.
- FONSECA, Eneida S., (1998). *Aspectos da ecologia da classe hospitalar no Brasil*. Grupo de Estudo: Educação Especial, XXI Reunião Anual da ANPED, Caxambu/MG.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO, (1999). *Fundescola/Projeto Nordeste*. Boletim Técnico, ano IV, nº 24.
- _____, (1994). Secretaria de Educação Especial. *Política Nacional de Educação Especial*. Brasília: MEC/SEESP.
- _____, (1997). *Parâmetros Curriculares Nacionais: primeiro e segundo ciclos*. Introdução. Brasília: MEC/SEF.
- _____, (1997). *Programa Toda Criança na Escola*. Brasília: MEC.
- MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, (1995). *Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados: Resolução nº 41, D.O.U. nº 199*.
- TRINDADE, E.; EVELIN, G., (1996). O desafio da educação. *Istoé*, nº 1417, p. 48-56.