

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO

EDNA MARIA DE JESUS

**DESAFIOS DO ATENDIMENTO PEDAGÓGICO
HOSPITALAR/DOMICILIAR EM GOIÁS: GÊNERO E DOCÊNCIA NO
OLHAR DOS/AS AGENTES ENVOLVIDOS/AS**

GOIÂNIA - GO

2017

EDNA MARIA DE JESUS

**DESAFIOS DO ATENDIMENTO PEDAGÓGICO
HOSPITALAR/DOMICILIAR EM GOIÁS: GÊNERO E DOCÊNCIA NO
OLHAR DOS/AS AGENTES ENVOLVIDOS/AS**

Tese apresentada à Banca Examinadora de Defesa do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Doutorado em Educação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para a obtenção do título de Doutora em Educação.

Área de Concentração: Estado, Políticas e Instituições Educacionais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lúcia Helena Rincón Afonso

GOIÂNIA - GO

2017

C268a Jesus, Edna Maria de
Desafios do atendimento pedagógico
hospitalar/domiciliar em Goiás [manuscrito]: gênero e
docência no olhar dos/as agentes envolvidos/as Edna
Maria de Jesus .-- 2017.
205 f.; il. 30 cm

Texto em português com resumo em inglês
Tese (doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de
Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em
Educação, Goiânia, 2017
Inclui referências f.168-178

1. Educação especial - Atendimento pedagógico
hospitalar/domiciliar - Goiânia (GO). 2. Identidade de
gênero na educação. 3. Docência universitária. 4.
Igualdade na educação.
I.Rincón Afonso, Lúcia Helena. II.Pontifícia Universidade
Católica de Goiás. III. Título.

CDU: 376-056.24(043)

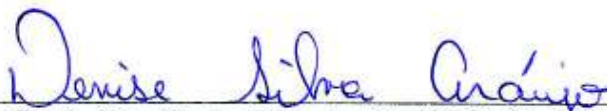
**DESAFIOS DO ATENDIMENTO PEDAGÓGICO HOSPITALAR/DOMICILIAR EM
GOIÁS: GÊNERO E DOCÊNCIA NO OLHAR DOS/AS AGENTES
ENVOLVIDOS/AS**

Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação da Pontifícia
Universidade Católica de Goiás, aprovada em 27 de setembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Lúcia Helena Rincón Afonso / PUC Goiás (Presidente)



Profa. Dra. Denise Silva Araújo / UFG (Pós-Doutoranda da PUC Goiás)



Prof. Dr. José Maria Baldino / PUC Goiás



Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira / UFG



Profa. Dra. Jucélia Linhares Granemann de Medeiros / UFMS

Profa. Dra. Maria Zeneide Carneiro Magalhães de Almeida / PUC Goiás (Suplente)

Profa. Dra. Yara Fonseca de Oliveira e Silva / UEG (Suplente)

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese aos/às profissionais da educação e da saúde, em especial aos/às colegas do Núcleo de Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar – Naeh e do Setor de Oncologia Pediátrica do Hospital Araújo Jorge, pelos ensinamentos de amor, solidariedade, perseverança, humildade e paz, que transformam a dor em esperança de vida.

AGRADECIMENTOS

É neste momento que reflito sobre todas as contribuições recebidas e agradeço primeiramente, a Deus, que esteve ao meu lado durante mais esta jornada, me tornando perseverante e me abrigando em todos os momentos;

aos meus pais pelo amor incondicional e por serem exemplos de dedicação, perseverança e honestidade;

às minhas irmãs Elizabeth Maria, Elizete Maria (também colega de profissão), Edilene Maria e Ana Lúcia, amigas que sempre me apoiaram, me incentivaram e me fizeram sentir tão amada e forte;

às minhas filhas Evelyn e Ellen pela paciência e compreensão nos momentos de ausência e com quem aprendo todos os dias uma nova forma de amar;

aos/às meus/minhas sobrinhos/as Denise, Rosana, Giovana, Maycon, Letícia, Elisa e Thiago que me fazem sentir amada e admirada e ao Joca, que trouxe mais alegria a nossa família;

à Ariane e ao Murillo enteado/a que me ensinam como ser uma mãe-drasta;

à toda família pelos exemplos de união e fraternidade;

à minha família de amigos/as que sempre me deram força e apoio nos momentos difíceis e felizes.

Quero agradecer, especialmente, a quem fez e sempre fará parte da minha história, minha orientadora Lúcia Helena Rincón, pela dedicação, paciência, compreensão, generosidade e orientações tão relevantes e cuidadosas, que fizeram com que este trabalho se concretizasse;

aos amigos Elias Pascoal e Bento Fleury e às amigas Iraci, Maria José, Lourdinha e Kássya pelo auxílio e pela amizade e carinho que se estendem para toda a vida.

Aos/às professores/as e colegas de doutorado pelas contribuições durante e após às aulas.

Aos/às professores/as das Bancas Examinadoras de Qualificação e Defesa, Dr. José Maria Baldino, Dr.^a Denise Silva Araújo, Dr.^a Edsaura Maria Pereira, Dr.^a Jucélia Linhares Granemann, Dr.^a Maria Zeneide Carneiro Magalhães de Almeida e Dr.^a Yara Fonseca de Oliveira pelas contribuições significativas que enriqueceram este trabalho.

Aos sujeitos que se dispuseram a contribuir para a efetivação desta pesquisa.

Ao Elias, amigo/amado/amante, pelo amor e paciência, durante este novo percurso, pelo companheirismo, acolhimento e apoio incondicional.

Agradeço, também, a todas as pessoas que não foram citadas, mas que de alguma forma fizeram parte, contribuindo para que este projeto de vida pessoal e profissional se tornasse realidade.

Muito obrigada à todos/as!

Maria, Maria

Maria, Maria
É um dom, uma certa magia
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece
Viver e amar
Como outra qualquer
Do planeta.
Maria, Maria
É o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri
Quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta.
Mas, é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria.
Mas, é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida.
Mas, é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria.
Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida!

- Milton Nascimento – Música “Maria, Maria”

RESUMO

A pesquisa “Desafios do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar em Goiás: gênero e docência no olhar dos/as agentes envolvidos/as” teve como propósito investigar o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, buscando suas particularidades na qualidade de política pública, bem como a identidade profissional dos sujeitos que nela atuam e a percepção dos sujeitos envolvidos, acerca do atendimento desenvolvido pelo Naeh/Seduc-GO, considerando a questão do gênero e da docência. A investigação adota os pressupostos da abordagem qualitativa e se estrutura pela revisão de literatura, de estudo bibliográfico baseado em autores como Aranha (2000, 2001, 2005); Ceccim (1999); Fonseca (2003); Freire (1987, 2001, 2006, 2011); Louro (1997, 2003), Matos e Mugiatti (2009, 2014) entre outros, e documental e pela articulação dos pressupostos teóricos com o contexto empírico, por meio da pesquisa de campo, mediante questionários e entrevistas. O estudo revelou que as políticas públicas direcionadas à inclusão, apesar dos avanços, tiveram alcance limitado e, por isso ainda evidencia-se, o paradoxo inclusão/exclusão. Na visão dos sujeitos da pesquisa, o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, oferecido pelo Naeh assume o papel de promotor da inclusão e tem se expandido significativamente. No entanto, cabe destacar alguns pontos relevantes da pesquisa: a) a falta formação para atuar nesta modalidade da Educação Especial; b) os planejamentos e atividades são elaborados mediante o Currículo Referência da Rede Estadual de Educação – Seduc/GO; c) a prática pedagógica no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar exige dos/as profissionais envolvidos/as maior flexibilidade, maior compreensão para as peculiaridades de cada educando/a; d) a dificuldade dos/as profissionais que atuam nessa modalidade de ensino, em lidar com a perda e o luto de educandos/as; e) a rotatividade de profissionais e de educandos/as que dificulta a continuidade do processo de ensino/aprendizagem; f) a maior parte dos/as profissionais, do Naeh, têm vínculo efetivo na Seduc-GO, mas estão lotados/as em outras instituições de ensino e apenas complementam a carga horária nesse tipo de atendimento; g) embora não se perceba resistência quanto à contratação de professores e preferência quanto à contratação de professoras, grande parte dos/as profissionais que atuam no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, nos cargos de gestão e docência, são mulheres; h) as responsáveis são todas do sexo feminino e não realizam trabalho remunerado fora de casa, para acompanhar o/a filho/a em tratamento de saúde; i) a maioria das responsáveis entrevistadas, declaram preferir professoras, devido à questão do cuidar e educar, reconhecida por elas, como atividade feminina; j) as responsáveis afirmam que souberam do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar no hospital durante a internação do/a filho/a e consideram as atividades de relevância para o início ou continuidade das atividades escolares, bem como as interações sociais. Desse modo, foram apresentados e analisados os elementos que constituem o olhar sobre o fazer pedagógico, no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, em Goiás, que ainda tem um longo caminho a percorrer para alcançar de fato a inclusão e a igualdade de direitos.

Palavras-chave: Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar. Educação Especial. Gênero e Docência.

ABSTRACT

The research "Pedagogical Hospital / Home Care in Goiás: gender and teaching in the eyes of the subjects involved" had the purpose of investigating the Pedagogical Hospital / Home Care, seeking their particularities in the quality of public policy, as well as the professional identity of the subjects involved in it and the perception of the subjects involved, about the attendance developed by Naeh / Seduce-GO, considering the question of gender and teaching. The research adopts the assumptions of the qualitative approach and is structured by literature review, from a bibliographic study based on authors such as Aranha (2000, 2001, 2005); Ceccim (1999); Fonseca (2003); Freire (1987, 2001, 2006, 2011); Louro (1997, 2003), Matos and Mugiatti (2009, 2014) among others, and documentary and by the articulation of theoretical assumptions with the empirical context, through field research, through questionnaires and interviews. The study revealed that public policies aimed at inclusion, despite advances, were limited in scope and, therefore, the inclusion / exclusion paradox is still evident. In the view of the research subjects, the Pedagogical Hospital / Home Care, offered by Naeh assumes the role of promoter of inclusion and has expanded significantly. However, it is important to highlight some relevant points of the research: a) lack of training to act in this modality of Special Education; b) the plans and activities are elaborated through the Curriculum Reference of the State Education Network - Seduce / GO; c) Pedagogical practice in the Pedagogical Hospital / Home Care requires the professionals involved / the greater flexibility, greater understanding of the peculiarities of each student; d) the difficulty of the professionals who work in this modality of teaching, in dealing with the loss and mourning of learners; e) the turnover of professionals and students that hinders the continuity of the teaching / learning process; f) most professionals, from Naeh, have an effective link in Seduce-GO, but they are crowded in other educational institutions and only complement the workload in this kind of service; g) although there is no resistance regarding the hiring of teachers and preference for the hiring of teachers, most of the professionals who work in the Pedagogical Hospital / Home Care, in the management and teaching positions, are women; h) those responsible are all female and do not perform paid work outside the home to accompany the child in health treatment; i) the majority of those interviewed declare that they prefer teachers because of the issue of caring and educating, recognized by them, as a feminine activity; j) those responsible state that they learned about the Pediatric Hospital / Home Care at the hospital during the hospitalization of the child and consider the activities of relevance to the beginning or continuity of school activities, as well as social interrelations. In this way, the elements constituting the look of pedagogical work were presented and analyzed, in the Pedagogical Hospital / Home Care Service in Goiás, which still has a long way to go in order to achieve inclusion and equal rights.

Keywords: Home/Hospital Pedagogical Support. Special Education. Gender and Teaching.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEE	- Atendimento Educacional Especial
Apae	- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BDTD	- Banco de Dados de Teses e Dissertações
CEE/CLN	- Conselho Estadual de Educação / Câmara de Legislação e Normas
CEE/CP	- Conselho Estadual de Educação / Conselho Pleno
CFE	- Conselho Federal de Educação
CNE/CEB	- Conselho Nacional de Educação / Conselho de Educação Básica
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
CNTE	- Confederação Nacional de Trabalhadores em Educação
COMUT	- Programa Brasileiro de Comutação Bibliográfica
Conanda	- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRER	- Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
Fenapaes	- Federação Nacional das Apaes
HAI	- Hospital Araújo Jorge
HC	- Hospital das Clínicas
HDS	- Hospital Dermatológico Sanitário Santa Marta
HDT	- Hospital de Doenças Tropicais Anuar Auad
HGG	- Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi
HMI	- Hospital Materno Infantil
HUGO	- Hospital de Urgências de Goiânia
HUGOL	- Hospital de Urgência Governador Otávio Lage
IAP's	- Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBC	- Instituto Benjamin Constant
IBICT	- Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
INES	- Instituto Nacional de Educação de Surdos
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	- Instituto Nacional do Seguro Social
LDB	- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LDBEN	- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
Libras	- Língua Brasileira de Sinais
MEC	- Ministério da Educação
Mobral	- Movimento Brasileiro de Alfabetização
Naeh	- Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar
OMS	- Organização Mundial da Saúde

ONU	- Organização das Nações Unidas
PCN's	- Parâmetros Curriculares Nacionais
PEEDI	- Programa de Educação para a Diversidade numa Perspectiva Inclusiva
PNE	- Plano Nacional de Educação
PNH	- Política Nacional de Humanização
PNHAH	- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPP	- Projeto Político Pedagógico
PUC GO	- Pontifícia Universidade Católica de Goiás
PUC PR	- Pontifícia Universidade Católica do Paraná
PUC SP	- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
SBP	- Sociedade Brasileira de Pediatria
Seduc	- Secretaria de Estado de Educação, Esporte e Cultura
SEE	- Secretaria de Estado de Educação
SEEE/GO	- Secretaria Estadual de Educação Especial de Goiás
SEESP	- Secretaria de Educação Especial
SNS	- Sistema Nacional de Saúde
SUEE	- Superintendência de Ensino Especial
SUS	- Sistema Único de Saúde
TIC's	- Tecnologias da Informação e Comunicação
UFAL	- Universidade Federal de Alagoas
UFBA	- Universidade Federal da Bahia
UFES	- Universidade Federal do Espírito Santo
UFG	- Universidade Federal de Goiás
UFJF	- Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMS	- Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
UFMT	- Universidade Federal do Mato Grosso
UFPA	- Universidade Federal do Pará
UFPE	- Universidade Federal de Pernambuco
UFRGS	- Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRN	- Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFRS	- Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
UFSCAR	- Universidade Federal de São Carlos
UFU	- Universidade Federal de Uberlândia
UnB	- Universidade de Brasília
Unicamp	- Universidade Estadual de Campinas
USP	- Universidade de São Paulo

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Alunos/as atendidos/as	121
Gráfico 2	- Tipo de Atendimento	122
Gráfico 3	- Gênero no Atendimento Hospitalar	122
Gráfico 4	- Gênero em Atendimento Domiciliar	123
Gráfico 5	- Professores/as	124
Gráfico 6	- Vínculo Empregatício	124
Gráfico 7	- Profissionais do Naeh em 2017	125
Gráfico 8	- Gênero: Profissionais do Naeh	126
Gráfico 9	- Profissionais do Naeh: local de atendimento	126
Gráfico 10	- Graduação dos profissionais do Naeh	127
Gráfico 11	- Pós-Graduação dos Profissionais do Naeh	128
Gráfico 12	- Gênero Equipe gestora	130
Gráfico 13	- Idade Equipe gestora	131
Gráfico 14	- Idade dos/as professores/as	131
Gráfico 15	- Tempo de Magistério das gestoras	132
Gráfico 16	- Tempo de Trabalho da Equipe Gestora no Naeh	132
Gráfico 17	- Tempo de Magistério dos/as professores/as do Naeh	133
Gráfico 18	- Tempo de Trabalho dos/as professores/as do Naeh	133
Gráfico 19	- Tipo de vínculo com a Seduce	134
Gráfico 20	- Tipo de vínculo dos/as professores/as com o Naeh	134
Gráfico 21	- Graduação/ões da Equipe Gestora	135
Gráfico 22	- Graduação dos/as professores/as	135
Gráfico 23	- Pós-Graduação/ões da Equipe Gestora	136
Gráfico 24	- Pós-Graduação/ões dos/as professores/as	137
Gráfico 25	- Motivos para a Equipe Gestora trabalhar no Naeh	139
Gráfico 26	- Motivos para trabalhar no Naeh	139
Gráfico 27	- Tipo de Atendimento Pedagógico dos/as professores/as	140
Gráfico 28	- Participação no Projeto Político Pedagógico do Naeh	143
Gráfico 29	- Formação Continuada de professores/as	145
Gráfico 30	- Resistência por parte da Gestão, na contratação de professores/homens	146
Gráfico 31	- Preferência pela contratação de professoras	147

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Legislação da Educação Especial em Classes Hospitalares	66
Quadro 2 - Eixo 1: Formação de Professores	88
Quadro 3 - Eixo 2: Práticas e Metodologias utilizadas no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar	91
Quadro 4 - Eixo 3: Cuidado, profissionalidade docente e gênero	95
Quadro 5 - Eixo 4: Percepção do fazer na Pedagogia Hospitalar e Inclusão	97
Quadro 6 - Perfil dos/as educandos/as	151
Quadro 7 - Perfil das responsáveis	155

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
 CAPÍTULO I	
EDUCAÇÃO COMO DIREITO HUMANO: A CONSTITUIÇÃO DO PARADIGMA INCLUSIVO	22
1.1 Educação Inclusiva e a perspectiva de afirmação dos Direitos Humanos	22
1.2 Educação e Saúde: integração na perspectiva da Educação Inclusiva	39
1.3 Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar: uma proposta de humanização.....	50
1.4 Magistério e Educação Inclusiva: afazeres de mulheres?.....	55
 CAPÍTULO II	
O/A DOCENTE NA PEDAGOGIA HOSPITALAR/DOMICILIAR: EDUCAÇÃO E EMANCIPAÇÃO	62
2.1 A Pedagogia Hospitalar	62
2.2 Histórico do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar no Brasil	66
2.3 A função do/a Pedagogo/a Hospitalar	72
2.4 A prática pedagógica no hospital	75
2.5 O Estado da Arte no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar	85
 CAPÍTULO III	
EDUCAÇÃO HOSPITALAR/DOMICILIAR EM GOIÁS: A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA	102
3.1 A implantação do Programa de Educação para a Diversidade numa Perspectiva Inclusiva – PEEDI em Goiás e o Projeto Hoje	102
3.2 Histórico do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar em Goiás: a narrativa da fundadora	108
3.3 Do Projeto Hoje ao Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar/ Domiciliar - Naeh	116
3.4 Os atendimentos do Naeh em gráficos (2014 a 2017)	120

CAPÍTULO IV

A PERCEPÇÃO DOS/AS SUJEITOS ENVOLVIDOS/AS SOBRE OS

DESAFIOS DO ATENDIMENTO PEDAGÓGICO HOSPITALAR/DOMICILIAR ... 129

4.1 As concepções e percepções da equipe gestora e dos docentes acerca do

Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar oferecido pelo Naeh 129

4.2 O Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar na percepção dos/as

educandos/as e responsáveis 150

CONSIDERAÇÕES FINAIS 164

REFERÊNCIAS 168

APÊNDICES E ANEXOS 179

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa teve como propósito investigar como se percebe o exercício da docência no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar em Goiás, também conhecido como Classes Hospitalares, ofertado pelo Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar - Naeh, órgão vinculado à Secretaria de Estado de Educação, Esporte e Cultura - Seduce. O estudo foi realizado por meio da análise de documentos, referências bibliográficas e pesquisa de campo, no qual se buscou apreender as percepções e as concepções dos sujeitos envolvidos (gestores, professores/as, responsáveis e alunos/as) acerca do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar.

Esta pesquisa intitulada “Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar em Goiás: gênero e docência no olhar dos/as sujeitos envolvidos/as” surgiu de uma necessidade pessoal e profissional, visto que para atuar nesta modalidade de ensino, da Educação Especial é necessário compreender a proposta e como tem se configurado esse atendimento.

Inserida no contexto da Educação Especial, desde 2006 e no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, atuando como professora desde 2015, meu envolvimento ocorreu, gradativamente, por meio de cursos de qualificação, formação de professores na Educação Especial e, também, pela participação em eventos diversos (reuniões, congressos, seminários, palestras e outros).

Como consequência, surgiu a necessidade de pensar especificamente o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, em busca de práticas educativas capazes de promover o debate e as discussões referentes à defesa dos direitos humanos e à erradicação da exclusão de parcelas da população, do direito à educação.

As transformações tecnológicas, econômicas e sociais ocorridas nas últimas décadas, ocasionaram a criação de espaços educacionais não-formais, vistos como inovadores e que abrem caminhos para o/a profissional pedagogo/a. Entre esses novos espaços, está a educação hospitalar, que oferece ao/a profissional da educação outro *lócus* de atuação, com práticas alternativas capazes de proporcionar momentos que minimizem o sofrimento de estudantes durante a sua permanência hospitalar ou em atendimento pedagógico domiciliar, por meio de atividades que favoreçam o desenvolvimento das áreas: cognitiva, motora, emocional e social.

Assim, a Pedagogia Hospitalar surgiu como proposta de trabalho capaz de atender às necessidades educacionais, devido à preocupação com educandos/as hospitalizados/as ou em domicílios devido às condições especiais de saúde, que estão impossibilitadas de frequentar à escola, por meio de um currículo flexibilizado e/ou adaptado, que atenda às especificidades de cada um, favorecendo seu ingresso, retorno ou adequada integração ao seu grupo escolar correspondente, conforme exposto em documentos oficiais.

Nesse sentido, cabe destacar a importância da Pedagogia Hospitalar, como um fator de humanização, por compreendê-la como capaz de resgatar a cidadania dos/as educandos/as hospitalizados/as ou em tratamentos em domicílios, que necessitam de atendimento pedagógico para a continuidade e/ou o reforço ao aprendizado escolar, direito do cidadão, indispensável à consolidação de uma sociedade mais humana, em que as necessidades do/a cidadão/ã sejam contempladas integralmente.

Decidi, então, orientar meus estudos para contribuir com a adoção de uma postura crítica e ética em relação à Pedagogia Hospitalar, no contexto da construção da educação inclusiva.

Para tanto, nesta pesquisa, levantam-se as questões: como se caracteriza o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar em Goiás? Como se manifesta nesse exercício profissional o fazer docente? Como os sujeitos envolvidos percebem esse atendimento? Porque esse é um trabalho exercido majoritariamente por mulheres?

Outro fator relevante cabe ao tratamento diferenciado em relação às questões de gênero, visto que a identidade docente e a identidade profissional feminina, culturalmente, foram construídas historicamente, mediante a ideia de que o papel de cuidar foi destinado às mulheres em nossa sociedade. Assim, busca-se, também, identificar qual é a percepção de gênero existente nas relações estabelecidas nesse fazer pedagógico.

As políticas públicas, segundo Canezin (2007, p. 26), “expressam o Estado em ação, atendendo às necessidades e aos anseios de setores específicos da sociedade”, ou seja, representam a materialidade da intervenção do Estado. As políticas públicas destinadas à Educação Brasileira, na perspectiva da inclusão, nas quais se incluem a Pedagogia Hospitalar, são resultados de movimentos sociais mundiais e locais. Tratam-se de ações políticas, culturais, sociais e pedagógicas,

que viabilizam aos educandos participarem da Educação no ato de aprender e ensinar, sem discriminação.

A pesquisa se baseia em documentos oficiais e é fundamentada em autores como Aranha (2000 e 2001); Ceccim (1997, 1999); Corsaro (2011), Fonseca (2003); Freire (1980 e 1987); Jannuzzi (1985); Mantoan (2006); Masetto (1997 e 2003); Matos e Mugiatti (2009 e 2014); Pelicioni e Pelicioni (2007); entre outros.

A criação das Classes Hospitalares propiciou o atendimento educacional de estudantes em condições especiais de saúde, em hospitais ou em domicílio, com o intuito de evitar a interrupção (mesmo que parcial) de sua escolaridade, garantindo o direito à continuidade dos estudos escolares, reconhecido por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos, do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, da Declaração dos Direitos da Criança e dos Adolescentes Hospitalizadas, por intermédio da Secretaria Nacional de Educação Especial, do Ministério da Educação, entre outros documentos que tratam da temática em questão.

Os serviços realizados no ambiente hospitalar, tradicionalmente, foi visto como exclusivo para os profissionais da saúde. No entanto, essa concepção vem mudando nos últimos anos com o surgimento de novas propostas que levam pedagogos/as a realizarem uma intervenção escolar/hospitalar ou em domicílios, com o intuito de promover a educação numa perspectiva inclusiva e de resgatar conteúdos perdidos por estudantes internados/as ou impossibilitados de frequentar à escola. Conseqüentemente, este estudo se justifica pela possibilidade de trazer reflexão sobre essa ação educativa e a situação de educadores/as e educandos/as excluídos/as ou silenciados/as nas relações histórico-sociais na sociedade brasileira.

A prática pedagógica hospitalar ou em domicílios, devido às condições especiais de saúde tem suas particularidades e, portanto, fez-se necessário um estudo bibliográfico específico acerca do tema e que pudesse auxiliar na compreensão teórica da área. Esse estudo foi realizado objetivando a realização de uma produção científica que visa despertar a construção intelectual autônoma. Realizou-se, inicialmente, uma revisão bibliográfica com o objetivo de conhecer e analisar as principais contribuições teóricas existentes sobre o tema, a fim de subsidiar a pesquisa de campo, desenvolvida por meio de uma abordagem qualitativa.

A coleta de material de diversos autores sobre uma determinada temática é definida como uma pesquisa bibliográfica:

A pesquisa bibliográfica permite compreender que, se de um lado a resolução de um problema pode ser obtida através dela, por outro lado, tanto a pesquisa de laboratório quanto a de campo (documentação direta) exigem, como premissa, o levantamento do estudo da questão que se propõe a analisar e solucionar. A pesquisa bibliográfica pode, portanto, ser considerada também como o primeiro passo de toda pesquisa científica. (LAKATOS; MARCONI, 1992, p. 44).

Concernente a esse pensamento, Alves-Mazzotti (2002) afirma que a revisão de literatura ou revisão bibliográfica apresenta dois propósitos: a construção de uma contextualização do problema e a análise das possibilidades presentes na literatura consultada para a concepção do referencial teórico da pesquisa. Portanto, o material coletado por meio de fontes científicas (artigos, teses, dissertações) e de divulgação de ideias (revistas, sites, vídeos etc.) propôs permitir ao/à pesquisador/a a contextualização, a problematização e a validação do quadro teórico a ser utilizado na pesquisa empreendida.

Com vistas a alcançar os objetivos pretendidos, adotou-se uma abordagem qualitativa, na qual se interpretam os dados coletados, no intuito de compreender as contribuições da Pedagogia Hospitalar para o processo de educação numa perspectiva inclusiva. A opção pela abordagem qualitativa está ancorada na defesa de Minayo (2003, p. 16): “É o caminho do pensamento a ser seguido. Ocupa um lugar central na teoria e trata-se basicamente do conjunto de técnicas a serem adotadas para construir uma realidade”. A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação entre o mundo real e o sujeito, que gera uma interdependência entre o sujeito e o objeto. Assim, o conhecimento não pode ser reduzido a um rol de dados isolados, inertes e neutros, pois estão conectados a uma teoria e possuídos de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

A investigação envolveu uma pesquisa de campo devido à compreensão acerca da importância de se manter relação direta com o objeto de pesquisa. Para tanto, os sujeitos envolvidos na pesquisa foram: equipe gestora composta por Coordenadores, professores, psicólogo e assistente social do Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar – Naeh; educandos/as e seus/as responsáveis selecionados por estarem inseridos no contexto do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar (situação caracterizada em função da internação de escolares em hospitais ou de estudantes que recebem o Atendimento

Pedagógico em domicílio por se encontrarem impossibilitados de frequentar a escola devido às condições especiais de saúde).

Foram aplicados questionários no intuito de constituir o perfil dos sujeitos envolvidos no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar. Também foram utilizadas entrevistas semiestruturadas destinadas aos respondentes dos questionários, com vistas à obtenção de informações necessárias ao esclarecimento acerca da concepção e do trabalho realizado no âmbito da Pedagogia Hospitalar, em Goiás.

A exposição desta pesquisa resultou nesta tese organizada em quatro capítulos. No primeiro capítulo, buscou-se analisar como as dimensões da educação, saúde, inclusão e Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar se articulam no processo de desenvolvimento do ser humano, bem como na perspectiva de afirmação dos Direitos Humanos e no processo de humanização no ambiente hospitalar. Neste capítulo, apresentou-se, também, a interação entre o Magistério e a Educação Inclusiva, mediante a configuração da profissão, do masculino e do feminino.

No capítulo II, procurou-se mapear, registrar, descrever e analisar por meio de documentos oficiais, como confluíram a implantação e a execução de políticas públicas destinadas à Educação Especial e, especificamente, ao Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar no Brasil. Buscou-se, ainda, compreender a constituição do papel do/a pedagogo/a e as metodologias adotadas no atendimento hospitalar.

No terceiro capítulo, foram investigadas e analisadas a implantação e a execução de políticas públicas destinadas ao Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar em Goiás, além de ser apresentado um panorama acerca do trabalho realizado pelo Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar – Naeh.

No quarto capítulo, apresentou-se uma análise de como, a partir de diferentes lugares, os sujeitos vinculados ao Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar, referido nesta tese como Naeh, analisam as concepções/representações presentes nesse atendimento, tendo como referência a perspectiva teórica da Educação Inclusiva e a relação entre docência e gênero.

Cabe ressaltar, que entre os/as 54 (cinquenta e quatro) professores/as do Naeh, foram entrevistados/as 16 (dezesesseis) professoras e 2 (dois) professores, totalizando 18 (dezoito) profissionais que atuam nos atendimentos pedagógicos

hospitalar ou domiciliar e 5 (cinco) profissionais da Equipe Gestora. Também, participaram, 7 (sete) educandos/as e 8 (oito) responsáveis.

Analisou-se a constituição, as perspectivas, os desafios e a percepção dos/as envolvidos no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, em Goiás. Diante disto, é interessante investigar o movimento histórico, pesquisar os motivos que levaram a instituição a assumir a função de formar Professores, tão diversa de sua trajetória histórica.

Nas considerações finais, são apresentadas reflexões sobre o que se desenvolveu nesta pesquisa, buscando apontar as perspectivas e os desafios sobre o tema.

CAPÍTULO I

EDUCAÇÃO COMO DIREITO HUMANO: A CONSTITUIÇÃO DO PARADIGMA INCLUSIVO

Neste capítulo, apresenta-se um arcabouço teórico que delimitou, conceitualmente, a abordagem científica do tema proposto para esta tese, qual seja, resgatar a história de uma modalidade educacional inserida na Educação Especial. Desenvolve-se, também, uma reflexão sobre a identidade construída entre a profissão de professor/a e a de enfermeira, as características atribuídas ao que a sociedade entende como sendo o papel da mulher, particularmente quando se fala nas atividades de cuidado.

Enfim, este capítulo foi desenvolvido mediante uma revisão bibliográfica, fundamentada em documentos e autores para tratar do tema/base em questão, a partir dos descritores: Educação Especial/Inclusiva; Educação e Saúde; Pedagogia Hospitalar e Magistério.

Procurou-se compreender e manifestar, ainda que de forma apenas inicial, possibilidades de integração entre Educação e Saúde no processo de desenvolvimento do ser humano, visto que, neste trabalho, defende-se a importância da humanização como princípio orientador das relações que permeiam a ação pedagógica, particularmente a que é dirigida a pessoas doentes e/ou hospitalizadas.

Nesse raciocínio, buscou-se compreender a configuração do masculino e do feminino na profissão docente e na Educação Inclusiva por serem elementos constituintes desta tese.

1.1 Educação Inclusiva e a perspectiva de afirmação dos Direitos Humanos

Na Educação, a Inclusão ainda é tema de debates constantes devido aos desafios que representa. Ao analisar a história da Educação Brasileira, pode-se perceber que a sociedade, de tempos em tempos, muda seus paradigmas, ou seja, o conjunto de valores, percepções e práticas (ARANHA, 2005). Nesse sentido, a visão e a compreensão, bem como a forma de agir, acerca da deficiência diversificaram-se, nas diferentes sociedades.

Essa diversidade, que foi construída historicamente pode ser apreendida até mesmo nos termos utilizados para se referir à deficiência, o que torna importante

explicitar essas mudanças de termos no decorrer desta pesquisa. Cabe ressaltar que até a década de 1980, de acordo com Sasaki (2003), as pessoas tidas como deficientes pela sociedade eram: inválidos, incapacitados, defeituosos e excepcionais. A partir de 1981, por influência do Ano Internacional e da Década das Pessoas Deficientes, estabelecido pela Organização das Nações Unidas - ONU, entraram em uso as expressões como: deficiência, portador de deficiência, deficiente e portador de necessidades especiais.

Sasaki (2003) ressalta que alguns líderes de organizações de pessoas com deficiência contestaram o termo “pessoa deficiente”, por sinalizar a compreensão de que a pessoa inteira é deficiente, o que era inaceitável. Surge, então, de 1988 a 1993, o termo “pessoa portadora de deficiência”, reduzido para “portadores de deficiência”, termo já utilizado em alguns países de língua portuguesa. Assim, a deficiência passou a ser um detalhe da pessoa e o termo passou a ser adotado em documentos oficiais como Constituições Federal e Estadual, leis e políticas destinadas ao campo das deficiências, bem como os Conselhos, coordenadorias e associações.

Essa modalidade de ensino só foi reconhecida em 1994 pelo Ministério da Educação e do Desporto (MEC) por meio da Política da Educação Especial, e posteriormente normalizado entre os anos de 2001 e 2002 com os documentos, também do MEC, intitulados: Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica (BRASIL, 2001) e Classe Hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: orientações e estratégias (BRASIL, 2002).

O termo “pessoas com necessidades especiais” surgiu para substituir “deficiência” por “necessidades especiais”, visto que o art. 5º, da Resolução CNE/CEB nº 2 de 11/09/01 esclarece que as necessidades especiais decorrem de situações de dificuldades vinculadas a deficiências e dificuldades não-vinculadas a uma causa orgânica. Veio daí a expressão “portadores de necessidades especiais”, também reduzida para “pessoas especiais”, “crianças especiais”, “pacientes especiais”, “alunos especiais” e assim por diante (SASSAKI, 2003).

A partir do “Encontrão” das organizações de pessoas com deficiência, realizado no Recife, em 2000, e dos movimentos mundiais de pessoas com deficiência, o termo “pessoa com deficiência” passa a ser o preferido por um grande número de adeptos que esclarecem que não são “portadoras de deficiência” e que não querem tal nome. Esse termo faz parte do texto elaborado na “Convenção

Internacional para a Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com deficiência”, aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas – ONU, em 2004 (SASSAKI, 2003).

Por meio da Recomendação nº 1, de 24 de abril de 2014, a Secretaria de Direitos Humanos e o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência esclarecem que na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência ficou preconizado no art. 1º:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

E é este termo que permanece até os dias atuais e que, também, será utilizado para a produção desta tese.

Percebe-se que a ideia seja evidenciar a pessoa à frente de sua deficiência, independentemente de suas condições físicas, sensoriais ou intelectuais, que não podem ser utilizadas para rotulá-la. Cabe destacar, também, que o cuidado com a linguagem faz parte da construção de uma sociedade inclusiva verdadeira, pois na linguagem se expressa, voluntária ou involuntariamente, o respeito ou a discriminação em relação às pessoas com deficiência (SASSAKI, 2003). Portanto, cabe ressaltar que a pessoa com deficiência antes de ter deficiência é, acima de tudo, pessoa.

De acordo com Silva (2003), historicamente, a organização da sociedade de classes valorizava muito a força humana para a agricultura e para a guerra, e quando se dependia dessa força para a sobrevivência, a deficiência física era vista como algo intolerável e a pessoa com deficiência física podia ser descartada no momento do nascimento. Quanto às pessoas com deficiência mental, algumas podiam realizar serviços braçais e ficavam diluídas na sociedade, e aquelas que tinham comprometimentos mais severos deveriam ser cuidadas pelas famílias.

De acordo com Aranha (2001, p. 2.), como “a vida humana só tinha algum valor enquanto valorada pela nobreza, em função da utilidade que tivesse para a realização de seus desejos e satisfação de suas necessidades”, a existência dos serviçais tinha pouco ou nenhum valor e assim também era o tratamento para as pessoas com deficiência.

Concernente a esse pensamento, ainda, na Idade Antiga, a pessoa “diferente”, que apresentava limitações funcionais e necessidades específicas, era exterminada por meio do abandono; sendo que essa atitude não era considerada um problema de natureza ética ou moral.

Segundo Kanner (1964, p. 5), “a única ocupação para os retardados mentais encontrada na literatura antiga é a de bobo ou de palhaço, para a diversão dos senhores e de seus hóspedes”. Sob essa ótica, eram desrespeitosamente aproveitados como material de exposição.

Com o advento do cristianismo, a partir do século IV, atribuiu-se a deficiência às causas divinas e “graças à doutrina cristã as pessoas com deficiência começam a escapar do abandono ou da "exposição", uma vez que, donos de uma alma, tornam-se pessoas e filhos de Deus, como os demais seres humanos” (PESSOTTI, 1984, p. 4). Cabe destacar que os membros do clero assumiam cada vez maior autoridade social, política e econômica, oriundas do grande poder que tinham de excomungar e vetar a entrada aos céus daqueles que, por quaisquer razões, os desagradassem.

Outro fato em relação ao clero que cabe relevar trata-se da guarda do conhecimento já produzido que teve como consequência a conquista rápida do domínio das ações da nobreza, quando passou o clero a liderar a sociedade, em sua massacrante maioria, analfabeta. Além desse fato, para as aflições humanas buscavam-se respostas na religião. Ao povo cabia o ônus do trabalho na produção de bens e serviços, na instituição dos exércitos, sem a participação em processos administrativos e decisórios da sociedade (PESSOTTI, 1984).

Assim, pessoas doentes, com deficiências físicas e/ou mentais devido às ideias cristãs, por serem consideradas criaturas de Deus, já não podiam mais ser exterminadas. Mas, eram renegadas à própria sorte, na dependência da caridade humana para sobreviver.

Ao final do período feudal, a visão de homem, de mundo, de natureza, de sociedade e de história se modifica: “o natural, e não mais o divino, passa a ser critério de norma e valor, sendo, portanto, valorado ou (des)valorado tudo aquilo que é conforme a natureza” (GUHUR, 1994, p. 80). Iniciam-se as tentativas de compreender qual a natureza das deficiências e como tratá-las em conformidade com as possibilidades da ciência que nascia; pois antes a alquimia, magia e astrologia se traduziam em conhecimentos.

Segundo Oda (2007), o primeiro hospital psiquiátrico surge no séc. XVIII, como um local de confinamento de pessoas com deficiência, fundado por Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria e mentor da libertação dos doentes mentais das correntes. Apresenta-se a primeira tentativa de tratamento da deficiência, baseada no desenvolvimento da ciência na época. Então, os asilos foram substituídos pelos manicômios, sendo estes destinados somente aos doentes mentais, onde desenvolveram-se várias experiências e formas de tratamento nos hospitais *Salpêtrière* (para as mulheres) e *La Bicêtre* (para os homens), difundidas da França para o restante da Europa. Portanto, os manicômios eram considerados hospitais para as pessoas com deficiência.

A mudança de visão da sociedade aliada à criação das instituições caracteriza o 1º paradigma que expressa o conjunto de ideias, valores e ações que contextualizam as relações sociais no tocante às pessoas com deficiência: o paradigma da Institucionalização (ARANHA, 2005).

As famílias, consideradas proprietárias dos corpos e da força de trabalho das pessoas com deficiência, preferiam interná-las em hospitais psiquiátricos, pois precisavam trabalhar nas indústrias e, com essa alternativa, não tinham mais que cuidar dos inválidos. Na verdade, essas instituições eram e, às vezes ainda são, pouco mais que prisões. E é nesse contexto que outras áreas do conhecimento são de grande relevância, conforme esclarece Aranha (2005), que com a evolução da Medicina e a sistematização de novos conhecimentos, áreas como a Educação e a Farmacologia, entre outras, buscaram delinear e acumular informações sobre a etiologia, o funcionamento e o tratamento da deficiência.

O Paradigma da Institucionalização permaneceu por mais de 500 anos, sendo encontrado, ainda hoje, em vários países, inclusive no Brasil. O referido paradigma retira as pessoas com deficiência da comunidade de origem, mantendo-as em escolas especiais ou instituições residenciais segregadas, geralmente, situadas em locais distantes da família. Como exemplo, Silva (2003) reitera que, nessa época, também, as amputações eram práticas bastante comuns e tal fato gerou a exigência da população por providências do governo.

O marco da Educação Especial, no Brasil, ocorreu por meio do Decreto Imperial nº 1.428/1854, quando D. Pedro II criou o Instituto Imperial dos Meninos Cegos, por influência do ministro do Império Couto Ferraz, que estava impressionado com o jovem José Álvares de Azevedo, que educou a filha do médico

da família imperial, Dr. Sigaud, com sucesso. Posteriormente, em 1891, a escola passou a se chamar Instituto Benjamin Constant - IBC (BRASIL, 1854).

D. Pedro II criou, também, o Instituto Imperial dos Surdos-Mudos, em 1857, sob a influência do francês Ernesto Hüet, que veio para o Brasil com o intuito de fundar uma escola que atendesse a essas pessoas com deficiência. Em 1957, a escola teve o nome alterado para Instituto Nacional de Educação de Surdos - INES.

Em 1874, ainda no período imperial, o tratamento de pessoas com deficiências mentais iniciou-se no hospital psiquiátrico da Bahia, conhecido hoje como Hospital Juliano Moreira (JANNUZZI, 1985).

Tais instituições foram criadas por meio da intercessão de pessoas próximas ao imperador, que atendeu às solicitações devido à amizade, prática da caridade e do favor, tão comum naquela época, no Brasil, instituindo o caráter assistencialista no atendimento à pessoa com deficiência. Porém, Jannuzzi alerta que

A criação dessas primeiras instituições especializadas [...] não passaram de umas poucas iniciativas isoladas, as quais abrangeram os mais lesados, os que se distinguiam, se distanciavam ou pelo aspecto social ou pelo comportamento divergentes. Os que não o eram assim a “olho nu” estariam, incorporados às tarefas sociais mais simples. Numa sociedade rural desescolarizada. (JANNUZZI, 1985, p. 28).

A Deficiência Mental destaca-se, em termos de políticas públicas, somente após a Proclamação da República, pois as pessoas acreditavam que esse tipo de deficiência pudesse implicar em problemas de saúde, visto que era concebido como problema orgânico, relacionado à criminalidade e, também, responsável pelo fracasso escolar (ARANHA, 2000).

Outro fato relevante, após a Proclamação da República, concerne ao quantitativo de instituições para cuidar da Deficiência Mental, que era bem superior ao número das instituições voltadas para as outras deficiências. O mesmo também ocorria no tocante ao número de instituições privadas. Portanto, essas instituições realizavam mais atendimentos ao mesmo tempo em que detinham o poder, no momento, de discutir acerca das políticas públicas, junto às instâncias governamentais (ARANHA, 2000).

Outras instituições estavam ligadas a ordens religiosas e voltadas para o atendimento das camadas mais baixas da sociedade que adquiriram um caráter “filantrópico-assistencial, contribuindo para que a deficiência permanecesse no âmbito da caridade pública e impedindo, assim, que as suas necessidades se

incorporassem no rol dos direitos de cidadania” (BUENO, 1993, p. 90). Essas instituições estabeleciam uma educação diferente daquela desenvolvida em centros de excelência, supridos com equipamentos tecnológicos e recursos mais avançados, destinados ao atendimento das pessoas de classes sociais mais elevadas.

Lanna Júnior (2010) relata que foi criado o Instituto Pestalozzi de Canoas - RS inspirado pelo ideário do pedagogo suíço Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827). A influência de Pestalozzi reforçou-se com o impulso da educadora e psicóloga russa, Helena Antipoff que, a convite do Governador do estado de Minas Gerais, veio trabalhar na Escola de Aperfeiçoamento de Belo Horizonte. A atuação da educadora marcou significativamente o campo da assistência, da educação e da institucionalização das pessoas com deficiência intelectual no país, sendo Helena Antipoff quem introduziu o termo “excepcional”, por defender que a origem da deficiência vinculava-se à condição de excepcionalidade socioeconômica ou orgânica. Cabe destacar que o termo “excepcional” substituiria as expressões “Deficiência Mental” e “retardo mental”, utilizadas para designar as crianças com deficiência intelectual.

Segundo Jannuzzi (1985), a Psicologia ganhou espaço na área da educação por meio da expressão do Manifesto dos Pioneiros da Escola Nova (1932), documento que defendia a universalização da escola pública, laica e gratuita, exigindo para a escola pública a execução de uma educação concebida como “o envolvimento completo da criança na sua parte física, psíquica, social e, por fim, intelectual” (p. 83).

No entanto, para essa educação efetivar-se, ela dependia de um professor capaz de perceber e atuar nas necessidades cognitivas e afetivas, bem como descobrir as habilidades e os interesses dos alunos, ou seja, um professor-psicólogo. O estado de São Paulo, no intuito de cuidar dos “anormais”, criou o serviço de inspeção médico-escolar, em 1938, que tinha como função a formação de classes especiais e a preparação das pessoas que trabalhariam nesses ambientes (JANNUZZI, 1985).

Percebia-se, porém, um uso incorreto do serviço de inspeção médico hospitalar, identificado pelo número significativo de internações de crianças consideradas normais por não conseguirem alcançar o sucesso na escola regular, naquela época, vinculadas a esse serviço. Esse fato foi comprovado, em 1925, por Anísio Teixeira, Diretor Geral de Instrução do Estado da Bahia, ao declarar a

solicitação de diretores e professores da rede pública para o encaminhamento de duas mil crianças sob a queixa de debilidade mental. Após a aplicação de vários testes, o diagnóstico confirmou-se em apenas 10% das crianças pesquisadas, e

[...] as outras, embora anormalizadas pelo meio, geralmente causas familiares de alcoolismo, abandono, maus tratos, miséria etc., não necessitariam de separação do ensino comum, embora não prescindissem de atenção cuidadosa de seus mestres. (JANNUZZI, 1985, p. 63).

Pode-se perceber que embora a sociedade mostrasse compreender a necessidade de escolarização entre a população, continuava-se a ver a pessoa com deficiência como um indivíduo que, devido às suas limitações, não poderia conviver no mesmo espaço social que os normais; inclusive no tocante a estudar em locais separados. Aqueles que conseguissem agir com maior proximidade da normalidade e exercer as mesmas funções seriam aceitos na sociedade.

O Paradigma da Institucionalização começou a ser questionado em meados do século XX, pois

[s]e reconhece que a vida na instituição era desumanizadora, afetava a auto-estima, tornava os pacientes impossibilitados de viver em sociedade, os tratos não eram adequados e era muito dispendioso para o governo manter essa massa improdutiva segregada (SILVA, 2003, p. 7).

Sobre essa questão da responsabilidade do Estado, Erving Goffman publicou, em 1962, o livro *Asylums*, que traduzido para a Língua Portuguesa teve como título: *Manicômios, Prisões e Conventos*. A obra tornou-se clássica na análise dos efeitos da institucionalização sobre o indivíduo, sendo sua definição de Instituição aceita ainda, atualmente, como:

[u]m lugar de residência e de trabalho, onde um grande número de pessoas, excluídas da sociedade mais ampla, por um longo período de tempo, levam juntas uma vida enclausurada e formalmente administrada (GOFFMAN, 1962, p. 13).

Cabe ressaltar que ao mesmo tempo ascendiam as discussões e reflexões acerca dos direitos humanos e, nessa ótica, o reconhecimento dos direitos das pessoas com deficiência.

Dessa forma, o Paradigma da Institucionalização atestou o fracasso na tentativa de restaurar a existência normal do indivíduo, suas relações interpessoais e sua produtividade no trabalho e no estudo. No começo do século XX, iniciou-se o

Movimento pela Desinstitucionalização com base na defesa de introduzir as pessoas com deficiência na sociedade sob as condições e os padrões do cotidiano, de modo mais semelhante possível do que seria considerado normal (SILVA, 2003).

Nesse contexto, surge o segundo paradigma, conhecido como Paradigma de Serviços, com foco na integração. Assim, as instituições assumem a função de preparar a pessoa com deficiência para conviver em sociedade, fora de espaços de confinamento. Conforme Bueno (1999), a integração

[t]inha como pressuposto que o problema residia nas características das crianças excepcionais, na medida que centrava toda sua argumentação na perspectiva de detecção mais precisa dessas características e no estabelecimento de critérios baseados nessa detecção para a incorporação ou não pelo ensino regular, expresso na afirmação – sempre que suas condições pessoais permitirem (BUENO, 1999, p. 8).

O autor ainda reitera que o Paradigma de Serviços estava organizado em três etapas: a) avaliação: formação de uma equipe de profissionais para identificar o que necessitaria ser modificado no indivíduo e em sua vida, visando torná-lo o mais normal possível; b) intervenção: mediante o diagnóstico, uma equipe passaria a oferecer às pessoas com deficiência atendimento formal e sistematizado; c) encaminhamento ou reencaminhamento: conduzir a pessoa com deficiência à vida na comunidade (BUENO, 1999).

O Paradigma de Serviços foi questionado por acadêmicos e familiares das pessoas com deficiência, que não conseguiam ver a possibilidade de essas pessoas exercerem atividades sociais como um “normal” e muito menos consideravam a possibilidade de igualdade entre seres humanos. Tais questionamentos traduziam as dificuldades reais encontradas nesse processo de busca pela normalização, visto que as diferenças não se extinguem, mas podem ser gerenciadas na convivência social. Além disso, é importante compreender que não existe um ser igual ao outro.

Assim, o debate acerca da deficiência e das relações com pessoas com deficiência intensificou-se, e o ideal de normalização começou a perder força ao mesmo tempo em que se ampliou a discussão sobre o fato de a pessoa com deficiência ser detentora de direitos, como qualquer outro cidadão, independentemente do tipo ou do grau de deficiência que apresente.

Surge, então, o Paradigma de Suporte, que trata da relação da sociedade com a pessoa com deficiência. Atualmente, no Brasil, nesse terceiro paradigma discute-se a Inclusão Social sob os seguintes aspectos: considerar as diferenças

entre as pessoas; localizar a deficiência como algo que faz parte da humanidade; ou seja, consiste em mudança de posicionamento social, em que a sociedade passa a propiciar os serviços necessários para que as pessoas com deficiência tenham acesso aos bens culturais e sociais (ARANHA, 2000).

Nessa perspectiva é necessário que sejam modificados: a escola para que o estudante com deficiência tenha condições de acessar o currículo; os logradouros públicos para que qualquer pessoa tenha acessibilidade a vias e bens públicos e, principalmente, as concepções humanas, com vistas a findar e/ou minimizar as atitudes preconceituosas; ou seja, promover a equidade. Nesse contexto, segundo Aranha (2000), desenvolveu-se o processo de disponibilização de suportes e instrumentos capazes de garantir às pessoas com deficiência o acesso aos recursos da comunidade. Os suportes funcionam para o favorecimento desse processo, que passou a ser denominado Inclusão Social e classificaram-se em diferentes tipos (econômico, físico, social e instrumental).

Portanto, a Inclusão Social consiste em um processo bidirecional, que envolve ações junto à pessoa com deficiência e também ações junto à sociedade. Na verdade, o conceito de Inclusão Social compreende pressuposto semelhante ao da integração, pois, concebe o direito da Pessoa com deficiência à igualdade de acesso aos espaços comuns da vida em sociedade (ARANHA, 2000).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) apresenta-se como política pública mundial que fundamenta a Educação Especial, documento básico e pioneiro, elaborado pelas Nações Unidas em defesa dos direitos de todos. Em seu artigo XXVI, esse documento estabelece que todo ser humano tem direito à instrução gratuita, pelo menos nos graus elementares e fundamentais (ONU, 1948).

No ano de 1954 surgiu um movimento que se destacou no Rio de Janeiro, a Apae - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais. Esse grupo constituía-se de pais, amigos, professores e médicos de excepcionais e teve como fundadora, Beatrice Bemis - vinda dos Estados Unidos, membro do corpo diplomático norte-americano e mãe de uma menina portadora de Síndrome de Down. Ela já havia participado em seu país da fundação de mais de duzentas e cinquenta associações de pais e amigos (JANNUZZI; CAIADO, 2013).

Lanna Júnior (2010) relata que a primeira reunião do Conselho Deliberativo da Apae ocorreu na sede da Sociedade de Pestalozzi, em março de 1955; momento em que se decidiu pela criação da Federação Nacional das Apaes (Fenapaes). A

Sociedade de Pestalozzi disponibilizou parte de um prédio para as instalações de uma escola para crianças excepcionais.

De acordo com a Federação Nacional das Apaes - Fenapaes, a Apae é uma organização social com o objetivo de promover a atenção integral às pessoas com deficiência, especialmente aquelas com deficiência intelectual e múltipla. A entidade desenvolveu-se e os alunos tornaram-se adolescentes e necessitavam de atividades criativas e profissionalizantes. Assim, em 1955, surgiu no Brasil a primeira oficina pedagógica de atividades relacionadas à carpintaria para as pessoas com deficiência (FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES, 2008).

No Brasil, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - Lei nº 4.024/1961 explicitou o compromisso do poder público brasileiro com a educação especial, ao mesmo tempo em que se aumentava o quantitativo de escolas públicas. Para tanto, o Título X que trata Da Educação de Excepcionais, no Art. 88 estabelece que “A educação de excepcionais, deve, no que for possível, enquadrar-se no sistema geral de educação, a fim de integrá-los na comunidade” (BRASIL, 1961).

Compreende-se, então, que nesse sistema geral, estariam incluídos os serviços educacionais comuns e os serviços especiais. No entanto, como a educação da pessoa com deficiência não se enquadrava no sistema geral, constituir-se-ia um sistema especial ou um subsistema, à margem do instituído.

A Lei nº 5.692/71, que empreendeu a reforma do ensino de 1º e 2º graus, no período da Ditadura Militar (1964-1985), previa no artigo 9º, tratamento especial para os excepcionais. No mesmo ano de sua aprovação, o Ministério de Educação e Cultura - MEC criou o “Grupo Tarefa”, com o intuito de tratar das questões problemáticas referentes à Educação Especial. O referido Grupo propôs a criação de um órgão autônomo para tratar da Educação Especial (BRASIL, 1971).

Assim, o Parecer do CFE nº 848/72 apresentou, de forma clara, a atribuição de grande importância à implementação de técnicas e serviços especializados para atender ao alunado considerado “excepcional”.

Durante o ano de 1981, considerado “Ano Internacional da Pessoa Deficiente” promovido pela Organização das Nações Unidas - ONU, foram observadas ações desenvolvidas por uma parte da sociedade que clamava por transformações nessa área, no sentido de refletir, debater, organizar e estabelecer metas que encaminhariam novos desdobramentos, com bases filosóficas e teóricas, na relação

da sociedade brasileira com a pessoa com deficiência (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA, 2008).

A Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) consagra, no art. 205, a educação como direito de todos e dever do Estado e da família e em colaboração com a sociedade. Concernente a esse pensamento, pode-se concluir que os alunos doentes também devem e têm direito ao estudo, pois estudar não é estar matriculado, e, sim, estabelecer interação com educadores, alunos e conteúdos curriculares para ampliar os conhecimentos científicos, aperfeiçoar as relações sociais, capacitar-se para viver em sociedade e desenvolver a cidadania.

O Decreto nº 7.853/1989 dispôs sobre a “Política Nacional para Integração da Pessoa [Deficiente]” e compreendeu um conjunto de orientações normativas com o intuito de assegurar o exercício pleno dos direitos individuais e sociais das pessoas com deficiência, principalmente daqueles referentes à educação e à saúde.

Outra política significativa para a pessoa com deficiência foi a Lei nº. 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, que, no Art. 7º, explicita a implementação da proteção integral constitucionalmente:

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. (BRASIL, 1990).

Assim, como se pode observar, o ECA permite antever a garantia dos direitos à Educação, entre outros, e o direito à saúde como condição própria de vida; uma vez que ninguém vive dignamente sem saúde, educação, lazer, bem estar consigo mesmo e em harmonia com o outro.

A “Conferência Mundial de Educação para Todos”, realizada em Jomtien-Tailândia, em 1990, estabeleceu metas a serem atingidas para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem de crianças, jovens e adultos, no sentido de erradicar o analfabetismo e universalizar o acesso à escola na infância e na adolescência. O Brasil, ao assumir esse compromisso, determinou a significativa transformação no sistema educacional de maneira indiscriminada no sentido de acolher a todos com qualidade e igualdade de condições.

Na cidade de Salamanca ocorreu a “Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: acesso e qualidade” (1994) em que foram debatidos princípios, políticas e práticas em Educação Especial. Essa conferência originou o

documento conhecido como “Declaração de Salamanca”, que ofereceu subsídios de amparo à educação escolar ao aluno que esteja doente em período de tratamento, ao estabelecer que “toda criança tem direito fundamental à educação, e deve ser dada a oportunidade de atingir e manter o nível adequado de aprendizagem”.

A Declaração de Salamanca proclamou que todas as pessoas possuem características, habilidades, interesses e necessidades específicas e, portanto, têm direito à educação e oportunidades de atingir e manter o nível de aprendizagem de acordo com suas limitações:

[a]queles com necessidades educacionais especiais devem ter acesso à escola regular, que deveria acomodá-los dentro de uma pedagogia centrada na criança, capaz de satisfazer a tais necessidades. (SALAMANCA, 1994, p 1-2).

Portanto, as escolas regulares que adotassem o modelo inclusivo se tornariam espaços adequados para o combate ao preconceito e à discriminação, sendo capazes de promover a constituição de uma sociedade mais acolhedora e com educação para todos. Tal fato considera a inclusão escolar nas escolas públicas como uma conquista. Entretanto, sabe-se que muitos desafios ainda estão postos e a serem resolvidos.

Dessa forma, a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei nº 9.394/1996 – incorporou os princípios da Declaração de Salamanca (1994) e alterou a legislação mediante a intenção de tornar possível a mudança necessária para se efetivar a construção de uma escola inclusiva de fato. Essa lei dedica o Capítulo V à Educação Especial e expressa o seguinte:

Art. 58. Entende-se por educação especial, para os efeitos desta Lei, a modalidade de educação escolar oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação.
§ 1º Haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial (BRASIL, 1996).

A partir da aprovação dessa lei, iniciaram-se as matrículas para as pessoas com deficiência, preferencialmente, na rede regular, bem como a oferta de serviço de apoio especializado para atender às especificidades dessa clientela.

Essa proposta é defendida por aqueles que reconhecem que a convivência entre “normais” e “deficientes”. Para Sasaki (2003) para referir-se à pessoa que não

possua uma deficiência, muitos usam a expressão criança, jovem ou adulto “normal”, termo que traduz a desinformação e o preconceito a respeito de pessoas com deficiência. A crença fundamenta-se na ideia de que o/a deficiente seja anormal e a sociedade considera a normalidade das pessoas sem deficiência. A autora afirma que esse conceito de normalidade, em relação às pessoas, é questionável e ultrapassado e apresenta como termo correto a ser utilizado: criança, adolescente ou adulto sem deficiência ou não-deficiente.

Para Canguilhem (2006) a inserção de estudantes com deficiência na rede regular de ensino, promove a integração capaz de permitir aos “deficientes”, maior oportunidade de desenvolvimento com o estímulo e modelo oferecidos aos alunos considerados “normais” que vão aprender a conviver com as diferenças; portanto beneficia a ambos.

Essa é uma discussão que implica, também, abordar o fato de as escolas regulares não possuírem recursos (físicos e/ou humanos) suficientes para atender a uma clientela tão diversificada e, ainda, sobre o fato de que as leis são instituídas, pois de fato, o Estado, no Brasil, não oferece condições para que sejam devidamente efetivadas. Entretanto, essa inclusão está regulamentada pela legislação educacional em vigor. A LDB nº 9.394/1996 ainda resguarda que

§ 2º 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. (BRASIL, 1996).

Nesse sentido, o Atendimento Educacional Especial - AEE oferecido reafirma a oportunidade de inclusão em um ambiente de formação comum a todos, com o objetivo de distanciar os(as) alunos(as) da privação, da discriminação e da segregação, já que amplia a oportunidade de escolarização para os/as alunos/as com deficiência.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais - PCN's (BRASIL, 1998) corroboraram a Lei nº 9.394/1996 ao nortear e orientarem os profissionais da Educação quanto à interrelação professor e aluno para o desenvolvimento de um processo de ensino e aprendizagem significativo e eficaz. Logo após essa coletânea, o MEC, por meio da Secretaria de Ensino Especial, publicou os PCN's - Adaptações Curriculares em Ação (BRASIL, 1999), cujo objetivo consistia no fortalecimento e no suporte técnico-científico aos profissionais da Educação em busca do estudo, da reflexão, de

experimentação e da busca de modelos que fossem eficientes e eficazes, de educação inclusiva, para nossa realidade.

A Convenção da Guatemala¹ - Declaração de Guatemala (2001) - estabelece o dever dos Estados Partes de promover condições de comunicação e participação para eliminar a discriminação contra as pessoas com deficiência, conforme o Artigo 3º:

Tomar as medidas de caráter legislativo, social, educacional, trabalhista, ou de qualquer outra natureza, que sejam necessárias para eliminar a discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência e proporcionar a sua plena integração à sociedade. (BRASIL, 2001).

Dessa forma, é possível perceber que as políticas educacionais sobre Educação Especial têm apontado para situações possíveis.

Entre essas políticas, apresentam-se e requerem criticidade as Diretrizes Educacionais para Educação Especial de 2001, com caráter obrigatório desde 2002, e que trazem à luz o fato de questionar acerca das possibilidades das políticas de inclusão propostas, conforme se expressam:

Ao longo dessa trajetória, verificou-se a necessidade de se reestruturar os sistemas de ensino, que devem organizar-se para dar respostas às necessidades educacionais de todos os alunos. O caminho foi longo, mas aos poucos está surgindo uma nova mentalidade, cujos resultados deverão ser alcançados pelo esforço de todos, no reconhecimento dos direitos dos cidadãos. O principal direito refere-se à preservação da dignidade e à busca da identidade como cidadãos. Esse direito pode ser alcançado por meio da implementação da política nacional de educação especial [tendo em conta a] dívida social a ser resgatada. (BRASIL, 2001).

Ainda no mesmo ano, foi aprovado o Plano Nacional de Educação 2001-2010 com orientações para o atendimento em classes especializadas. O referido plano teve duração até 2014, quando ocorreu a aprovação do novo Plano Nacional de Educação – PNE aprovado por meio da Lei nº 13.005/2014, que estabeleceu na Meta 4:

Universalizar, para a população de 4 (quatro) a 17 (dezessete) anos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, o acesso à educação básica e ao atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino, com a garantia de sistema educacional inclusivo, de salas de recursos multifuncionais,

¹ Convenção ratificada pelo Brasil: Decreto n.º 3.956, de 08 de outubro de 2001 e que propõe eliminação de todas as formas de discriminação contra pessoas portadoras de deficiência e o favorecimento pleno de sua integração à sociedade.

classes, escolas ou serviços especializados, públicos ou conveniados. (BRASIL, 2014).

No entanto, cabe ressaltar que a lei precisa atingir a prática social, pois, para a efetivação da inclusão, faz-se necessário que esta ocorra não só na dimensão educacional, mas nos planos político, econômico, social e cultural e, portanto, humanístico.

Percebe-se por meio dos documentos citados que embora exista muito que se fazer, no sentido de minimizar e/ou erradicar a exclusão social, o longo caminho começou a ser trilhado.

Quando se discute sobre Inclusão de pessoas com deficiência em escolas regulares, é comum a queixa dos docentes por não se sentirem preparados para lidar com esse público. Isso se dá pelo fato de eles acreditarem que seja necessário ter a formação de especialista e, por esse fato, tentam resistir em acolher aqueles que antes ficavam segregados do ensino regular, tendo lugar somente na educação especial.

No entanto, essa resistência docente não pode ir de encontro à legislação, que assegura a matrícula do/a educando/a com deficiência no ensino regular. Assim, ao mesmo tempo em que a inclusão acontece, ela também é motivo de angústia por parte dos que trabalham nas escolas.

Para superar essa resistência é importante promover a discussão com os docentes e demais profissionais da educação acerca da construção histórico-social, do paradigma da inclusão, para que esses profissionais percebam como se chegou a esse paradigma e compreender que a inclusão não é a criação de um grupo de pessoas com intenções fisiológicas e eleitoreiras, mas, sim, fruto da luta de quem acredita e defende os direitos de todas as pessoas, inclusive, aquelas que possuem algum tipo de deficiência.

Freire (2011) alerta acerca da necessidade do conhecimento para reflexão, com vistas à conscientização para a decisão e ação; ou seja, a luta em busca do empoderamento e reconhece que

[a] estrutura social é obra dos homens e que, se assim for, a transformação será também obra dos homens. Isso significa que a sua tarefa fundamental é a de ser sujeito e não objetos de transformação. Tarefa que lhe exige, durante sua ação sobre a realidade, um aprofundamento da sua tomada de consciência da realidade, objeto de atos contraditórios daqueles que pretendem mantê-la como está e que pretendem transformá-la. (FREIRE, 2011, p. 63).

Esse novo pensamento refere-se à garantia de poder de decisão e de determinação para que as pessoas sejam capazes de encaminhar sua própria vida, com o objetivo de promover sua autonomia. Assim, entender a educação, marcada por processos que envolvem as relações de poder, propende à manutenção da ordem social e interfere nos anseios individuais. Contudo, manifesta-se de diversas formas em vivências e experiências (ARANHA, 2000).

O fato de o movimento em defesa da inclusão social e educacional acontecer na sociedade civil, fora dos muros escolares, surpreende as instituições de ensino, porque estas não conseguiram perceber e nem acompanhar as mudanças sociais que o geraram.

Para atingir-se a inclusão de fato ainda há muito a se fazer, pois, muito do que foi regulamentado e assegurado, pós lei, não foi alcançado. Portanto, faz-se necessário refletir sobre as políticas públicas estabelecidas no sentido de garantir os direitos à educação para todos, uma vez que quando se trata de direitos humanos é primordial que o trabalho pedagógico seja voltado para a pessoa na sua totalidade. Nessa realidade, percebemos a dificuldade da escola em adequar-se para efetivar, de fato, a adaptação às diferenças.

Apesar do alcance limitado das políticas públicas propostas, elas representam avanços no movimento em prol da inclusão social e educacional das pessoas com deficiência e vêm coroar um movimento que visa assegurar a todos os cidadãos, inclusive às pessoas com deficiência, a possibilidade de aprender a gerir a convivência digna, democrática e respeitosa em uma sociedade diversificada e complexa por meio do exercício das relações interpessoais.

Concernente a essa ideia, a proposta da inclusão apresenta como objetivo construir uma sociedade justa e igualitária para todos e, desse modo, supõe a defesa de alguns princípios, como: valorização da diversidade humana, aceitação da diferença, solidariedade humana e o direito de pertencer e estabelecer igual importância às minorias. Necessário se faz diminuir a distância entre o sonho e a concretude do sonho, como afirmam Freire e Nogueira (1989, p. 44): “O sonhador se junta a outro sonhador e eles encurtam a distância entre sonho e a vida sonhada”.

Nesse sentido, o processo de democratização da escola evidencia o paradoxo inclusão/exclusão quando os sistemas de ensino universalizam o acesso ao exigir todos os alunos na escola, mas continuam excluindo indivíduos e grupos por possuírem deficiências ou necessidades educativas específicas, como é o caso

de crianças/adolescentes em estado de doença ou, ainda, considerados fora dos padrões homogeneizadores da escola. Mesmo assim, pode-se considerar que no momento atual esteja acontecendo a transição da integração para a inclusão.

1.2 Educação e Saúde: integração na perspectiva da Educação Inclusiva

A Educação e a Saúde são categorias que instigam discussões devido às diferentes interpretações nas diversas áreas do conhecimento.

A educação apresenta-se como um processo inerente a todas as sociedades humanas por adquirirem as noções e comportamentos caracterizados mediante a aprendizagem.

A educação destina-se à construção de conhecimentos e de ampliação de valores e, portanto, necessita ter como objetivo contribuir para a transformação da sociedade no sentido de torná-la igualitária e democrática. No entanto, um ambiente democrático deve visar à inclusão social de seus sujeitos de forma que estes utilizem as possibilidades que o Estado e as instituições oferecem, sendo, neste caso, instituições de ensino e de saúde.

De acordo com o documento “Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações” (BRASIL, 2002), a educação tem potencialidade para reconstruir a integralidade e a humanização nas práticas de atenção à saúde, efetivar e defender a autodeterminação dos/as educandos/as diante do cuidado e, também, propor um novo tipo de acolhimento das famílias nos hospitais.

Para Arantes (2011), a família pode ser considerada a primeira instituição social humana, pois é nela que se inicia todo o processo educativo. O berço familiar deveria dispor de condições mínimas e básicas para a sobrevivência, ao mesmo tempo em que se produz a socialização, ou seja, a transmissão de valores sociais e culturais.

A complexidade social e econômica impôs, paulatinamente, a educação escolar em diferentes modelos ao vislumbrar a socialização e a aquisição de saberes, que apenas a educação familiar não poderia prover.

No que se refere à saúde, as mudanças nas estruturas sociais, políticas e econômicas que aconteceram no Brasil no final do século XIX e início do século XX, como a abolição da escravatura, o êxodo rural e o desenvolvimento comercial e

industrial e a imigração, que geraram o crescimento urbano desordenado, trouxeram diversos problemas, entre os quais se destacaram as condições sanitárias desfavoráveis e os surtos epidêmicos (BOARINI, 2004). A autora reitera que, obviamente, essa situação trazia inquietação às classes dominantes, que almejavam soluções para as doenças que assolavam o país e ameaçavam a força de trabalho baseada nas atividades capitalistas nacionais e internacionais e propiciaram, também, pesquisas que revelassem a influência de vetores na transmissão de doenças.

Nesse contexto, surgiu o Movimento Higienista. Era um movimento que começava a apresentar maior atenção à saúde dos habitantes, mas, ao considerar que a doença era um fenômeno social que atribuía à moléstia um agente causador, entenderam que bastaria eliminá-lo para se ter saúde. Segundo Pelicioni e Pelicioni (2007), o Higienismo foi marcado por uma educação controladora, tradicional que explicava, de forma simplista, devido à ignorância e ao descaso, o surgimento de doenças e valeu-se dos altos índices de mortalidade infantil e das condições precárias de saúde dos adultos para impor à família

[u]ma educação física, moral, intelectual e sexual, inspirada nos preceitos sanitários da época. Esta educação, dirigida sobretudo às crianças, deveria revolucionar os costumes familiares. Por seu intermédio, os indivíduos aprenderiam a cultivar o gosto pela saúde, exterminando, assim, a desordem higiênica dos velhos hábitos coloniais. (COSTA, 1989, p. 12).

Tal educação considerava o povo incapaz de maior compreensão e apresentava, em suas poucas atividades relacionadas à saúde, o caráter normativo e as instruções a serem seguidas, baseadas na transmissão de informações e sem a participação popular. Destacam esses autores que, embora a maioria da população fosse analfabeta, o que de fato acontecia era a distribuição de folhetos escritos como se a divulgação desses informativos fosse suficiente para mudar o comportamento dos indivíduos (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Percebe-se, claramente, que o intuito das atividades educativas em saúde não era promover a autonomia, mas visava os interesses das classes dominantes, incorporados nas políticas destinadas à saúde. O objetivo consistia em fazer com que as pessoas aceitassem e se sujeitassem às leis da Higiene.

Pelicioni e Pelicioni (2007) relatam que durante a gestão do médico Oswaldo Cruz, que estava à frente ao serviço do governo federal de saúde, ocorreram vários

conflitos e manifestações populares. Entre eles destaca-se a famosa “Revolta da Vacina ²”, de 10 a 16 de novembro de 1904, desencadeada pela obrigatoriedade da vacinação contra a varíola, que bem caracterizava o movimento higienista brasileiro em que a polícia sanitária confinava os enfermos em desinfectórios e os submetia à vacinação compulsória, o que relegava a educação a um segundo plano.

Para desenvolver os hábitos de higienização, de acordo com Boarini (2004), a escola se apresentava como oportunidade ideal. Por esse motivo, o médico Carlos Sá, no Terceiro Congresso Brasileiro de Higiene - 1926, em São Paulo, propôs um verso que deveria ser recitado por todas as crianças diariamente como forma de se manterem saudáveis:

Hoje escovei os dentes
Hoje tomei banho
Hoje fui à latrina e depois lavei as mãos com sabão
Hontem me deitei cedo e dormi com janellas abertas
De hontem e para hoje já bebi mais de 4 copos d'agua
Hontem comi ervas ou frutas, e bebi leite
Hontem mastiguei devagar tudo quanto comi
Hontem e hoje andei sempre limpo
Hontem e hoje não tive medo
Hontem e hoje não menti (BOARINI, 2004).

Os versos referem-se à higiene pessoal, alimentar e mental e refletem o reconhecimento da situação de calamidade pública que a população vivia em relação à saúde, inclusive no que se referia à mortalidade infantil. Entendia-se que a família, principalmente a pobre, não tinha competência para cuidar dos filhos e que a ignorância da família seria a responsável pelos males sociais. A higiene, tanto individual como coletiva, passa a ser uma necessidade rotineira, bem como um imperativo de ordem social.

Outro fator relevante é que a concepção higienista transferia à escola a responsabilidade de educar a criança e, por meio dela, a família, para cuidar da higiene e da saúde, sem analisar os determinantes econômicos e sociais da pobreza. No entanto, faz-se necessário compreender que apenas a memorização de versos não tem o poder de favorecer a saúde, mas se configura apenas como um mote repetido.

² Revolta e manifestação popular ocorrida entre 10 a 16 de novembro de 1904 na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. O motivo que desencadeou isso foi a campanha de vacinação obrigatória, imposta pelo governo federal, contra a varíola.

Tal atividade, de memorização, retrata o modelo tradicional de educação, que atribui suma importância ao conteúdo ensinado e ao professor. Nesse modelo, cabe ao educando a absorção dos conteúdos ensinados, sem modificação e que possa ser reproduzido fielmente. Pode ser também definida como Educação Bancária na qual o papel do professor consiste em “depositar”, nos educandos, os conteúdos, acumulando-os de conhecimentos considerados como verdadeiros. Freire (1987) conceitua Educação Bancária como a imposição do conhecimento pelo professor sobre o aluno ao estabelecer uma ação de depósito de conhecimentos em seres passivos. Dessa forma, trata-se de uma atitude opressora, sobre os alunos considerados recipientes de informações e inteiramente inertes e prontos para serem adaptados ao mundo.

Em 1919, em substituição à palavra higiene, surgiu nos Estados Unidos a expressão *health education* - Educação Sanitária (PELICIONI; PELICIONI, 2007). Tal expressão concerne à prática educativa que objetiva convencer a população a adquirir hábitos que promovam a saúde, bem como evitem doenças.

De acordo com Oliveira e Oliveira (2006), a instituição estadunidense, Fundação Rockefeller, atuou no Brasil no período de 1916 a 1942, visando controlar as doenças tropicais com tratamento de baixo custo por meio de um serviço de Educação Sanitária, que tinha como o objetivo mostrar à população os benefícios das ações de saúde. A fundação tinha, também, como objetivo ressaltar a necessidade de observar as regras de higiene.

De certa forma, há um consenso entre os estudiosos da história da Educação Brasileira que, até o início da década de 1930, a concretização das reformas educacionais, por meio das políticas públicas, era quase exclusivamente direcionada ao Distrito Federal, sendo as reformas consideradas como modelo aos demais estados que tinham como opção adotá-las ou não.

Inicia-se uma grande mudança na Educação Brasileira com a Reforma Francisco Campos³ (1931) e a criação do Conselho Nacional de Educação, que regulamenta a organização do Ensino Superior, do Ensino Secundário e do Ensino Profissional Comercial, quando se priorizou, nesta iniciativa, a estruturação dos

³ Reforma Francisco Campos (1931) estabeleceu oficialmente, em nível nacional, a modernização do ensino secundário brasileiro, conferindo organicidade à cultura escolar do ensino secundário por meio da fixação de uma série de medidas, como o aumento do número de anos do curso secundário e sua divisão em dois ciclos, a seriação do currículo, a frequência obrigatória dos alunos às aulas, a imposição de um detalhado e regular sistema de avaliação discente e a reestruturação do sistema de inspeção federal.

cursos de Educação Profissional. A mudança ocorreu mediante um contexto social e político, marcado por profundas transformações em todo território nacional, devido à Revolução de 1930 liderada pelos estados de Minas Gerais, Paraíba e Rio Grande do Sul, que culminou no golpe de 1930 que depôs o Presidente da República, Washington Luís, e impediu a posse do presidente eleito Júlio Prestes. Assim, o país saía da Primeira República para vivenciar um novo tempo sob o comando de Getúlio Vargas em um governo totalitário, era o Estado Novo (1937-1945), marcado pelo autoritarismo e nacionalismo (HILSDORF, 2005).

Sá (1979) explica que a ênfase dada ao Ensino de Nível Secundário se deve às pressões das classes médias urbanas sobre o Estado, visto que elas mesmas vislumbravam a educação como um canal, ou seja, uma ferramenta de ascensão social.

A criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, em 1930, no governo de Getúlio Vargas, ratifica o predomínio de uma concepção higienista e do papel civilizatório da educação, bem como da importância dessas duas áreas para resolver as questões sociais. Logo após, foi implementada a reforma pelo ministro Gustavo Capanema, com estrutura verticalizada e centralizadora, que encontraria expressão com a criação dos Serviços Nacionais de Saúde (FINKELMAN, 2002). Cabe destacar que, nessa época, o assunto priorizado era a febre amarela, que prejudicava a construção das ferrovias. Assim, as ações educativas restringiram-se aos programas e serviços destinados ao jogo político e continuavam a privilegiar o combate às doenças infectocontagiosas.

O advento da industrialização provocou a concentração populacional em centros urbanos na década de 1940 e exigia do governo federal esforços para ampliar a Educação Elementar aos adultos para qualificar a força de trabalho.

Finkelman (2002) reitera que, no plano social, esse período caracterizou-se por importantes mudanças do governo autoritário de Getúlio Vargas, tais como a consolidação da legislação trabalhista e a estatização da previdência social. Esta última passou a ser organizada por Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com contribuições obrigatórias tanto para empregadores como para empregados. As alterações nas políticas de saúde e educação foram caracterizadas pelo elevado grau de centralização de recursos e instrumentos institucionais/administrativos no governo federal, por meio do Ministério dos Negócios de Educação e Saúde Pública.

A partir de 1945, com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), surgiram novas discussões sobre o processo saúde-doença, entre os quais destaca-se o conceito de saúde como o estado de completo bem-estar e não simplesmente ausência de doença. Isso poderia ser considerado um avanço para o processo de transformação da Educação Sanitária (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

O desmembramento do Ministério da Educação e Saúde em instituições autônomas poderia ter fortalecido a área de Educação Sanitária, o que só ocorreu em 1953, com Ruth Marcondes – Diretora do Serviço Nacional de Educação Sanitária, quando aconteceu uma grande transformação com a reformulação do Serviço Nacional de Educação Sanitária e a integração de ações educativas no planejamento das ações dos órgãos do Ministério da Saúde.

Em 1963, diante da questão do analfabetismo no país, os educadores exigem uma nova postura do Ministério da Educação - MEC. O então presidente João Goulart, favorece condições para desenvolvimento do Método Paulo Freire, pois era necessário alfabetizar rapidamente para que a população analfabeta pudesse votar (ROMÃO, 2002).

No entanto, Paulo Freire demonstrava outras aspirações para a comunidade analfabeta e ponderava que

[p]reparar para a democracia não pode significar somente converter o analfabeto em eleitor, condicionando-o às alternativas de um esquema de poder já existente. Uma educação deve preparar ao mesmo tempo, para um juízo crítico das alternativas propostas para a elite, e dar possibilidades de escolher o próprio caminho. (FREIRE, 1980, p. 20).

Pode-se observar que Freire considerava a prática educativa como um ato político. Por esse fato, apresentou um “método de alfabetização” no qual educador e educando eram sujeitos ativos do processo ensino e aprendizagem articulados à reflexão política de leitura do mundo, da *palavramundo*. Freire (1987) propôs a análise das categorias do diálogo e da ação coletiva ao expor que “Já agora ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 1987, p. 79).

Concernente a esse pensamento, para Freire (1987), o maior objetivo da educação é conscientizar o sujeito, o que significa levar os desfavorecidos da sociedade a entender sua condição de oprimido e a agir em promoção da própria

libertação/emancipação e a se transformar em cidadão crítico e atuante na sociedade. Trata-se de assumir um pensamento pedagógico político. Cabe ressaltar que essa é a concepção de educação assumida nesta tese, considerando a perspectiva da inclusão social/educacional. Esse entendimento reafirma a necessidade de maior integração entre a educação e a saúde.

A interrupção brusca do projeto ocorreu com o Golpe de 1964. Para a ditadura civil e militar, implantada após o Golpe, o método de alfabetização freireano passou a representar uma forte ameaça aos interesses das elites ao propor o desenvolvimento da consciência crítica das classes populares. E, em substituição à proposta de Paulo Freire, foi criado pela Lei nº 5.379, de 15 de dezembro de 1967, o Movimento Brasileiro de Alfabetização - Mobral, que tinha como objetivo ensinar os alunos a ler e a escrever sem a preocupação de formação humanística e a análise da real situação social. O Mobral expandiu-se por todo o Brasil, durante 15 (quinze) anos, como campanha massiva de alfabetização, com orientação e supervisão pedagógicas e produção de materiais didáticos, esvaziados de sentido crítico e problematizador (ARANHA, 1996)

Alves (2005) afirma que as práticas educativas na área da saúde permaneceram inexpressivas, principalmente após o efeito do Golpe Militar em 1964, quando o Ministério da Saúde reduziu as verbas destinadas à saúde pública em “prol” da segurança e do desenvolvimento, por meio do crescimento do orçamento dos ministérios militares, dos transportes, das indústrias e do comércio.

Mediante a justificativa de que os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) encontravam-se em situação de insolvência, ou seja, em que o insolvente não consegue cumprir com suas obrigações de pagamento, o governo militar criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). De acordo com Edler (2005, p. 4),

Além de determinar a progressiva exclusão da participação social na gestão da previdência, o INPS passou a priorizar a contratação de serviços privados para o atendimento de seus beneficiários. O modelo de remuneração por unidade de serviços (US), posto em prática pelo INPS para pagar seus fornecedores, mostrar-se-ia altamente danoso por incentivar a corrupção, ampliar de forma desmesurada procedimentos médicos desnecessários e impedir qualquer planejamento dos serviços a serem priorizados.

O período da ditadura se estendeu até 1985. E cabe destacar que, nessa época, foi promulgada a Lei nº 5.692/71, que ampliou a obrigatoriedade escolar para oito anos, com faixa etária dos 07 aos 14 anos. Criou-se o 2º grau, com

profissionalização compulsória, podendo ser realizado em três anos (auxiliar técnico) ou quatro anos (técnico) de duração. No entanto, essa formação concebia um caráter tecnicista, ou seja, voltado para a formação de mão de obra. Visava o aprendizado, o interesse e a adaptação do aluno ao mercado de trabalho, copiando o modelo existente nas fábricas (ARANHA, 1996).

De acordo com Wendhausen e Saupe (2003), nas décadas de 1970 e 1980, em um cenário de grandes movimentos sociais que levaram a uma abertura política, houve, ainda, forte influência das ideias e concepções de Paulo Freire sobre a participação da população no processo educativo por meio da exposição de conteúdos de forma dialogada.

Essa participação popular influenciou que o regime instituísse, por meio da Lei nº. 6.229/1975, o Sistema Nacional de Saúde - SNS, quando buscou romper com a tradição autoritária e normalizadora da relação entre os serviços de saúde e a população por meio de um sistema público, universal e descentralizado de saúde.

Com o fim do regime militar, em 1985, desfazem-se algumas políticas autoritárias. No entanto, o processo de redemocratização transcorre em meio a uma crise econômica com planos econômicos emergenciais. Nesse contexto, em 1986, por meio de grande mobilização da sociedade, pela reforma no sistema de saúde, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS:

Em seus grupos e assembleias foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitário: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 11).

Entre as discussões da Conferência estavam o dever do Estado e o direito do cidadão. Assim, começaram a realizar-se práticas educativas no campo da saúde com o intuito de apresentar novos rumos ao apontar um paradigma nas mudanças comportamentais por meio de informações para o paradigma das ações educativas participativas, quando se promoveu a interação entre os saberes científicos e populares.

A Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988 (BRASIL, 1988), em busca de implantação de um estado de bem-estar social, incorporou a conquista da saúde como direito de cidadania e representou um grande avanço na introdução do conceito de Educação Básica. Para tanto, ela estabelece:

Art. 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-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

[...]

II - criação de programas de prevenção e atendimento especializado para as pessoas portadoras de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente e do jovem portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação. (BRASIL, 1988).

Cury (2002, p. 2) expõe que o “direito à educação é parte de um conjunto de direitos chamados de direitos sociais, que tem como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas”. Esses direitos visam garantir aos sujeitos condições materiais para usufruírem plenamente de seus direitos como cidadãos, na diminuição das desigualdades políticas, econômicas e culturais e ao estabelecer a justiça distributiva. A Constituição Federal Brasileira de 1988, na parte que trata Dos Direitos e Garantias Fundamentais, reconhece ainda:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

Ainda no que se refere ao direito à saúde, a Constituição Federal (BRASIL, 1988) estabelece que “deve ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem o acesso universal e igualitário às ações e serviços, tanto para sua promoção, quanto para sua proteção e recuperação”.

Entende-se como desafio a conquista da inclusão no sentido de diminuir as barreiras impostas pela exclusão.

A Lei nº 8.080, aprovada em 19 de setembro de 1990, traduz o conjunto de ações e serviços de saúde a serem prestados por instituições públicas nas esferas federal, estadual e municipal que constitui o Sistema Único de Saúde – SUS, que apresenta como objetivos no artigo 5º:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Esta lei dispõe ainda sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes à saúde. Ela estabelece que

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Ainda na década de 1990, inicia-se a implementação da estratégia do Programa Saúde da Família, no contexto da política de saúde brasileira, em que se pode destacar a promoção da saúde e melhoria da qualidade geral de vida. No lugar de um setor dividido entre saúde pública e medicina previdenciária, observa-se um sistema unificado e universal (LIMA; SANTANA, 2006).

Em conformidade com o princípio da integralidade, Mattos (2003) afirma que a abordagem do profissional de saúde não deve se restringir somente à assistência curativa, mas, sim, dimensionar os fatores de risco à saúde e, conseqüentemente, à execução de ações preventivas, de recuperação e tratamento. Nesse sentido, evidencia-se a importância de articular as ações entre educação e saúde.

Conforme dito anteriormente, de 1930 a 1940, as pastas de Educação e Saúde eram uma só. As ações vinculadas entre Saúde e Educação foram fortalecidas com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que propiciou a apresentação na Câmara Federal de um projeto que fixasse novas Diretrizes e Bases Nacionais frente à realidade da educação e da sociedade brasileira. Sob pressão popular, ele foi aprovado e sancionado em 20 de dezembro, sob a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDBEN, Lei nº 9.394/96, que possibilitava adaptações com vistas à melhoria da educação nacional.

Cabe observar que embora a Lei nº 9.394/96 assumia um caráter inovador, ainda não se apresenta como política pública suficiente para atender às demandas de melhorias do sistema educacional brasileiro frente às tendências

socioeconômicas do país. Isso, principalmente, ao considerar os ranços referentes aos atrasos existentes na esfera da educação, como, por exemplo, os problemas como a baixa remuneração e a capacitação inadequada de docentes.

A integração de práticas nas áreas de saúde e educação, concebendo a perspectiva de formação de educadores, permite ressignificar a relação que, historicamente, se constituiu entre saúde e educação. Nessa ótica, torna-se pertinente abordar a necessidade de integração das políticas públicas para além da implantação de programas, projetos e ações de saúde na escola, estabelecida pela Portaria Interministerial nº 749, de 13 de maio de 2005, assinada pelos Ministros da Saúde e da Educação, cujo objetivo era elaborar diretrizes que subsidiassem uma política de educação em saúde nas escolas do ensino fundamental.

A intersetorialidade também se apresenta por meio do Decreto nº 7.508/2011, considerado um avanço na organização e resolutividade do SUS. A partir desse decreto são criadas as Regiões de Saúde, que deveriam oferecer os serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, atenção psicossocial e, finalmente, a vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

Outro fator a ser considerado na LDB nº 9.394/96 refere-se à elaboração de um plano que tratasse da educação para todo o território nacional. A ideia consiste na organização de um Plano Nacional de Educação (PNE) com duração de dez anos, o qual abrange metas e estratégias para a melhoria da educação.

O atual PNE de vigência 2014-2024, promulgado pela Lei nº 13.005/2014 ainda em vigor, objetiva prioritariamente, entre outros fatores: elevar globalmente o nível de escolaridade da população; melhorar a qualidade do ensino em todos os níveis; e reduzir as desigualdades sociais quanto ao acesso e à permanência, com sucesso, na educação pública.

Apesar de as propostas legais apresentarem a intenção de contribuir para a formação de cidadãos reflexivos e críticos, na prática, a maioria das atividades educativas ainda está alicerçada na mera transmissão de normas e regras comportamentais.

Portanto, concernente ao exposto, torna-se imprescindível repensar medidas que sensibilizem e conscientizem os profissionais da Educação e da Saúde a desenvolverem ações que visem constituir um/a cidadão/ã que tenha assistência adequada e bem estar.

1.3 Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar: uma proposta de Humanização

O hospital consiste em um espaço possível de tratamento de patologias por meio de procedimentos medicamentosos ou intervenções cirúrgicas. Todavia, às vezes, ainda há aversão a esse ambiente.

A permanência de qualquer pessoa doente no hospital por um longo período requer cuidados minuciosos, pois, com o passar dos dias, a necessidade de estar acomodada em um ambiente mais confortável e humanizado aumenta. Para tanto, é preciso atentar para vários quesitos como alimentação, comodidade, asseio e rotina diferentes da situação na qual se está habituado/a, além de medicações, exames, intervenções médicas e/ou cirúrgicas, dores, indisposição, emoções e sentimentos como o medo, a angústia e a solidão.

Cabe considerar que são muitas as mudanças pelas quais passa o/a estudante hospitalizado/a, tanto físicas como emocionais. Entre estas mudanças, conforme apontam Munhóz e Ortiz (2006, p. 67), “a primeira refere-se à desestruturação do sistema biopsicossocial, seguida pela interrupção do processo de desenvolvimento intelectual, afetivo e da personalidade”, pois com o internamento hospitalar esses/as estudantes são afastadas do convívio social.

De acordo com Matos e Mugiatti (2014) ainda há que se considerar que os procedimentos conservadores de alguns hospitais contribuem para que a realidade destes/as educandos/as em condições especiais de saúde se apresente de forma fria, impessoal e carente de afetividade.

Com o intuito de contribuir para a solução e/ou sanar esses problemas e implantar uma política de humanização, no governo do presidente Lula foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH (2001), que procurou instigar as equipes de saúde à reflexão do papel primordial entre o conhecimento científico e o acolhimento humano. O manual do referido programa dispõe que

A noção de qualidade do trabalho em saúde compõe-se tanto da competência técnica quanto da competência para interagir, isto é, para se relacionar. A experiência mostra que um grande número de queixas e demandas dos usuários pode ser resolvido, ou pelo menos bastante minimizado, quando o usuário se sente ouvido, compreendido, acolhido, considerado e respeitado pelos profissionais que o estão atendendo. (BRASIL, 2001, p. 50).

O Programa apresenta como objetivo empreender um esforço de melhoria da saúde pública no Brasil, com o intuito de disseminar uma nova cultura de atendimento humanizado, implantando uma metodologia de trabalho diferente daquelas que constituíam o sistema público de saúde no Brasil. De acordo com Oliveira:

[h]umanizar, caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano. (OLIVEIRA, 2001, p. 104).

O PNHAH (2001) lançou um olhar aguçado de compromisso com a saúde, por meio de prestação de serviço de saúde gratuito e obrigatório a todos os cidadãos, conforme prevê a Constituição Federativa no Brasil de 1988.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar teve como intuito promover o envolvimento da equipe de saúde com os usuários, considerando não somente o conhecimento técnico-científico da patologia, mas também um relacionamento com a pessoa que necessita de cuidados hospitalares.

Para divulgar as informações, os documentos e os materiais para atualização e capacitação sobre a humanização hospitalar, foi criada a Rede Nacional de Humanização em 2001. Além de integrar as diversas instâncias da saúde, a rede intentava consolidar o trabalho de humanização desenvolvido em cada uma delas.

Em 2003, o programa foi substituído pela Política Nacional de Humanização – PNH, que busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nas práticas de gestão e da atenção e, por isso, intitula-se “Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde: Humaniza SUS”:

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção de políticas de saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado das condições de trabalho dos profissionais. Em busca por esta filosofia humanística, a Educação Hospitalar vem se desenvolvendo no atendimento às crianças e adolescentes hospitalizados em diversos hospitais do Brasil. (BRASIL, 2003, p. 5).

A ideia da PNH é que o trabalho com a humanização envolva todos os profissionais da rede pública de saúde, pessoas hospitalizadas, trabalhadores de serviços terceirizados e da administração do hospital.

As emoções presentes no/a estudante hospitalizado/a, bem como a execução de um atendimento com atenção mínima por parte da equipe de saúde favorecem a inquietação e/ou retardamento da eficácia do tratamento do/a educando/a no hospital; a ausência de humanização nas relações entre profissionais e enfermos pode agravar o quadro patológico de pessoas em estado de internação ou tratamento, uma vez que a insegurança pode intervir, de forma negativa, na aceitação do tratamento e na luta pessoal para combater a patologia (JACOBINA; SOUZA, 2009). Assim, a atuação do/a pedagogo/a em equipes hospitalares tornou-se mais um recurso contributivo à cura, principalmente no que concerne ao resgate da humanização e da cidadania dos/as educandos/as enfermos/as, pois interfere de forma positiva no humor e no ânimo do/a escolar impossibilitado/a de frequentar a instituição de ensino por motivos de doença.

Nesse sentido, faz-se necessário compreender a contribuição da Pedagogia Hospitalar no processo de humanização para estudantes, que, devido às condições incapacitantes, sejam temporárias ou permanentes, ficam impossibilitados/as de irem à escola por se encontrarem hospitalizados/as.

Cabe destacar que quando se refere à humanização, trata-se do ato ou efeito de humanizar, de tornar humano. Segundo Freire (2011), quando se fala em respeito à autonomia e à dignidade de cada um, está se falando de ética e não de um favor que podemos ou não conceder uns aos outros. Embora Freire (2011) não discutisse a inclusão precisamente, ele promove uma leitura e um diálogo mais aprofundados, nos quais pode ser percebida a centralidade do sujeito.

Portanto, a humanização no hospital concerne em toda ação executada com o/a paciente para que ele/a se sinta mais confortado/a ou menos desconfortável no ambiente hospitalar. Pois, a humanização ajuda o paciente fragilizado no hospital e com medo a se sentir mais seguro e confortado com o atendimento cuidadoso.

Freire (1987) considera a humanização como caminho possível para a existência humana e a relata como vocação ontológica do ser:

Pois bem; se falamos da humanização, do ser mais do homem – objetivo básico de sua busca permanente – reconhecemos o seu contrário: a desumanização, o ser menos. Ambas, humanização e desumanização são possibilidades históricas do homem como um ser incompleto e consciente de sua incompleticidade. Tão somente a primeira, contudo, constitui a sua verdadeira vocação. A segunda, pelo contrário, é a distorção da vocação (FREIRE, 1987, p. 127).

Assim, de acordo com o pensamento de Freire (1987) por meio da humanização, os seres humanos poderão deixar de serem tratados como coisas, ao se conscientizarem de seu papel histórico no mundo. No entanto, entende-se que esse processo não seja algo dado, mas sim, a ser construído de forma conjunta. No tocante à educação, entre educadores e educandos/as, o autor reitera que a educação só é verdadeiramente humanista se, desocultar a realidade para transformá-la. Portanto, tratar a pessoa doente em sua integralidade, preocupando-se com sua dignidade e respeitando seus direitos é compreender o papel da humanização.

Fonseca (2002) defende que à medida que a criança ou adolescente recebe mais atenção, calor humano e amizade, sua recuperação acontece mais rápida, ao mesmo tempo em que melhora, também, sua autoestima. Sob essa ótica, o/a escolar adoentado/a busca forças para reagir e/ou conviver com a doença.

O fato é que por se sentirem reintegrados à sociedade, esses/as educandos/as desenvolvem uma perspectiva de cura para o momento da volta ao convívio familiar e escolar. Fonseca (2002, p. 18) ainda reitera que

Se a criança se vê ou se sente obrigada pela problemática da saúde a um afastamento, mesmo que temporário, de sua escola, tal fato pode levá-la não apenas a perder o ano, mas pode tanto desmotivá-la a continuar os estudos quanto considerar-se incapaz de aprender porque é doente.

Sob esse prisma, pode-se constatar que os/as escolares enfermos, que não usufruem de um apoio pedagógico, vão se desestimulando aos poucos e, conseqüentemente, abdicam dos estudos por considerarem que a doença os torna incapazes de aprender. Os casos de muitas internações podem provocar a evasão ou reprovação devido à falta de acompanhamento pedagógico educacional.

Matos e Mugiatti (2014) concebem que a atenção ao/a escolar doente deve contemplá-lo/a de modo integral em seus aspectos físicos, psíquicos e cognitivos. Logo, a atuação pedagógica em ambiente hospitalar propiciará benefícios para o/a escolar. Nesse sentido, os hospitais que apontam para a visão humanística buscam destacar, em suas práticas, o olhar para o ser humano como um todo, expandindo o processo humanizador e resgatando a cidadania desses/as educandos/as hospitalizados/as.

Cabe destacar que, embora o processo de humanização seja inovador, atraente e necessário para a melhoria do funcionamento hospitalar, ele é complexo por significar um modo novo de lidar com a pessoa hospitalizada. Essa atitude, em sua maioria, difere da atitude habitual dos profissionais da saúde. Portanto, cabe a cada instituição de saúde construir o seu processo de humanização a fim de promover o bom funcionamento do hospital (MARTINS, 2001).

A instituição hospitalar deve ser comprometida com o atendimento das pessoas que chegam para diagnosticar a doença ou para internação. Nesse sentido, não basta que o hospital tenha todo o aparato material necessário às intervenções médicas, mas é importante que ele também seja composto por profissionais competentes no que lhes cabe fazer e no atendimento humanizado.

Cabe destacar que, no caso dos/as escolares hospitalizados/as, é notória a necessidade de uma educação diferenciada e eficiente, haja vista que a doença não os/as impede de expressar seu potencial e que suas vidas não foram interrompidas. Nesse sentido, embora as escolas não possuam meios disponíveis de ensino para atenderem aos/as alunos/as hospitalizados/as; por meio do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar há como manter esse vínculo entre o processo educativo e o/a estudante impossibilitado de frequentar a escola. Para Matos e Mugiatti (2014, p. 13),

[p]retende-se, assim, oferecer às crianças e aos adolescentes hospitalizados, ou em longo tratamento hospitalar a valorização de seus direitos à educação e à saúde, como também ao espaço que lhe é devido enquanto cidadão.

Essa ideia se traduz em diminuir medos, desconfianças, angústias, por meio da interação com educandos/as e com seus familiares.

Discutir a respeito da humanização e colocá-la em prática para contribuir com atos humanos é fundamental para ampliar o conhecimento sobre humanizar. Portanto, não basta somente colocar em prática o que está expresso em documentos, mas conceber uma formação capaz de sustentar o ato humanizador.

Cabe compreender que o significado da proposta de humanização se refere à capacidade de perceber o/a paciente como ser humano e cidadão de direitos, considerando seus valores, suas crenças, seus desejos e suas perspectivas. O que implica na construção de um novo quadro ético, em que as relações permeadas pelas diferenças entre os seres humanos não se expressem em assimetria de poder

e sim em relações decorrentes e construídas por meio de experiências e vivências com os outros (BETTINELLI *et al.*, 2004).

Nesse sentido, a temática humanização do atendimento em saúde torna-se relevante para a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência ao usuário e à equidade, que demanda revisar as práticas cotidianas e valorizar a dignidade do profissional e do usuário como direito humano. Tão importante quanto a humanização, este estudo remete à valorização profissional, conforme o item a seguir propõe.

1.4 Magistério e Educação Inclusiva: afazeres de mulheres?

O magistério, pela construção histórica, é considerado uma atividade atribuída às mulheres. Assim, relata Perozim (2004) ao resgatar o processo de configuração dessa profissão como profissão de mulheres:

Até meados do século XX, a única oportunidade que as mulheres tinham de permanecer nos estudos eram os cursos normais, formadores de professores. Aos poucos, houve uma identificação da profissão com a feminilidade, e as mulheres foram autorizadas a frequentar esses ambientes. (PEROZIM, 2004, p. 3).

No entanto, cabe aqui destacar que também a enfermagem⁴ carrega para o seu fazer profissional, os estigmas e/ou determinações estabelecidas como próprios das mulheres, da mesma forma que o magistério.

Calero, Dellavalle e Zanino (2015) relatam acerca das atividades de educação e enfermagem, relacionadas à atividade feminina:

Estas actividades están históricamente asociadas a lo femenino, es por esto que el concepto cuidado está fuertemente arraigado a la perspectiva de género. Sucede que las tareas de cuidado remunerado (educación, enfermería) o no remunerado (trabajo doméstico) son realizados en una amplia proporción por mujeres con cualidades naturales para la labor y cuyos salarios tienden a ser menores que en otras ramas de actividad. (CALERO; DELLAVALLE; ZANINO, 2015, p. 8).

⁴ O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen (2011) revelou a quantidade de profissionais de enfermagem por sexo no Brasil em 2010, os quais correspondem ao sexo feminino a 87,24% dos profissionais do Brasil; sendo portanto, a maioria. Já os do sexo masculino correspondem a 12,76% do total dos profissionais de enfermagem.

Embora esses trabalhos fossem considerados um espaço de conquista, eles também se apresentam como ambíguos, pois são profissionais e maternais ao mesmo tempo.

A inserção das mulheres no mundo do trabalho por meio de atividades relacionadas às desenvolvidas no lar, juntamente com as mudanças na esfera do trabalho, instigaram o magistério a ser legitimado como atividade de mulher, por ter habilidades consideradas inerentes a elas, como: delicadeza, atenção, cuidado e amor à criança, o que feminiza o magistério (CHAMON, 2005).

No que concerne ao exercício da mulher na educação, Calero, Dellavalle e Zanino (2015) ainda reiteram que

Dentro del trabajo doméstico no remunerado, la mayor tasa de participación de las mujeres es en quehaceres domésticos (86,7%), seguido de cuidado de personas (31,3%) y por último apoyo escolar (19,3%). Sin embargo, es en ésta última actividad donde la brecha entre varones y mujeres es más amplia, mostrando una carga mayor para ellas en lo que refiere a la educación de los miembros del hogar. (CALERO; DELLAVALLE; ZANINO, 2015, p. 17).

Tal estatística reflete a ideia das influências que as mulheres sofrem quando as habilidades que teriam para exercer o magistério são concebidas como processos naturalizados na sociedade.

Louro (1997) esclarece acerca dos argumentos utilizados para justificar a entrada das mulheres no exercício do magistério, com base na relação feminina e a docência:

[o]utras vozes afirmarão que as mulheres têm, por natureza, uma inclinação para o trato com as crianças, que elas são as primeiras e naturais educadoras. Se a maternidade é, de fato, o seu destino primordial, o magistério passa a ser representado também como uma forma extensiva da maternidade. Em outras palavras, cada aluno ou aluna deveria ser visto como um filho ou filha espiritual. A docência, assim, não subverteria a função feminina fundamental, ao contrário, poderia ampliá-la ou sublimá-la. O magistério precisava ser compreendido, então, como uma atividade de amor, de entrega e doação, para a qual acorreria quem tivesse vocação. (1997, p. 78).

De acordo com os estudos realizados pela Confederação Nacional de Trabalhadores em Educação (CNTE, 1994) a escolha das mulheres pelo magistério, assim se explica:

Ensinar é considerado uma extensão do cuidado com crianças, uma função feminina dentro da família. Educadores argumentavam que, como a escolha de carreira devia ser adequada à natureza feminina, atividades requerendo

sentimento, dedicação, minúcia e paciência deveriam ser preferidas. O segundo argumento que justifica a escolha do magistério pelas mulheres, é que a ocupação permitiria conciliar a vida profissional com as tarefas domésticas e familiares, pois além das férias escolares, não exigiria externas jornadas de trabalho. Outra razão para a escolha do magistério ou mesmo para a permanência nele apesar das condições insatisfatórias, seriam as vantagens do serviço público: além da estabilidade e dos conhecimentos benéficos, os professores(as) não sofreriam controle de qualidade de sua produção.

Ademais, permanece como sendo um espaço público, trazendo realização para as mulheres, como diz Afonso (2005) quando discute Enguita:

A vivência da mulher na escola reforçará sua autoestima, significando um benefício na formação de uma identidade autônoma. Isto leva Enguita a observar que na sociedade existe uma valoração meritocrática baseada na educação formal, que funciona de forma antagônica quanto à classe social e quanto a gênero. Ao mesmo tempo que legitima a participação da mulher num espaço público, em condições de relativa igualdade, contribuindo para abalar /questionar as relações patriarcais existentes em outros espaços e instituições, como a família e o trabalho, também contribui para legitimar as diferenças de classe. Bem diz o autor que pelo menos uma vez se pode confirmar o dito de que, não há males que pro bem não venham. (ENGUITA, 1998). Eu diria também que esta é mais uma das facetas das contradições existentes na sociedade de classes tal como está constituída. (AFONSO, 2005, p. 197).

Outro fator relevante concerne à possibilidade de as mulheres se inserirem no espaço produtivo, devido à precarização e massificação do trabalho docente, perdendo o seu *status*. E, daí o desinteresse dos homens por essa profissão.

Apple (1988) relata que o magistério tornou-se atividade do sexo feminino, em parte porque os homens o abandonaram:

Para muitos homens, o “custo de oportunidade” era muito alto para permanecerem no magistério. Muitos professores ensinavam em tempo parcial (por exemplo, entre as colheitas) ou como ponto de partida para outros empregos mais lucrativos ou prestigiosos. (APPLE, 1988, p. 18, grifo do autor).

Nesse contexto, o/a mestre/a foi se (des)transformando na figura da tia. Nesse sentido, os homens deixaram as salas de aula chamados de mestres e as mulheres, que ocuparam esses espaços, não se apossaram com a conversão do gênero, para mestras (ou professoras), mas como tias e configurando o processo de feminização e precarização do magistério.

Freire (2006) expõe que para pensar um pouco sobre isso, vale conceber a ideia da constituição da imagem da professora abnegada. Pois, nesse sentido, o gênero representa a forma como o corpo se apresenta e se posiciona no espaço

político. O autor, ainda, alerta que ser professora, ao invés de ser tia, trata-se de um compromisso político, que se desconstrói mediante ao engodo de que o trabalho docente pode ser considerado como vocação, dom, sacerdócio e proximidade com a maternidade, entre outras argumentações.

Assim, articular as relações sociais e de gênero à profissão docente como um trabalho predominantemente realizado por mulheres, necessita refletir e compreender que

[a]s diferenças que se constatavam nos comportamentos de homens e mulheres não eram dependentes do 'sexo' como questão biológica, mas sim eram definidos pelo 'gênero' e, portanto, ligadas à cultura. O uso da palavra 'gênero', como já dissemos, tem uma história que é tributária de movimentos sociais de mulheres, feministas, gays e lésbicas. Tem uma trajetória que acompanha a luta por direitos civis, direitos humanos, enfim, igualdade e respeito. (PEDRO, 2005, p. 78).

Portanto, ser professor/a requer um conhecimento científico, pedagógico, cultural, político e que seja capaz de favorecer a multidisciplinaridade, ou seja, demanda uma multiplicidade de saberes e conhecimentos, que independem da questão de gênero.

Nesse sentido, Louro (1997) expõe que a reflexão acerca das funções sociais do homem e da mulher demonstra que não são apenas as características sexuais,

mas [...] a forma como essas características são representadas ou valorizadas, aquilo que se diz ou pensa sobre elas que vai construir, efetivamente, o que é feminino ou masculino em uma dada sociedade e em um dado momento histórico. Para que se compreenda o lugar e as relações de homens e mulheres numa sociedade importa observar não exatamente seus sexos, mas sim tudo o que socialmente se construiu sobre os sexos. (LOURO, 1997, p. 78).

Assim, as diferenças entre as práticas dos homens e das mulheres não são originárias unicamente das diferenças biológicas, mas tratam-se de construções sociais embasadas em ideologia, política e cultura, que perpassam pelas relações de poder, nas quais estão inseridas.

Apple (1988) relata que embora o magistério surgisse como ocupação mais agradável do que o trabalho de exploração nas fábricas, a administração educacional voltou-se cada vez mais para as mulheres. Para o autor, "Em parte, isso foi resultado de luta das próprias mulheres, que em número crescente ganharam mais e mais batalhas por acesso tanto à educação quanto ao trabalho fora de casa" (APPLE, 1988, p. 18). Nesse sentido, ele reitera que

A transformação do magistério também levou a mulher a conferir que a própria ocupação se tornasse campo fértil para outras lutas. Muitas mulheres se politizaram. Umas criaram sindicatos. Outras lutaram “silenciosamente”, no dia-a-dia, para expandir ou manter o controle de sua prática docente e do currículo. (APPLE, 1988, p. 23, grifo do autor).

Outros estudos realizados pela Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE, 1994), expressam que:

[e]xiste um número expressivo de professoras que tem sobrecarga de trabalho, com jornada de pelo menos 48 horas semanais, fora às horas extras dedicadas ao preparo de aulas, correção de provas entre outras tarefas, além do trabalho doméstico concentrado nos fins de semana e tomar consciência de sua condição subalterna de gênero pode contribuir para que a professora se dê conta do seu papel como agente reprodutor, mas também transformador, no cotidiano da escola. Da mesma forma que a mãe, na vida cotidiana da família, a professora, no cotidiano da escola, pode vir a ser um agente eficaz no processo de transformação social.

Para Vianna (2001-2002), o ser mulher antecede o fato de ser professora, o que resulta na definição de estereótipos para a prática docente de homens e mulheres. Assim, quando se definem características de paciência, cuidado, responsabilidade, docilidade e carinho como sendo essenciais à prática escolar, defendem, também, os estereótipos que atribuem a educação de crianças e jovens às mulheres. Tal fato acaba por desvalorizar a profissão docente, que fica parecendo com uma prolongação do lar e da função de ser mãe.

Freire (2006) alerta que desfazer a imagem da ‘tia’ dócil e sem compromisso político com a sua atuação profissional não é uma tarefa fácil. Assim, convida as professoras a assumirem a postura política de profissionais da educação, visto que a omissão do Estado acerca a existência da escola como espaço de trabalho feminino, é um ponto negativo para a construção de políticas públicas que tenham como objetivo contemplar as demandas educacionais e das mulheres trabalhadoras.

Neste trabalho, reconheço que os seres humanos nascem fêmeas ou machos, mas é por meio da educação recebida que se tornam mulheres ou homens como cidadãos de direitos ou não (SAFFIOTI, 1987). Minha intenção não é subsumir a cidadania da mulher à inclusão no mercado de trabalho, pois essa cidadania implica na materialização de políticas públicas e as ações efetivas que possibilitem sua emancipação, o que implica em uma formação como ser humano em sua totalidade.

É notório que, atualmente, a maioria dos acadêmicos do curso de Graduação em Pedagogia ainda, seja composta por mulheres, o que propõe pensar sobre como vão remodelando-se as relações de poder em uma sociedade na qual as mulheres se inserem no mundo do trabalho com funções sociais previamente pensadas e definidas como espaços femininos, principalmente, ao se tratar da Educação Especial.

Sob essa ótica, cabe ao curso de Pedagogia oferecer uma formação acadêmica que abarque a complexidade da escola, das práticas pedagógicas e de sua gestão.

Nessa perspectiva, destaca-se a relevância em que se tem posicionado a proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação inicial em nível superior (cursos de licenciatura, cursos de formação pedagógica para graduados e cursos de segunda licenciatura) e para a formação continuada, aprovada pela Resolução nº 2, de 01/07/2015. Apresenta-se, nesse documento, a formação também em contextos não escolares, destacando a preparação e a prática pedagógica:

Art. 3º A formação inicial e a formação continuada destinam-se, respectivamente, à preparação e ao desenvolvimento de profissionais para funções de magistério na educação básica em suas etapas – educação infantil, ensino fundamental, ensino médio – e modalidades – educação de jovens e adultos, educação especial, educação profissional e técnica de nível médio, educação escolar indígena, educação do campo, educação escolar quilombola e educação a distância – a partir de compreensão ampla e contextualizada de educação e educação escolar, visando assegurar a produção e difusão de conhecimentos de determinada área e a participação na elaboração e implementação do projeto político-pedagógico da instituição, na perspectiva de garantir, com qualidade, os direitos e objetivos de aprendizagem e o seu desenvolvimento, a gestão democrática e a avaliação institucional.

§ 2º Os cursos de formação deverão garantir nos currículos conteúdos específicos da respectiva área de conhecimento ou interdisciplinares, seus fundamentos e metodologias, bem como conteúdos relacionados aos fundamentos da educação, formação na área de políticas públicas e gestão da educação, seus fundamentos e metodologias, direitos humanos, diversidades étnico-racial, de gênero, sexual, religiosa, de faixa geracional, Língua Brasileira de Sinais (Libras), educação especial e direitos educacionais de adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas.

Portanto, a Educação Hospitalar, como modalidade do Ensino Especial, objetiva apresentar a indissociabilidade entre o educar e o cuidar como elementar, visando ir além do assistencialismo e das questões relacionadas à maternidade e ao

cuidado da pessoa com deficiência, que, de acordo com o *“Estudio sobre el uso social del tiempo con perspectiva de género”* (2011, p. 55), são: *sujetos que necesitan de cuidados por parte de otras personas, es decir, del tiempo de otras personas para poder llevar una vida mejor.*

Nesta pesquisa, defende-se que a Educação Hospitalar, como modalidade do Ensino Especial na perspectiva inclusiva, pode ser considerada como espaço de convivência com a diversidade, por se tratar de uma modalidade de ensino que pode contribuir na universalização da educação como direito social e cooperar para a construção de uma sociedade justa e democrática. Neste particular, quando se discute a identidade profissional vinculada ao que se entende que devam ser os papéis sociais de homens e de mulheres, importante estar atentos/as para esta diversidade.

Para Louro (1997, p. 108), a constituição de homens e mulheres, depende da formação: *“Ora, as formas adequadas de fazer, de meninos e meninas, homens e mulheres ajustados/as aos padrões das comunidades pressupõem uma atenção redobrada sobre aqueles e aquelas que serão seus formadores ou formadoras”.* Portanto, há que se considerar a igualdade entre mulheres e homens, trabalhada em uma perspectiva em que educador/a e educando/a se humanizam mutuamente.

É com esta preocupação que no próximo capítulo aborda-se a constituição da pedagogia hospitalar e as especificidades da docência nesta prática educativa.

CAPÍTULO II

O/A DOCENTE NA PEDAGOGIA HOSPITALAR/DOMICILIAR: EDUCAÇÃO E EMANCIPAÇÃO

Neste capítulo faz-se um mapeamento da legislação existente bem como dos documentos oficiais do MEC, tratando de investigar as teias que confluíram na implantação e na execução de políticas públicas destinadas à Educação Especial e, especificamente, as interfaces do trabalho pedagógico nessa modalidade de ensino. Investigam-se os elementos considerados constituintes do atendimento pedagógico hospitalar, bem como a constituição do papel do/a pedagogo/a no atendimento hospitalar e a questão metodológica e teórica pertinentes às especificidades dos/as educandos/as impossibilitados/as de frequentar a escola por motivo de doença. Apresenta-se, também, um levantamento das produções acadêmicas em nível de Mestrado e Doutorado, a análise do Estado da Arte acerca do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, devido ao espaço de discussão na academia, abrangendo os diferentes segmentos da Pedagogia Hospitalar.

2.1 A Pedagogia Hospitalar

A Pedagogia Hospitalar, segundo Mattos e Mugiatti (2014) é uma nova área da Pedagogia Científica que está em processo de construção por assumir uma natureza específica e diferenciada, sustentada na Pedagogia Clássica cuja atenção e otimização da educação são compreendidas no sentido mais amplo do enfermo.

As autoras ainda conceituam a Pedagogia Hospitalar como um segmento voltado para alunos em estado de doença e que têm o hospital ou domicílio como *locus* e caracterizam a Pedagogia Hospitalar como:

[u]m processo alternativo de educação continuada que ultrapassa o contexto formal da escola, pois levanta parâmetros para o atendimento de necessidades especiais transitórias do educando, em ambiente hospitalar e/ou domiciliar. Trata-se de nova realidade multi/inter/transdisciplinar com características educativas [próprias]. Consiste no atendimento personalizado ao escolar doente, respeitando seu momento de doença e considerando a situação de escolaridade, como, também, a sua procedência. (MATOS; MUGIATTI, 2014, p. 37).

Sob essa ótica, a Pedagogia Hospitalar desenvolve uma proposta pedagógica de forma individualizada ao atender e respeitar a realidade escolar, apesar de

encontrar-se fora deste ambiente. Percebe-se que essa proposta diferencia-se das demais devido às peculiaridades e características, pois se situa em uma interrelação entre os profissionais distribuídos/as em equipes: médica, educacional e interdisciplinar, composta por psicólogo/a e assistente social.

Cabe ainda ressaltar que tal proposta fundamenta-se em conteúdos da educação formal e no atendimento pedagógico ao/à estudante impossibilitado/a de frequentar a escola com o intuito de contribuir tanto para a recuperação da saúde e da vida, como para a promoção da continuidade do processo de ensino e aprendizagem.

Sobre os objetivos do atendimento individualizado, Matos e Mugiatti (2009) esclarecem:

[é] a situação do estudante hospitalizado, a fim de que continue progredindo na aprendizagem cultural, formativa e, muito especialmente, quanto ao modo de enfrentar a sua enfermidade, com vistas ao autocuidado e à prevenção de outras possíveis alterações na sua saúde. (MATOS; MUGIATTI, 2009, p. 79).

Assim, a partir desse entendimento, torna-se possível considerar e interpretar a Pedagogia Hospitalar como uma nova área de estudo e atuação dos profissionais de educação, na concepção de que seu campo de ação envolve pessoas doentes ou em situações que não lhes permitem estar na escola. Tal situação, portanto, constitui-se em uma modalidade de atendimento educacional inclusivo, que carece de uma ação pedagógica diferenciada.

A Pedagogia Hospitalar representa possibilidades diversas para a formação escolar e realiza-se não apenas pelo desenvolvimento de habilidades cognitivas, mas que contemplam a formação integral do estudante. Castro (2009, p. 47) integra-se à reflexão e explana que

[o] papel da educação no hospital e, com ela, o do professor, é propiciar à criança o conhecimento e a compreensão daquele espaço, resignificando não somente a ele, como a própria criança, sua doença e suas relações nessa nova situação de vida.

Nesse sentido, a estruturação da Pedagogia Hospitalar precisa ser alicerçada na ação educativa que promova o encontro entre educação e saúde. Tanto que Fonseca (2003, p. 22) a explicita da seguinte forma:

A pedagogia hospitalar em sua prática pedagógico-educacional diária visa dar continuidade aos estudos das crianças em convalescença, com o

objetivo de sanar dificuldades de aprendizagem e/ou oportunizar a aquisição de novos conteúdos. Atuando também como um acompanhamento do aluno fora do ambiente escolar, esta se propõe a desenvolver suas necessidades psíquicas e cognitivas utilizando programas lúdicos voltados à infância, entretanto sua ênfase recai em programas sócio-interativos, vinculando-se aos sistemas educacionais como modalidade de ensino – Educação Especial - ou ao sistema de Saúde como modalidade de atenção integral – Atendimento Pedagógico Educacional Hospitalar.

Portanto, de acordo com o pensamento da autora, a atuação docente assentada na Pedagogia Hospitalar pode centrar-se em um atendimento pedagógico com visão humanista, que priorize as necessidades globais do aluno e não somente no resgate da escolarização, já que “Ninguém escapa da educação” (BRANDÃO, 1981, p. 7).

Em hospitais onde funciona a classe hospitalar, “[...] muitas vezes é possível verificar os profissionais de saúde realizando o exame físico das crianças na sala de aula, sem as retirarem das suas atividades escolares” (MATOS; MUGIATTI, 2009, p. 49). Assim, a Pedagogia Hospitalar busca contribuir para a inovação da assistência clínica infanto-juvenil, em seus diversos procedimentos, ao trazer benefícios aos/às estudantes hospitalizados/as. Portanto, a instituição hospitalar torna-se um novo campo em que a Pedagogia adentra, juntamente com outros profissionais afins.

Percebe-se, assim, a aproximação do educando atendido pela Pedagogia Hospitalar com o cotidiano fora da vida do hospital, por meio de experiências realizadas no dia a dia, ou seja, essa é a oportunidade para que o/a professor/a contextualize para o atendimento pedagógico hospitalar o mundo externo, pois o/a docente representa o elo com o cotidiano que ficou para trás devido à doença. Portanto, o profissional da educação é capaz de fazer o/a estudante hospitalizado/a, ou impossibilitado/a de frequentar a escola sentir, reviver momentos conhecidos da instituição de ensino ou da comunidade. Concernente a este aspecto, pode-se destacar que

[e]ssa especial e renovada atenção ao enfermo hospitalizado constitui-se num expressivo exemplo da proposta de qualidade [da educação e saúde] [...] considerando a condição biopsicossocial do enfermo, [...] é a própria expressão da qualidade que envolve a questão. É, pois, este o seu ponto essencial: respeito, empenho, mobilização, integração e compromisso que são os indispensáveis ingredientes dessa tão almejada excelência de resultados. (MATOS; MUGIATTI, 2009, p. 14-15).

Esse aspecto revela a Pedagogia Hospitalar como constituinte de uma atividade pedagógica que apresenta como objetivo e forma de intervenção metodológica curricular e organizativa a transmissão/assimilação de saberes e ação destinada ao aluno em tratamento hospitalar/domiciliar, afastado da escola.

É nesse contexto que o Atendimento Educacional Hospitalar também é entendido como uma modalidade da Educação Especial. O Ministério da Educação e Cultura (MEC), a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), em parceria, elaboraram e aprovaram a Resolução nº 41/1995, que estabelece os direitos de toda criança ou adolescente em virtude de suas condições especiais e de saúde, em fase de tratamento prolongado e/ou de hospitalização, para que recebam atendimento pedagógico, ao criar a classe hospitalar, que tenha

[p]or objetivo desenvolver atividades de apoio e complementação ao currículo que está sendo trabalhado na escola onde a criança está matriculada. [Nessa modalidade] as atividades desenvolvidas e as avaliações [realizadas no hospital] são reconhecidas e aceitas pela Rede de Ensino e Ministério de Educação. (RODACOSKI; FORTE, 2009, p. 73).

Portanto, o atendimento pedagógico educacional realizado nas classes hospitalares torna possível aos/às alunos/as hospitalizados/as iniciarem, continuarem ou concluírem o ano letivo, mesmo com carga horária diferenciada; visto que os atendimentos são de acordo com suas limitações e com o quantitativo de alunos/as a serem atendidos. Nesse sentido, o Atendimento Pedagógico no hospital ou em domicílio funciona como estimulante do desejo de saber, aprender, de recuperar-se e de curar-se, ao mesmo tempo em que contribui para minimizar a defasagem idade/série, a evasão e repetência escolar (FONSECA, 2003).

Deste modo, atende aos objetivos da educação para todos, assegurada como direito social, pela Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988), bem como por Declarações Internacionais sobre educação. Trata-se, portanto, da Educação Inclusiva.

É nesse contexto que a Pedagogia Hospitalar apresenta-se como a “Pedagogia do presente”, que, embora esteja parcialmente liberada e desformalizada do sistema curricular estabelecido, encontra-se como única e exclusiva na situação emergencial do educando impossibilitado de frequentar as aulas no ambiente escolar.

Trata-se, pois, de uma Pedagogia vitalizada: da vida, pela vida, para vida e com a vida, constituída pelo diálogo entre professor e aluno, em que as questões do viver e do morrer, do sofrimento e do prazer, não terminam. Tanto que a preocupação com a escola passa a ocupar um lugar central na infância e o desejo de participar de um grupo de alunos e de ter uma professora integram a construção saudável de subjetividade. Nesse sentido, cabe destacar que perder ou colocar em risco esse vínculo pode apresentar um dano psíquico (CECCIM, 1999).

Portanto, o encontro e/ou reencontro pedagógico-educacional em ambiente hospitalar catalisa atitudes positivas no tratamento e, conseqüentemente, na vida ao resgatar o prazer nas relações interpessoais e fornecer encorajamento para lidar com as dificuldades a serem enfrentadas.

2.2 Histórico do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar no Brasil

É importante contextualizar a Educação Especial até a atualidade, para que sejam percebidos os avanços e os retrocessos na inclusão no Brasil. Para tanto, apresenta-se um quadro com a legislação que rege a Educação Especial, com foco nas Classes Hospitalares:

Quadro 1 - Legislação da Educação Especial em Classes Hospitalares

Ano	Documento
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos
1961	Decreto Lei nº. 1.044/1969
1988	Constituição da República Federativa do Brasil
1989	Decreto nº 7.853/1989
1990	Lei nº. 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)
1995	Resolução nº 41/1995
1996	Lei nº 9.394/96 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira
2001	Plano Nacional de Educação de 2001- 2010
2002	Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Especial – Resolução CNE/CEB nº 2/2001
2002	Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: estratégias e orientações
2008	Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva
2014	Plano Nacional de Educação 2014 - 2024

Fonte: Dados coletados pela autora mediante pesquisa.

A exposição e a análise legal iniciam-se pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), documento elaborado pelas Nações Unidas e fundante da Educação Especial, manifesta a defesa dos direitos de todos, inclusive no que se referente à Saúde e à Educação.

Mediante essa visão de direitos humanos, é concebido o direito de educandos (as) de serem incluídos nas escolas e na sociedade, mesmo em estado de doença, uma vez que o direito à igualdade pressupõe o gozo à saúde e ao tratamento digno com acompanhamento pedagógico.

De acordo com Fonseca (2003), no que se refere à Pedagogia Hospitalar, caracterizada como modalidade recente da Pedagogia escolar, o primeiro atendimento realizado em classe hospitalar ocorreu em 1953 e ocorreu no Hospital Bom Jesus, no Rio de Janeiro e, ainda hoje, mantém seu funcionamento.

Essa iniciativa retrata, em âmbito nacional, o marco da Pedagogia Hospitalar para o atendimento a alunos internados para que, em seu retorno às escolas regulares, eles pudessem continuar seus estudos normalmente.

O Decreto Lei n.º. 1.044/69 (BRASIL, 1969) estabeleceu que os/as estudantes que estão na condição de tratamento especial têm direito a atividades domiciliares, com acompanhamento da escola, sempre que compatíveis com seu estado de saúde e condições do estabelecimento. Percebe-se, aqui, a possibilidade do atendimento em Classes Hospitalares, no Artigo 1º:

[s]ão considerados merecedores de tratamento excepcional os alunos de qualquer nível de ensino, portadores de afecções congênitas ou adquiridas, infecções, traumatismo ou outras condições mórbidas, determinando distúrbios agudos ou agudizados, caracterizados por:

- a) incapacidade física relativa, incompatível com a frequência aos trabalhos escolares, desde que se verifiquem a conservação das condições intelectuais e emocionais necessárias para o prosseguimento da atividade escolar com novos moldes;
- b) ocorrência isolada ou esporádica;
- c) duração que não ultrapasse o máximo ainda admissível, em cada caso, para a continuidade do processo pedagógico de aprendizado, atendendo a que tais características se verificam, entre outros, casos de síndromes hemorrágicas (tais como a hemofilia), asma, cardite, pericardite, afecções osteoarticulares submetidas a correções ortopédicas, nefropáticas agudas ou subagudas, afecções reumáticas, etc. (BRASIL, 1969, p. 1).

Segundo essa legislação, os/as estudantes que se encontram em situação de saúde deficitária, que não permite sua frequência à escola, devem dispor de atendimento excepcional para dar continuidade aos estudos e, nesse sentido, a Pedagogia Hospitalar vem atender às exigências dessa legislação.

A Constituição da República Federativa do Brasil, a chamada Carta Magna, no Art. 208, define que o dever do Estado com a Educação será efetivado mediante a garantia de atendimento educacional especializado à pessoa com deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino (BRASIL, 1988).

Entretanto, deve-se considerar as diversas circunstâncias que podem interferir na permanência escolar, ou ainda, nas condições de construção do conhecimento.

O Decreto nº 7.853/1989, que dispõe sobre a “Política Nacional para Integração da Pessoa [Deficiente]”, trata de orientações que visam assegurar direitos sociais e individuais das pessoas com deficiência e determina, no artigo 2º., o “oferecimento obrigatório de programas de Educação Especial a nível pré-escolar, em unidades hospitalares e congêneres nas quais estejam internados, por prazo igual ou superior a 1 (um) ano, educandos [com] deficiência”.

Esse mesmo artigo, no inciso II, traz inferência sobre a saúde e estabelece a Pedagogia Hospitalar como modalidade de Educação Especial e legaliza a necessidade do professor no hospital. Sob essa ótica, merecem destaque as seguintes alíneas:

- c) a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação;
- d) a garantia de acesso das pessoas portadoras de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados, e de seu adequado tratamento neles, sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados;
- e) a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado;
- f) o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade e que lhes ensejem a integração social. (BRASIL, 1989).

O sentido de inclusão das pessoas com deficiência, nesse decreto, é assegurar-lhes: acessibilidade, ingresso e a permanência na escola e no hospital, pautado pelo trabalho pedagógico multidisciplinar, por meio de programas setoriais, capacitação de profissionais para atendimento pessoal e garantir atendimento especializado e inclusão social.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado pela Lei nº. 8.069/1990, legitima e ainda define os direitos da criança e do adolescente quanto ao exercício da Pedagogia Hospitalar, conforme exposto no Capítulo IV:

- Art. 54 - é dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente:
- III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino; [...].

VII - atendimento no ensino fundamental, através de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde.

Diante do previsto no ECA, entende-se que um dos programas suplementares deve ser o atendimento pedagógico hospitalar, pois permite a continuidade da educação escolar e simultaneamente a assistência à saúde.

De acordo com a aprovação da Resolução nº 41/1995, por meio do Ministério da Justiça e do Conselho Nacional, foram publicados Os Direitos da Criança e do Adolescente hospitalizados, que compreendem:

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

Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa.

[...]

Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar.

[...]

Direito ao respeito a sua integridade física psíquica e moral.

[...]

Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente.

Nesse sentido, a Resolução nº 41/95 assegura os Direitos de Crianças, Jovens e Adultos hospitalizados determina a oferta todo o suporte, tanto físico quanto psíquico, inclusive, no sentido de continuar os estudos.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira - Lei nº 9.394/96, entende por Educação Especial - modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na Rede Regular de Ensino, para educandos com necessidades educacionais especiais e considera a Pedagogia Hospitalar como um dos desdobramentos dessa modalidade.

Desse modo, entende-se a recorrência à Pedagogia Hospitalar como legítima nos casos de educação escolar de educandos quando hospitalizados ou em estado de doenças. A LDB nº 9.394/1996 regulamenta a Pedagogia Hospitalar ao estabelecer que

As classes hospitalares e o atendimento em ambiente domiciliar devem dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem de alunos matriculados em escolas da educação básica contribuindo para o seu retorno e reintegração ao grupo escolar, e desenvolver currículo flexibilizado para o atendimento pedagógico com

crianças, jovens e adultos não matriculados no sistema educacional local, facilitando seu posterior acesso à escola regular. (BRASIL, 1996).

Nesse sentido, a Lei nº 9.394/1996 assegura a oferta da Educação, por meio do exercício da Pedagogia Hospitalar, como uma forma de ampliação do atendimento escolar, ressaltando a importância do processo de inclusão, que vai além da matrícula do aluno no ensino regular, ao exigir que mantenha para este uma educação de qualidade, promotora de aprendizagens efetivas mediante a oferta de novos conhecimentos, ofertados em classes escolares, em escolas regulares ou serviços especializados e, quando não for possível a sua inclusão na classe comum de ensino regular, pode ocorrer em hospitais ou domicílio para que possa dar continuidade aos estudos sem prejuízos.

Percebe-se que as orientações oficiais têm por objetivo regulamentar a oferta de Educação Hospitalar e para atender a esses pressupostos o Plano Nacional de Educação de 2001- 2010 PNE estabeleceu

A integração/inclusão do aluno com necessidades especiais no sistema regular de ensino e, se isto não for possível em função das necessidades do educando, realizar o atendimento em classes e escolas especializadas. (BRASIL, 2001, p. 50).

Outro dispositivo importante que compõe a legislação acerca da Pedagogia Hospitalar, consiste no documento oficial do Ministério da Educação e Cultura – MEC, “Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: estratégias e orientações” (2002). Esse documento base estabelece que a escolarização básica destinada aos alunos doentes deve ser realizada de modo integrado com os serviços de saúde e o currículo adaptado em conformidade com a LDB nº 9.394/1996. Nesse documento determina-se expressamente a implantação de Hospitalização Escolarizada, com a

[f]inalidade de atendimento pedagógico aos alunos com necessidades especiais transitórias, com a organização de cursos acadêmicos destinados a atender a essa nova demanda. Assim, a qualidade do cuidado em saúde está referida diretamente a uma concepção ampliada em que o atendimento às necessidades de moradia, trabalho e educação, entre outras, assume relevância para compor a atenção integral. (BRASIL, 2002).

Concernente a esse pensamento, torna-se responsabilidade do Estado priorizar, bem como combater os entraves que levam as crianças/adolescentes,

jovens e adultos a se afastarem ou mesmo a não terem acesso à escolaridade. Isso obriga os órgãos públicos a incluir o aluno doente que se afasta da escola.

A Secretaria de Educação Especial - SEESP, vinculada ao Ministério da Educação, fortemente influenciada pelos documentos internacionais de inclusão, propõe-se a desenvolver projetos, programas e ações de implementação de política inclusiva e cria a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008), que salienta em sua apresentação:

Ao reconhecer que as dificuldades enfrentadas nos sistemas de ensino evidenciam a necessidade de confrontar as práticas discriminatórias e criar alternativas para superá-las, a educação inclusiva assume espaço central no debate acerca da sociedade contemporânea e do papel da escola na superação da lógica da exclusão. A partir dos referenciais para a construção de sistemas educacionais inclusivos, a organização de escolas e classes especiais passa a ser repensada, implicando uma mudança estrutural e cultural da escola para que todos os alunos tenham suas especificidades atendidas. (BRASIL 2008, p. 5).

Essa política pretende assegurar a inclusão de pessoas com deficiência, tendo como objetivo o acesso, a participação e a aprendizagem desses alunos e orientar os sistemas de ensino a propiciar respostas às necessidades educacionais especiais ao garantir:

- A Transversalidade da educação especial desde a educação infantil até a educação superior;
- O Atendimento educacional especializado;
- A Continuidade da escolarização nos níveis mais elevados do ensino;
- A Formação de professores para o atendimento educacional especializado e demais profissionais da educação para a inclusão escolar;
- A Participação da família e da comunidade;
- A Acessibilidade urbanística, arquitetônica, nos mobiliários e equipamentos, nos transportes, na comunicação e informação; e
- A Articulação intersetorial na implementação das políticas públicas.

(BRASIL, 2008, p. 14).

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva ressalta, ainda, a importância da participação da família e da comunidade no processo inclusivo. Por esse fato, cabe aos sistemas de ensino suprimir quaisquer impedimentos e

[o]rganizar as condições de acesso aos espaços, aos recursos pedagógicos e à comunicação que favoreçam a promoção da aprendizagem e a valorização das diferenças, de forma a atender as necessidades educacionais de todos os alunos. (BRASIL, 2008, p. 24).

Por fim, a normativa orienta que se efetive a Educação como um espaço legítimo para a inclusão social do aluno com deficiência. Sob essa ótica, a política contempla, também, o/a estudante das classes hospitalares, por ser modalidade da Educação Especial..

A Meta do Plano Nacional de Educação 2014 – 2024, aprovado pela Lei nº 13.005/2014, trata da Educação Especial e é coerente com a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, ao estabelecer na Estratégia 4.4:

4.4. garantir atendimento educacional especializado em salas de recursos multifuncionais, classes, escolas ou serviços especializados, públicos ou conveniados, nas formas complementar e suplementar, a todos(as) alunos(as) com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, matriculados na rede pública de educação básica, conforme necessidade identificada por meio de avaliação, ouvidos a família e o aluno. (BRASIL, 2014).

Com base nos documentos analisados, percebe-se a existência de fundamentação legal acerca da Educação escolar de educandos, em estado de doenças tanto no hospital, como em domicílio, seja familiar ou em outras instituições, ao garantir atendimento pedagógico em classes especiais, conforme necessidade do/a educando/a.

No entanto, cabe ainda destacar a necessidade que a oferta da educação hospitalar faça parte das políticas públicas e atinja a prática social para a efetivação da inclusão, mediante orçamento apropriado e recursos humanos preparados para atender a um número significativo de sujeitos envolvidos nessa realização e que esta ocorra não apenas na dimensão educacional, mas no plano político, social e cultural, e, portanto, humanístico.

2.3 A função do/a Pedagogo/a Hospitalar

A figura do/a pedagogo/a constitui um papel de grande importância na Educação Brasileira. Cabe destacar, que têm surgido novos campos de atuação para esse profissional, sendo a Classe Hospitalar um desses espaços.

De acordo com o Conselho Nacional de Educação, o trabalho em Classe Hospitalar deve ser desenvolvido por pedagogos/as que tenham habilitação em Educação Especial. O documento do Ministério da Educação, intitulado “Classe

hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações”, preconiza que o professor

[d]everá 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. Compete ao professor adequar e adaptar o ambiente às atividades e os materiais, planejar o dia a dia da turma, registrar e avaliar o trabalho pedagógico desenvolvido. (BRASIL, 2002, p. 22).

Assim, a formação do/a professor/a para atuar em Classes Hospitalares tem por princípio o seu papel de mediador entre o/a educando/a e o hospital. O contato com o/a professor/a e com a classe hospitalar serve como oportunidade de ligação com os padrões de vida cotidiana.

De acordo com Ceccim (1999), a função do/a professor/a no hospital não se limita a ocupar o tempo do/a educando/a para que ela possa expressar os sentimentos trazidos pela internação, nem abrir espaços lúdicos com ênfase no lazer pedagógico:

O professor deve estar no hospital para operar com os processos afetivos de construção da aprendizagem cognitiva e permitir aquisições escolares às crianças. O contato com o professor e com uma “escola no hospital” funciona, de modo importante, como uma oportunidade de ligação com os padrões da vida cotidiana comum das crianças, como ligação com a vida em casa e na escola. A educação no hospital integraliza o atendimento pediátrico que tornam peculiar o desenvolvimento da criança. (CECCIM, 1999, p. 43, grifo do autor).

Nesse sentido, a educação hospitalar representa a possibilidade de reinserção do/a educando/a hospitalizado/a, que se encontra afastado dos ambientes sociais, propiciando a continuidade de escolarização e o desenvolvimento cognitivo e socioafetivo.

Trata-se de considerar que o/a educando/a hospitalizado/a tem o direito a dar continuidade à sua escolaridade e que essa oportunidade pode deslindar em uma importante e positiva interferência, pois

Dispor de atendimento de classe hospitalar mesmo que por um tempo mínimo (e que talvez pareça não significar muito para uma criança que atende à escola regular) tem caráter importantíssimo para a criança hospitalizada. Esta pode operar com suas expectativas e dúvidas, produzir conceitos e produtos subjetivos de forma positiva, tanto para a vida escolar quanto para a vida pessoal, desvinculando-se, mesmo que momentaneamente, do conteúdo penoso ou de dano psíquico que o adoecimento ou a hospitalização podem provocar. (FONSECA, 1999, p. 34).

Nesse contexto, entra o papel do/a professor/a como mediador/a entre o/a estudante hospitalizado/a e a sua nova realidade e possibilidades, tanto intelectuais quanto pessoais.

Outro fator relevante, consiste na necessidade de o/a pedagogo/a atuante no Atendimento Pedagógico Hospitalar ter tido experiência na escola, pois, assim, ele/a saberá como planejar as atividades, considerando as vivências no ambiente hospitalar para trazer ao/à educando/a hospitalizado/a possibilidades de aprendizagens que vão além do caráter intelectual e que se ampliem para as aprendizagens da vida, conforme afirma Fontes (2005, p. 26):

Se o professor tem uma experiência de escola, sabe até onde pode ir com a recreação e a partir de onde deve desenvolver um trabalho de cunho mais educacional. É isso que marca o papel do professor no hospital: trazer a educação para tudo, aproveitando qualquer motivo, qualquer movimento da criança, desde a hora das rotinas hospitalares, como o almoço, o café da manhã, a visita, até a hora de a criança fazer um exame ou ir ao banheiro. Tudo isso pode ser pedagógico, e é isso que marca o trabalho do professor no hospital.

A partir do conhecimento do/a educando/a hospitalizado/a, torna-se possível pensar em estratégias capazes de intervir pedagogicamente no hospital. Fontes (2005) destaca o papel do/a pedagogo/a como promotor/a da humanização hospitalar:

O ofício do pedagogo no hospital apresenta diversas interfaces (política, pedagógica, psicológica, social, ideológica), mas nenhuma delas é tão constante quanto a da disponibilidade de se estar com o outro e para o outro. Certamente fica menos traumático enfrentar este percurso quando não se está só, podendo compartilhar com o outro a dor, através do diálogo e da escuta atenciosa (FONTES, 2005, p. 83).

Sob essa ótica, o trabalho do/a educador/a hospitalar exige um certo aprofundamento em outros temas, que favoreçam olhar o/a educando/a em sua integralidade, inclusive, auxiliando-a no seu tratamento.

Cabe salientar que o papel de educar compete a todos os outros profissionais/especialistas que compõem a instituição hospitalar e não somente ao educador/a ao/à pedagogo/a. Matos e Mugiatti (2014, p. 26) defendem que

O educador, o assistente social, o psicólogo e os demais profissionais afins, devem buscar em si próprios o verdadeiro sentido de “educar”, devem ser o exemplo vivo dos seus ensinamentos e converter suas profissões numa atividade cooperadora do engrandecimento da vida. Para isso deverão pesquisar, inovar e incrementar seus conhecimentos e expandir sua cultura geral e procurar conhecer e desenvolver novos espaços socioeducacionais

que possam de certa forma, evidenciar uma sociedade mais harmônica em suas diversidades.

Portanto, a contribuição do/a pedagogo/a, juntamente com os demais especialistas da instituição hospitalar, é muito importante, no sentido de unir conhecimentos no intuito de propiciar o bem estar do/a estudante enfermo/a.

Concernente a esse pensamento, Fonseca (2003) afirma que

Junto aos demais profissionais do ambiente hospitalar, o professor é também um veículo útil quanto ao que percebe pelo contato sistemático e diário com as crianças, uma vez que no ambiente da escola hospitalar, as crianças tem atitudes mais espontâneas e *normalizadas*, se comparadas aos comportamentos que apresentam quando em frente às demais experiências que vivenciam no hospital. (FONSECA, 2003, p. 30, grifo da autora).

A compreensão do verdadeiro papel do/a pedagogo/a hospitalar, dentro desse processo de humanização, ao se tratar de estudantes impossibilitados de frequentar a escola por motivos de doença, parte da transformação que cada um pode realizar em si mesmo, de despertar a consciência para o respeito às diversidades existentes nos diversos ambientes sociais. E, nesse contexto, a prática pedagógica assume particularidades, as quais abordaremos no próximo item.

2.4 A prática pedagógica no hospital

A prática pedagógica em instituições hospitalares não é uma tarefa fácil para o/a pedagogo/a, visto que a inserção em um contexto hospitalar pode exigir desse profissional maior flexibilidade de resoluções no processo de construção de conhecimento do/a estudante hospitalizado/a, considerando a especificidade de cada escolar.

Por estar em um ambiente desconhecido, existindo a dor, doenças e onde o convívio com familiares e amigos foi interrompido e/ou é restrito, a criança demonstra estar emocionalmente abalada, sem perspectivas, sendo necessário que se pense em um trabalho que explore seus sentimentos, angústias, estimule a alegria, a criatividade e o bom humor, fazendo-se sentir importante e capaz. (KRYMINICE; CUNHA, 2009, p. 179-180).

Um dos aspectos relevantes da educação hospitalar é o fato de poder considerá-la como forma de amenizar a dor do/a educando/a como se fosse um apoio psicológico para uma internação.

As condições de aprendizagem dos/as escolares em estado de enfermidade escapam à rotina da escola formal, o que exige do/a professor/a uma visão crítica e mais abrangente, mediante as dificuldades vivenciadas em classes pedagógicas hospitalares.

Sob essa ótica, Matos e Mugiatti (2014) evidenciam que a prática pedagógica em instituição hospitalar deve focalizar as questões didáticas, metodológicas e lúdicas, considerando as peculiaridades de cada educando/a. As autoras ainda reiteram que

A construção da prática pedagógica para atuar em ambiente hospitalar, não pode esbarrar na fronteira do tradicional. As dificuldades, muitas vezes, persistem porque não se conseguem ver nelas a oportunidade de atuação diferenciada... Essa prática, deve transpor as barreiras do tradicional. (MATOS; MUGIATTI 2014, p.115-116).

Essa referência mostra que o exercício da Pedagogia Hospitalar necessita de uma prática mais individualizada, que instigue os/as estudantes internados a aprender mais.

Diante desse contexto, vale destacar que caso o material disponível não seja adequado para determinado/a aluno/a, cabe ao/a professor/a ter a percepção e a sensibilidade imprescindíveis para oferecer outras formas capazes de suprir a necessidade de aprendizagem do/a estudante, mesmo que sejam improvisadas.

Em se tratando de situações em que não é possível antever o que será trabalhado, devido à rotatividade de educandos/as em classes hospitalares, o/a pedagogo/a carece ter um leque de possibilidades de aprendizagem. E como esse cenário rompe com todos os paradigmas da Pedagogia, vale o velho ditado para o/a professor/a: “estar preparado para o que der e vier”.

Eis a questão: será que os cursos de Pedagogia oferecem estrutura teórica que prepare os futuros professores para exercerem uma prática pedagógica eficiente em classes hospitalares?

A recomendação da legislação é que o trabalho em Classes Hospitalares seja desenvolvido por pedagogos/as com habilitação em Educação Especial ou em cursos de Pedagogia ou licenciaturas e que tenha conhecimento sobre as doenças e as condições biopsicossociais vivenciadas pelos alunos

Nesse sentido, o comprometimento dos cursos de Pedagogia e demais licenciaturas com as classes pedagógicas hospitalares, por meio de pesquisas,

propostas curriculares e práticas é de extrema importância no tocante à formação e habilitação de profissionais da educação com competência para atuar no ambiente hospitalar, integrando teoria e prática pedagógica (MATOS; MUGIATTI, 2014).

As disciplinas oferecidas pelos cursos de Pedagogia, embora sejam insuficientes para atuação em classes hospitalares, são a base para a preparação do pedagogo/a que se dispõe a atender essa modalidade de Educação Especial de modo diferenciado (MAZER; TINÓS, 2011).

É necessário, ainda, que esse profissional receba atendimento psicoeducacional para lidar com o sofrimento e compreender suas emoções e as do outro, o que envolve, também, o sentimento de solidariedade, geralmente presente na profissão docente. Tal situação é importante, pois o ambiente hospitalar, com suas inúmeras implicações, desde rotinas estabelecidas para o enfrentamento de riscos (infecções, acidentes perfuro-cortantes e a necessidade do uso de Equipamento de Proteção Individual - EPI, etc.) até questões subjetivas como confrontar com a morte, o sofrimento e a dor, é certamente um cenário incomum ao professor, visto que a situação de proximidade com a doença, o sofrimento e a morte não são temas vivenciados no meio escolar regularmente (ORTIZ; FREITAS, 2005).

Nesse emaranhado de emoções e situações adversas ao ambiente escolar, os/as professores/as buscam trabalhar de maneira mais criativa e menos formal, trazendo a ludicidade no intuito de atrair a atenção do/a educando/a para apreender os conceitos escolares. O trabalho pedagógico atua, então, na promoção do bem estar e no resgate da autoestima.

Outro fato que merece destaque é compreender que quando esse/a educando/a retornar à sala de aula, pode ser que ele/a não consiga, de imediato, apreender algo novo, uma vez que tudo dependerá das condições físicas e psíquicas em ele/a se encontra.

A prática pedagógica hospitalar, de acordo com Fonseca (2003), deve focar em objetivos e estar vinculada a conteúdos capazes de promover conhecimentos condizentes às necessidades e interesses dos/as educandos/as. Portanto, deve-se prever possíveis alternativas a serem desenvolvidas como mecanismos que favoreçam o processo de desenvolvimento e de aprendizagem.

Ainda no que concerne às reflexões sobre o ato pedagógico, Arosa, Ribeiro e Sardinha (2008) alertam que independentemente do espaço físico em que se

desenvolvem as atividades, torna-se essencial conceber que tipo de sociedade, de homem e de escola se pretende formar ao desenvolver essa prática.

Por isso, é preciso reconhecer que a classe hospitalar não está distante dessas questões. Contudo, faz-se necessário considerar as especificidades desse espaço com vistas a construir um currículo flexível e que possa contribuir para a formação integral dos/as educandos/as, ao mesmo tempo em que atenda às suas limitações: momentâneas ou permanentes. Na Pedagogia Hospitalar, o documento oficial do Ministério da Educação e Cultura - MEC, "Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: estratégias e orientações" (BRASIL, 2002, p. 13) estabelece a importância 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 documento ainda sugere que o atendimento seja articulado em dois momentos: no primeiro, o docente ministra os conteúdos definidos em um currículo específico, baseado nos Parâmetros Curriculares Nacionais; no segundo, o/a pedagogo/a hospitalar deve adaptar o trabalho pedagógico de acordo com o histórico do aluno, mediante uma avaliação diagnóstica inicial.

De acordo com Sacristán (2000), o professor é o sujeito principal no processo de desenvolvimento do currículo, reconhecendo sua importância e traduzindo-o para a prática.

Pacheco (2005, p. 51) assinala que "o currículo é programado, em grupo, e planejado, individualmente, pelos professores [...]". Sob essa perspectiva, é o/a professor/a que faz a opção pela organização do seu trabalho, que terá consequências e resultados importantes para o desenvolvimento do ensino-aprendizagem.

O/A professor/a como mediador/a do conhecimento, pode enxergar além do currículo, geralmente imposto pelos sistemas de ensino. Cabe a ele/a buscar conhecimentos que visem ao desenvolvimento cognitivo, físico e emocional dos educandos.

Nesse tipo de atendimento pedagógico, as atividades pedagógicas são ministradas no hospital e servem também como um momento de socialização com o mundo exterior para o/a estudante que está hospitalizado/a e também, de expressar seus sentimentos e criar mecanismos para enfrentar os possíveis traumas surgidos durante a hospitalização.

Fonseca (2002) afirma que as ações pedagógicas desenvolvidas nas classes hospitalares seguem por dois caminhos: uma proposta educativo-escolar vinculada aos conteúdos da escola regular e a proposta lúdicoeducativa permeada pelo conhecer-brincar-conhecer.

Assim, a brinquedoteca hospitalar pode ser utilizada como uma ferramenta terapêutica de aceitação do tratamento dos/as estudantes. A presença da brinquedoteca possibilita a construção de um novo conceito do hospital pelo/a educando/a que teve que romper com seus aspectos sociais, no que se refere à integração em outras esferas da sociedade: escola, igreja, etc. (LINDQUIST, 1993).

A brincadeira é outro mecanismo de auxílio no atendimento pedagógico hospitalar, porque ao brincar, o/a estudante expõe sentimentos interpretando-os e ressignificando-os conforme o desenrolar da brincadeira.

No mesmo viés, o jogo favorece a construção emocional do/a estudante e alivia seu estresse, quando o/a mesmo/a chega ao hospital apreensivo/a e com medo do novo ambiente.

Por diversas vezes, os leigos nessa área entendem o ato de brincar apenas como um passa tempo, um divertimento infantil ou até como uma forma de aquietar a criança ou adolescente. Nesse pensamento, o brincar funciona como um lazer e, portanto, deverá ser realizado em momentos vagos, quando não se tem “o que fazer”.

Certamente, o brincar funciona também como um lazer devido às boas sensações que provoca, mas vai muito além desse conceito relacionado à diversão, passatempo e ao prazer. O brincar tem várias funções, dentre as quais aquelas entendidas pelo senso comum e aquelas que se inserem em um pensar cientificamente: “A brincadeira é uma experiência flexível e autodirecionada, que serve tanto para as necessidades de uma criança individualmente como para a sociedade futura na qual ela viverá na vida adulta”. Nesse sentido, o ato de brincar pode ser utilizado como uma ferramenta para a criança ou adolescente com a finalidade de ler, interpretar e ressignificar o mundo a sua volta. (JARVIS et al., 2011, p. 25).

O jogo e a brincadeira apontam as possibilidades de desenvolvimento que o/a estudante é capaz de atingir, pois durante a realização dessas atividades evidencia-se o conhecimento dele/a por meio de sua conduta. Sob esse aspecto, percebe-se o

que o/a educando/a sente, crê e vivencia no seu cotidiano e como o brincar produz cultura e propicia interações capazes de interferir também em outras culturas.

Os jogos de tabuleiro ou de construção são ótimos auxiliares para o processo de cooperação entre os/as educandos/as devido à oportunidade de trabalhar em conjunto e se ajudarem. Tal fato propicia a percepção de que é melhor jogar em grupo, pois pode-se recorrer a outra pessoa quando não se tem certeza da resposta correta durante o jogo.

Corsaro (2011) trata do compartilhamento do brinquedo sob outra ótica que também merece ser considerada: a que indica o brinquedo como propriedade comum que pode ser negociado para a possível posse desse objeto por outras pessoas, estabelecendo nova propriedade conjunta. O trabalho em grupo se destaca pela construção social da criança, que acontece conforme o planejado ou não.

Nos momentos de brincadeira, de faz-de-conta, os/as educandos/as hospitalizados/as participam das atividades e, às vezes, reproduzem as diversas situações vivenciadas no hospital como a reprodução do uso de seringas e estetoscópios em forma de brinquedo.

Os desenhos também têm lugar nas atividades pedagógicas, pois algumas vezes o/a educando/a opta pela folha de papel e lápis ou giz de cera, dependendo da idade. Porto (2013) alerta que o lápis e o giz de cera podem servir como avaliadores da agressividade por meio do desenho, conforme a utilização da cor forte ou fraca. Ela reitera que desenhar é um ato prazeroso mediante o qual o/a educando/a realiza movimentos espontâneos.

Com a chegada de novos/as estudantes e a alta de outros/as, o planejamento apresenta maior flexibilidade, influenciado também pela faixa etária diversificada. Por isso, se faz necessária a elaboração de outras atividades que sejam capazes de atender a todos os públicos. Pode-se perceber que há uma consolidação de muitas teorias por meio de práticas diversificadas.

De acordo com as atividades realizadas é possível considerar a brincadeira como um recurso de exploração das potencialidades do/a educando/a que, mesmo hospitalizado/a, não deixa de ser um agente social, ativo e criativo (CORSARO, 2011).

A utilização da ludoterapia como estratégia para intervir pedagogicamente pode, ao mesmo tempo, auxiliar, por meio da brincadeira, na diminuição do

sofrimento provocado pela hospitalização e ser colocada em evidência no processo sócio-cognitivo e cultural.

O/A pedagogo/a no ambiente hospitalar/domiciliar tem que estar atento para perceber quando os/as educandos/as expressam suas dúvidas, medos e angústias, pois são situações que podem interferir tanto em seu desenvolvimento quanto no próprio processo de cura.

Essa percepção pode ocorrer por meio da escuta. E para que o/a professor/a possa auxiliar os/as estudantes, considerando o alcance pedagógico, faz-se necessária uma escuta efetiva de seu processo cognitivo, afetivo e social.

Segundo Marques (2013), ao se conversar com alguém, podem ser usados quatro níveis de escuta, a saber:

- a) Ignorando a outra pessoa: nesse nível não se escuta o outro, apenas finge que se escuta. Tal tipo de comportamento é inadmissível na postura de um/a educador/a. Trata-se da famosa expressão: “entrar por um ouvido e sair pelo outro”;
- b) Escuta seletiva: é quando se ouve apenas algumas partes da conversa e absorve-se as que lhe são interessantes. Certamente, esse nível também não agregará bons resultados para o bom/a educador/a;
- c) Escuta concentrada: apresenta a atenção às palavras que estão sendo ditas. Consiste em um passo significativo para atingir os diálogos com perfeição;
- d) Escuta na essência: além de se concentrar na palavra da outra pessoa, destaca-se o fato de conseguir colocar-se no lugar do outro. O/A professor/a que possui essa característica em sua comunicação tem chances de conseguir resultados muito satisfatórios.

Todos esses tipos de escuta têm conceito próprio e sua singularidade para comunicar com o outro e compreendê-lo. No entanto, as pessoas não se comunicam somente por palavras, mas por meio de comportamentos, olhares, gestos e, inclusive, do silêncio.

Marques (2013) fala também da escuta ativa que, segundo a autor, pode tornar o indivíduo uma pessoa melhor. Esse tipo de escuta exige que o ouvinte, além de escutar, interprete e avalie o conteúdo do diálogo. A escuta ativa inclui a reflexão sumativa que consiste no fato de o ouvinte adicionar a opinião pessoal. Por esse motivo, pode-se promover uma exata reflexão para eficiência do processo de comunicação.

Os diferentes tipos de escuta podem ser aplicados em situações diversas, visando aos melhores resultados, para se comunicar com o outro, por meio da compreensão auditiva. Quick (2000) elenca mais alguns tipos de escutas:

- e) Escuta compreensiva: trata-se de um importante estilo de escuta, porque consiste em ouvir a informação, compreender seu significado e as implicações do que está sendo dito. A vantagem desse tipo de escuta é que os/as estudantes podem praticar em atividades, o processo de escutar, processar e entender as informações e apreendê-las;
- f) Escuta discriminativa: por meio desse estilo, pode-se melhorar a habilidade de escuta, pois importa escutar as diferenças entre as palavras, tons e inflexões que vão além de entender o significado. Como exemplo dessa prática tem-se a brincadeira de telefone sem-fio em que todos falam de maneira diferente, mas a palavra deve ser mantida, o mais próximo possível, da original;
- g) Escuta crítica: é nesse tipo de escuta, que o ouvinte utiliza a avaliação e o julgamento em determinado conteúdo proferido por alguém e usa a informação extraída para formar as próprias ideias sobre o assunto;
- h) Escuta empática: é um desafio dominar esse tipo de escuta, pois o ouvinte deve ter foco na intenção do emissor da mensagem e descortinar as emoções que estão por trás das palavras e do contexto. Esse estilo, também conhecido como escuta terapêutica, é utilizado para ouvir os problemas do locutor, mas sem julgá-lo e, se possível, apresentar uma resposta positiva, o que traz conforto para o falante.

Assim, tanto o ato de escutar quanto a sensibilidade de se atentar ao que é dito e expresso por meio de palavras, gestos, ações e emoções consiste em ouvir com atenção, o que às vezes está distante das práticas exercidas na atualidade.

Os cinco sentidos humanos responsáveis pela capacidade de interpretar são: audição, tato, paladar, visão e olfato. O ouvir está relacionado a um dos cinco sentidos, a audição, que compreende ouvir o que é dito, o que as palavras revelam, restringe-se à simples audição do que é falado. Já o escutar vai além do limite do que é dito explicitamente.

Apesar de o ofício do/a professor/a hospitalar ser representado de diversas maneiras, nenhuma delas é tão constante e eficaz quanto a disponibilidade de estar, de fato, com aquele/a educando/a. O objetivo da escuta pedagógica consiste em que o/a estudante, ao iniciar ou retornar à escola, não se sinta e/ou não esteja em

defasagem em relação aos/às colegas que estavam frequentando as aulas regularmente, podendo ser ainda compreendida como um momento de expressão/operação dos sentimentos.

Concernente a esse pensamento, a Pedagogia Hospitalar assume um papel fundamental para o/a estudante em formação, por representar o reconhecimento da contribuição de uma escuta pedagógica, que se proponha sensível ao/à educando/a em condições especiais de saúde, propiciando minimizar possíveis problemas de aprendizagem e tentando colaborar para a melhoria do seu quadro clínico.

O termo escuta pedagógica foi proposto por Ceccim e Carvalho (1997) por compreenderem que a atuação do/a professor/a no hospital envolve diferentes dimensões, sendo: política, pedagógica, psicológica, social e ideológica, estabelecendo conexões capazes de influenciar nas necessidades cognitivas e emocionais do/a educando/a:

O termo escuta provém da psicanálise e diferencia-se da audição. Enquanto a audição se refere à apreensão/compreensão de vozes e sons audíveis, a escuta se refere à apreensão/compreensão de expectativas e sentidos, ouvindo através das palavras as lacunas do que é dito e os silêncios, ouvindo expressões e gestos, condutas e posturas. A escuta não se limita ao campo da fala ou do falado, [mais do que isso] busca perscrutar os mundos interpessoais que constituem nossa subjetividade para cartografar o movimento das forças de vida que engendram nossa singularidade. (CECCIM; CARVALHO, 1997, p. 31).

O ambiente hospitalar remete a pessoa a um estado de medo. Assim, quando pode ser escutada e compreendida em todas as complexidades, angústias e dores até os problemas dessa pessoa parecem ficar menos traumáticos. E é por meio da escuta atenciosa e do diálogo que acontece essa conexão.

Boa parte das condutas em saúde são bem-sucedidas quando o paciente pode falar e ser ouvido, que basta saber ouvir o que o paciente tem para dizer, que já se inicia sua melhora. A escuta pedagógica se diferencia das outras escutas que acontecem dentro do hospital, ou dentro da psicologia. Ela traz a marca da construção do conhecimento sobre aquele espaço, aquela rotina. As informações aparecem de forma lúdica e ao mesmo tempo didáticas. Na realidade não é uma escuta sem eco, é uma escuta da qual brota o diálogo. (CECCIM; CARVALHO, 1997, p. 31).

No que concerne, ainda, ao trabalho pedagógico hospitalar, o/a educador/a, além da escuta, se depara a todo momento com situações em que estarão disponíveis a sua sensibilidade de compreender o que o/a educando/a expressa por meio de palavras, mas, também, pelo silêncio, por gestos e posturas. Em relação a

essa escuta pedagógica sobre a qual Ceccim e Carvalho (1997) e Barbier (2002) se referem, destaque:

Deve transcender o físico, aparentemente imediato e adentrar o mundo silencioso e/ou silenciado das subjetividades da criança enferma. Desse modo, a escuta se materializa numa perspectiva de atenção integral, como a escuta à vida, resgatando o conceito de saúde como afirmação da própria vida. (CECCIM; CARVALHO, 1997, p. 31).

É indispensável lembrar que o homem permanecerá, para sempre, um ser dividido entre o silêncio e a palavra, e que somente a escuta do pesquisador poderá penetrar e captar os significados do não-dito. A pessoa que se dispõe a escutar não basta que tenha ouvidos, é necessário que ela realmente silencie sua alma. Silencie para perceber aquilo que não foi dito com palavras, mas que talvez tenha sido expresso em gestos, ou de outra forma. (BARBIER, 2002, p. 141).

No ambiente hospitalar, as práticas pedagógicas envolvem atividades de recreação, artes, teatro, contação de histórias e a preparação do/a educando/a e de seus familiares para procedimentos médicos, entre inúmeras outras atividades correlatas (FONSECA, 2003). No entanto, a autora defende que mesmo considerando a importância de tais atividades, não se pode confundi-las com o caráter educacional de uma escola e alerta que cabe a cada profissional limitar-se a desenvolver atividades pertinentes à sua área ao levantar os questionamentos: a quem caberia preparar a pessoa emocional e psicologicamente para a realização de um exame médico? À Enfermagem e à Psicologia. E fazer mágicas e brincadeiras? A um mágico ou ator com habilidades circenses. Quem deveria orientar familiares e/ou acompanhantes no que se refere aos direitos do/a estudante doente? À Assistência Social.

Cabe destacar que a Classe Hospitalar contribui para que juntos, profissionais da saúde e da educação, possam unificar esforços e transpor barreiras capazes de garantir que os serviços prestados por pedagogos, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais ou quaisquer outros profissionais em exercício no ambiente hospitalar contribuam para a política de humanização dos hospitais (MATOS, 2009).

Nesse sentido, a prática pedagógica como mediadora facilita o processo de aprendizagem e o/a pedagogo como referencial da escuta pedagógica se dispõe a se abrir à fala, ao gesto do outro.

Utilizar a escuta sensível ou pedagógica dentro do hospital não quer dizer somente ouvir, pois existe uma diferença entre ouvir e escutar. Escutar a pessoa

que se encontra em estado especial de saúde implica em ir além de ouvir o que ela tem a dizer, resulta em buscar conhecê-la em sua completude, penetrar em seus mundos, em suas emoções e essa prática deve ser exercida por todos os profissionais atuantes no hospital.

Freire (1987) ressalta o diálogo como o cerne de uma educação humanizadora e que se constitui como um fenômeno essencialmente humano, realizado pelas pessoas por meio da palavra, a partir das dimensões, da ação, para a transformação e não alienação e da reflexão, associada à conscientização crítica e não alienante. A palavra não deve ser um privilégio de poucas pessoas, mas direito de todos os homens e mulheres, já que como diz o autor: “Os homens se fazem pela palavra, no trabalho, na ação-reflexão” (FREIRE, 1987, p. 78).

Concernente a esse pensamento, nota-se que a teoria da ação dialógica supõe uma conscientização da realidade para se conhecer a historicidade do ser humano como fazedor de sua própria história. Consiste, ainda, em compreender que a mudança é possível e necessária para a transformação das desigualdades que nos cercam e para a autonomia dos sujeitos. E foi com essa preocupação de melhor conhecer que se decidiu realizar uma investigação sobre o que existia de produção teórica a respeito desse tema que me permitiria melhor situar as análises pretendidas. É isto que se apresenta no próximo item.

2.5 O Estado da Arte no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar

O desafio de analisar como se realiza o conhecimento dos estudos na área do Atendimento Educacional Hospitalar, em diferentes aspectos, resultou em um levantamento de produção teórica e metodológica sobre esse tema, com o intuito de identificar as pesquisas acadêmicas já realizadas que trouxessem elementos que contribuíssem com a historicidade da abordagem feita nesta tese.

O levantamento bibliográfico representa um conjunto de pesquisas conhecido como Estado do Conhecimento ou Estado da Arte, que, segundo Ferreira (2002), tem como objetivo

[t]razendo em comum o desafio de mapear e de discutir uma certa produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas certas dissertações de mestrado, teses de doutorado,

publicações em periódicos e comunicações em anais de congressos e de seminários. (FERREIRA, 2002, p. 258).

Esse levantamento e a revisão do conhecimento produzido acerca do tema apresentam-se como um passo substancial para o desencadeamento de um processo de análise qualitativa.

Romanowski (2002) integra-se à reflexão e aponta os procedimentos necessários para a realização de uma pesquisa do tipo Estado da Arte:

- definição dos descritores para direcionar as buscas a serem realizadas;
- localização dos bancos de pesquisas, teses e dissertações, catálogos e acervos de bibliotecas, biblioteca eletrônica que possam proporcionar acesso a coleções de periódicos, assim como aos textos completos dos artigos;
- estabelecimento de critérios para a seleção do material que compõe o corpus do estado da arte;
- coleta do material de pesquisa, selecionado junto às bibliotecas de sistema COMUT ou disponibilizados eletronicamente;
- leitura das publicações com elaboração de síntese preliminar, considerando o tema, os objetivos, as problemáticas, metodologias, conclusões, e a relação entre o pesquisador e a área;
- organização do relatório do estudo compondo a sistematização das sínteses, identificando as tendências dos temas abordados e as relações indicadas nas teses e dissertações;
- análise e elaboração das conclusões preliminares. (ROMANOWSKI, 2002, p. 15-16).

Para a realização desse Estado da Arte, elencou-se descritores decisivos para uma adequada busca da literatura de forma a evidenciar uma quantidade de teses, dissertações e artigos que interessassem acerca da temática do Atendimento Pedagógico Hospitalar.

Para esta pesquisa foram utilizados como descritores: Classe Hospitalar, Pedagogia Hospitalar, Atendimento Pedagógico Hospitalar, Educação e Saúde; Gênero e Docência; Cuidado e Magistério; Cuidado e Gênero / Gênero e Cuidado; Cuidado e Prática Pedagógica e Práticas de Cuidado e Educação.

Para realizar um estudo teórico aprofundado acerca do Atendimento Pedagógico Hospitalar, expresso em diversas áreas do conhecimento, procedeu-se a busca em *sites* e portais de periódicos como: IBICT - BDTD - UNB - UFMT - Biblioteca Digital, Scielo, Revista Educação & Sociedade, Revista Brasileira de Educação, Cadernos Pagu, Revista Estudos Feministas. A escolha pelas universidades UNB e UFMT se deu em função de elas serem, as instituições responsáveis pelo Atendimento Pedagógico Hospitalar/domiciliar em suas localidades.

Essa busca foi realizada entre os meses de novembro/2016 e fevereiro/2017 e resultou em um total de 49 (quarenta e nove) trabalhos acadêmicos e, a partir de então, estabeleceu-se categorias da tipologia de temas na área do Atendimento Educacional Hospitalar por meio de um levantamento inicial de palavras-chave, que assumem importância na medida em que contribuem para apontar as tendências das pesquisas dessa área de conhecimento.

Mediante o referencial teórico, obteve-se embasamento para o trabalho com as categorias de análise. A palavra categoria, de acordo com Alvarenga Neto et al. (2006), refere-se a um conceito que abarca ideias e elementos com características em comum ou que se relacionam entre si, sendo empregadas para estabelecer classificações das informações que se obteve acerca do tema pesquisado.

Nesta pesquisa, optou-se pela criação de quatro categorias de análise para que não se perdesse de vista os objetivos propostos nos eixos temáticos:

- Formação de Professores/as;
- Práticas e Metodologias utilizadas no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar;
- Cuidado, profissionalidade docente e gênero;
- Percepção do fazer na Pedagogia Hospitalar e Inclusão.

As fontes de referências teóricas utilizadas para o levantamento dos dados identificadores propiciaram a consulta às produções acadêmicas na área da Pedagogia Hospitalar por instituição. Cabe destacar que entre os dados coletados, foram observados título, palavras-chave, resumo, autor, orientador e o ano de defesa do trabalho.

De acordo com Severino (1986, p. 62), “Todos os títulos [...] devem ser temáticos e expressivos, ou seja, devem dar a idéia a mais exata possível do conteúdo do setor que intitulam”. É importante que os títulos das teses e dissertações informem o leitor acerca da existência de tal pesquisa, evidenciem a informação principal do trabalho e revelem elementos que caracterizem o seu conteúdo.

No tocante ao resumo, ele é incluído na pesquisa com o objetivo de divulgar de forma mais abrangente os trabalhos produzidos na esfera acadêmica. Garrido (2002, p. 5), justifica a apresentação do resumo em trabalhos científicos:

Apresentou-se um resumo, de caráter informativo, para promover a divulgação e facilitar o acesso a esses estudos. O crescimento da literatura científica transformou os resumos em instrumentos indispensáveis, na medida em que sua inserção em catálogos e bases de dados agiliza, em muito, a atividade de seleção em busca bibliográfica de todos aqueles que se dedicam ao estudo e à pesquisa. Para que desempenhem este importante papel é necessário, no entanto, que sejam objeto de elaboração cuidadosa.

Garrido (2002) indica o que deve constar em cada resumo: o objetivo principal da pesquisa, a metodologia/procedimentos utilizados para abordar o problema proposto, os instrumentos teóricos, as técnicas, os sujeitos envolvidos, a análise dos dados, os resultados e as conclusões.

Para melhor visualização dos trabalhos acadêmicos encontrados, organizou-se um quadro contendo algumas informações, conforme exposto, a partir das categorias selecionadas para a efetivação da pesquisa:

Quadro 2 - Eixo 1: Formação de Professores

1) Formação de Professores/as / Pedagogia Hospitalar			
Ano	Tipo/Título	Autor/a	Instituição
2012	Dissertação: Os sentidos da relação educação e saúde e o trabalho pedagógico no âmbito hospitalar: contribuições da epistemologia da prática à formação docente	Lêda Virgínia Alves Moreno	PUC - SP
2011	Dissertação: Formação do professor para a pedagogia hospitalar na perspectiva de educação inclusiva na rede municipal de Goiânia	Divina Ferreira de Queiroz Santos	PUC – GO
2010	Tese: Saberes necessários para atuação na Pedagogia Hospitalar	Luci Fernandes de Lima	PUC – SP
2008	Tese: Capacitação de professores de classe hospitalar em relação professor-aluno/ paciente na perspectiva balintiana	Rita Francis Gonzalez y Rodrigues Branco	UFG
2006	Dissertação: Ensino-aprendizagem de matemática em classe hospitalar	Joceli Aparecida Anaczewski Foggiatto	UFSC
2006	Dissertação: Os saberes de uma professora e sua atuação na classe hospitalar: estudo de caso no Hospital Universitário de Santa Maria	Michele Quinhones Pereira	UFMS
2004	Dissertação: A necessidade da formação do pedagogo para atuar em ambiente hospitalar	Cinthy Vernizi Adachi de Menezes	UFSC

Fonte: Dados coletados pela autora mediante pesquisa em sites.

Foram encontrados 7 (sete) trabalhos acadêmicos acerca da Formação de Professores/relacionados à Pedagogia Hospitalar, sendo 5 (cinco) dissertações e (2) teses.

A legislação atual assegura as licenciaturas como cursos que têm por objetivo a formação de professores para a Educação Básica: Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio. Compreende-se o processo de formação de professores que “implica a aquisição de conhecimentos, atitudes, habilidades e condutas intimamente associadas ao campo profissional” (IMBERNÓN, 1994, p.13).

A revisão e a renovação de conhecimentos exigem dos professores a formação permanente e os leva à reflexão de atitudes diante ao processo educativo, ao considerar a imprescindibilidade de atualizá-los devido às transformações sociais, culturais, tecnológicas, econômicas e científicas, bem como as necessidades educativas especiais.

Gatti (2010) afirma que a profissionalização docente exige a formação inicial e contínua, pois “Não há consistência em uma profissionalização sem a constituição de uma base sólida de conhecimentos e formas de ação” (GATTI, 2010, p. 1360). No intuito de atender às exigências da sociedade e aos processos de transformação, os professores necessitam de qualificação e saberes necessários para desempenhar a sua função com eficiência.

A dissertação de Moreno (2012) baseou-se em uma pesquisa realizada com professores pedagogos que atuavam há mais de dez anos com escolares hospitalizados e apontou para a necessidade de se elaborar novos referenciais condizentes aos fundamentos da relação educação e saúde e das práticas de formação acadêmica nos cursos de graduação em Pedagogia e de Pós-Graduação.

Lima (2010) e Queiroz (2011) relatam acerca da formação do professor para a Pedagogia Hospitalar, com foco nas propostas de inclusão educacional destinadas à atuação com alunos/as com deficiência, em estado de doença. Cabe destacar que a dissertação de Queiroz (2011) trata especificamente dos professores da Rede Municipal de Goiânia.

Por meio da teoria balintiana⁵ (FIGUEIREDO, 2005), a tese de Branco (2008) aborda como as professoras do “Projeto Hoje”, da Secretaria de Estado de

⁵ É uma prática médica de treinamento conhecida como Grupo Balint. Neste, as experiências de todos eram discutidas, com ênfase na relação médico-paciente. Os médicos eram estimulados a examinar suas próprias emoções, desde o diagnóstico até a terapêutica e o prognóstico, pois Balint entendia que todos os momentos dos atos médicos estão impregnados de sentimentos, tanto úteis quanto prejudiciais ao doente.

Educação de Goiás, encaram a questão do enfrentamento da morte dos educandos que atendem.

As dissertações de Foggiatto (2006), Menezes (2004) e Pereira (2006) levantam a discussão em relação à formação do professor para atuar em classes não-regulares e refletir sobre caminhos que possam conduzir à aprendizagem.

No que concerne à importância da formação continuada para os professores atuarem na Educação Especial, o MEC elaborou o documento “Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva de Educação Inclusiva”, que estabelece para a atuação na Educação Especial que o professor tenha como base da sua formação, inicial e continuada, conhecimentos gerais para o exercício da docência e conhecimentos específicos da área da inclusão.

Desse modo, a formação possibilitaria a atuação no Atendimento Educacional Especializado e aprofundaria o caráter interativo e interdisciplinar em salas comuns do ensino regular, nas salas de recursos, nos núcleos de acessibilidade das instituições de educação superior, nos centros de atendimento educacional especializado, nas classes hospitalares e nos ambientes domiciliares e para a oferta dos serviços e recursos de Educação Especial (BRASIL, 2008, p.17-18).

O trabalho do educador tem como consequência a especificidade da formação humana, pois “Já vimos que a condição humana fundante da educação é precisamente a inconclusão de nosso ser histórico de que nos tornamos conscientes” (FREIRE, 1997, p. 165). Além dos cuidados médicos, das intervenções, dos remédios, o/a paciente/estudante precisa estar integrado/a como ser pensante e ator/atriz de sua própria história. É reconhecer-se como sujeito e perceber as interrelações sociais existentes, para que por meio da convivência os saberes se transformem em sabedoria.

Os profissionais de educação que atuarem junto à Educação Especial devem ter também, como base de formação, os conhecimentos específicos sobre essa modalidade, agir de forma interdisciplinar e articular com os diferentes atores envolvidos no processo, promovendo a parceria com outras áreas do conhecimento.

Quadro 3 - Eixo 2: Práticas e Metodologias utilizadas no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar

Ano	Tipo/Título	Autor/a	Instituição
2015	Dissertação: Vestindo vivências: a educação em Artes Visuais na Classe Hospitalar	Marcos Vinícius Silva Magalhães	UNB
2015	Tese: Trilhas pedagógicas articulam saúde e educação no desenvolvimento cognitivo infantil: criança com câncer	Milene Bartolomei Silva	UFMS
2015	Tese: Ensino da linguagem escrita no contexto da classe hospitalar: um enfoque metalinguístico	Valéria Batista	PUC - SP
2014	Dissertação: O sentido de ser educadora das/nas brinquedotecas do Hospital Infantil de Vitória/ES: um estudo a partir dos conceitos de experiência, narrativa e cuidado	Jaqueline Bragio	UFES
2013	Dissertação: Brincando e sendo feliz: a Pedagogia Hospitalar como proposta humanizadora no tratamento de crianças hospitalizadas	Myrian Soares de Moraes	UFS
2013	Dissertação: Bri(n)coleur: uma experiência de pesquisa e formação em Pedagogia Hospitalar	Camila Camargo Prates	UFRS
2013	Dissertação: O uso do computador em rede telemática no processo de ensino e aprendizagem em classe-hospitalar: o pro-uca e o eduquito promovendo a aprendizagem do aluno enfermo	Crassio Augusto Batista	UFRGS
2013	Artigo: Práticas pedagógicas e inclusão: a sobrevivência da integração nos processos inclusivos	Hildete Pereira dos Anjos. Luciana Barbosa de Melo Kátia Regina da Silva Lucélia Cavalcante Rabelo Marcelo Almeida Araújo	Revista Educação & Sociedade
2012	Dissertação: A Educação Escolar Hospitalar: práticas pedagógicas docentes com crianças em tratamento oncológico no Hospital Ophir Loyola em Belém-PA	Gilda Maria Maia Martins Saldanha	UFPA
2011	Dissertação: Classes Hospitalares e seus recursos lúdicos: uma investigação com os atores sociais envolvidos	Fernanda Martimon Morgado	UNB

Ano	Tipo/Título	Autor/a	Instituição
2011	Dissertação: O apoio psicopedagógico ao paciente em tratamento prolongado: uma investigação sobre o processo de aprendizagem no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia	Pérsia Karine Rodrigues Kabata Ferreira	UFU
2011	Dissertação: Classe Hospitalar: a importância do acompanhamento pedagógico para crianças e adolescentes	Giuseppina Antônia Sandroni	UFSCAR
2010	Dissertação: Ludoterapia: uma estratégia da Pedagogia Hospitalar na ala pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe	Carla Daniela Kohn	UFS
2009	Dissertação: A criança, o brincar e a aprendizagem	Adnan de Carvalho	Universidade Estadual de Londrina
2008	Dissertação: Eureka@kids: uma experiência de uso de ambiente virtual de aprendizagem no processo ensino-aprendizagem em contexto hospitalar	Raquel Pasternak Glitz Kowalski	PUC - PR
2006	Dissertação: O ensino de Ciências na classe hospitalar	Caroline Zabendzala Linheira	UFSC

Fonte: Dados coletados pela autora mediante pesquisa em sítios.

No que se refere às “Práticas e Metodologias utilizadas no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar”, a busca apontou 13 (treze) dissertações, 2 (teses) e 1 (um) artigo, o que totalizou 16 (dezesesseis) trabalhos relativos à temática.

A metodologia pode ser concebida nesse âmbito como um conjunto de métodos e técnicas ou estratégias de ensino-aprendizagem, que contém uma combinação que corresponde aos objetivos que se pretende alcançar. No entanto, Masetto expõe (1997, p. 88):

Estratégia e técnica não são a mesma coisa, o autor nos coloca que a estratégia é um termo mais amplo que técnica. Estratégia é uma maneira de se decidir sobre um conjunto de disposições, ou seja, são os meios que o docente utiliza para facilitar a aprendizagem dos estudantes. Técnica são recursos e meios materiais que estão relacionados aos instrumentos utilizados para atingir determinados objetivos.

Entre os trabalhos selecionados na categoria “Práticas e Metodologias utilizadas no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar”, o artigo de Anjos *et al.* (2013) retoma os conceitos de prática pedagógica e inclusão, apresenta uma análise

do processo inclusivo e propõe refazer de outro ângulo as questões já formatadas sobre prática pedagógica inclusiva.

A tese de Silva (2015) e a dissertação de Saldanha (2012) trazem como peculiaridade a preocupação das práticas pedagógicas com crianças em tratamento oncológico nos ambientes hospitalares. Ambas pesquisas optaram pela estratégia de estudo de caso descritivo.

O papel do professor é o de mediador que domina o conteúdo e deve estar preparado e disposto para relacionar a fala do/a aluno/a com o conteúdo a ser ensinado. De acordo com Garrido (2002, p. 46, grifo da autora), o professor mediador ainda

[a]proxima, cria pontes, coloca andaimes, estabelece analogias, semelhanças ou diferenças entre cultura “espontânea e informal do aluno”, de um lado, e as teorias e as linguagens formalizadas da cultura elaborada, de outro favorecendo o processo interior de ressignificação e retificação conceitual.

Outro aspecto abordado no processo de ensino/aprendizagem é a ludicidade, pois se concebe que o lúdico influencia tanto no desenvolvimento do indivíduo quanto na sua vida social ao promover a interação.

As dissertações de Bragio (2014), Carvalho (2009), Kohn (2010) Moraes (2013), Morgado (2011) e Prates (2013) analisam a importância e as contribuições das atividades lúdicas para o processo de ensino e aprendizagem em classes hospitalares, ambientes tão inusitados. Cabe destacar que a pesquisa de Moraes (2013) discute os aspectos abrangentes da humanização hospitalar a partir do olhar dos profissionais que atuam na brinquedoteca e a produção de Prates (2013) propõe um modo de intervenção lúdico-pedagógica e de pesquisa-formação relacionado às crianças e adolescentes em situação de internação hospitalar e a um grupo de educadores hospitalares.

A ludicidade torna-se relevante como categoria de análise da práxis educativa por demonstrar que por meio da brincadeira o indivíduo ultrapassa o que não está habituado a fazer, ao apreender melhor o conhecimento e ao envolver-se no jogo ou em uma dinâmica de integração, sente a necessidade, na maioria das vezes, de partilhar com o outro. No entanto, cabe alertar para a importância de a atividade ser adequada às especificidades dos participantes e explicitar qual o objetivo para ser realizada (MATOS, 2009).

O uso das tecnologias no Atendimento Pedagógico Hospitalar aparece como objeto de estudo nas dissertações de Batista (2013) e de Kowalski (2008), cujas investigações se direcionam para a utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC's), no Ambiente Virtual de Aprendizagem para o escolar hospitalizado e como essa proposta se efetiva na prática de forma colaborativa e lúdica, mediada pela ação do educador.

Em relação ao uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC's), Moran (2000, p. 63) esclarece que

[e]nsinar com as novas mídias será uma revolução se mudarmos simultaneamente os paradigmas convencionais do ensino, que mantêm distantes professores e alunos. Caso contrário, conseguiremos dar um verniz de modernidade, sem mexer no essencial.

Portanto, mediante a utilização das tecnologias, os/as professores/as são capazes de introduzir diversas formas de atuação e interação, que vão além do convívio presencial entre os alunos/as e professores/as.

Linheira (2006) e Magalhães (2015) explanam acerca das práticas pedagógicas e metodologias voltadas para o ensino de Artes Visuais e Ciências, respectivamente. O foco das pesquisas consiste na viabilidade do uso de objetos e os procedimentos utilizados no Atendimento Pedagógico Hospitalar nas referidas disciplinas.

A tese de Batista (2015) retrata a preocupação com o ensino da linguagem escrita nas classes hospitalares com enfoque metalinguístico, visando propiciar a autonomia da leitura e da escrita.

Sandroni (2011) relata sobre a importância do acompanhamento pedagógico para crianças e adolescentes e alerta que o pouco conhecimento acerca dos benefícios do atendimento pedagógico hospitalar e alguns problemas como a falta de espaço para realização das atividades, falta de profissional qualificado para desempenhar a proposta e desconhecimento pelos estudantes de seu direito de usufruir do serviço de Classe Hospitalar são componentes que levam uma parcela da população ao afastamento da rotina escolar.

A dissertação de Ferreira (2011) apresenta um aspecto diferenciado, pois discute o papel de outro profissional – o apoio psicopedagógico no ambiente hospitalar –, ao visar ao favorecimento da recuperação e reintegração, do desenvolvimento e da aprendizagem de pacientes em situação de tratamento.

A sala de aula ou outro local de atendimento pedagógico pode ser um espaço de pesquisa e de diversificação de práticas metodológicas para o professor e de formação para o aluno aprender a refletir melhor sobre as ideias e a ressignificar suas concepções. Cabe ao professor criar alternativas para modificar sua prática pedagógica, pois, segundo Masetto, (1997, p. 35), a sala de aula necessita ser vista como espaço de vivência:

Quando o aluno percebe que pode estudar nas aulas, discutir e encontrar pistas e encaminhamentos para questões de sua vida e das pessoas que constituem seu grupo vivencial, quando seu dia-a-dia de estudos é invadido e atravessado pela vida, quando ele pode sair da sala de aula com as mãos cheias de dados, com contribuições significativas para os problemas que são vividos “lá fora”, este espaço se torna espaço de vida, a sala de aula assume um interesse peculiar para ele e para seu grupo de referência.

Mediante essa percepção, no ambiente hospitalar, pressupõe-se a efetivação de uma prática pedagógica ao encontro com o contexto em que o/a educando/a está inserido/a.

Quadro 4 - Eixo 3: Cuidado, profissionalidade docente e gênero

Ano	Tipo/Título	Autor/a	Instituição
2015	Artigo: A pedagogia das políticas públicas de saúde: norma e fricções de gênero na feitura de corpos	Michele de Freitas Faria de Vasconcelos. Fernando Seffner	Cadernos Pagu
2015	Artigo: Cuidado com corpos: um olhar (de gênero) para políticas de saúde	Michele de Freitas Faria de Vasconcelos	Revista Estudos Feministas
2014	Artigo: Mujeres cuidadoras en contextos de pobreza. El caso de los Programas de Transferencias Condicionados en Argentina	Carla Zibecchi	Revista Estudos Feministas
2012	Artigo: Subjetividade docente, inclusão e gênero	Maura Corcini Lopes Maria Cláudia Dal'Igna	Revista Educação & Sociedade
2012	Artigo: Sobre algumas relações entre qualificação, trabalho docente e gênero	Sarah Jane Alves Durães	Revista Educação & Sociedade
2011	Artigo: Ser professora, ser mulher: Um estudo sobre concepções de gênero e sexualidade para um grupo de alunas de pedagogia	Ana Paula Costa. Paulo Rennes Marçal Ribeiro	Revista Estudos Feministas
2002	Artigo: No coração da sala de aula: gênero e trabalho docente nas séries iniciais	Érica Renata Souza	Cadernos Pagu
2001	Artigo: O sexo e o gênero da docência	Cláudia Pereira Vianna	Cadernos Pagu

Fonte: Dados coletados pela autora mediante pesquisa em sites.

A categoria “Cuidado, profissionalidade docente e gênero” esteve presente em 8 (oito) artigos entre as publicações encontradas na pesquisa.

De acordo com Hesbeen (2000, p. 45), “Cuidar significa dar especial atenção a uma pessoa que vive uma situação específica e isto na perspectiva de lhe prestar ajuda, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua saúde”. Tal pensamento recorre a tratar do outro, estabelecer uma centralidade no modo de ser do sujeito em compreender a si e ao mundo; bem como seus modos de agir e de interagir.

A questão do cuidado no artigo de Vasconcelos (2015) propõe a reflexão das políticas públicas de saúde mental e seu mandato institucional de inclusão social. Aqueles/as que não se engajaram em fazer de seus corpos empresas figuram como novos anormais, doentes e infames. E o artigo de Zibecchi (2014) analisa os Programas de Transferências Condicionadas, da Argentina, com foco no vínculo dessas políticas com o trabalho de cuidado que realizam com as mulheres em contexto de pobreza.

De acordo com Parchen (2008), a profissão docente é historicamente constituída por mulheres, o que atribui aos interesses profissionais e às condições de trabalho situações diferentes de outras categorias, bem como à formação e à qualificação. Nesse pensamento, o sentido social da tarefa de educar, ensinar, a relação com o conhecimento, com a cultura e com os saberes socialmente significativos para o contexto histórico atual impõem impasses constantes à atividade docente que abalam o exercício profissional.

No tocante às produções acadêmicas relacionadas à profissionalidade docente e gênero, o artigo de Vasconcelos e Seffner (2015) analisa as políticas públicas de saúde na atuação de pedagogias engajadas na formatação de corpos marcados por normas regulatórias de gênero como territórios de (des) aprendizagem.

Roldão (2005) considera que a profissionalidade pode ser analisada e compreendida na interdependência de quatro descritores como base de saberes para o exercício de uma profissão: (1) o reconhecimento social da especificidade da função associada à atividade; (2) o saber específico indispensável ao desenvolvimento da atividade e sua natureza; (3) o poder de decisão e de autonomia sobre o trabalho desenvolvido; (4) a pertença a um corpo coletivo que partilha, regula e defende o saber que o legitima.

Nesse sentido, o artigo de Durães (2012) apresenta a qualificação do trabalho docente como produto e produtora de uma construção social e argumenta que a configuração da qualificação do trabalho docente de homens e mulheres condiciona-se aos processos de organização da instrução pública, aos fatores internos e externos à escola e às experiências e saberes apropriados pelo indivíduo durante sua vida. Ainda sob essa ótica, Souza (2002) e Vianna (2001) discutem sobre a investigação de gênero no magistério, identificando-o como criado e transformado no ambiente de trabalho.

Ribeiro e Costa (2011) investigaram as concepções de relações de gênero de um grupo de alunas do curso de Pedagogia que atuavam na educação escolar como professoras e constataram que mediante um processo de “acomodação” e “resistência”, as categorias “mulher” e “professora” se fundem ao obscurecer, muitas vezes, a atuação da professora como profissional da educação.

Lopes e Dal'Igna (2012) discutem de que modo o gênero opera como elemento organizador das subjetividades docentes e do desempenho escolar em tempos de inclusão e de governamentalidade neoliberal.

Mediante a exposição e análise dos trabalhos acadêmicos dessa categoria, compreende-se que a profissionalidade docente diretamente implica em um processo de profissionalização, ou seja, envolve o reconhecimento social da profissão e necessita da conquista de um espaço de autonomia para constituir-se e ser valorizada.

Quadro 5 - Eixo 4: Percepção do fazer na Pedagogia Hospitalar e Inclusão

Ano	Tipo/Título	Autor/a	Instituição
2015	Dissertação: O papel da classe hospitalar na atenção terapêutica de alunos-pacientes com doença crônica progressiva: o caso da mucopolissacaridose	Rosane Santos Gueudeville	UFBA
2014	Dissertação: Significados da escolarização para crianças/adolescentes com insuficiência renal crônica na vivência com a hemodiálise	Priscila Santos Amorim	UFBA
2014	Dissertação: Política de Educação Especial da Secretaria Municipal de Educação de Campinas no período de 2005 a 2012	Mariana da Cunha Sotero	USP
2014	Artigo: Manoel Bonfim: relações entre projetos nacionais de educação e saúde	Edivaldo Gois Junior	Revista Educação & Sociedade

Ano	Tipo/Título	Autor/a	Instituição
2013	Dissertação: A escola hospitalar do hospital A C. Camargo: uma experiência de humanização narrada por sua fundadora	Rosana Meire Giannoni	PUC - SP
2013	Dissertação: Subsídios para a educação hospitalar na perspectiva da educação inclusiva	Fernanda Cristina Feitosa Loiola	UFPE
2012	Dissertação: Narrativas infantis: o que nos contam as crianças de suas experiências no hospital e na classe hospitalar	Simone Maria da Rocha	UFRN
2012	Dissertação: Educação hospitalar/domiciliar no município de Juiz de Fora/MG	Cátia Aparecida Lopes Nazareth	UFJF
2011	Dissertação: Classe Hospitalar: uma estratégia para a promoção da saúde da criança	Edson Vanderlei Zombini	USP
2011	Dissertação: Aprender é vida, ensinar é arte: atendimento pedagógico no setor pediátrico do HUPAA em uma abordagem complexa e multirreferencial	Sandra Santana Xavier de Sousa	UFAL
2011	Dissertação: Percepções de médicos sobre o papel do pedagogo no trabalho com crianças hospitalizadas: o caso do Hospital das Clínicas da UFBA	Aline Daiane Nunes Mascarenhas	UFBA
2011	Dissertação: As contribuições do atendimento educacional em ambiente hospitalar a crianças que realizam tratamento oncológico	Marly Kamiyama Moraes	USP
2010	Dissertação: Projeto Pedagógico Hospitalar Escola Móvel - Aluno Específico: Cultura Escolar e Debate Acadêmico (1989-2008)	Fabiana Aparecida de Melo Oliveira	Universidade Estadual de Campinas
2009	Tese: Implantação e avaliação de um conjunto de ações educativas desenvolvidas junto a pacientes pediátricos internados: a experiência do Hospital Manoel Novaes - Bahia	Aldalice Brait Lima Alves	UFBA
2009	Dissertação: Atendimento pedagógico-educacional em hospitais: da exclusão à inclusão social/escolar	Walkiria de Assis	USP
2008	Dissertação: Aprendizados adquiridos no hospital	Débora dos Santos	UFSC
2008	Dissertação: Um estudo sobre o processo de implementação de classes hospitalares: o caso do Hospital Boldrini	Juliana Motta de Assis Silva	Unicamp
2008	Dissertação: A classe hospitalar sob o olhar de professores de um hospital público infantil	Ana Rosa Rebelo Ferreira de Carvalho	PUC - SP

Fonte: Dados coletados pela autora mediante pesquisa em sítios.

No tocante à categoria “Percepção do fazer na Pedagogia Hospitalar e Inclusão”, obteve-se uma quantidade significativa entre os trabalhos investigados, sendo 16 (dezesesseis) dissertações, 1 (uma) tese e 1 (um) artigo, totalizando 18 produções acadêmicas.

O saber-fazer do docente acontece de forma complexa e em um contexto específico, no qual, o professor toma decisões durante a realização do próprio fazer, a partir da mediação entre os saberes teóricos e práticos.

Nessa categoria, Gois Júnior (2014) descreve mediante uma pesquisa histórica, a relação do intelectual Manoel Bonfim, e suas propostas educacionais com o pensamento higienista, para o povo brasileiro, ao defender maior intervenção do Estado no campo da Educação e Saúde.

As dissertações de Alves (2009), Carvalho (2008), Giannoni (2013), Loiola (2013), Mascarenhas (2011), Nazareth (2012), Rocha (2012), Sotero (2014), Sousa (2011) e Silva (2008) relatam experiências pontuais de implementação de classes hospitalares pelas Secretarias de Educação. O objetivo consiste em analisar os princípios, finalidades e diretrizes da política de educação especial, registrando a história do atendimento pedagógico hospitalar e domiciliar, mediante as representações sociais que os profissionais da área da saúde, familiares, professores/as e educandos/as possuem acerca do trabalho do pedagogo no ambiente hospitalar.

Amorim (2014), Gueudeville (2015), Moraes (2010) e Santos (2008) destacam o papel, as contribuições e a importância da escolarização de crianças/adolescentes em Classe Hospitalar na atenção terapêutica por compreender que esses educandos/as vivem a maior parte do seu tempo em função dos cuidados relativos à saúde e à manutenção da vida.

A pesquisa de Zombini (2011) busca analisar a Humanização Hospitalar e suas contribuições para a promoção da educação e da saúde entre crianças internadas, por meio de um trabalho pedagógico hospitalar, no qual se verifica os seus efeitos na redução de sentimentos negativos, tanto das crianças quanto de seus pais, devido à hospitalização.

Oliveira (2010) apresenta como objeto de estudo um panorama das dissertações de mestrado dedicadas ao desenvolvimento das atividades pedagógicas em ambiente hospitalar no período de 1989 a 2008, juntamente com a

análise da cultura escolar contida no Projeto Pedagógico Hospitalar Escola Móvel-Aluno Específico, sediado no Instituto de Oncologia Pediátrica, em São Paulo (SP).

A dissertação de Assis (2009) teve como objetivos analisar o atendimento pedagógico hospitalar, como serviço educacional especializado que ocorre fora do contexto escolar, e investigar sua importância como favorecedor do desenvolvimento do aluno/paciente e da sua inclusão social/escolar. Cabe destacar que Assis (2009) é autora de apostilas, artigos e livros nas áreas da Educação Especial/Inclusiva e do Atendimento Pedagógico-Educacional em Hospitais.

Para Mantoan (2006), a Educação Inclusiva fundamenta-se no paradigma da heterogeneidade, em que os princípios filosóficos enfatizam o valor social da igualdade de oportunidades. A ideia consiste em as crianças se beneficiarem ao terem a oportunidade de aprender com as diferentes formas de ser, fazer e compreender.

Desse modo, as crianças aprendem a lidar com a diversidade, ao aprender atitudes de solidariedade, cooperação e de tolerância, sendo essas habilidades e valores necessários para a constituição de uma sociedade ética e inclusiva.

Cabe destacar como fator relevante que, ao analisar os artigos, dissertações e teses selecionadas, pode-se constatar a autoria predominante das mulheres como autoras. Pois, entre os 49 (quarenta e nove) trabalhos acadêmicos, 3 (três) dissertações foram defendidas por autores e 31 (trinta e uma) defendidas por autoras. Quanto às 5 (cinco) teses, todas foram defendidas por autoras. No que se refere aos 10 (dez) artigos, 3 (três) possuem participação conjunta de autores e autoras, 1 (um) produzido por autor e 6 (seis) por autoras. Portanto, 42 (quarenta e duas) produções são de autoria de mulheres, 4 (quatro) são de autoria de homens e 3 (três) de autoria conjunta.

Tal constatação parece ocorrer pelo fato da relação da mulher com as ocupações que envolvem cuidados, como por exemplo: enfermeiras, assistentes sociais, professoras nos níveis educacionais mais baixos e ocupações que requerem habilidades e/ou destreza manual relacionadas às tarefas domésticas (trabalhadora doméstica, governanta, garçonete, costureira, fiandeira, tecelã, etc.) (ACCÁCIO, 2005). Portanto, pode-se, ainda, analisar a atribuição do público feminino à prática do “cuidar” e propor uma investigação empírica, mediante uma abordagem teórica para explicar possíveis referências biológicas e culturais apresentadas nesse processo tão naturalizado.

No intuito de compreender a importância de se efetivar o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, o próximo capítulo propõe delinear panoramicamente as políticas públicas destinadas a essa modalidade de ensino, apreendendo seus limites e avanços.

CAPÍTULO III

EDUCAÇÃO HOSPITALAR/DOMICILIAR EM GOIÁS: A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA

Neste capítulo, objetiva-se descrever como ocorreu a implantação do Programa Estadual de Educação para a Diversidade numa Perspectiva Inclusiva – PEEDI, do qual se originou o Projeto Hoje, responsável pelo Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar em Goiás, que visa oportunizar o início ou a continuidade do aprendizado de conteúdos curriculares, às pessoas que se encontram em situações de tratamento de saúde e/ou impossibilitadas de frequentar o ambiente escolar, temporária ou permanentemente. Também, trata-se aqui sobre a mudança do Projeto Hoje para o Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar, bem como do acompanhamento da trajetória desses atendimentos durante o período de 2014 ao 1º semestre de 2017.

3.1 A implantação do Programa Estadual de Educação para a Diversidade numa Perspectiva Inclusiva – PEEDI em Goiás e o Projeto Hoje

No decorrer da história da Educação Brasileira, a Educação Especial ganha espaço e corporificação e, hoje, a proposta da Pedagogia Hospitalar, como uma de suas modalidades, está presente em quase todos os estados brasileiros.

Em Goiás, o Atendimento Pedagógico Hospitalar iniciou por meio do “Projeto Hoje”, do Programa de Educação para a Diversidade em uma Perspectiva Inclusiva - PEEDI, do governo federal.

As primeiras ações em relação à implementação do referido programa em Goiás iniciaram em 1999, com a desativação gradativa das salas e escolas especiais, juntamente com a criação de núcleos de apoio à inclusão sob a coordenação da Subsecretaria de Educação de Goiás, instalada em 32 municípios, jurisdicionada à Secretaria Estadual de Educação Especial - SEEE/GO.

Nesse sentido, cabia aos núcleos dotar as escolas que atuavam como Unidades de Referências, bem como adequá-las para que recebessem o aluno com deficiência ou com necessidades educacionais específicas.

O PEEDI, em Goiás, era composto por dez Projetos que abordavam aspectos da Educação Especial e suas modalidades inclusivas, baseadas em contribuições

de Vygotsky (1991), acerca da Teoria Histórico Cultural do Desenvolvimento Humano, sobre a inclusão educacional, assim apresentada:

Para esse teórico, a educação formal é, por excelência, a modalidade de educação responsável pelos desenvolvimentos dos processos psíquico superiores, no sentido em que os processos evolutivos da cognição são uma consequência do conteúdo internalizado através das relações que ocorrem ao longo do processo educativo. A associação que se pode fazer entre essa idéia e a questão do aprendizado de pessoas com algum tipo de necessidade especial (Deficiência Mental, auditiva ou visual, por exemplo), é que o limite apresentado por tais pessoas pode ser superado na medida das interações com conhecimentos científicos trabalhados pela escola comum. A educação formalizada tende a exigir mais dos processos mentais destes alunos, e ao exigir, leva-os a evolução. (GOIÁS, 2003, p. 11-12).

Concernente a esse pensamento, para Vygotsky (1991), a relação entre aprendizagem e desenvolvimento vai além da escola, pois ocorre em um plano mais amplo, ou seja, mediante as relações estabelecidas com o meio social. É nesse sentido que a intervenção do professor, como mediador da atividade pedagógica e das relações com o conhecimento sócio histórico, é capaz de promover o desenvolvimento das funções psíquicas superiores: linguagem e pensamento, percepção, memória, atenção, imaginação e abstração, entre outras.

E no intuito de desenvolver a cognição, a teoria vygotskyana foi propulsora de projetos que compõem o PEEDI, que apresenta como objetivo geral:

Implantar em Goiás uma política educacional inclusiva que leve em conta as potencialidades individuais inerentes ao ser humano, envolvendo uma reformulação nos projetos político - pedagógicos das escolas, nas estruturas físicas, na capacitação de recursos humanos, atendendo às necessidades resultantes da diversidade das pessoas, de forma que haja uma educação solidária, ética, democrática, inovadora, com equidade e qualidade para todos. (GOIÁS, 2003, p. 11).

Na intenção de atingir o objetivo geral, são propostos como objetivos específicos:

[i]Implantar unidades inclusivas; instituir unidades de referência, implantar projetos de atendimento educacional hospitalar, implantar e/ou racionalizar projetos metodológicos e recursos especiais e por último, desenvolver parceria e interfaces. (GOIÁS, 2003, p. 11).

A simbologia do Programa representa uma mão com os cinco dedos diferentes, propondo a ideia de analogia ao ser humano, uma vez que todos são diferentes. Esta é a condição básica para compreensão da diversidade.

Os dez projetos que compõem o Programa de Educação para a Diversidade em uma Perspectiva Inclusiva – PEEDI (GOIÁS, 2003) estão identificados como:

1. Projeto Escola Inclusiva: Trata-se de uma proposta baseada na diversidade, de modo que aprendam juntos, concebendo a importância da aprendizagem cooperativa e a família como parceira insubstituível, neste processo. O projeto contempla, ainda, a equidade mediante as relações interpessoais no sentido de afastar as barreiras da inclusão e contribuir na construção de uma sociedade mais justa, igualitária e solidária. É também proposta deste projeto realizar a capacitação de professores e técnicos para que possam contribuir na elaboração do Projeto Político Pedagógico das instituições de ensino, na perspectiva inclusiva, por meio da (re) definição de conceitos, das formas de avaliação e ao considerar as adaptações curriculares que se fizerem necessárias, entre outros.

Ainda de acordo com o PEEDI, são escolas inclusivas:

Espaços didáticos recreativos e informacionais e se destinam a promover o desenvolvimento humano em seus diversos níveis e modalidades, tendo o ser humano como fim e a diversidade humana como meio. E ainda em conformidade com o Projeto, as escolas inclusivas serão norteadas por uma filosofia de aceitação das diferenças individuais, o que exige a reformulação do projeto político-pedagógico da escola segundo os princípios de uma educação inclusiva, contando com currículos amplos e flexíveis, colocando serviços de apoio à disposição dos professores, organizando a reflexão do trabalho em equipe e adotando critérios e procedimentos flexíveis de avaliação [...] os profissionais desta escola deverão repensar suas práticas pedagógicas, ressignificar seus conhecimentos e, sobretudo aceitar as diferenças individuais inerentes aos seres humanos como uma oportunidade de aprendizado mútuo, ampliando conhecimentos à medida que são solicitados pelos educandos. (GOIÁS, 2003, p. 18-19).

Sob essa ótica, considera-se Escola Inclusiva, aquela capaz de garantir o ensino educacional a cada um dos/as alunos/as ao reconhecer e respeitar sua diversidade e suas especificidades.

2. Projeto Comunicação: tem como objetivo a melhoria na comunicação dos educandos com necessidades especiais auditivas e visuais, por meio da utilização de recursos educativos na Língua Brasileira de Sinais – Libras, em Braile e Soroban. A proposta educacional desse projeto destina-se aos surdos, oportunizando-lhes o conhecimento e a aquisição da Língua Brasileira de Sinais – Libras, como língua natural (primeira língua ou L1) e a Língua Portuguesa, como língua oral auditiva (segunda língua ou L2), em uma proposta de bilinguismo. Cabe destacar que neste projeto, a Educação Bilingue é operacionalizada em duas ações distintas: a sinalização e a significação (GOIÁS, 2003). Diante da proposta apresentada, percebe-se que, de fato, o

Projeto Comunicação destina-se especificamente aos alunos surdos quando, no entendimento desta pesquisadora, deveria priorizar, também, a aprendizagem dos educandos cegos, conforme a proposta de aprendizagem em Braille e Soroban;

3. Projeto Espaço Criativo: objetiva promover a inclusão de pessoas com deficiência e/ou necessidades especiais ao fomentar a importância artística no processo de construção da aprendizagem e desenvolver produções próprias, considerando a escolarização desses alunos, bem como as diversas manifestações artísticas culturais da comunidade por meio da compreensão das diferenças individuais, condições e experiências vividas em diversos contextos (GOIÁS, 2003);
4. Projeto Re-Fazer: destina-se às pessoas com características autistas que têm dificuldades na comunicação, no comportamento e no relacionamento com os outros. O Projeto intenta, ainda, desenvolver as possibilidades e competências das crianças, favorecendo a aquisição de conhecimentos, o aprimoramento da comunicação, o bem estar emocional e promover a interação social mediante as relações significativas (GOIÁS, 2003);
5. Projeto Hoje: destina-se ao atendimento educacional hospitalar em hospitais, albergues e domicílio do/a estudante doente ou em fase de convalescência. O Projeto referenda o desenvolvimento da Pedagogia Hospitalar e justifica-se:

O Projeto apresenta uma proposta de atendimento educacional hospitalar destinado às crianças, jovens ou adultos que estejam em situação de internado ou albergado para tratamento de saúde com assistência médica diária ou periódica... Além disso, o Projeto visa alfabetizar adultos acompanhantes de crianças internadas ou albergadas, favorecendo-lhes oportunidades de escolarização. (GOIÁS, 2003, p. 12).

Este Projeto pretende proporcionar ao indivíduo doente ou convalescente, em idade escolar, a iniciação ou continuidade aos estudos, quando este se encontra impossibilitado de frequentar a instituição de ensino;

6. Projeto Depende de Nós: trata-se de um trabalho socioeducativo, que busca aproximar a família e a escola, de forma sistematizada, ao estabelecer a corresponsabilidade entre estas importantes instituições sociais, envolvidas no processo ensino/aprendizagem do sujeito, conscientizando-o acerca de seus direitos e deveres, ao incluir o resgate de valores socioafetivos (GOIÁS, 2003).

7. Projeto Unidade de Referência: de acordo com o PEEDI (GOIÁS, 2003) esse projeto coopera com o processo de implementação da Educação Inclusiva por meio de ações que buscam uma educação de qualidade e equidade para todos, baseado no atendimento às diferenças individuais, que se organizam em três setores interdependentes: a) Setor I - Reabilitação não Hospitalar (parceria com a saúde); b) Setor II - Apoio à inclusão; c) Setor III - Ensino Especial;
8. Projeto Caminhar Juntos: este trabalho se desenvolve na parceria entre Superintendência de Ensino Especial e a Superintendência da Educação Infantil e o Ensino Fundamental com vistas ao acompanhamento do programa de Municipalização do ensino, ao apoiar e subsidiar na implementação deste projeto com diretrizes e orientações para o Ensino Especial no sentido de vincular informações que busquem maior sensibilização acerca do respeito à diversidade em Goiás;
9. Projeto Prevenir: calcado em parcerias entre a Superintendência de Ensino Especial e Organizações Governamentais e Não Governamentais, este projeto tem como intuito a viabilização e sensibilização dos educandos e professores, família e sociedade em relação às deficiências, ao fomentar a busca por mecanismos para a implantação de cuidados necessários à prevenção e identificação de alunos com deficiências;
10. Projeto Despertar: visa a implementação do atendimento aos alunos com altas habilidades/superdotação, juntamente às escolas da rede regular de ensino, por meio do enriquecimento curricular e aceleração do processo ensino aprendizagem.

A Secretaria de Estado de Educação - SEE, em 1999, contratou serviços de consultoria na área da inclusão educacional no intuito de propiciar a formação adequada às equipes multiprofissionais, preparando-as para a continuidade dessa política em Goiás e, para compreender os princípios, as ações e as percepções inseridas na mesma além de verificar o envolvimento institucional e político-pedagógico (GOIÁS, 2001).

Ainda, sobre essa formação, o MEC traçou medidas de apoio para implantar a Educação Especial na rede regular de ensino e em hospitais, conforme o exposto:

O Ministério da Educação e Cultura, por meio do Centro Nacional de Educação Especial, lançou os "Subsídios para organização e funcionamento de serviços de Educação Especial na área de deficiência múltipla". (BRASIL, 1995).

A proposta dos subsídios consistia, também, em prever uma modalidade de atendimento pedagógico em hospitais, que orientava que as classes especiais deveriam funcionar nas instalações da unidade hospitalar, visando ao atendimento de crianças e adolescentes com deficiências físicas e/ou mentais, independentemente do período de internação (BRASIL, 1995).

Os educadores da Superintendência de Ensino Especial - SUEE passaram a estudar essa cartilha do MEC em busca de esclarecimento sobre o assunto para melhor desenvolvimento do atendimento pedagógico hospitalar. Na referida cartilha, o atendimento educacional hospitalar era dividido em duas categorias: a classe hospitalar e o atendimento pedagógico domiciliar (BRASIL, 1995).

Em consonância com a política nacional do MEC, esse atendimento teve como base legal, no Plano Estadual, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Especial, por meio da Resolução nº 2/2001. Cabe ressaltar que a proposta das Classes Hospitalares em Goiás sob a Resolução nº 161/2001 (GOIÁS, 2001) do Conselho Estadual de Educação de Goiás - CEE/GO, é o dispositivo que valida o Projeto Hoje, da Secretaria de Estado de Educação de Goiás - Seduc, por meio da SEEE/GO. A Resolução determina:

Art. 1º- Aprovar, para fins de Validação de Estudos realizados, o Projeto "Hoje" destinado ao "Atendimento Educacional Hospitalar", executado por uma equipe de profissionais ligados à Associação de Combate ao Câncer e à Secretaria de Estado da Educação, através da Superintendência de Ensino Especial, realizado a partir do mês de agosto do ano de 1999 ao ano de 2000, no Hospital Araújo Jorge e no Albergue Filhinha Nogueira nesta Capital, contendo carga horária de 30 (trinta) horas semanais.

Cabe aqui destacar a implantação do Atendimento Pedagógico Educacional Hospitalar/Domiciliar, em Goiás, instituído por meio do Projeto Hoje, ao/à educando/a internado/a para tratamento de saúde ou impossibilitado de frequentar a escola devido à condição especial de saúde e proporcionar-lhe a oportunidade de iniciação ou de continuidade de seus estudos, considerando seus próprios limites (GOIÁS, 2003). Para tanto, buscou-se registrar a história desse atendimento em Goiás com base em documentos oficiais e nas narrativas da fundadora Z. R. N., conforme veremos a seguir.

3.2 Histórico do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar em Goiás: a narrativa da fundadora

A fundadora Z.R.N. é graduada em Geografia e Pedagogia, exerce a função de magistério há 30 (trinta) anos e já atuou em todas as etapas da Educação Básica. Ela relata como e quem participou da implantação do Projeto Hoje:

Em março de 1999, o Superintendente de Ensino Especial..., termina de escrever, juntamente com sua equipe, Programa Estadual para a Diversidade numa perspectiva Inclusiva. Esse programa era composto por 10 projetos, um desses projetos era o “Projeto Hoje”, do Atendimento Pedagógico Hospitalar. Depois que se tomou conhecimento das leis, o que garantia esse atendimento. Foi designada uma pessoa para participar de uma formação, e ficou uma semana no Hospital das Clínicas, em São Paulo, para entender como funcionava o atendimento pedagógico. Quando retorna, faz a seleção de duas professoras para começar o atendimento [pedagógico] no Araújo Jorge.

No início do trabalho com as Classes Hospitalares em Goiás, os educadores ainda não possuíam conhecimentos sobre a Pedagogia Hospitalar, eram apenas docentes que, embora tivessem boa vontade, não tinham nenhum preparo. No entanto, o Programa de Educação para a Diversidade em uma Perspectiva Inclusiva, recomendava a esses profissionais a ressignificação dos conhecimentos sobre inclusão e a aceitação das diferenças individuais como forma de educar (PEEDI, 2003). A professora Z. R. N. explana que “Quando eu chego, já tinha uma terceira professora e percebo que as pessoas que estavam na coordenação, pouco entendiam de Pedagogia Hospitalar”.

De acordo com Z. R. N. surge a necessidade em aprofundar seus estudos. Por esse motivo, fez cursos de Pós-Graduação em Psicopedagogia e Pedagogia Hospitalar:

Fui então fazer uma pesquisa a respeito do que se tratava para assumir o convite de coordenadora pedagógica. Entrei em contato com Ricardo Ceccim, que coordenava a Pedagogia Hospitalar no Rio Grande do Sul e ele envia para nós o livro: Criança hospitalizada e neste livro começamos a aprender toda a fundamentação teórica para esse trabalho.

Entende-se que o “Projeto Hoje” configurava-se como Classe Hospitalar com os profissionais agindo de modo intuitivo, devido à falta de formação para atuar nessa área. É notório que por meio do exercício da prática e também dos estudos realizados posteriormente, os profissionais envolvidos foram adquirindo os

conhecimentos acerca da Pedagogia Hospitalar. Tanto que a professora Z. R. N. atesta:

Começamos a fazer umas discussões a respeito do nosso trabalho para ter uma riqueza pedagógica, precisávamos priorizar o planejamento pedagógico, que, até então, não acontecia. Ele acontecia assim: como caixa de tarefas. As professoras possuíam uma caixa com diversas tarefas e à medida que as crianças iam chegando, recebiam as tarefas, conforme a série que informava. Nós observamos que nem sempre o conhecimento da criança estava de acordo com a série. Por exemplo: recebíamos uma criança lá do seringal do Acre, que embora informasse que estava fazendo a terceira série, ela não era nem alfabetizada. Então, percebi que as professoras começaram a fazer algo que considero terrível: estavam entregando tarefas a quem para a criança desenvolver. Eu perguntava: essa prática garante a continuidade do ano letivo dessa criança? Claro, a resposta é: não!

Constatada a fragilidade do processo de atendimento, particularmente no que diz respeito ao processo ensino-aprendizagem, um salto positivo foi dado com a prática do planejamento, segundo o depoimento da professora Z. R. N. Diz ela:

Então começamos a fazer um estudo sobre planejamento pedagógico hospitalar. Ele precisava ser diferenciado. Nós tínhamos uma pessoa da Educação Especial que acompanhava o nosso trabalho. Ela “checava” algumas “coisas”, mas não as atividades pedagógicas. Em 2000, fomos convidadas a participar de um evento da Associação de Psicopedagogia, porque não conheciam o trabalho e nos pediram para montar um *stand* sobre Pedagogia Hospitalar. Percebemos que as professoras que atuavam na pediatria, do Araújo Jorge atendiam mais crianças, mas tinham menos tarefas e as professoras que atuavam no Albergue Filhinha Nogueira (extensão do Araújo Jorge, onde as pessoas ficavam albergadas), que sempre faziam planejamentos, tinham menos alunos e mais atividades. Então solicitamos da Superintendência de Ensino Especial o direito de planejar ao final das sextas-feiras. Essa permissão não foi concedida de forma fácil. Tivemos de justificar, argumentar; pois só assim teríamos um atendimento de qualidade. As professoras, que trabalhavam sem planejamento, de forma improvisada, argumentavam que não adiantava, porque elas não conheciam os alunos. Todo esse discurso que a gente já conhece, de quando o professor não quer planejar. Mas para ser um atendimento personalizado, precisava ser planejado.

A implantação das primeiras Classes Hospitalares consolida-se a partir do ano de 1999, na pediatria do Hospital Araújo Jorge e no Albergue Filhinha Nogueira, ambos pertencentes à Associação de Combate ao Câncer do Estado de Goiás.

A professora Z. R. N. não só alerta ainda para a necessidade do atendimento personalizado, mas, também, em como realizá-lo:

Para a realização de um atendimento personalizado, precisávamos praticar o que Ceccim preconizava: a escuta pedagógica. Então começamos a realizar um estudo sobre a escuta pedagógica e realmente, foi o aspecto mais difícil a ser mediado com as professoras.

Quer dizer que o/a professor/a ao adentrar no ambiente hospitalar e ir ao encontro do/a estudante, deve-se ouvi-lo com atenção para compreender este sujeito, em seu contexto de vida, que vai além da doença. Realizar uma escuta pedagógica depende de um conhecimento prévio a respeito das relações interpessoais e sociais. Nesse sentido, Ceccim e Carvalho (1997) afirmam que

Ao pedagogo cabe uma escuta que autoriza um sentimento de aprendizagem, progresso, avanço, transposição do não sei para o agora sei (como na cura), para o saber mais e ganhar maior autonomia dentro das relações que são sociais, de conexões que são coletivas, de agenciamentos múltiplos para a inteligência, despertando um desejo de cura como mobilização das necessidades de vida. (CECCIM; CARVALHO, 1997, p. 82-83).

A professora Z. R. N. relata que a efetivação dos estudos resultou em documentos elaborados pela equipe que atuava no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar para embasar o trabalho realizado em Goiânia:

A partir de então começamos a elaborar documentos para subsidiar nosso trabalho. Em 2002, conseguimos realizar o I Seminário Goiano sobre Pedagogia Hospitalar e o II Seminário Nacional e aí convidamos Eneida Fonseca, que era a única doutora em Classe Hospitalar, no Brasil. Eneida veio e realizou assessoria e nos impulsionou imensamente. A partir desse momento nos empenhamos a implantar classes hospitalares em todos os hospitais públicos de Goiânia. Então, se nós tínhamos uma classe hospitalar no Araújo Jorge e um atendimento domiciliar, no Albergue Filhinha Nogueira, passamos a 10 (dez) classes hospitalares e vários atendimentos domiciliares.

Com a expansão do “Projeto Hoje” foram instaladas mais classes hospitalares na cidade de Goiânia e, também, em algumas cidades do interior do Estado de Goiás. Mas, juntamente com a expansão, aumenta o quantitativo de professores/as e surge a necessidade e a exigência de novos conhecimentos e formação para esses/as profissionais atuarem em classes hospitalares. Por esse motivo, no documento “Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: estratégias e orientações” (BRASIL, 2002), encontra-se a indicação de que o/a professor/a para atuar nessa modalidade de ensino deverá ter formação pedagógica, preferencialmente, em Educação Especial ou em cursos de Pedagogia ou licenciaturas e receber capacitação sobre as doenças e as condições biopsicossociais vivenciadas pelos alunos.

A professora Z. R. N., pensando na importância da formação continuada das/os profissionais desse atendimento, relata que

Todo início de semestre, nós fazíamos uma semana pedagógica para mediar a construção do referencial teórico com as professoras que estavam chegando. Às vezes, não conseguíamos colocar em agosto, mas todo janeiro aconteceu. Geralmente, tinha a presença do Secretário ou da Secretária, do Superintendente. Nós éramos a menina dos olhos da Secretaria e eu havia assumido a Coordenação Geral do Projeto Hoje e tínhamos, também, uma coordenadora para o atendimento hospitalar e outra para o atendimento domiciliar. Isso entrou em decadência depois.

Há que se considerar que a formação continuada deve ser compreendida como ferramenta essencial de uma Educação Inclusiva, visto que muitos/as professores/as não são preparados/as para lidar com a diversidade, especificamente, aquela decorrente de necessidades educacionais especiais.

Outro documento que cabe destacar é a Resolução CEE/CP nº 7/2006 que retifica a necessidade do Atendimento Pedagógico Hospitalar e Domiciliar em Goiás:

O Sistema Educativo de Goiás, por suas mantenedoras, mediante ação integrada com os sistemas de saúde e de assistência social, deve organizar o atendimento educacional especializado aos alunos impossibilitados de freqüentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio.

§ 1º As classes hospitalares e o atendimento em ambiente domiciliar devem dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem de alunos matriculados em escola de educação básica, visando ao seu retorno e reintegração ao grupo escolar.

§ 2º Para crianças, jovens e adultos que não estão incluídos no sistema de ensino, deve ser propiciado atendimento educacional por meio de currículo flexibilizado de forma que possa facilitar seu ingresso na escola.

§ 3º Nos casos de que trata este artigo, a certificação de freqüência deve ser com base em relatório elaborado pelo professor.

Mediante o exposto, na Resolução CEE/CP nº 7/2006, percebe-se a preocupação com o Atendimento Pedagógico no âmbito domiciliar, com o intuito de propiciar continuidade aos estudos e com os registros de freqüência e certificação pelo/a professor/a contratado/a pela Secretaria de Estado de Educação, Cultura e Esporte – Seduce/GO nas formas efetiva ou temporária.

A professora Z. R. N. expôs que trabalhou no Atendimento Pedagógico Hospitalar durante 16 (dezesesseis) anos, pois aspirava contribuir para a sociedade e atender às expectativas de realização profissional e pessoal. No Projeto Hoje exerceu as funções de professora, coordenadora pedagógica e coordenadora geral e devido à dimensão do Projeto Hoje, percebeu outra necessidade: a formação de uma equipe multiprofissional:

Em 2006, nós conseguimos a permissão para ter uma assistente social e uma psicóloga para fazer os cuidados e o acompanhamento emocional das professoras do Hoje. Esse trabalho era rico, muito rico. Porque eu constatei que quando as pessoas ficam muito tempo nesse atendimento, elas adoecem. Então, se elas são cuidadoras de pessoas que já estão doentes, prefiro dizer, que estão em condições especiais de saúde; pois quando a gente fala que a pessoa é doente, também é uma forma de excluir, elas (as professoras) precisavam de cuidados e a psicóloga fez um trabalho muito bom. E assim estava formada a equipe diretiva: coordenação geral, coordenação do atendimento hospitalar, coordenação do atendimento domiciliar, assistente social e psicóloga. Isso dava um respaldo tanto legal, quanto teórico para que o trabalho se desenvolvesse de forma mais equânime possível e com qualidade. Nesse ano, também, nós, do atendimento pedagógico hospitalar, fomos objeto de estudo da tese de doutorado de Rita Francis, intitulada: “Capacitação de professores de classe hospitalar em relação professor-aluno/paciente na perspectiva balintiana”. Em contrapartida ela fazia conosco, o grupo Balint e é uma época que eu chamo de “era de ouro” da Pedagogia Hospitalar.

A continuidade do trabalho pedagógico no hospital ou na escola requer um novo olhar, uma avaliação do processo que vem sendo desenvolvido e que necessita ser sempre repensado. Luckesi (2006) explica a diferença entre a avaliação e a verificação:

O processo verificação se difere do processo de avaliação, uma vez que o primeiro se encerra na obtenção do dado ou informação que se busca, enquanto o segundo é formulado a partir das determinações da conduta de atribuir um valor ou qualidade a alguma coisa, ato ou curso de ação..., que, por si, implica um posicionamento positivo ou negativo em relação ao objeto, ato ou curso de ação avaliado. (LUCKESI, 2006, p. 92-93).

Nesse sentido, a concepção de avaliação incita o/a professor/a a buscar processos e metodologias que o/a mobilize a deslocar-se de sua posição inicial para fazer possíveis intervenções capazes de priorizar a qualidade dos objetivos propostos e dos processos de ensino e aprendizagem, visando ao caráter formador e o desenvolvimento integral do educando. Assim, Hoffman (2007) defende que

A avaliação é, portanto, uma ação ampla que abrange o cotidiano do fazer pedagógico e que faz pulsar o planejamento, a proposta pedagógica e a relação entre todos os elementos da ação educativa. Basta pensar que avaliar é agir com base na compreensão do outro, para se entender que ela nutre e vigora todo o trabalho educativo. Sem uma reflexão seria e valores éticos se perdem os rumos do caminho, a energia e o vigor dos passos em termos da melhoria do processo. (HOFFMANN, 2007, p. 17).

Sobre a forma de avaliar, no atendimento pedagógico hospitalar/domiciliar, Z. R. N. relata que

A avaliação e o acompanhamento das atividades e das metodologias eram realizados pelas coordenadoras que faziam reuniões semanais. As

coordenadoras traziam todos os aspectos para serem discutidos e melhorados. Pegávamos, também, as experiências de outros estados e nos perguntávamos o que poderia ser melhorado e sempre achávamos que tinha que melhorar. Essa era a melhor forma de se aproximar da ação pedagógica.

É necessário, então, que a avaliação seja entendida como uma ação contínua em que o professor possa analisar as múltiplas facetas do ensino e buscar ações educativas que priorizem a qualidade do processo ensino/aprendizagem.

Ao ser questionada sobre as dificuldades encontradas para a realização do trabalho no Projeto Hoje, a professora Z. R. N. relatou o que acontecia

Quando a Secretaria diminuía a quantidade de contratos. Em 2010, foi um ano bom. Tínhamos cerca de 120 (cento e vinte) professoras/es e praticamente, 50 (cinquenta) classes hospitalares, inclusive no interior do estado. E a outra dificuldade era encontrar profissional com o perfil da Rede, porque nós tínhamos a seguinte forma de selecionar: primeiro, fazia uma prova escrita; depois uma semana de formação e depois ficava uma semana no hospital. Então, existia uma ideia muito errada de que eu aprovava ou reprovava alguém; mas era a própria pessoa que se aprovava ou se reprovava, principalmente, depois de ficar uma semana no hospital e reconheciam que não tinham perfil para continuar no trabalho.

Cabe ressaltar que, por meio da Resolução CEE/CLN nº 41 de 2 de dezembro de 2010, o Projeto Hoje passa a ser reconhecido como Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar - Naeh, conforme apresentado no próximo item.

Outro fator que a fundadora Z. R. N. considera relevante e como sugestão para a realização e melhoria do trabalho do Naeh é o Planejamento de aula e explica:

Por isso, quando fiz a Especialização em Psicopedagogia, o meu objeto de pesquisa era o Planejamento de aula. Porque, nós não precisávamos nos preocupar com o Plano de Ensino, pois a criança ficava conosco temporariamente. É uma grande dificuldade que o Naeh enfrenta, ainda hoje e interfere na qualidade do trabalho e que deve ser revista. Desde 2008, eu coloco alunas da UniAnhanguera para estagiar no Naeh e eu analiso este material como forma de fazer uma avaliação. Eu percebo que nos últimos três anos, o trabalho da ação pedagógica, ficou muito burocratizado. Então, depois de um atendimento, você se ocupa horas preenchendo relatórios. É mais importante o relatório do que o atendimento com qualidade que você faz com o menino. O relatório tem sua importância, mas ele não é e não pode ser o mais importante. O mais importante tem que ser o sujeito que está no centro do processo da ação pedagógica. Porque se a gente não garantir que esse sujeito dê continuidade ao ano letivo, então para quem serve essa ação pedagógica? Então, o grupo precisa debater sobre esse assunto e questionar por que esse planejamento da aula não tem acontecido de forma diária. Eu acho que existe uma negação da responsabilidade com esse planejamento e também ver essa questão da burocratização. Eu também acho que o Naeh precisa avançar em relação às patologias psíquicas, que não são muito ventiladas. Muitas vezes os profissionais não conseguem perceber as patologias psíquicas.

Desse modo, entende-se que a complexidade em que se insere o tema em estudo requer também que as próprias universidades se debrucem sobre a abordagem que pode ser feita nos cursos de formação de professores.

A responsabilidade pela construção da ação pedagógica perpassa pelas universidades. Nesse sentido, as Diretrizes Nacionais para a Formação de Professores, bem como as normatizações dos Conselhos Estaduais de Educação apontam elementos importantes para que os estados e suas instituições, inclusive as universidades, possam refletir e definir as próprias políticas de formação de professores, os projetos de cursos, considerando a sua autonomia. A estrutura curricular dos cursos de Licenciatura e as propostas de estágio devem ser flexíveis, de modo a oferecer uma pluralidade de caminhos aos/às licenciandos/as.

A elaboração de um projeto robusto para a licenciatura não é tarefa apenas da Faculdade de Educação ou de professores das matérias pedagógicas... afirmar que a formação do professor é obra exclusiva dos docentes das matérias pedagógicas... acaba decorrendo a falsa suposição segundo a qual a formação nas matérias de conteúdo não cabe crítica alguma. (NAGLE, 1986, p. 166).

Ainda no que concerne à responsabilidade das universidades com a formação de professores e com a elaboração da matriz curricular que atenda às diversidades da sociedade, Z. R. N. expõe que

Entre as universidades, a única que tem na matriz curricular, a disciplina “Metodologia aplicada à Pedagogia Hospitalar” é a UniAnhanguera. As outras pincelam o assunto dentro da Educação Inclusiva ou dentro de assunto sobre Diversidade; mas, não tem como disciplina. Assim, essas meninas passam a conhecer toda essa história que eu estou te contando e todo o processo de construção e algumas se apaixonam por essa área e outras não, por não terem perfil. Mas elas não encontram espaço para trabalhar nessa área, porque a Secretaria está reduzindo a quantidade de contratos. Na minha formação acadêmica, em momento algum foi falado em Pedagogia Hospitalar e aprendi muito na prática. A minha formação foi invertida: primeiro a prática e depois o embasamento teórico. Então, as universidades precisam estar atentas e alertas para essa nova área.

Há também o aspecto de inclusão social e educacional, que caracteriza o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, conforme documentos já expostos nesta tese. No entanto, ao ser questionada se o Naeh promove a inclusão, a professora Z. R. N. respondeu como esse fator influenciou, também, a sua saída desse atendimento:

Em uma monografia que orientei, uma aluna há dois anos fez uma pesquisa e a questão central era essa: “O Naeh promove a inclusão?” E a aluna

concluiu, pela pesquisa, que o Naeh não tem promovido a inclusão, muito pelo contrário, o Naeh tem promovido a exclusão. Por quê? O que motivou a minha saída do Naeh foi exatamente esse fator. A gente trabalhava na perspectiva inclusiva, atendendo a todos, independentemente se ele fosse de Goiás, se tivesse matriculado... inclusive a lei fala: “matriculados e não matriculados”. Então, pela Superintendência de Inteligência e Formação Pedagógica, não entender e por desconhecer essa característica fundamental da lei, a ordem era atender só os alunos matriculados, na Rede Estadual. Eu discordei dessa postura e fui mal interpretada. O atendimento saiu da perspectiva inclusiva para a de exclusão. Aí eu teria que cumprir uma ordem, sem nenhum conhecimento filosófico, científico e legal. Aí eu pensei: acabou o meu tempo aqui, não fico aqui mais! Eu usava uma frase que eu acho muito forte: se tiver de ser pior do que sou para desenvolver um trabalho, então é melhor sair! Eu poderia continuar contribuindo, com toda a experiência e conhecimento que tenho, mas penso que a nossa gestão pública não aprendeu a valorizar uma construção. Não se pensou em dar continuidade ao trabalho realizado anteriormente. Essa situação que o Naeh vive de atender somente os alunos matriculados é um emblema de exclusão.

Percebe-se mediante os relatos, que a professora Z. R. N. se refere sempre às professoras, como profissionais que atuavam no Projeto Hoje. Então, coube questionar acerca da contratação de professores/homens para a realização do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, ao que ela respondeu:

Durante esse tempo, 16 anos, nós contamos com 5 rapazes (professores). Eu não vejo que não há uma diferença entre homens e mulheres. Os meninos realizavam um excelente trabalho, a grande maioria no Atendimento Pedagógico Domiciliar. É claro que eu tomei o cuidado de colocar os professores para atender aos meninos, porque, muitas vezes, eu percebia uma reserva por parte da família. Então, eu já respeitava essa questão. Outro detalhe, também, dois professores eram formados em Exatas e estudantes de Teologia, o que enriquecia a prática pedagógica. Infelizmente, não continuaram conosco devido ao encerramento dos contratos. Outro professor que era da Rede realizou um excelente trabalho, coordenando o Atendimento Domiciliar e percebo que estão prontos para colaborar, às vezes eles não ficam porque não têm perfil. Há uma questão cultural, o magistério é exercido em sua maioria por mulheres (na Educação Básica). Eu posso dizer que o Atendimento Pedagógico Hospitalar modificou e ainda modifica a minha vida. Hoje me sinto uma pessoa melhor, mais humana, mais atenta à ação pedagógica, que é de uma responsabilidade imensa. Às vezes, eu dispensava uma professora, porque teve uma atitude desumana, mas eu tentava aproveitá-la em outro local porque o objetivo vai além do pedagógico, é humanizador também. São as questões do humano, da atenção. Eu tenho um artigo que chamo as professoras de: “Mulheres maravilhosas”, são mulheres que percebem que a nossa função é humanizante, pois a gente consegue influenciar as atitudes de enfermeiras e atendentes, de influenciar a escuta e a atenção da família com o seu filho que estava em condição especial saúde.

Pode-se constatar que a maioria de profissionais que atuavam no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar eram mulheres: professoras, assistente social, coordenadoras e psicóloga.

A professora Z. R. N. encerra seu relato ressaltando a importância do trabalho em equipe para a promoção do sucesso e da qualidade do ensino-aprendizagem:

O que fez do Projeto Hoje, uma ação de sucesso foi o envolvimento de toda equipe. Pessoas que eram apaixonadas pela Pedagogia Hospitalar e que gostavam e queriam estudar. A atuação nesse atendimento vai requerer do profissional autoconhecimento, autotransformação e ter consciência da sua docência.

Há que lembrar que os/as estudantes das classes hospitalares eram e ainda são, crianças e adolescentes que, em decorrência de seu estado especial de saúde ou tratamento, apresentam-se, geralmente sensíveis e instáveis, ou seja, trata-se de pessoas que necessitam de atenções especiais e que vão além dos conhecimentos acadêmicos, mas, principalmente, no que condiz à ação pedagógica. Portanto, essas condições requerem cuidados educativos na perspectiva holística, ou seja, em sua totalidade.

Dessa forma, em relação à Pedagogia Hospitalar em Goiás, iniciou-se a construção de uma nova prática pedagógica, mediante o desenvolvimento de reflexões em um novo contexto pedagógico e sob a influência de nova mentalidade no processo educação/saúde.

3.3 Do Projeto Hoje ao Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar - Naeh

O Atendimento Pedagógico Hospitalar é uma das modalidades da Educação Especial que objetiva atender estudantes da Educação Básica. De acordo com o parecer CNE/CEB nº 17, de 03 de julho de 2001:

Os objetivos das classes hospitalares e do atendimento em ambiente domiciliar 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; e desenvolver currículo flexibilizado com crianças, jovens e adultos não matriculados no sistema educacional local, facilitando seu posterior acesso à escola regular.

A Pedagogia Hospitalar em Goiás, mediante ação integrada entre os sistemas de ensino e de saúde, vem garantir o direito à educação de crianças, jovens e adultos, matriculados nas redes estadual e municipal de ensino. Esse direito também abarca estudantes de outros estados que estejam em tratamento em Goiás

desde que sejam, na ocasião, transferidos para as escolas da rede estadual ou municipal de ensino de Goiás e que se encontram em situação especial de saúde, impossibilitados de frequentar as aulas implicando em internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio.

Mediante a Resolução CEE/CLN nº 41 de 2 de dezembro de 2010, devido às mudanças implantadas na esfera administrativa estadual em Goiás, o atendimento pedagógico hospitalar e domiciliar, tradicionalmente conhecido como Projeto Hoje, passa a ser ofertado pelo Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar - NAEH, sob a Gerência de Ensino Especial, da Seduce/GO.

Em 2010, a Seduce/GO lançou a coleção “10 anos do Programa Estadual de Educação para a Diversidade numa Perspectiva Inclusiva” com o intuito de caracterizar a efetividade do “Projeto Hoje” em Goiás (GOIÁS, 2010), em atendimentos realizados durante estes dez anos:

[Em] dez anos de Atendimento Educacional Hospitalar, aproximadamente 19.958 educandos [foram] atendidos na capital e no interior; destes, 732 pelo Atendimento Pedagógico Domiciliar; 45 Classes Hospitalares [envolvendo] 358 educadores. No decorrer da prática pedagógica hospitalar, a equipe do Projeto Hoje tem refletido sobre esse novo contexto da pedagogia que nos provoca muitas dúvidas, e questionamentos, intensificando a busca pelo estudo e análise. (GOIÁS, 2010, p. 65).

De acordo com o índice de Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar demonstrado, percebe-se que o fato se evidenciou pela preocupação com a escolaridade, compreendida como eixo central na vida da criança/adolescente.

Rodrigues Neto (2010) afirma que, no decorrer da construção da prática pedagógica hospitalar, a equipe do Projeto Hoje buscou refletir sobre esse conceito da Pedagogia Hospitalar, que provocava muitas dúvidas e questionamentos. O grupo, também, intensificava o estudo e a análise visando à melhoria do atendimento pedagógico hospitalar em Goiás.

Os documentos oficiais da Gerência de Ensino Especial (GOIÁS, 2013), demonstram que o Atendimento Pedagógico Hospitalar, atualmente, é realizado em diversos hospitais públicos de Goiânia, sendo eles:

- Hospital Araújo Jorge (HAJ);
- Hospital de Doenças Tropicais Anuar Auad (HDT);
- Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi (HGG);
- Hospital das Clínicas (HC);

- Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia;
- Hospital de Urgência de Goiânia (HUGO);
- Hospital Materno Infantil (HMI);
- Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER);
- Hospital Dermatológico Sanitário Santa Marta (HDS); e
- Hospital de Urgência Governador Otávio Lage (HUGOL).

Cabe destacar que o trabalho do Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar desenvolve-se nos hospitais da Rede Estadual de Saúde em Goiânia e, em situações excepcionais, oferece atendimento domiciliar e nos demais municípios goianos, também, amplia-se o atendimento domiciliar. No caso do Atendimento Pedagógico Domiciliar, o documento “Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações” estabelece que

O alunado do atendimento pedagógico domiciliar compõe-se por aqueles alunos matriculados nos sistemas de ensino, cuja condição clínica ou exigência de atenção integral à saúde, considerados os aspectos psicossociais, interfiram na permanência escolar ou nas condições de construção do conhecimento, impedindo temporariamente a frequência escolar. (BRASIL, 2002, p. 16).

Esses/as educandos/as se encontram em situação especial de saúde, pois mesmo que não estejam hospitalizados, ainda requerem cuidados por estarem em tratamento ou em repouso.

Para melhor desenvolvimento da proposta pedagógica do Naeh, que envolve todas as variáveis necessárias para a gestão do currículo e atendimento às orientações da Seduce, com vistas a assegurar a eficácia e eficiência do trabalho, foi designada uma Equipe Gestora, já citada neste trabalho, composta pelos seguintes membros:

- Diretor ou Coordenador Geral;
- Coordenador Hospitalar;
- Coordenador Domiciliar;
- Secretária;
- Assistente Social;
- Psicólogo; e
- Professores/educadores efetivos ou contrato temporário, de acordo com a demanda de educandos/as em atendimento.

O Núcleo, além do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, desenvolve vários projetos, quais sejam: Depende de nós, Escola inclusiva, Ações em Parcerias (salas alternativas para a Educação de Jovens e adultos), Acelere/ Avance, Escola Ativa, Projeto Comunicação, Espaço criativo, Despertar, Caminhar Juntos, Refazer, Prevenir e Projeto Unidades de Referências, juntamente com as ações da Superintendência de Ensino Especial (GOIÁS, 2013).

A Classe Hospitalar, por sua natureza, é multisseriada e requer diagnóstico e acompanhamento pedagógico permanente para que os professores/as possam planejar as atividades específicas coerentes com as dificuldades e a fase da vida de cada educando/a.

Em Goiás, os planejamentos e atividades são elaborados mediante as orientações do Currículo Referência da Rede Estadual de Educação – Seduce/GO e, adaptados conforme o desenvolvimento no processo ensino-aprendizagem e da necessidade dos/as estudantes em Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar Além do Currículo Referência, um conjunto de documentos compõe e legitima o referido atendimento, em Goiás e estão disponibilizados no “Blog do Naeh”, como:

- ✓ Formulário para identificação do aluno a ser preenchido pelo educador sempre que iniciar o atendimento a um novo/a educando/a;
- ✓ Ficha de identificação do/a aluno/a a ser preenchido no encerramento do atendimento;
- ✓ Ficha de identificação do educador preenchida uma única vez por professor/a que atua em atendimento pedagógico hospitalar ou domiciliar;
- ✓ Autorização de imagem;
- ✓ Calendário 2017 autorizado pela Seduce – GO;
- ✓ Conteúdos de Arte;
- ✓ Cronograma de atendimentos domiciliares preenchido pelo/a professor/a;
- ✓ Diretrizes Naeh;
- ✓ Currículo Referência experimental de Educação Física/Atividades Esportivas para o Ensino Fundamental e para o Ensino Médio;
- ✓ Ficha de frequência dos Atendimentos Pedagógicos;
- ✓ Modelo de planejamento mensal do AEE do CRER;
- ✓ Parecer CEE/CLN nº 0267/2015 que autoriza o funcionamento do NAEH até 31/12/2019;

- ✓ Resolução CEE, nº 07 que estabelece Normas e Parâmetros para a Educação Inclusiva e Educação Especial no sistema educativo de Goiás;
- ✓ Lei nº 13.146/2015 que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);
- ✓ Plano de aula;
- ✓ Documento de acesso às informações necessárias para o entendimento do funcionamento do Naeh;
- ✓ Relatório de Avaliação Bimestral;
- ✓ Modelo de cabeçalho para atividade;
- ✓ Divulgação e material dos cursos de formação continuada e sugestão de leituras.

Assim, ao mediante o rigor exigido para o funcionamento do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, a Pedagogia Hospitalar, em Goiás, não pode ser confundida com o processo terapêutico realizado pela equipe da educação. Cabe, então, ao/à profissional do Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar promover atividades que possibilitem à criança, ao adolescente e ao adulto em tratamento e/ou em convalescença ou hospitalizado, o início ou a continuidade de sua escolaridade, estimular o desenvolvimento e possibilitar a diminuição da evasão, da defasagem idade/série e do fracasso escolar.

As reflexões apresentadas apontam para o fato de que o acervo teórico e textos legais em favor da inclusão educacional convergem para a garantia dos direitos de todos, entre os quais se encontram os estudantes impossibilitados de frequentar a escola em prol da saúde.

Nesse sentido, na perspectiva da inclusão, a Educação pode se transformar com o objetivo de acolher a todos, ao respeitar a diversidade humana e as necessidades de todos/as os/as alunos/as. No entanto, percebe-se que ainda há muito o que se fazer no sentido de romper com as barreiras e os obstáculos em favor da inclusão.

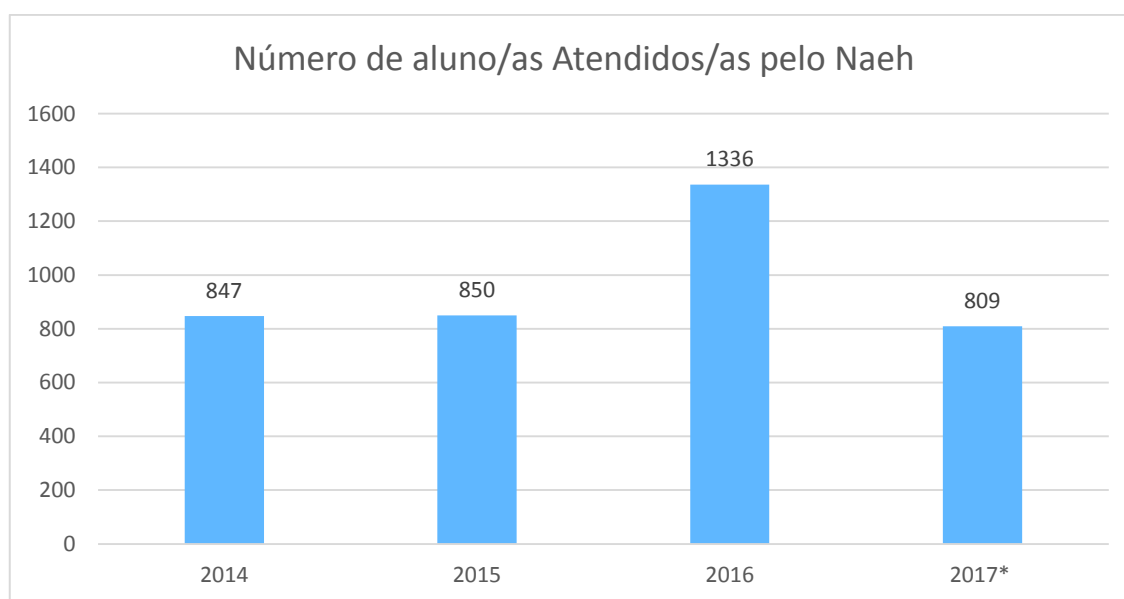
3.4 Os atendimentos do Naeh em gráficos (2014 a 2017)

No intuito de apreender a dimensão do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar e suas peculiaridades, buscou-se, por meio de gráficos, apresentar e analisar a trajetória dos atendimentos realizados pelo Naeh no período

de 2014 a 2017. Os dados apresentados têm como fonte: Banco de Dados do Naeh/Seduc-GO da *intranet*.

Os gráficos a seguir registram a totalização dos dados que abordam aspectos referentes aos/as educandos/as, professores/as e equipe gestora. Cabe ressaltar, que os dados apresentados do ano de 2017 – assinalado com asterisco, se referem somente ao primeiro semestre.

Gráfico 1 - Alunos/as atendidos/as

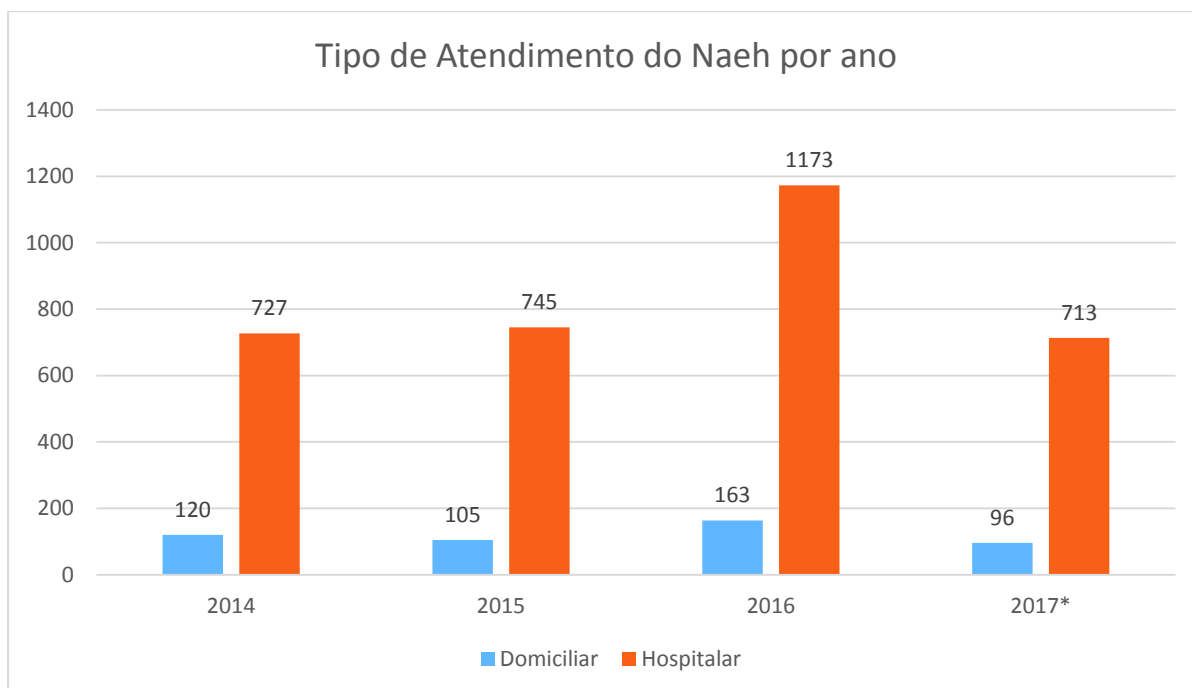


Fonte: Dados do Naeh.

De acordo com o Gráfico 1, em 2014, foram atendidos pelo Naeh 847 estudantes em hospitais e domicílios. Em 2015, esse número aumentou para 850. Mas, em 2016, houve um aumento significativo de 33%, totalizando nesse ano 1336 atendimentos. No ano de 2017, com 809 educandos/as atendidos/as no primeiro semestre, já alcançou 61% de atendimentos realizados em 2016.

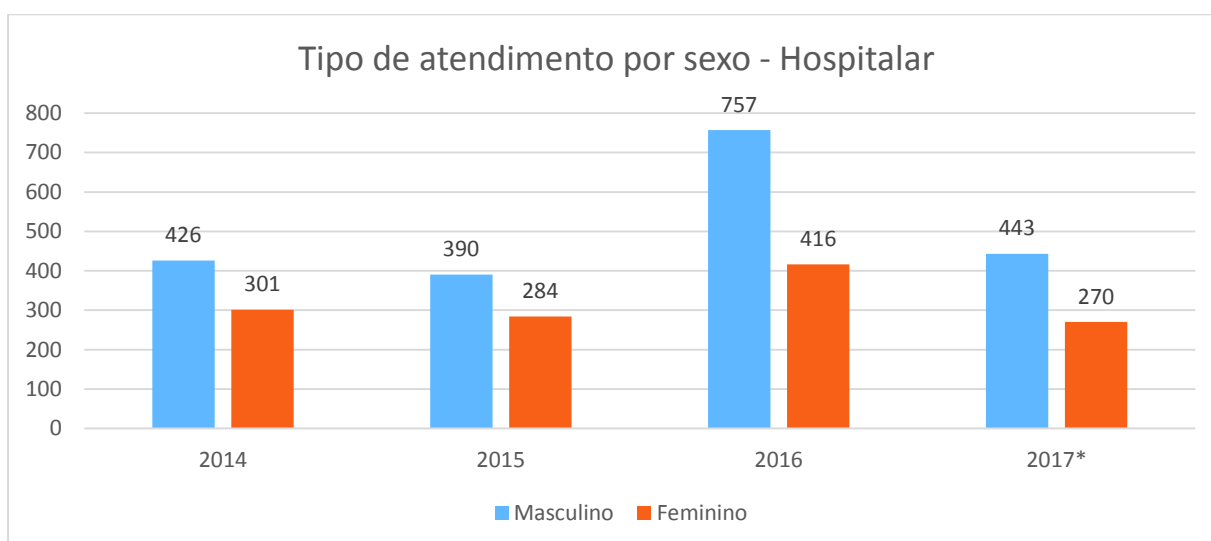
Cabe destacar, que os Atendimentos Pedagógicos realizados em hospitais são solicitados à medida que os/as educandos/as são internados/as em instituições de saúde que oferecem o referido atendimento.

No que se refere ao atendimento domiciliar, geralmente, após o/a educando/a receber alta hospitalar e, caso esteja impossibilitado de frequentar à escola, o/a responsável é quem solicita a continuidade do atendimento pedagógico em casa. Ou ainda, o/a estudante em situação de saúde especial, fica sabendo dessa modalidade de ensino, na escola ou por outros sujeitos.

Gráfico 2 - Tipo de Atendimento

Fonte: Dados do Naeh.

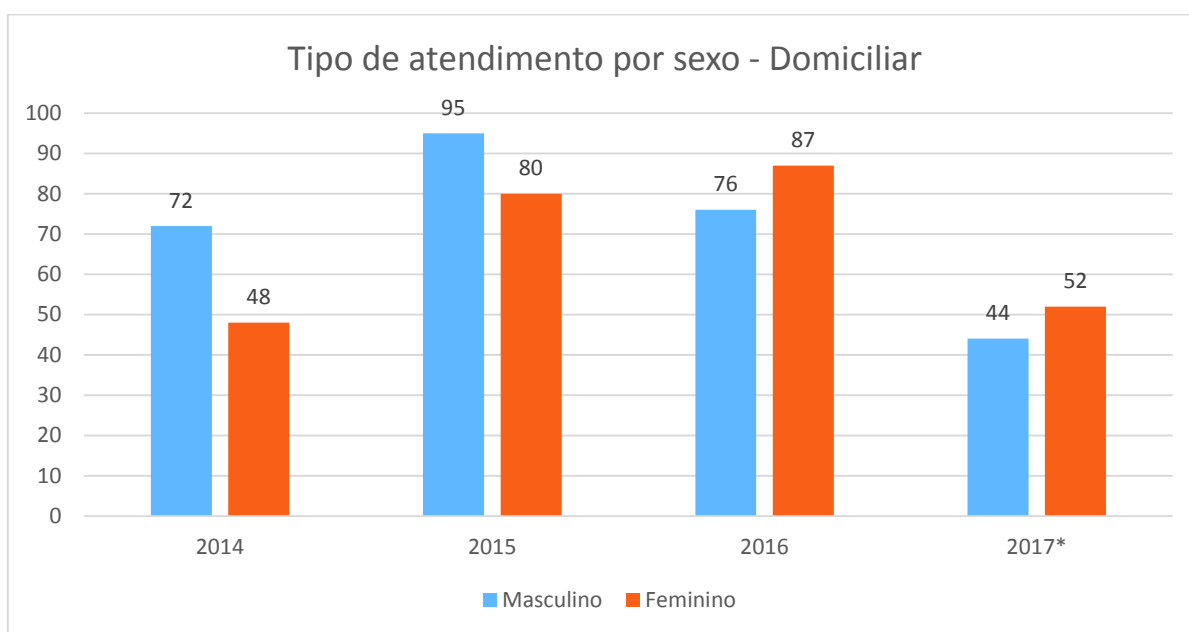
O Gráfico 2 representa o tipo de atendimento pedagógico que os/as educandos/as, em condições especiais de saúde receberam: hospitalar ou domiciliar. Em 2014, 86% dos atendimentos foram realizados nos hospitais e 14% em domicílios. Nos anos de 2015, 2016 e 2017, 88% dos atendimentos foram hospitalares e 12% realizados em domicílios.

Gráfico 3 - Gênero no Atendimento Hospitalar

Fonte: Dados do Naeh.

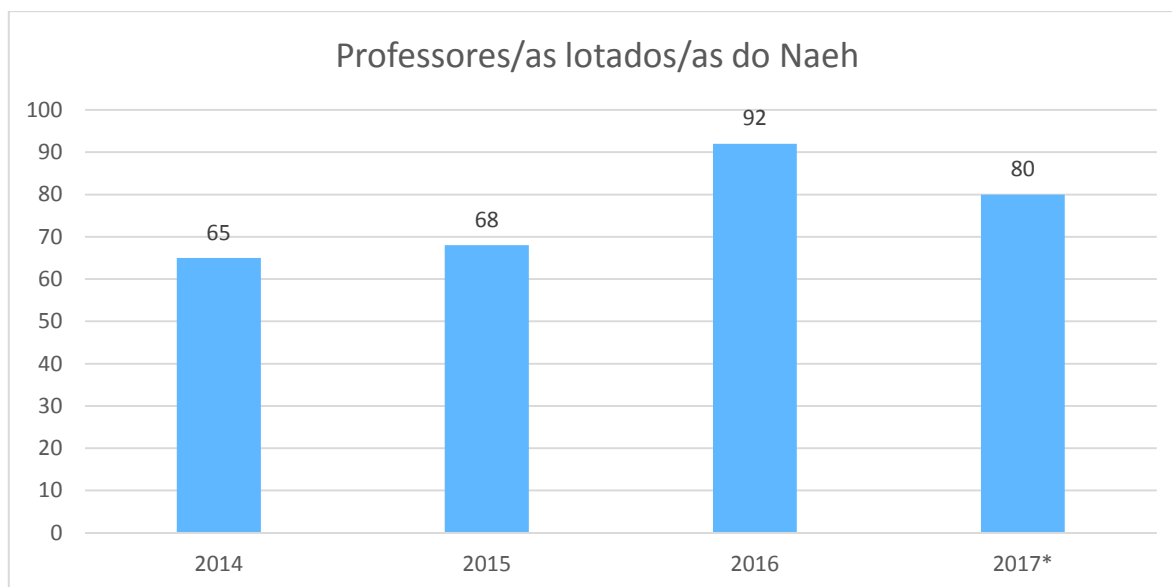
O Gráfico 3 retrata a quantidade de atendimentos realizados em hospitais por sexo e em 2014 foram atendidos 59% de educandos e 41% de educandas. Em 2015, foram atendidos 58% de alunos e 42% de alunas. Em 2016, 65% do atendimento hospitalar foi de meninos e 35% de meninas. No entanto, cabe destacar que houve um aumento significativo de 48% de atendimento aos educandos em relação ao ano anterior. No primeiro semestre de 2017 constam 62% de educandos e 38% de educandas atendidos/as.

Gráfico 4 - Gênero em Atendimento Domiciliar



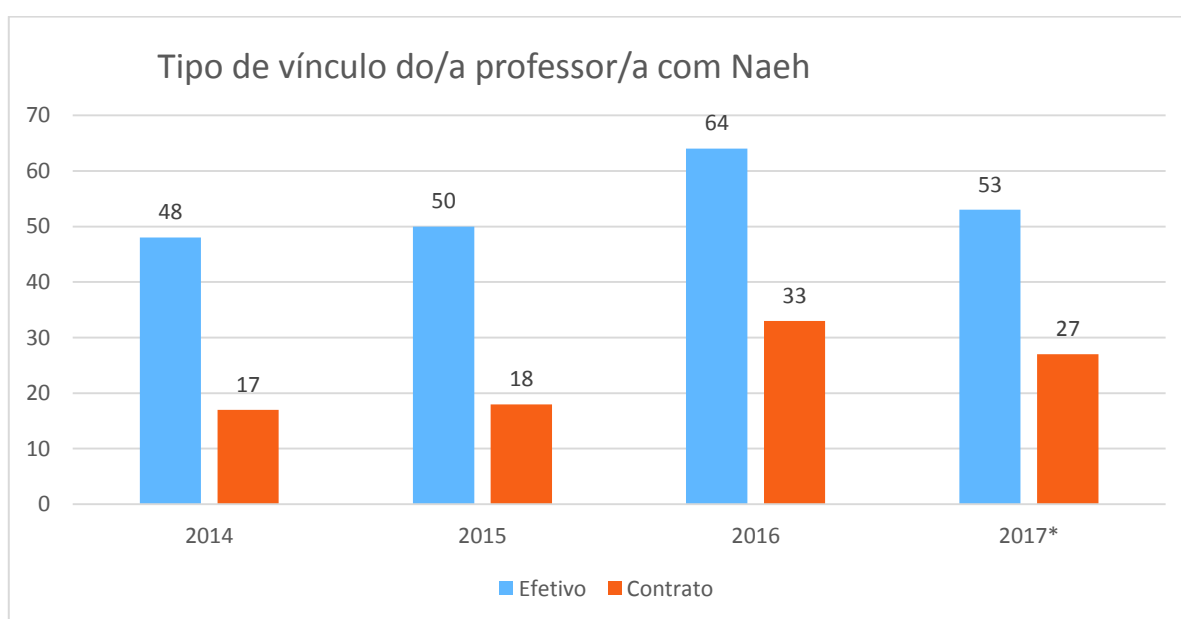
Fonte: Dados do Naeh.

No que se refere ao Atendimento Pedagógico Domiciliar, em 2014, 60% dos atendimentos aconteceram com educandos e 40% com educandas. Em 2015, também prevaleceu, como maioria, o atendimento aos educandos, que foi de 54% e 46% de educandas. A partir de 2016, esse cenário se inverte e no referido ano 47% dos atendimentos são do sexo masculino e 53% do sexo feminino. Em 2017, são 46% de alunos e 54% de alunas.

Gráfico 5 - Professores/as

Fonte: Dados do Naeh.

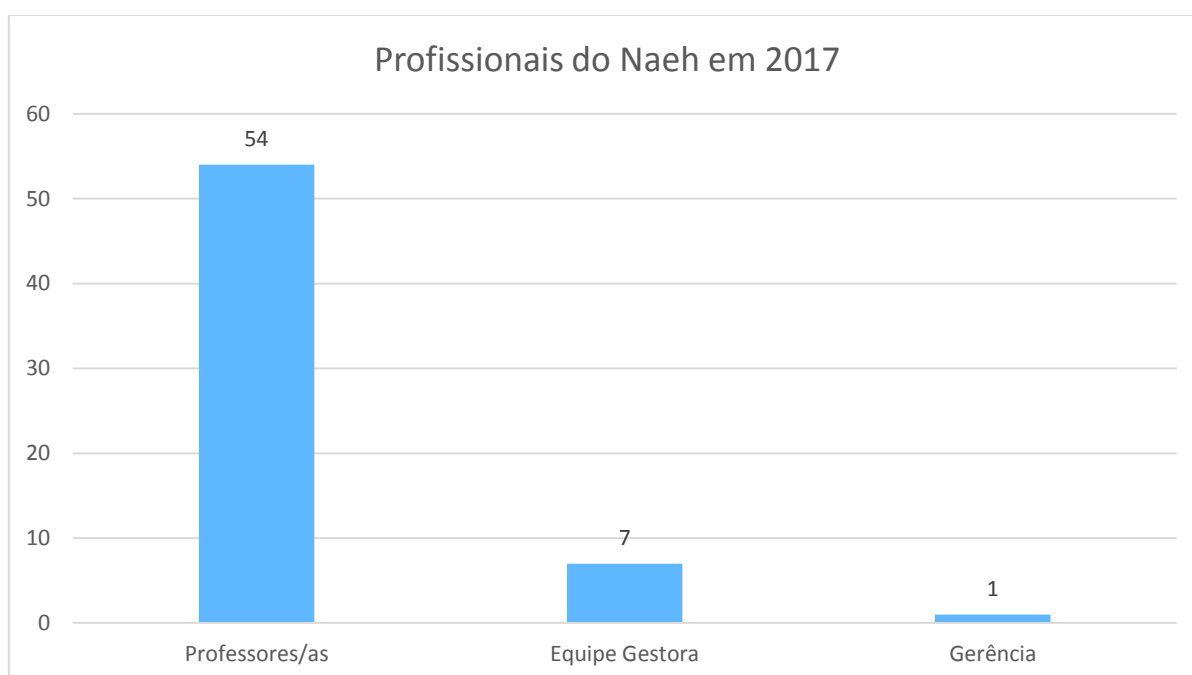
O gráfico apresenta que o quantitativo de professores/as lotados no Naeh, em 2014, era de 65 (sessenta e cinco) profissionais; em 2015 aumentou em 3 (três) profissionais, totalizando 68 (sessenta e oito). Assim, como a quantidade de educandos/as aumentou, em 2016, a quantidade de professores/as acrescentou em 74% com o total de 92 (noventa e dois) profissionais e, em 2017, o primeiro semestre apresenta o quadro de 80 (oitenta) professores/as.

Gráfico 6 - Vínculo empregatício

Fonte: Dados do Naeh.

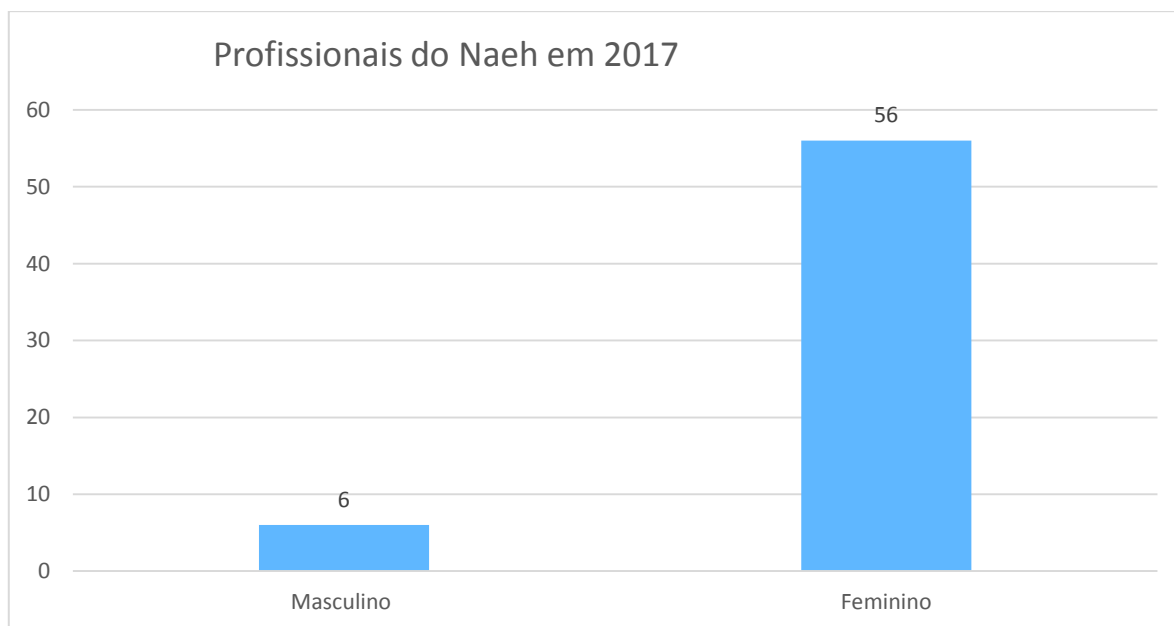
No que se refere ao tipo de vínculo do/a professor/a com o Naeh, pode-se observar que em 2014, dos/as 65 professores/as que atuavam no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, 74% eram efetivos e 26% possuíam contratos especiais. Em 2015, totalizava 68 professores/as, sendo, também, 74% efetivos e 26% com contratos especiais. No ano de 2016, com 97 professores/as, o quadro se apresentava com 66% dos/as professores/as efetivos e 34% de contratados. O primeiro semestre de 2017, também, já dispõe de 66% de efetivos e 34% de contratos especiais. Percebe-se que houve um decréscimo em relação à quantidade de efetivos que atuam nesse atendimento e um aumento de 8% de contratos especiais, caracterizando aqui a precarização em curso em todas as áreas de trabalho.

Gráfico 7 - Profissionais do Naeh em 2017



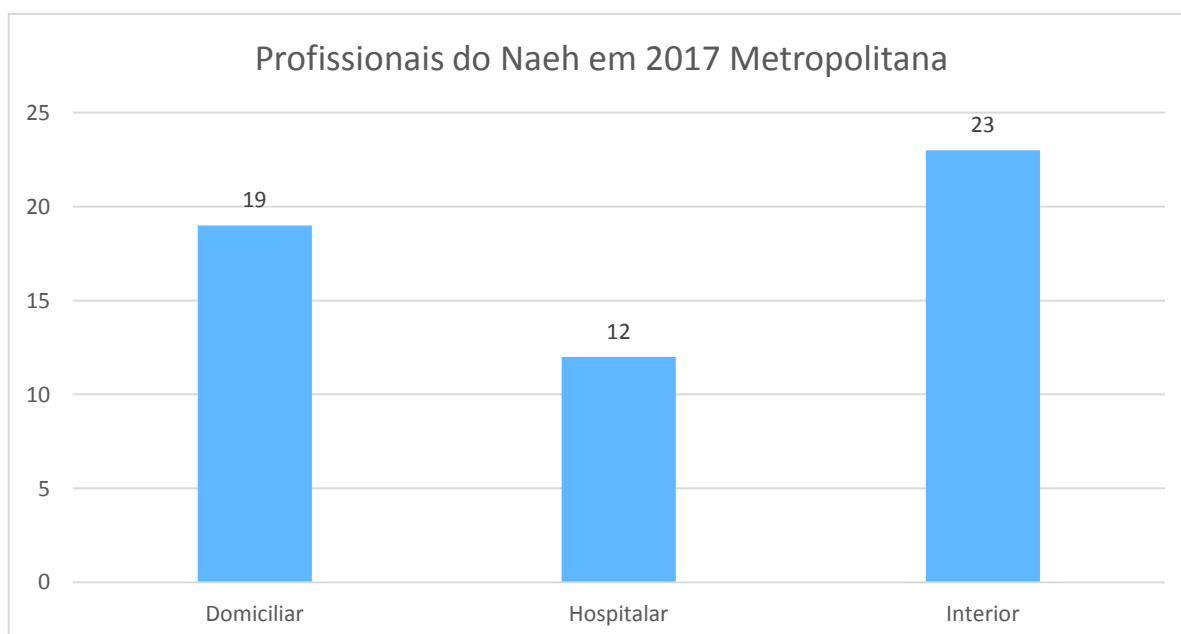
Fonte: Dados do Naeh.

O Gráfico 7 representa a quantidade de profissionais que atuam no Naeh, em 2017. O quadro é composto por 87% de professores/as, 11% pertencem à equipe gestora: coordenadoras, assistente social, psicólogo e secretária e 2% do pessoal atua na Gerência de Inclusão.

Gráfico 8 - Gênero: Profissionais do Naeh

Fonte: Dados do Naeh.

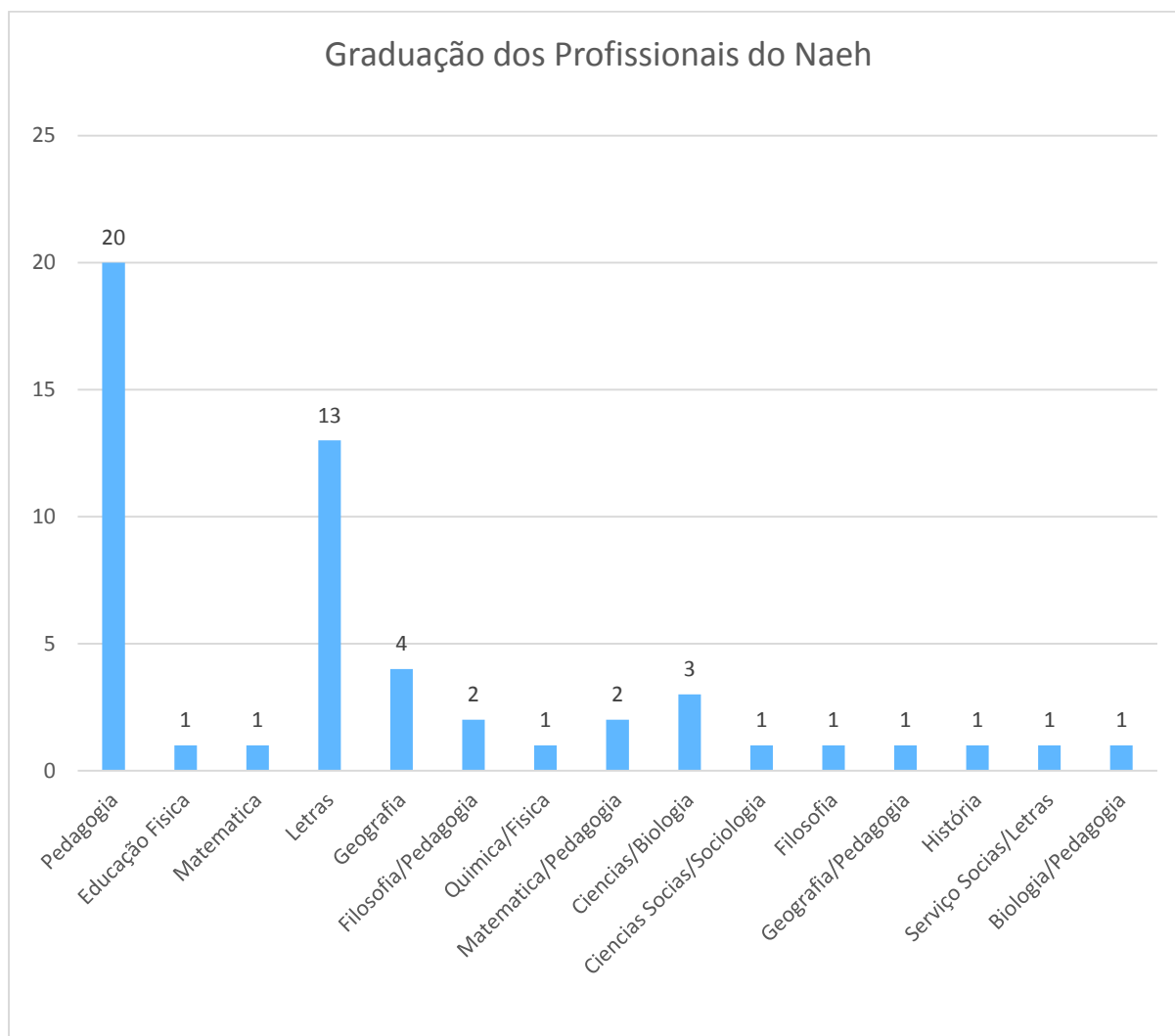
O Gráfico 8 demonstra o quantitativo de profissionais que atuam no Naeh por gênero. Percebe-se uma maioria bastante significativa de 90% de mulheres e 10% de homens. O quadro reflete o que Accácio (2005) já havia constatado acerca do envolvimento da mulher com as ocupações relacionadas ao cuidado, conforme exposto nos Capítulos I e II.

Gráfico 9 - Profissionais do Naeh: local de atendimento

Fonte: Dados do Naeh.

Esse gráfico representa a quantidade de profissionais que estão lotados no Naeh, pela Subsecretaria de Goiânia, da Seduce-GO. São 35% atuando em domicílios, 22% em hospitais e 43% no interior do estado de Goiás.

Gráfico 10 - Graduação dos profissionais do Naeh

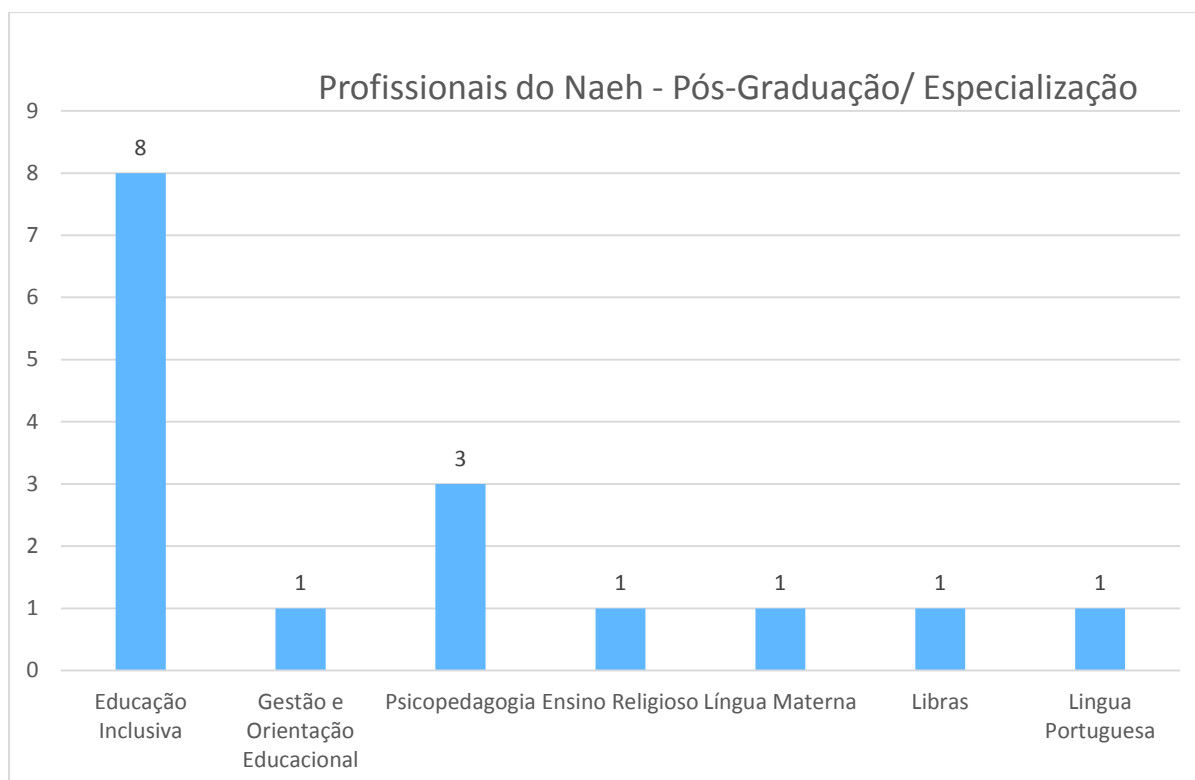


Fonte: Dados do Naeh.

O Gráfico 10 expõe que 38% dos/as profissionais que atuam no Naeh são graduados em Pedagogia, 25% cursaram Letras, 8% optaram pelo curso de Geografia, 8% também é o quantitativo dos/as profissionais que optaram pelas graduações Filosofia/Pedagogia e Matemática/Pedagogia, 6% têm dupla graduação em Ciências Sociais e Biologia. Os outros 15% estão distribuídos entre os cursos de: Educação Física, Matemática, Química/Física, Ciências Sociais, Filosofia, Geografia/Pedagogia, História, Serviço Social/Letras e Biologia/Pedagogia. Percebe-se que alguns/mas professores/as têm duas licenciaturas ou uma licenciatura e uma

complementação pedagógica, mas a opção da maioria foi pelo curso de Pedagogia. Esse quadro retrata o que estabelece o documento: “Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações”, que exigia a formação pedagógica em Educação Especial, Pedagogia ou licenciaturas (BRASIL, 2002).

Gráfico 11 - Pós-Graduação dos profissionais do Naeh



Fonte: Dados do Naeh.

O Gráfico 11 também refere-se à exigência do documento “Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações” (BRASIL, 2002). O referido gráfico aponta que dos/as profissionais que atuam no Naeh, 50% optaram pela Pós-graduação em Educação Inclusiva, 19% pelo curso de Psicopedagogia e 6% em Libras, totalizando, a maioria de 75% em Educação Especial. Os outros 25% referem-se aos cursos de Pós-Graduação em Gestão e Orientação Educacional, Ensino Religioso, Língua Materna e Língua Portuguesa.

Nesse sentido, traçou-se o perfil de profissionais e educandos/as envolvidos no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar e suas especificidades em Goiás, bem como um quadro que demonstra a trajetória do quantitativo de atendimentos realizados no período 2014-2017.

CAPÍTULO IV

A PERCEPÇÃO DOS/AS SUJEITOS ENVOLVIDOS/AS SOBRE OS DESAFIOS DO ATENDIMENTO PEDAGÓGICO HOSPITALAR/DOMICILIAR

Neste capítulo, pretende-se apresentar, mediante a pesquisa de campo realizada, o perfil dos/as entrevistados/as e apreender como, de lugares diferentes, a equipe gestora (gerente de inclusão, coordenadoras, assistente social e secretária), professores/as, responsáveis e educandos/as concebem o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar em si mesmo e nas relações que envolve, visto que, cabe aos sujeitos o exercício dialógico e a concretização de ideias expressas nesse atendimento. Este estudo intenciona, também, investigar como acontecem as relações interpessoais entre os envolvidos no que concerne às representações do feminino e do magistério existentes em nossa sociedade. Para tanto, foram aplicados questionários e realizadas entrevistas semiestruturadas com 38 (trinta e oito) sujeitos devido a eles comporem parte do elenco do Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar – Naeh. O capítulo divide-se em dois tópicos que se referem à: 1) equipe gestora e professores/as; 2) responsáveis e educandos, e com o objetivo de manter sigilo sobre a identidade dos/as entrevistados/as, os nomes utilizados na pesquisa são fictícios.

4.1 As concepções e percepções da equipe gestora e dos docentes acerca do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar oferecido pelo Naeh

Neste tópico, pretende-se apresentar e apreender, por meio da análise dos dados da pesquisa de campo, como a equipe gestora, representada por gerente de inclusão, coordenadoras, assistente social e secretária e o corpo docente concebem o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar na Rede Estadual de Ensino de Goiás, visto que são estes/as sujeitos responsáveis por coordenar e atuar nessa modalidade de ensino no Naeh.

Os dados a seguir representam as condições socioeconômicas e culturais das 5 (cinco) gestoras e 18 (dezoito) professores/as que participaram desta pesquisa.

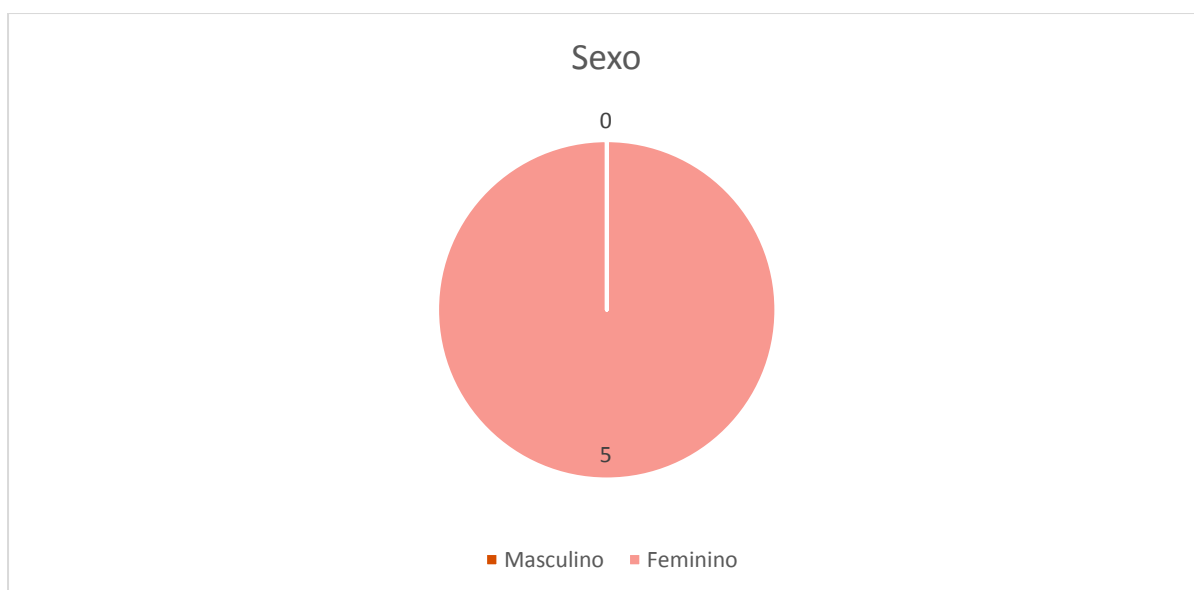
Conforme exposto, no intuito de resguardar os sujeitos entrevistados/as, neste tópico serão utilizados os nomes: gestora 1, gestora 2, gestora 3, gestora 4 e

gestora 5. E para os/as 18 (dezoito) professores/as entrevistados/as, serão utilizados os seguintes codinomes: Prof. 1, Prof. 2, Prof. 3,... Prof. 18.

Entre os/as 54 (cinquenta e quatro) professores/as participantes foram entrevistados/as 33,5%, sendo 16 (dezesesseis) professoras e 2 (dois) professores, totalizando 18 (dezoito) profissionais que atuam nos atendimentos pedagógicos hospitalar ou domiciliar e que participaram deste estudo. Cabe destacar que os dois professores entrevistados são os únicos em Goiânia que realizam esse tipo de atendimento.

Os dados analisados são considerados os mais relevantes para a pesquisa e cabe ressaltar que todos os questionários aplicados e entrevistas realizadas constam no apêndice desta tese.

Gráfico 12 - Gênero Equipe gestora



Fonte: Dados do Naeh.

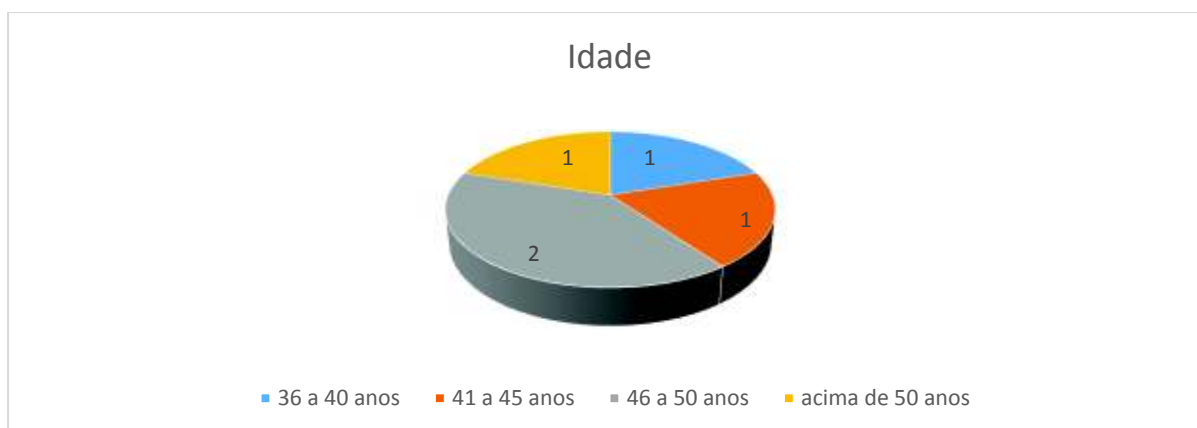
De acordo com o Banco de Dados do Naeh, são 8 (oito) os/as profissionais que compõem a equipe gestora, sendo 7 (mulheres) e 1 (um (homem)); portanto, o departamento é constituído, em sua maioria, 88% por mulheres.

A análise dos resultados obtidos a partir dos questionários aplicados e das entrevistas realizadas mostram que, em Goiânia, conforme exposto no Gráfico 8, cabe às professoras 90% dos atendimentos, portanto, a maioria.

Mediante os dados coletados, pode-se constatar que à professora é imputada a responsabilidade pelo cuidado, pelo educar e pelo ensinar, resguardados à

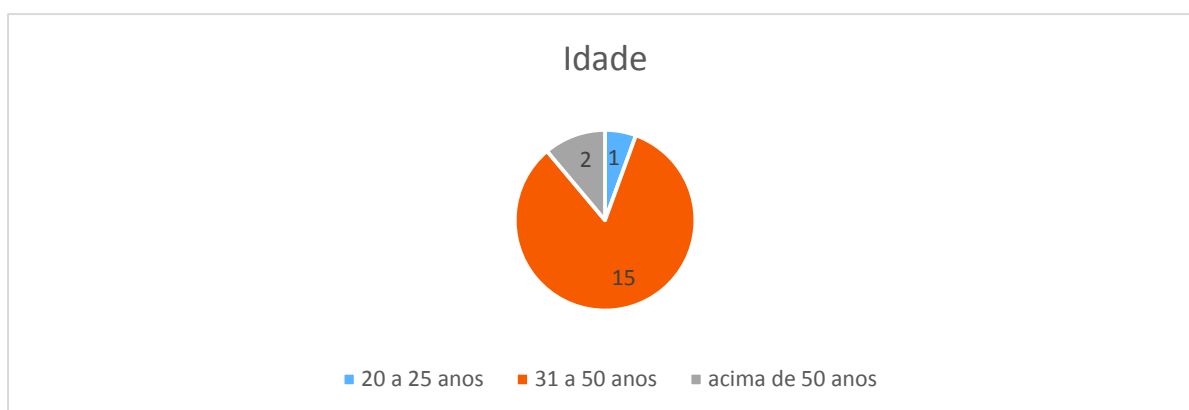
sombra das atitudes maternas. Nesse sentido, Chamon (2005, p. 17) explica que um número significativo de trabalhos apontam para o fato de que as “possibilidades de profissionalização da mulher, regra geral, têm estado em consonância com os papéis e atributos tradicionalmente designados ao gênero feminino, relacionados ao cuidar”. Esse trabalho é como se fosse inerente à natureza feminina.

Gráfico 13 - Idade Equipe gestora



Fonte: Dados do Naeh.

Gráfico 14 - Idade dos/as professores/as



Fonte: Dados do Naeh.

Desta pesquisa participaram 63%, totalizando 5 (cinco) gestoras com idade entre 36 e 60 anos, de acordo com o Gráfico 13. Ainda, no que se refere à idade, entre os/as 18 (dezoito) professores/as entrevistados/as, 5% são jovens que têm entre 20 e 25 anos; 83% estão entre a terceira e a quinta décadas de vida, com idade variando entre 31 e 50 anos; e 12% têm acima de 50 anos, conforme exposto no Gráfico 14.

Gráfico 15 - Tempo de Magistério das gestoras



Fonte: Dados do Naeh.

Gráfico 16 - Tempo de trabalho da Equipe Gestora no Naeh

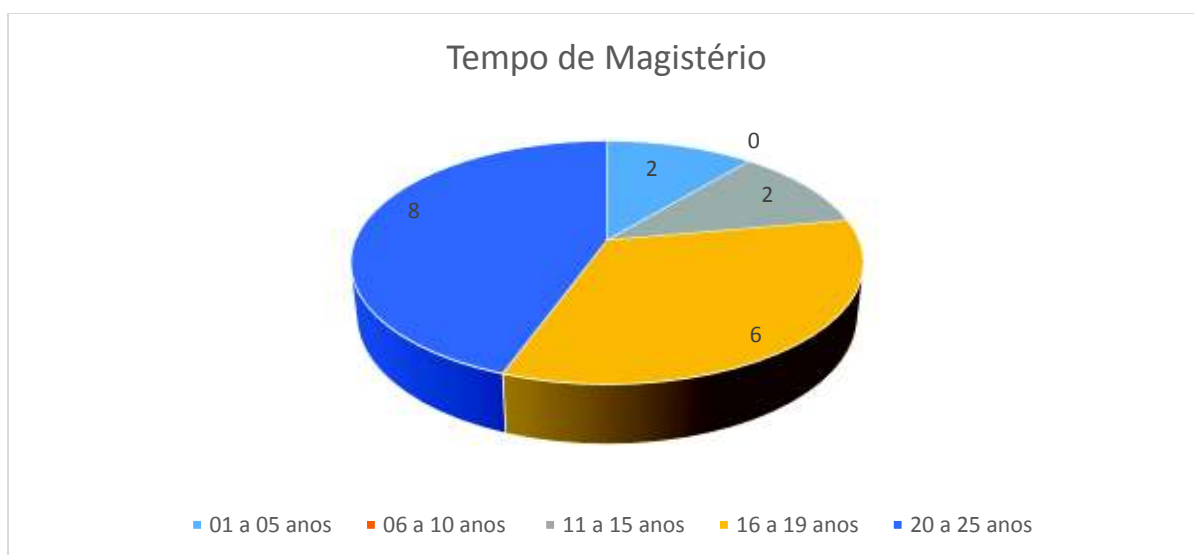


Fonte: Dados do Naeh.

Os Gráficos 15 e 16 retratam o tempo de magistério e o tempo de atuação no Naeh de cada gestora entrevistada. Cabe destacar que todas são servidoras efetivas da Seduce. Assim, de acordo com os questionários e as entrevistas semiestruturadas, a gestora 1 possui 8 (oito) anos de magistério e 6 (seis) de atuação no Naeh; a gestora 2 conta com 25 (vinte e cinco) anos de magistério e 13 (treze) de Naeh; a gestora 3 tem 12 (doze) anos de magistério e 3 de Naeh; a

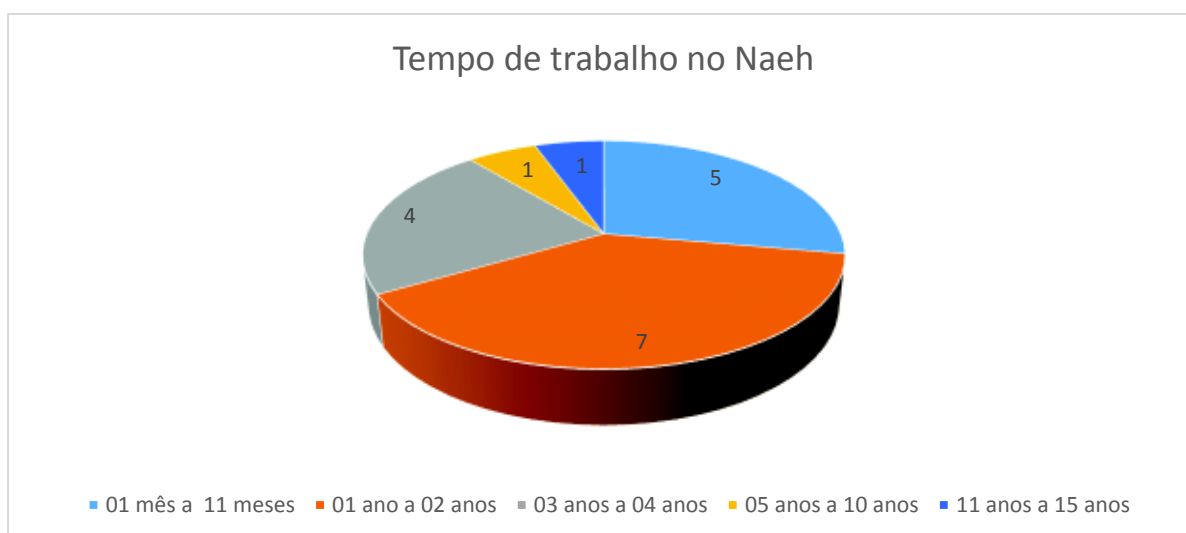
gestora 4 possui 20 (vinte) anos de magistério e 5 (cinco) de Naeh e a gestora 5 possui 23 (vinte e três) anos de magistério e um ano de Naeh. Identifica-se que nenhuma das gestoras entrevistadas acompanhou a implantação das classes hospitalares em Goiás em 1999.

Gráfico 17 - Tempo de Magistério dos/as professores/as do Naeh



Fonte: Dados do Naeh.

Gráfico 18 - Tempo de trabalho dos/as professores/as no Naeh



Fonte: Dados do Naeh.

Gráfico 19 - Tipo de vínculo com a Seduce

Fonte: Dados do Naeh.

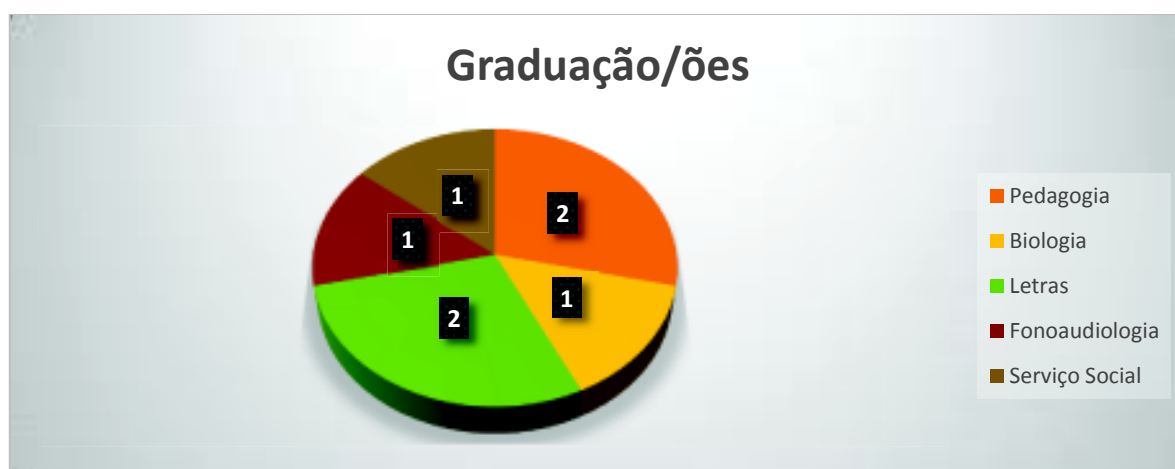
Ao se comparar os Gráficos 17 e 18, pode-se verificar que 78% dos/as professores/as têm entre 16 e 25 anos de atuação no magistério. No entanto, esse quadro se inverte ao se observar o tempo de trabalho no Naeh, pois 67% têm entre 01 mês e 02 (dois) anos nesse atendimento; 22% de 03 a 04 anos, totalizando 89%; e somente 11% têm acima de 05 anos de atuação no Naeh. Percebe-se que houve uma rotatividade de professores/as no Núcleo que não foi investigada por não serem sujeitos deste estudo os/as profissionais desligados/as das atividades do Naeh. Cabe destacar que, de acordo com o Gráfico 19, 83% dos/as professores/as têm tipo de contrato efetivo com a Seduce e 17% são professores/as contratados temporariamente.

Gráfico 20 - Tipo de vínculo dos/as professores/as com o Naeh

Fonte: Dados do Naeh.

Outro fator relevante destaca-se no Gráfico 20, pois mesmo que 83% dos/as professores/as que atuam no Naeh tenham contrato efetivo com a Seduce, apenas 39% dos/as entrevistados/as estão modulados/as no Núcleo. Dessa forma, 61% fazem opção de serem lotados/as em outra instituição, tendo a complementação de carga horária no Naeh. Esse dado pode representar a oportunidade de migração para outro espaço, caso o/a professor/a não consiga se adaptar às especificidades do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar.

Gráfico 21 - Graduação/ões da Equipe Gestora



Fonte: Dados do Naeh.

Gráfico 22 - Graduação dos/as professores/as



Fonte: Dados do Naeh.

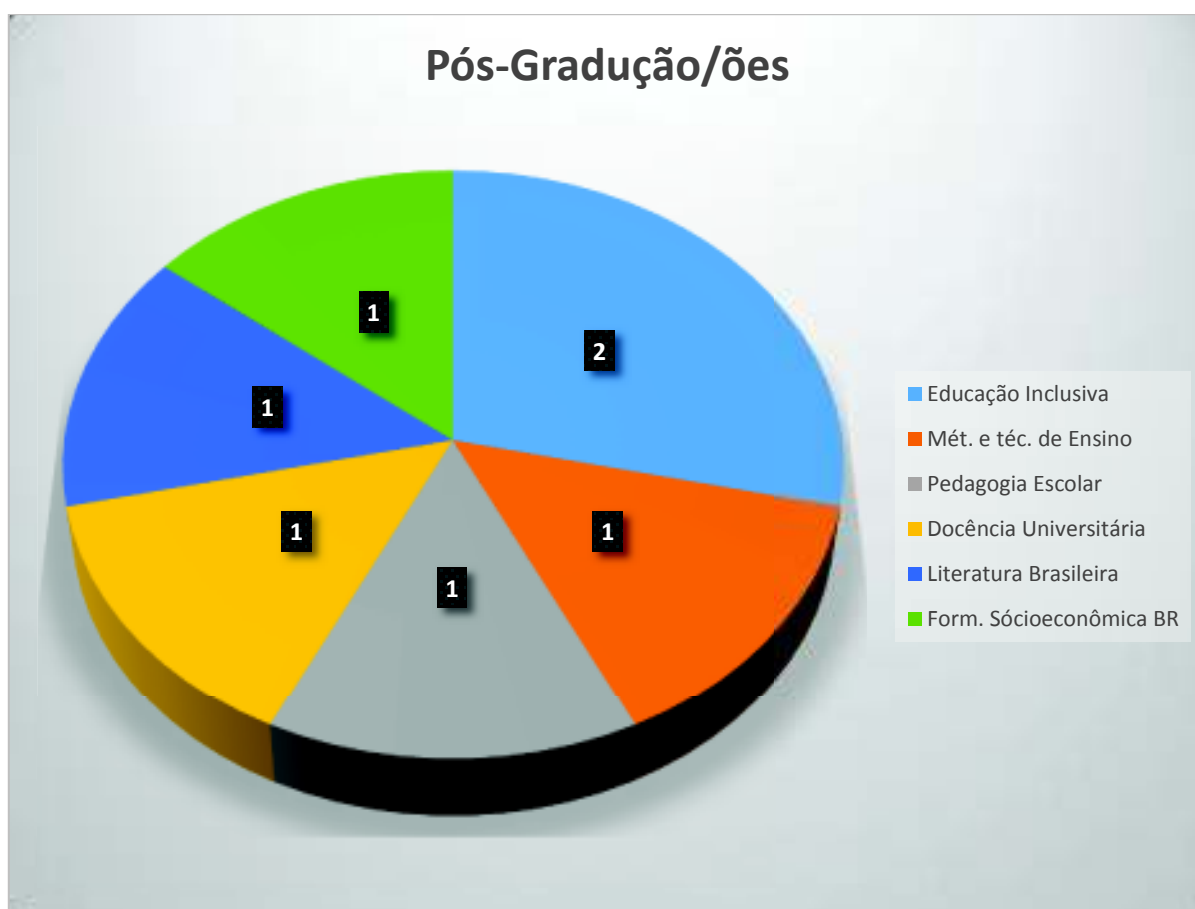
O Gráfico 21 expõe que duas gestoras possuem Graduação em Pedagogia, duas em Letras, duas em Biologia, uma em Fonoaudiologia e uma em Serviço

Social. Percebe-se que duas profissionais da Equipe gestora possuem duas graduações.

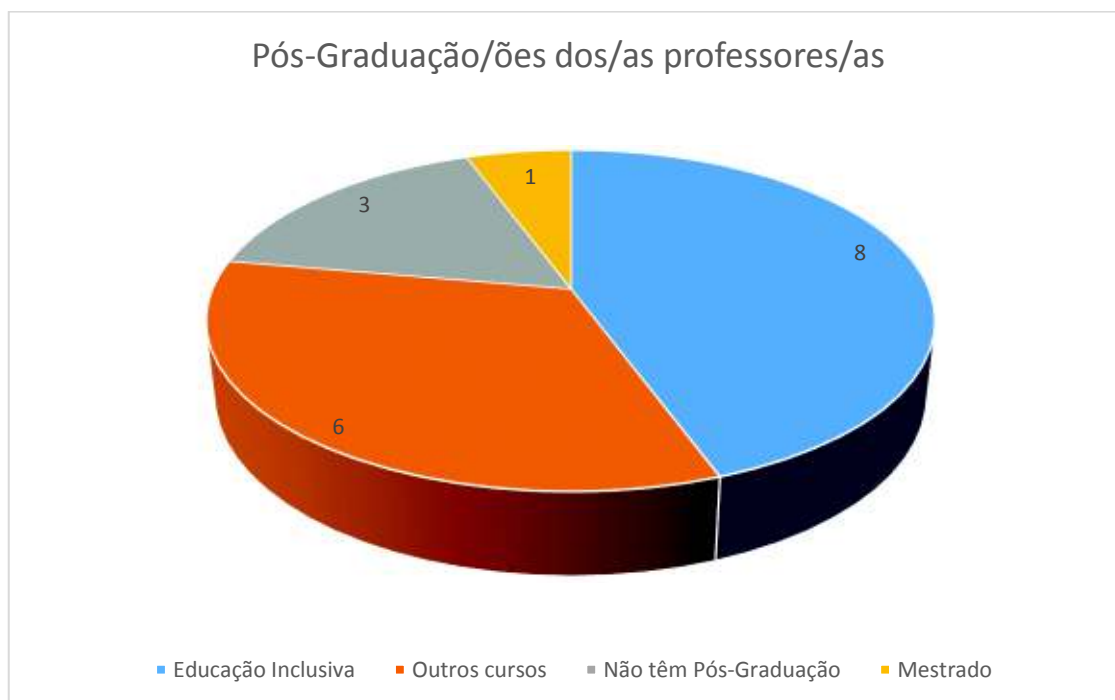
Ainda no tocante à formação acadêmica, percebe-se que no Naeh tem sido atendida a determinação do documento “Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações” (BRASIL, 2002), pois todos/as os/as professores/as ou cursaram Pedagogia e/ou outra Licenciatura, mesmo que haja uma diversificação entre elas, conforme exposto no Gráfico 22.

De acordo com Barreto (2014), os cursos de licenciatura possuem grande contingente de mulheres, representando 61,5%. O curso de Pedagogia continua sendo o curso mais feminino, com 93,3% de mulheres matriculadas. Portanto, sobre a formação desses/as profissionais, é importante destacar que a grande maioria é de licenciados/as em cursos onde também predominam as mulheres.

Gráfico 23 - Pós-Graduação/ões da Equipe Gestora



Fonte: Dados do Naeh.

Gráfico 24 - Pós-Graduação/ões dos/as professores/as

Fonte: Dados do Naeh.

No que se refere aos cursos de Pós-Graduação, o Gráfico 23 apresenta que duas gestoras têm o curso em Educação Especial e as outras gestoras cursaram: Métodos e Técnicas de Ensino, Pedagogia Escolar, Docência Universitária, Literatura Brasileira e Formação Socioeconômica no Brasil. Verifica-se que duas gestoras têm duas Pós-Graduações.

Quanto à Pós-Graduação do corpo docente, em nível de Especialização, 8 (oito) professores/as, ou seja, 45% têm cursos na área da Educação Especial; 3 (três) professores/as, totalizando 16% não têm cursos nessa nível; e os outros 34%, equivalente a 6(seis) professores/as, realizaram cursos em: Metodologia do Ensino Fundamental, Língua Portuguesa, Metodologia do Ensino Superior, Engenharia de Segurança e 5%, ou seja 1 (um/a) professor/a, tem Mestrado em Educação, conforme revela o Gráfico 24.

Ao serem questionados/as se a formação acadêmica lhes ofereceu subsídios para trabalhar na área da Pedagogia Hospitalar, a maioria dos/as entrevistados/as (gestoras e professores/as) disseram que não e explicaram:

Não. Tive formação participando das semanas de formação de Pedagogia Hospitalar, de seminários e pesquisando. Gestora 2

Não. Tenho que buscar me informar a cada dia e participar da formação continuada. Gestora 3

Pouco. Na Fonoaudiologia vimos a linguagem na Educação Especial, mas na Pedagogia não. As nossas universidades agora que começaram a discutir essa temática. Tinha aluno saindo da Pedagogia sem nunca ouvir em Educação Especial. Chegava em uma sala de aula e não sabia que podia encontrar um cego, um surdo, um aluno autista. Por mais que tenha formação continuada, não é suficiente. Gestora 1

A formação acadêmica ensina conteúdos específicos da disciplina, para a função requer aprimoramento. Prof. 3

Não, mas fiz algumas Especializações: Educação Inclusiva, Psicopedagogia, que me auxiliam. Prof. 2

Sou pedagoga. Não me sinto preparada para atuar nas áreas específicas da 2ª fase do Ensino Fundamental. Prof. 15

As gestoras relataram que não tiveram formação acadêmica para trabalhar com Pedagogia Hospitalar e que aprenderam com a formação continuada oferecida pelo próprio Naeh, mesmo que a gestora 1 a considere insuficiente. Quanto aos/às professores/as, 1 (uma) se ampara em Pós-Graduações (Especializações), mas nenhum/a faz referência à necessidade de formação para atuar no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar.

Os/as professores/as e membros da Equipe Gestora que responderam “sim”, afirmaram:

Sim. Na área pedagógica as duas graduações foram de suma importância. Gestora 4

Sim. Ajuda muito o conhecimento prévio. Gestora 5

Sim, porque aprendemos a refletir sobre a nossa prática e como sou da área médica, também, fica mais fácil compreender como é a rotina do hospital. Prof. 11

As atividades de musicalização infantil baseada em Piaget. A Pedagogia também tem feito parte da minha vida, porque eu sou pastor evangélico e trabalho com grupos de várias faixas etárias, o que me ajudou a trabalhar com diferentes linguagens para cada idade. Prof. 17

Compreende-se que a formação acadêmica é de suma importância para a efetivação do trabalho docente. Nesse sentido, Matos e Mugiatti (2007, p. 13) expõem que

[A] experiência adquirida pela Pedagogia, em sua trajetória, permitiu um acervo teórico-prático de ensino e de aprendizagem, credenciando-a a auxiliar a Pedagogia Hospitalar, o que leva a apontar a necessidade da existência de demandas por aperfeiçoamento, como condição de desenvolvimento de uma prática educativa competente e comprometida.

Gráfico 25 - Motivos para a Equipe Gestora trabalhar no Naeh



Fonte: Dados coletados pela autora mediante questionário.

Gráfico 26 - Motivos para os/as professores/as trabalharem no Naeh



Fonte: Dados coletados pela autora mediante questionário.

Como motivos apontados para trabalhar no Naeh, de acordo com o Gráfico 25, por ordem de preferência, as cinco gestoras optaram por: atender às expectativas de realização pessoal e a possibilidade de contribuir para a sociedade; depois quatro gestoras elencaram como motivo a oportunidade de permanecer na

mesma área de exercício profissional; e como última opção foi apontada a indicação de familiares e/ou terceiros.

No tocante aos fatores que levaram aos/as professores/as a escolher/permanecer a trabalhar no Naeh, o Gráfico 26 aponta, por ordem de prioridade, numerando de 1 a 3: atender às expectativas pessoais e possibilidade de contribuir para a sociedade; complementar a formação profissional que já exerce; e indicação de familiares e/ou terceiros.

No que se refere às razões que levam as professoras a desenvolverem essa função, Freitas (2005, p. 39) enfatiza que “têm a ver com algo de singular e que podemos definir como sendo a construção pessoal de cada uma e com as diversas instituições que se relacionam”, conforme pode se constatar, quando essa opção foi elencada como primeira para exercer o trabalho no Naeh.

Gráfico 27 - Tipo de Atendimento Pedagógico dos/as professores/as



Fonte: Dados coletados pela autora mediante questionário.

O Gráfico 27 sistematiza os dados obtidos, mediante questionários e entrevistas, que revelam que 15% dos docentes se referem ao cargo de professora/formadora; 50% de professores/as realizam o Atendimento Pedagógico Domiciliar; e 35% das professoras do Naeh atuam no Atendimento Pedagógico em ambiente hospitalar. Cabe destacar que nesse tipo de atendimento não há nenhum professor atuando. Nogueira (2011) atenta para a relação estabelecida entre o ensinar e o cuidar, em que a mulher cuida da casa, dos filhos e do marido, realiza as atividades domésticas e ensina, se dedicando ao lar e à família, revestida por uma

aura sentimental, que no espaço produtivo não considera essas atividades como trabalho, mas como cuidado.

Outro fator relevante, em relação aos dados apresentados no gráfico 27, se refere à percepção de que a maioria dos atendimentos pedagógicos ocorre em hospitais, devido à rotatividade de educandos/as. No entanto, a maioria dos/as professores/as entrevistados/as realizam atendimentos pedagógicos em domicílios.

No tocante à realização do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, gestoras e professores/as elencam as dificuldades e/ou desafios enfrentados no exercício da função:

A mudança de paradigmas. A visão de inclusão, na sociedade, ainda é muito assistencialista. Somente com muita formação esta visão pode mudar. Gestora 1

Mudanças na conjuntura política nacional e estadual, que afetam as nossas ações. Leis que poderiam beneficiar as famílias dificultam o acesso a benefícios socioeconômicos. Gestora 2

Falta de compromisso de alguns profissionais com as atividades e com a entrega de documentos. Gestora 3

Depender do trabalho de outras pessoas. Gestora 4

A rotatividade de alunos e o estado de dor. Gestora 5

As gestoras 1 e 2 consideram como dificuldades/desafios fatores externos ao Naeh, enquanto as gestoras 3, 4 e 5 se atêm aos fatores internos do Núcleo. Cabe destacar a relevância que a gestora 2 atribui às políticas públicas, que deveriam atender às necessidades e aos anseios da sociedade, devido ao caráter de representar a ação do Estado. De acordo com Höfling (2001), as políticas públicas são ações compreendidas como as de responsabilidade do Estado, quanto à implementação e à manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolve órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade. Sob essa ótica, o não-fazer também é responsabilidade do Estado.

Em relação às dificuldades/desafios enfrentados para executar o trabalho de docência no Naeh, os/as professores/as relatam:

A flexibilização do Currículo para atender às necessidades dos educandos. Prof. 4

A dificuldade maior é em relação ao conteúdo de todas as disciplinas do Ensino Médio (Física, Biologia, Matemática, Química...) Prof. 7

A regência inter e multidisciplinar, pois tenho dois anos de sala de aula. Antes trabalhava com música. Prof. 17

A distância para atender alguns educandos. Prof. 6

A rotatividade dos alunos do leito é um grande desafio. Outra questão referente ao leito é que esta é uma fase de luto, pois o educando acabou de perder algo e está em fase de sofrimento e a presença da professora vem para clarear, é como uma luz para ele. Prof. 10

Na classe hospitalar do Araújo Jorge, o maior desafio é o cunho emocional, pois perdemos muitos alunos para o câncer e como interagimos muito com eles, esse é o desafio: superar. Prof. 16

O que pode ser maior do que a reflexão sobre a dor e a morte no espaço da sala de aula? Em classes hospitalares, essa complexidade é fator inerente e constante, visto que as aulas ocorrem em meio às questões do processo saúde/doença. Assim, os desafios elencados em relação ao currículo, falta de preparo para o enfrentamento das perdas (óbitos ou altas), à rotatividade de alunos/as, à afetividade, às emoções e à dor em relação à doença vão ao encontro do pensamento de Fonseca (2003) e De Paula (2007):

Mas, para uma atuação adequada, o professor precisa estar capacitado para lidar com as referências subjetivas das crianças, e deve ter destreza e discernimento para atuar com planos e programas abertos, móveis, mutantes, **constantemente reorientados pela situação especial e individual de cada criança**, ou seja, o aluno da escola hospitalar (FONSECA, 2003, p. 26).

Faz-se necessário, também entender os diferentes ritmos de progressão dos alunos, dos procedimentos, dos contratos pedagógicos e elaborar atividades que contemplem tanto a variação de idades dos alunos, bem como a diversidade relacionada às histórias de vida e das suas escolas. Pelo fato da permanência das crianças ser cíclica, devido às internações e altas hospitalares, **o professor também precisa saber lidar com a alternância dos alunos e imprevisibilidade**. (DE PAULA, 2007, p. 14)

Há que se ressaltar, também, a importância do trabalho em conjunto, como elemento capaz de influenciar na qualidade do Atendimento Pedagógico oferecido pelo Naeh, conforme explanam as gestoras, quando questionadas como avaliam a participação delas na elaboração do Projeto Político-Pedagógico:

Positiva. Eu acompanho por meio das ações da coordenação, que buscou a participação de todos, de acordo com a realidade do Naeh. Gestora 1

Muito boa. Tenho uma visão sócio histórica da construção desse trabalho ao longo dos anos. Gestora 2

Positiva. Participei contribuindo com a parte teórica e com a coleta de dados para a construção do mesmo. Gestora 3

Muito boa. Ajudei em todas as etapas. Gostaria de maior participação de todos. Gestora 4

Participei ativamente da elaboração. Gestora 5

As cinco gestoras consideram como “boa” a participação na elaboração no Projeto Político-Pedagógico do Naeh, mas a gestora 4 destaca a necessidade da participação de todos/as.

Gráfico 28 - Participação no Projeto Político Pedagógico do Naeh



Fonte: Dados coletados pela autora mediante questionário.

Em relação à elaboração do Projeto Político Pedagógico do Naeh, apenas 30% dos/as professores/as declaram ter participado ativamente. No entanto, 70% do professorado afirma ter tido pouca ou nenhuma participação e conforme os relatos:

Não participei ativamente na elaboração do P.P.P. Prefiro me abster. Prof. 4

Estou ausente desta parte, mas é por minha parte; pois não tomei a decisão de ajudar. Prof. 6

Ainda não contribuí devido ao pouco tempo de trabalho no Naeh. Prof. 8

Penso que nas instituições do Estado, o Projeto Político-Pedagógico ainda é um movimento dissociado da prática e pró-forme. Prof. 16

Insuficiente. Prof. 15

Para Veiga (2000, p. 275), o Projeto Político-Pedagógico consiste em “um meio de engajamento coletivo para integrar ações dispersas, criar sinergias no sentido de buscar soluções, alternativas para diferentes momentos do trabalho pedagógico – administrativo”.

Ainda em relação ao trabalho coletivo, os/as entrevistados/as relatam sobre a participação em planejamento conjunto e a realização da avaliação das ações.

É o planejamento das ações da equipe gestora de todos os núcleos para o ano todo e no final do ano fazemos a avaliação para observar se alcançamos as metas. Gestora 1

Sim, diversos. Reuniões e apresentação de propostas. Gestora 2

Sim. Fazemos planejamento entre a equipe pedagógica e alguns professores que demonstram dificuldades. É realizada autoavaliação com cada profissional. Gestora 3

Sim. Eu creio que temos que estruturar melhor a avaliação. Gestora 4

Todas as gestoras entrevistadas declaram ter participado de planejamento conjunto. A gestora 4 revela a necessidade de reestruturar a forma de avaliar o trabalho no Naeh. O documento sobre Classe Hospitalar, elaborado pelo MEC, ressalta a importância do trabalho coletivo para melhorar a qualidade do processo ensino-aprendizagem dos/as alunos/as:

Deverá, ainda, propor aos procedimentos didático-pedagógicos e as práticas alternativas necessárias ao processo ensino-aprendizagem dos alunos, bem como ter **disponibilidade para o trabalho em equipe** e o assessoramento às escolas quanto à inclusão dos educandos que estiverem afastados do sistema educacional, seja no seu retorno, seja para o seu ingresso. (BRASIL, 2002, p. 22).

Assim, esse pensamento também se revela quando os/as professores/as são questionados/as acerca das metodologias utilizadas no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, conforme exposto nos relatos:

Jogos lúdicos para a flexibilização dos conteúdos, tecnologia assistiva, livros literários e vídeos. Prof. 9

Utilizamos várias metodologias, dependendo da patologia do educando atendido. Prof. 12

A interdisciplinaridade e materiais pedagógicos atrativos, como: vídeo-aula, jogos, projetos, etc. Prof. 8

Também, cabe destacar a forma de avaliar a aprendizagem desses/as educandos/as em condições especiais de saúde, pelos/as professores/as:

Quando o educando chega no hospital, o responsável já preenche uma ficha informando a série que ele frequenta. Então, a gente faz um diagnóstico para avaliar se o desenvolvimento está de acordo com a série e para elaborar as atividades que atendam às especificidades desse aluno. Prof. 10

Processual e contínua, baseada na capacidade dos educandos, autonomia e empenho na realização das atividades propostas. Prof. 1

Nesse sentido, o documento que trata das estratégias e orientações para o Atendimento em Classes Hospitalares (BRASIL, 2002, p. 22) estabelece que: “Compete ao professor adequar e adaptar o ambiente às atividades e os materiais, planejar o dia-a-dia da turma, registrar e avaliar o trabalho pedagógico desenvolvido”. Cabe ao/a professor/a o papel de mediador da aprendizagem, atendendo às especificidades dos/as educandos/as, cabendo a ele/ela considerar a importância da Formação Continuada. Ao questionar os/as entrevistados/as acerca da participação em alguma atividade de Formação Continuada sobre Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, as respostas foram:

Sim, das oficinas pedagógicas e de encontros nacionais na minha área. Gestora 2

Sim. Sempre que possível nos encontros de formação, ministro oficina de espanhol para subsidiar as professoras com metodologias para esta disciplina. Gestora 3

Sim, dos atendimentos psicopedagógicos dos grupos de estudos e de cursos nas universidades. Gestora 4

Sim. Dentro do próprio Naeh. Gestora 5

Não, no Atendimento Pedagógico Hospitalar, não. Gestora 1

Embora, ao retratar as dificuldades elencadas para a realização do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, a gestora 1 tenha considerado como importante a formação para a reconstrução de novos paradigmas sobre a inclusão, a mesma declara não participar da formação específica para o Atendimento Pedagógico Hospitalar. Quanto às outras gestoras entrevistadas, todas afirmam participar da formação continuada oferecida pelo Naeh.

Gráfico 29 - Formação Continuada de professores/as



Fonte: Dados coletados pela autora mediante questionário.

De acordo com o gráfico anterior, 12% dos/as professores/as declaram não participar de nenhuma Formação Continuada sobre Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar e 78% participam de Formação Continuada realizadas pelo próprio Naeh. Cabe destacar que o Núcleo dispõe de uma professora/formadora da área de Matemática, que ministra cursos para os/as professores/as e sana as dúvidas quando solicitada. Nóvoa (1992, p. 27) expõe que o desafio consiste na

[v]alorização de paradigmas de formação que promovam a preparação de professores reflexivos, que assumam a responsabilidade do seu próprio desenvolvimento profissional e que participem como protagonistas na implementação das políticas educativas.

Nesse sentido, é necessário compreender os processos que envolvem o desenvolvimento pessoal e profissional do/a professor/a, considerando-os detentores/as de uma profissão na qual o próprio sujeito seja capaz de produzir o seu próprio ofício e lutar por ele.

Os gráficos a seguir representam as opiniões dos/as entrevistados/as sobre a contratação de professores/as para atuar no Naeh.

Gráfico 30 - Resistência por parte da Gestão, na contratação de professores/homens



Fonte: Dados coletados pela autora mediante questionário.

Gráfico 31 - Preferência pela contratação de professoras



Fonte: Dados coletados pela autora mediante questionário.

Ao serem questionadas se havia, por parte da equipe gestora, alguma resistência quanto à contratação de professores e preferência quanto a contratação de professoras, a resposta unânime das cinco gestoras foi: não.

No intuito de corroborar para a compreensão acerca das experiências e qualitativamente das falas de cada uma das gestoras, apresentam-se as opiniões a seguir, ao perguntar se percebiam alguma resistência por parte da família para o Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar realizado por professores (sexo masculino) e preferência por professoras:

Não. Gestoras 1, 3 e 5

Sim. É uma questão cultural. A família prefere uma professora. Gestora 2

Sim. Eu vejo que parece mais confortável quando é professora. Gestora 4

Três gestoras consideram que não há, por parte da família, uma preferência por professora. No entanto, duas gestoras afirmam que existe essa preferência devido à família se sentir mais confortável com a presença de uma professora.

Quanto à preferência para o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar por professoras, verifica-se que embora a maioria do professorado não perceba resistência para a contratação de professores/homens para o referido atendimento, os relatos, a seguir, apontam o contrário:

Eu percebo que quando é uma mulher, a figura da mulher lecionando, como professora, ela é socialmente mais aceita, pela mulher ser mais

afetuosa, por causa do lado maternal, que muitos pais encontram nela e, por questões de segurança também. Pois, sendo mulher, os pais ficam mais tranquilos e a gente ainda encontra, no dia a dia, escândalos de assédio com professores; dos professores para com os alunos e com as alunas. Então, a verdade é que quando a família encontra um professor fazendo um atendimento, mesmo que seja educacional, gera um pouco de receio, por causa desta questão sexual mesmo, *né?* Na questão do assédio, da pedofilia, normalmente, a gente vê mais homens envolvidos do que mulheres. Prof. 2

Em alguns casos, os familiares têm resistência com a troca de professores e **preferem professoras**. Prof.14

Percebo, por parte das mães, uma resistência pela figura masculina, principalmente, com o educando que tem deficiência visual, porque o educador trabalha muito com o toque. Aí, a orientação para o estagiário ou para o pedagogo é **sempre realizar o atendimento com uma professora, ou se não tiver nenhuma, chamar a mãe** para participar do atendimento. Outra observação que eu tenho feito é que 60% dos educandos não têm a figura masculina do pai ou de um tio. Mas, quando começa esse atendimento, com um estagiário ou com um pedagogo, eles têm uma afinidade. É uma carência da figura masculina. Mas a gente tem essa cautela de não deixar o estagiário ou professor sozinho com a criança, por causa desse preconceito das mães. Eu não percebo resistência na contratação de professores, **mas eles não ficam, logo eles se vão. Acho que por sentirem na pele esse preconceito**. Prof. 10

Freitas (2005, p. 64; p. 119) considera que esses relatos “são verdades construídas a partir de entendimentos sociopolíticos e culturais diferentes” e reitera que “os espaços ocupados pelas mulheres podem ser avaliados não pela quantidade ocupada, mas pensando as formas que foram tomando”. O exercício do magistério se refere, aqui, como um trabalho compatível com as atividades de mulheres: cuidar.

No tocante à participação da família, Fonseca (2003) expõe que o sucesso do trabalho desenvolvido depende da cooperação entre alunos/as, familiares, professores/as e profissionais de saúde.

Como sugestões para a melhoria do trabalho realizado pelo Naeh, os/as gestoras e professores/as apontaram:

Fico feliz em ver uma pesquisa em nível de Doutorado sobre Atendimento Pedagógico Hospitalar, pois a gente encontra pouco estudo e precisamos mesmo levar esta temática para a academia. Para que a inclusão não fique só no discurso e seja de fato, vivida. Gestora 1

Promover seminários sobre trabalho na Classe Hospitalar/Domiciliar. Gestora 2

Material pedagógico para os professores. Gestora 3

Pode ter mais grupos de estudos, grupos para troca de experiências, grupos para estudar para mestrado e doutorado. Gestora 4

Até o momento, nenhuma. Gestora 5

Percebe-se que as sugestões dadas vislumbram a perspectiva da pesquisa, da formação continuada e do apoio pedagógico.

Mais formações específicas, como também mais momentos de discussão do planejamento. Prof. 4

Maior ênfase na Formação de Educadores, para melhorar a qualidade do trabalho. Prof. 18

Sugiro que dê uma modificada no Currículo proposto pela Secretaria, pois às vezes, se torna incoerente com a realidade do aluno do Naeh. Prof. 7

Pelo que eu ouço nas reuniões, o que precisa reestruturada é a questão do planejamento, que é uma grande aflição dos profissionais. Prof. 10

Acredito que o trabalho do Naeh precisa ser mais divulgado, no espaço social das redes: sair de trás da cortina. Prof. 16

Percebe-se que semelhante às sugestões das gestoras entrevistadas, os/as professores/as ressaltaram a importância da formação continuada. Mas, também, citaram a necessidade de adequação do Currículo e de maior visibilidade do trabalho executado pelo Naeh.

Para encerrar a entrevista, foi questionado se o trabalho do Naeh promove a inclusão e todos/as os/as entrevistados/as afirmaram que sim. Seguem alguns relatos com o intuito de justificar suas respostas:

Sim. Nós incluímos sim, quando atendemos todos os alunos que precisam de atendimento pedagógico no hospital ou em domicílio, para que possam continuar os estudos. Gestora 1

Sim. A inclusão de alunos que retornam para sua escola. São instituições que abrem novos espaços para Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar. Gestora 2

Sim. Inclui o aluno em condições especiais de saúde no processo contínuo de aprendizagem. Gestora 3

Sim. Temos ótimos profissionais e isso facilita promover a inclusão. Gestora 4

Sim, porque oportuniza ao educando adoecido ou impossibilitado de frequentar as aulas, na rede regular de ensino, continuar com o processo de aprendizagem. Prof. 14

Acredito que sim, mas precisa avançar mais com o apoio da Seduce, que se omite muito. Prof. 16

Sim, porque o educando recebe o atendimento no período de doença e o professor trabalha com ele de forma flexível, considerando suas dificuldades básicas, que não são poucas. Prof. 15

Todos/as os/as entrevistados/as concordam que o trabalho desenvolvido no Naeh promove a inclusão por meio da continuação dos estudos e contribui para a

sua reintegração à escola, devido ao Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar. Mantoan (2006, p. 53) relata sobre a importância da inclusão na escola:

A escola, para muitos alunos, é o único espaço de acesso aos conhecimentos. É o lugar que vai proporcionar-lhes condições de se desenvolverem e de se tornarem cidadãos, alguém com uma identidade sócio-cultural que lhes conferirá oportunidades de ser e de viver dignamente.

Embora não se trate da escola, concebe-se que o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, às vezes, é o único vínculo com o mundo exterior e com o processo de ensino/aprendizagem.

Os depoimentos tiveram como objetivo reconstruir, por meio do diálogo, o processo de ensino-aprendizagem no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar oferecido pelo Naeh.

4.2 O Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar na percepção dos/as educandos/as e responsáveis

Neste tópico, busca-se apreender como o/a educando/a, bem como seu responsável, concebem o atendimento pedagógico oferecido pelo Naeh e, para tanto, foram investigadas as condições sociais desses/as sujeitos e a interferência da ação socioeducativa exercida sobre eles/as.

Participaram desta pesquisa 6 (seis) educandos/as e 07 (sete) responsáveis, que relataram sobre os elementos que constituem o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar. Foram utilizados codinomes no intuito de guardar sigilo sobre a identidade dos/as participantes: educanda 1, educando 2, educanda até educando 7. E para os/as responsáveis: responsável 1, responsável 2, até responsável 8.

Na composição do processo de investigação dos sujeitos envolvidos, foram identificados os seguintes perfis dos educandos/as, conforme o quadro a seguir:

Quadro 6 - Perfil dos/as educandos/as

Entrevistado/a	Idade	Cor/Raça	Escolaridade	Reside com	Qtde. pessoas	Naturalidade	Escolaridade pai	Escolaridade mãe	Horas de leitura e estudo por semana	Último livro que leu
Educanda 1	10	Parda	3º ano E. F.	Pai/mãe e filhos	5	Rio Verde-GO	Não sabe	E. F. incompleto	Até 4 horas	Não se lembra
Educando 2	14	Pardo	8º ano E. F.	mãe e irmãos	5	Macapá-AM	E. M. incompleto	E. M. incompleto	Até 4 horas	Não se lembra
Educanda 3	17	Parda	9º ano E. F.	mãe e irmãos	4	Bom Jesus de Goiás/GO	Não sabe	E. F. incompleto	Até 4 horas	Não se lembra
Educando 4	9	Negro	3º ano E. F.	mãe, tio e avô	4	Goiania-GO	E.S. incompleto	E.S. completo	Até 4 horas	Não se lembra
Educanda 5	15	branca	9º ano E. F.	mãe e irmã	3	Goiania-GO	E. F. incompleto	E. M. completo	Não tem hábito de leitura e estudo	Não se lembra
Educando 6	19	Pardo	3º ano E. M.	mãe	2	Goiania-GO	E. M. incompleto	E.S. incompleto	De 6 a 12 horas	O grande mentecapto
Educando 7	15	branca	8º ano E. F.	pai e mãe	3	Jataí-GO	E. F. incompleto	E. F. incompleto	Até 4 horas	Não se lembra

Fonte: Dados coletados pela autora mediante questionário

A **educanda 1** veio para Goiânia para tratamento de saúde. O pai é pastor, a mãe é identificada como do lar e não exerce atividade remunerada fora de casa, pois tem que acompanhar o filho em tratamento. Atualmente, recebe Bolsa Família como ajuda financeira do governo. Sempre estudou em escola pública, mas deixou de frequentar por 02 (dois) anos devido aos problemas renais. Como atividade social, participa de movimentos religiosos. Utiliza computador com internet e durante seu tempo livre gosta de assistir à televisão.

O **educando 2** veio para Goiânia por motivos familiares. A mãe recebia, como benefício do governo, o Bolsa Família, mas foi suspenso em junho e, atualmente, não exerce atividade remunerada fora de casa por ter que acompanhar o tratamento e estar disponível em tempo integral. Por isso, conta com a ajuda financeira de familiares. Estuda em escola pública e nunca deixou de frequentar as aulas, mas tem resistência quanto ao Atendimento Pedagógico no hospital. Gosta de jogar futebol, mas não pode devido ao problema renal. Não utiliza computador, mas tem acesso à internet no telefone celular, com o qual passa a maioria do tempo.

A **educanda 3** veio para Goiânia para tratamento de saúde. O pai trabalha como irrigador e a mãe não exerce atividade remunerada fora de casa, mas recebe o Benefício do INSS e o Bolsa Família, estando o último bloqueado. Estudava em escola pública, mas não quer mais frequentar há 03 (três) anos devido à doença renal-crônica. Não utiliza computador, mas tem acesso à internet no telefone celular, e é com ele que passa a maior parte do tempo.

Segundo o **educando 4**, os pais nunca viveram juntos. O pai é empresário e a mãe, atualmente, não exerce atividade remunerada fora de casa e nem recebe benefício do governo. Deixou de frequentar a escola por um ano devido à deficiência visual total e outros comprometimentos neurológicos, mas voltou neste ano. Sempre frequentou a escola particular, mas para ter direito ao Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, oferecido pelo Naeh, transferiu-se para a escola pública. Gosta de passear de moto e de ouvir desenhos animados, por meio do telefone celular, visto que não utiliza o computador.

A **educanda 5** mora em Itapuranga, mas vem para Goiânia para realizar tratamento de saúde devido à Síndrome de Down e outros comprometimentos. O pai é comerciante e a mãe não exerce atividade remunerada fora de casa por precisar acompanhar a filha durante as terapias, mas recebe o Benefício do INSS com o valor de um salário mínimo. Atualmente, não está frequentando as aulas, porque não

manifesta vontade de ir. Estudava em escola pública e, no que se refere às atividades sociais, gosta de ir à igreja e de passear. Não tem computador, mas acessa a internet pelo *tablet*. Também gosta de assistir à televisão, de ouvir música e dançar.

O **educando 6** relata que seus pais nunca viveram juntos. O pai é fiscal rodoviário e a mãe é costureira em casa, pois o filho é tetraplégico e não tem autonomia para exercer as atividades diárias de alimentação, de higienização e outras. Como renda, recebe também o Benefício do INSS. Estudava em escola pública, mas não frequenta há 6 (seis) anos, desde quando sofreu o acidente e fez cirurgia. Não participa de atividades sociais e fica todo o tempo com o computador para ouvir músicas, jogar e navegar pela internet.

O **educando 7** veio para Goiânia para tratamento de saúde. O pai é moto-taxista e a mãe exerce as atividades domésticas e acompanha o filho às sessões de quimioterapia. Deixou de frequentar a escola por um ano devido à leucemia, e por ter ficado careca não quis ir para a escola. Estudou a maior parte do tempo em escola particular, mas devido ao Atendimento Pedagógico Hospitalar, matriculou-se na escola pública da rede estadual. Participa de atividades religiosas, não tem computador, mas acessa a internet pelo telefone para jogar.

Os/As 7 (sete) educandos/as entrevistados/as têm entre 9 (nove) e 19 (dezenove) anos de idade e, de acordo com os depoimentos, cabe destacar alguns fatores. Em relação à moradia, 5 (cinco) educandos/as, que correspondem à maioria residem com a mãe e/ou irmãos/ãs, avô e tio e somente 2 (dois) têm a figura do pai em casa.

Entre esses/as estudantes, 4 (quatro) vieram para Goiânia para tratamento médico e um veio por motivos familiares. Somente um educando relatou que a mãe cursou Ensino Superior completo. Quanto aos demais, os pais cursaram entre Ensino Fundamental incompleto e Ensino Superior incompleto.

Outro fator relevante se refere à atividade profissional, pois percebe-se uma variedade de profissões entre os pais. No entanto, nenhuma das mães exerce atividade remunerada fora de casa, pois têm que acompanhar os/as filhos/as que estão em condições de saúde especiais.

Segundo Bezerra e Fraga (1996), a mãe é a pessoa da família mais próxima do/a filho/a hospitalizado/a, dedicando-se inteiramente ao tratamento de seu/ua

filho/a. A mãe idealiza que os cuidados com o/a filho/a competem à ela, por isso, no hospital também, empenha-se em assumir o papel de provedora de cuidados.

E ainda, no tocante à renda familiar, 4 (quatro) educandos/as declararam não receber nenhum tipo de benefício por parte do governo, o que vai ao encontro da fala da gestora 2, que ressaltou que as políticas públicas, muitas vezes, dificultam o acesso aos benefícios socioeconômicos àqueles que mais necessitam.

Já deixaram de frequentar a escola 6 (seis) educandos/as por motivo de tratamento ou porque não querem mais ir. Desses, somente um retornou à escola em 2017. Todos os educandos/as entrevistados/as estudam na rede estadual de ensino de Goiás, uns/umas já estudavam e outros/as transferiram para essa rede para ter direito ao Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar.

Apresenta-se também o perfil das responsáveis entrevistadas em hospitais ou em domicílio para a constituição desta pesquisa. Cabe ressaltar que se trata das mães, por serem elas que acompanham o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar do/a educando/a atendido pelo Naeh.

Quadro 7 - Perfil das responsáveis

Entrevistado/a	Idade	Cor/Raça	Escolaridade	Reside com	Qtde. filhos/as	Estado Civil	Atividade remunerada	Atividades sociais	Parentesco com educando/a
Responsável 1	36 a 40 anos	Negra	E.S. completo	companheiro e filhos/as	3	Casada	Sim, mas está de licença	Nenhuma	mãe
Responsável 2	26 a 30 anos	Negra	E.S. completo	Pai e filho	1	Solteira	Não exerce	Artísticas e culturais	Mãe
Responsável 3	36 a 40 anos	Parda	E. F. incompleto	companheiro e filhos/as	4	Casada	Não exerce	Religiosas	Mãe
Responsável 4	36 a 40 anos	Parda	E. F. incompleto	Filhos/as	3	Solteira	Não exerce	Artísticas e culturais	Mãe
Responsável 5	31 a 35 anos	Negra	E. M. completo	Filhos/as	5	Solteira	Não exerce	Religiosas	Mãe
Responsável 6	41 a 45 anos	Pardo	E. M. Completo	Filhos/as	2	Separada	Não exerce	Religiosas	Mãe
Responsável 7	45 a 50 anos	Parda	E.S. incompleto	Filho	2	Solteira	Costureira	Religiosas	Mãe
Responsável 8	36 a 40 anos	Branca	E.F. incompleto	Companheiro e filho	1	Casada	Não exerce	Nenhuma	Mãe

Fonte: Dados coletados pela autora mediante questionário

Atualmente, nenhuma das 8 (oito) entrevistadas realiza atividade remunerada fora de casa, pois têm que acompanhar o/a filho/a em tratamento para saúde. E relatam da seguinte forma sua condição econômica: as 3 (três) casadas vivem com a renda do companheiro e uma também recebe o benefício Bolsa Família, e outra é funcionária pública e está de licença para acompanhamento médico. A **responsável 2** não recebe nenhum tipo de ajuda financeira do governo e vive da contribuição do pai e dos irmãos; as **responsáveis 4 e 6** recebem Benefício do INSS; a **responsável 5** recebia o benefício Bolsa Família, mas foi bloqueado e a **responsável 7** costura em casa e recebe benefício do INSS.

No tocante ao grau de escolaridade, 4 (quatro) responsáveis declararam ter o Ensino Fundamental incompleto, 2 (duas) possuem Ensino Médio completo e 2 (duas) concluíram o Ensino Superior. Entre as entrevistadas, 6 (seis) são oriundas de escola pública, 1 (uma) estudou a maior parte em escola particular e 1 (uma) estudou somente em instituição de ensino particular.

As **respondentes 3, 5, 6 e 7** declaram que entre as atividades sociais que exercem, a mais frequente é de cunho religioso, as **entrevistadas 2 e 4** participam mais de atividades artísticas e culturais e as responsáveis **1 e 8** não exercem nenhuma atividade social, pois preferem descansar durante o tempo livre que disponibilizam. Gostam, também, de assistir à televisão, ouvir música e navegar na internet.

Todas as responsáveis declararam que souberam do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar oferecido pelo Naeh no hospital, quando o/a educando/a foi atendido para tratamento de saúde. Cabe destacar que as ações compartilhadas entre educação e saúde, a partir de uma interlocução dialógica, são capazes de fortalecer a democracia, a participação social e o exercício de cidadania, conforme já expresso pelos Parâmetros Curriculares Nacionais - PCNs (BRASIL, 1998), em que a saúde na educação é tratada como temática transversal.

Por meio da aplicação do questionário foi possível conhecer acerca dos aspectos socioeconômicos, educacionais e culturais de educandos/as e responsáveis. E, por meio das entrevistas, apreender como esses sujeitos concebem o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, conforme pode ser constatado em suas falas.

Considerando que a escola é um fator externo à patologia, o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar se trata de um vínculo que o/a estudante, enquanto

está hospitalizado/a, mantém com o mundo exterior. Assim, se a escola pode ser promotora da saúde, por meio de atividades, campanhas, entre outros, trabalhando os conteúdos, o hospital pode ser mantenedor da escolarização. A escolarização dispõe de fatores que estimulam a aprendizagem e o desenvolvimento do/a educando/a e propicia a criação de hábitos, respeito à rotina e organização de instrumentos de comunicação.

Portanto, nesta pesquisa, destaca-se a importância do apoio pedagógico para a melhoria dos aspectos cognitivos, físicos, emocionais e sociais dos/as educandos/as hospitalizados, conforme relato da **responsável 1**: “As atividades são de grande importância, pelo ensino, para o aluno não ficar atrasado em relação aos colegas e pela distração que proporciona”. De acordo com a afirmação, a **responsável 1** percebe uma melhora significativa, visto que o educando fica mais animado, mais disposto, pelo fato de interagir com os/as outros/as estudantes e professor/a. O relato da mãe vai ao encontro do pensamento de Ceccim e Fonseca (1999, p. 34):

O atendimento pedagógico-educacional, que é desenvolvido na classe hospitalar, contribuiu para um melhor desenvolvimento e mais rápida recuperação de saúde das crianças que participaram do mesmo. Sendo assim, não podemos ignorar a possível validade e significância desta modalidade de atendimento.

Além disso, cabe ressaltar que esse contato pode propiciar um retorno mais confiante desses/as alunos/as para as suas escolas, por sentirem que na classe hospitalar estão aprendendo e não estarão atrasados em relação aos educandos/as que frequentam a escola regularmente.

A preocupação com a escolaridade e o processo de ensino-aprendizagem dos/as pacientes/estudantes é comum entre os/as responsáveis, bem como a negação quanto à instituição pública de ensino. Nesse sentido, destaco a fala da **responsável 2** ao afirmar: “o meu filho sempre estudou em escola particular, mas agora está matriculado em uma instituição pública, por causa do Atendimento Pedagógico”. E a responsável 1 relata: “eu tenho 3 (três) filhos, mas este é o único em escola pública”.

No intuito de esclarecer sobre o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, Fonseca (2003) orienta que o primeiro contato com o/a educando/a hospitalizado/a ocorra, se possível, mediado pela mãe ou responsável,

pois o/a educando/a pode ficar temeroso/a com a presença de uma pessoa não familiar.

O ambiente de aprendizagem para escolares hospitalizados/as deve propiciar o estímulo às atividades colaborativas de aprendizagem, socialização e desenvolvimento do pensar criativo, por meio da realização de atividades presenciais propostas por professores/as das classes hospitalares, com o intuito de integrar as realidades, da escola e do hospital. Para tanto, de acordo com Matos (2009, p. 214),

Como os escolares hospitalizados precisam de estímulos mais intensos de motivação, a proposta busca amenizar a problemática que uma doença pode causar. Para isso, é importante que o ambiente possa oferecer uma interação com ludicidade, para que os alunos se sintam instigados a interagirem com seus colegas, professores da escola e do hospital e com o próprio ambiente.

Ao considerar as especificidades do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, cabe destacar as dificuldades e/ou desafios enfrentados por educandos/as e responsáveis durante as aulas:

Quando ela passa mal (Resp. 3)

Ele não quer mais o atendimento, porque diz que a vida dele acabou (Resp. 5)

Locomoção (Resp. 8 e 2)

Quando ela tem que falar, ela fica nervosa (Resp. 4)

Quando os dias de aula coincidem com as consultas e exames (Resp. 1)

Estudar matemática (Educ. 2)

Nenhuma (Educ. 1 e 3)

A Pedagogia Hospitalar faz um elo entre a realidade do/a paciente e a sua vida cotidiana, tendo como proposta o desenvolvimento cognitivo. Para tanto deve-se identificar as possíveis dificuldades escolares para serem superadas, evitar o abandono dos estudos, despertar a interação, respeitar a individualidade, estimular a autoestima. Todos esses fatores são capazes também de minimizar a dor pelo trauma (SANTOS, 2013).

Quanto às práticas pedagógicas utilizadas no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, devido às condições especiais de saúde, a mais frequente é a escuta, que objetiva a construção de conhecimento mesmo que seja dentro dessa realidade hospitalar. De acordo com Freire (2001, p. 135),

A verdadeira escuta não diminui em mim, em nada, a capacidade de exercer o direito de discordar, de me opor, de me posicionar. Pelo contrário, é escutando bem que me preparo para melhor me colocar ou melhor me situar do ponto de vista das ideias. Como sujeito que se dá ao discurso do outro, sem preconceitos, o bom escutador fala e diz de sua posição com desenvoltura. Precisamente porque escuta, sua fala discordante, em sendo afirmativa, porque escuta, jamais é autoritária.

É também por meio do diálogo com o/a educando/a que o/a professor/a pode criar um espaço mediante os conteúdos trabalhados, para que as dúvidas e os medos possam ser superados, pois as explicações e a atenção dedicadas ao/a estudante e responsável podem contribuir para melhor compreensão das solicitações do médico (FONSECA, 2003). Além disso, integrar as aulas à realidade do/a estudante favorece a composição de um contexto escolar que o/a acolhe como participante de seu processo de aprendizagem.

A formação inicial e continuada de docentes é tão necessária quanto a escuta pedagógica e a escuta aos/às envolvidos/as no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, uma vez que no papel de mediador/a ela seja capaz de propor atividades que favoreçam a aprendizagem e contemplem o contexto em que o/ estudante está inserido/a naquele momento (FONSECA, 2003). No entanto, a **responsável 2** aponta uma queixa:

O Cebrav⁶ vai oferecer de agosto a outubro, o curso de Braille para professores. Eu informei na escola, mas ninguém quis fazer. A Secretaria disponibiliza um dia de estudo. Às vezes eu fico pensando: será que compensa levar ele para a escola. Mas, aí eu penso que é melhor para ele ir, para futuramente ter mais autonomia.

A formação para a atuação do educador no hospital é vista como indispensável, pois o/a professor/a será o/a mediador/a para reestabelecer os laços do/a educando/a internado/a com o cotidiano escolar, intervir para que haja interação social, valorizar as aptidões, respeitando os limites clínicos de cada um/a. Além disso, esse/a profissional estará preparado para agir mediante as diversas situações existentes no contexto hospitalar.

Portanto, cabe à didática do/a professor/a apontar elementos que favoreçam a aprendizagem, propiciando espaços de trocas entre educandos/as mantendo-os/as

⁶ O Cebrav é o Centro Brasileiro de Reabilitação e Apoio ao Deficiente Visual, mantido pela Seduce/GO, por meio da Superintendência de Inteligência Pedagógica e Formação/Gerência de Ensino Especial.

em condições de retornar para a escola, considerando as peculiaridades e o público bem eclético, conforme exposto:

O professor que irá atuar em classe hospitalar ou no atendimento pedagógico domiciliar deverá estar capacitado para trabalhar com a diversidade humana e diferentes vivências culturais, identificando as necessidades educacionais especiais dos educandos impedidos de frequentar a escola, definindo e implantando estratégias de flexibilização e adaptação curriculares. Deverá ainda, propor os procedimentos didático-pedagógicos e as práticas alternativas necessárias ao processo ensino-aprendizagem dos alunos, bem como ter disponibilidade para o trabalho em equipe e o assessoramento às escolas quanto à inclusão dos educandos que estiverem afastados do sistema educacional, seja no seu retorno, seja para o seu ingresso. (BRASIL, 2002, p. 22).

Nesse contexto, a flexibilização e a adaptação curricular impõem-se como exigência de uma formação docente mais abrangente do que aquela oferecida tradicionalmente.

No que se refere ao acompanhamento das atividades propostas, as responsáveis declaram:

Assisto à aula (Responsável 8)

Auxílio nas atividades (Responsáveis 3, 5 e 7)

Não acompanho (Responsável 6)

Não acompanho, porque ela faz sozinha (Responsável 4)

Assisto à aula e auxílio nas atividades (Responsável 1)

Com períodos curtos de atividades, para ele não se cansar e não se distrair. (Responsável 2)

Assim, mediante as falas, constata-se que a maioria das responsáveis compreendem a importância e a influência da família para o processo de desenvolvimento da aprendizagem do/a educando/a, pois acompanham e auxiliam as atividades. Ferreira (2001) afirma que escola e família não devem trabalhar isoladamente, pois ambas são responsáveis pela formação do indivíduo. Assim, família e escola são instituições fundamentais que podem atuar como propulsoras e/ou inibidoras no desenvolvimento e crescimento mental, físico, intelectual e social do sujeito.

Os/as educandos/as e responsáveis relatam acerca das metodologias utilizadas e como avaliam as atividades propostas como: “Boas e fáceis” (Educ. 1, 4 e 5); “Ótimas” (Responsáveis 1, 3, 4, 5, 7 e 8); e “Muito boa, porque são lúdicas” (Responsável 2).

Ceccim e Fonseca (1998) afirmam que as atividades recreativas e/ou lúdicas são essenciais para o enfrentamento do adoecimento e para a aceitação do tratamento no ambiente hospitalar. Mas, advertem que elas não substituem a necessidade de atenção pedagógica-educacional, pois o potencial de intervenção deve ser específico e individualizado, voltado às construções do desenvolvimento cognitivo, social e psíquico.

Neste estudo, cabe atentar para a questão de gênero, pois quando questionados/as sobre a preferência para o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar por professor ou professora, os/as educandos/as e as responsáveis responderam:

Por professora. (Educ. 1, 2 e 4)

Por professora. É mais fácil lidar com professora. (Educ. 3)

Por professora. Homem é ruim. (Educ. 5)

Por professora. Pelo instinto maternal, podendo propiciar além da simples educação, carinho e atenção com o educando (Responsável 1)

Por professora. É mais atenciosa e mais carinhosa (Responsável 3)

Por professora, a mulher é mais familiarizada. O homem é mais seco. (Responsável 7)

Não tenho preferência. Acho que ambos são qualificados e que o gênero não define a qualificação (Educ. 6)

Não tenho preferência. (Educ. 7, Responsáveis 4, 5 e 8)

Não tenho preferência, por causa da interação com o outro sexo (Responsável 6)

Por professor. Ele se solta mais como sexo masculino, mas nunca foi atendido, pelo Naeh, por professor. (Responsável 2)

As falas de educandos/as e das responsáveis expressam o sentimento comum de preferência por professoras, mediado pelo cuidado e pela afetividade, que no caso do trabalho docente é significativa. Preferência esta, construída historicamente pela cultura da condição de gênero, na qual a mulher é responsável por assumir as funções relatadas acima. Calero, Dellavalle e Zanino (2015, p. 5) expõem que *“en general se problematiza el hecho de que las mujeres han registrado una fuerte inserción laboral mientras que continúan siendo las principales proveedoras de cuidado”*. Percebe-se, então, que a docência como profissão, recorrentemente, ainda é apresentada como uma atividade ligada ao amor, ao cuidado, à figura feminina; sendo, portanto, não vinculada às características profissionais.

A atuação predominante de professoras no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, também, pode ser verificada, quando os/as respondentes expuseram acerca dos atendimentos já realizados por professores ou professoras do Naeh:

Uma professora. (Educ.2 e 4 e Responsáveis 2 e 5)

Duas professoras (Educ.1 e 7 e Responsáveis 1, 3, 4, e 8)

Duas professoras. Teve um professor, mas não gostei (Educ. 5)

Mais de três professoras (Educ. 3)

Uma professora no hospitalar e três no domiciliar (Educ. 6 e Responsável 7)

Mais de 5 (cinco), sendo só um homem. (Responsável 6)

Embora não haja preferência pela contratação de professoras e resistência para contratar professores, de acordo com o relato da maior parte da equipe gestora e dos/as professores/as, a pesquisa de campo realizada aponta que 71% dos/as educandos/as e 38% das responsáveis preferem professoras. Além disso, 90% dos profissionais (equipe gestora e professores/as) que atuam no Naeh, de acordo com o Gráfico 8, são do sexo feminino e não há, em Goiás, professores homens atuando no Atendimento Pedagógico Hospitalar. Também, não há responsáveis do sexo masculino que acompanhem o Atendimento Pedagógico em Hospitais ou em domicílios, conforme pode se constatar.

Louro (1997) trata de gênero e magistério, mostrando que ao abordar esta dupla temática, o primeiro olhar é associar pessoas de determinado gênero à atividade, sendo, nesse caso, a associação feita com o gênero feminino.

O fato é que as mulheres, durante muito tempo, foram educadas para dar expressão à sua afetividade e o movimento de se profissionalizar deveria ser dar relacionado a atividades vistas como inerente à pessoa. Nesse caso, seria natural a mulher seguir a lógica do cuidado, da capacidade de vincular-se emocionalmente aos/às alunos/as, como sendo essa a lógica considerada como parte da feminilidade (CODO, 2006, p. 53).

Louro (2003) afirma que a escola é parte importante nesse processo e também destaca o modo como as instituições e suas práticas ensinam certas concepções, fazendo com que certas condutas e formas de comportamento, diferenciadas pelo sexo, sejam aprendidas e apreendidas, tornando-se quase naturais. A autora ainda adverte que

[t]al 'naturalidade' tão fortemente construída talvez nos impeça de notar que, no interior das atuais escolas, onde convivem meninos e meninas, rapazes e moças, eles e elas se movimentam, circulam e se agrupam de formas distintas. (LOURO, 2003, p. 56, grifo da autora).

Esse entendimento apontou para a necessidade de que fossem realizadas entrevistas com professores/as, gestores/as, coordenadoras, responsáveis e educandos/as para associar as falas aos gestos e às expressões, aos silêncios, às emoções, ou seja, toda postura manifestada durante a realização do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar.

Ainda há que se considerar o aspecto de inclusão social/educacional que, também, caracteriza esta temática, encontrado nos diversos documentos orientadores da Educação Especial e, especialmente, da modalidade Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar. Todos/as entrevistados/as concebem que o Naeh promove a inclusão por meio do incentivo ao estudo e da interação e sugerem como melhorias para a realização desse trabalho:

Um/a professora/a na área de exatas para tirar dúvidas no domiciliar (Educ. 6)

Sempre trazer novas metodologias (Resp. 6)

Mais atividades de desenho e jogos. (Educ. 3)

Ter mais aulas durante a semana, pois o espaço de tempo entre as aulas é longo (Resp. 2)

Ao se tratar do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, percebe-se que muito foi feito, mas que ainda há um longo caminho a ser trilhado, como: políticas públicas, pesquisas, análises e reflexões sobre as práticas pedagógicas em hospitais e domicílios a fim de contribuir, cada vez mais, com o desenvolvimento deste trabalho, tão importante na intersecção das áreas da educação e saúde.

Ressalto, ainda, que tivemos 19 (dezenove) e não 18 (dezoito) professores/as como sujeitos entrevistados/as. Incluo-me, neste processo difícil, mas alicerçado no exercício permanente do estranhamento com o campo, no intuito de também ser escutada.

A escuta aos/às envolvidos/as desvendou realidades e permitiu a visualização do potencial, das possibilidades de conhecimentos e das perspectivas presentes no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, em Goiás.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa buscou apresentar e analisar o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, em Goiás, implantado desde 1999, por meio da Superintendência de Ensino Especial da Secretaria de Estado da Educação, atualmente, Secretaria de Estado de Educação, Cultura e Esporte - Seduce/GO e, que surgiu como proposta de trabalho capaz de atender às necessidades educacionais, de educandos/as hospitalizados/as ou em condições especiais de saúde, que estão impossibilitadas de frequentar à escola.

Para tanto, procurou-se responder às seguintes questões: como se caracteriza o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar em Goiás? Como se manifesta nesse exercício profissional o fazer docente? Como os sujeitos envolvidos percebem esse atendimento? Porque esse é um trabalho exercido majoritariamente por mulheres?

Assim, no intuito de entender esse atendimento fez-se necessário compreender a história da Educação Especial, na perspectiva inclusiva e seus contextos, considerando a educação e a saúde como integrantes dos direitos sociais fundamentais. Assim, mediante uma revisão bibliográfica, fundamentada em documentos e autores, pode-se perceber que, as políticas públicas destinadas a esta modalidade de ensino, embora apresentem a proposta de universalizar o acesso desses/as alunos/as em condições especiais de saúde, na rede pública de ensino, teve avanços limitados, evidenciando o paradoxo inclusão/exclusão, pois ainda é perceptível a exclusão de pessoas consideradas fora dos padrões homogeneizadores da escola, o que representa a dificuldade de adequação para efetivar, de fato, a adaptação às diferenças.

A pesquisa orientou-se pela exposição e análise de dados importantes da trajetória do Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar – Naeh, órgão responsável por esse atendimento e pela voz dos sujeitos envolvidos (Equipe Gestora, professores/as, educandos/as e responsáveis), para apreender como se efetiva o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, na capital e no interior do estado de Goiás.

A sistematização e análise das informações coletadas durante o estudo, constatou que mesmo com a expansão dos atendimentos hospitalares e domiciliares, não há divulgação dessa modalidade de ensino e o conhecimento

acerca do referido atendimento ocorre mediante internação em hospitais; por ser considerada uma política de alto custo, visto que os/as docentes atendem um número bem menor de estudantes, em relação ao espaço escolar.

Outro fator relevante em relação à pesquisa se refere à formação para atuar em classes hospitalares, apontada como insuficiente pela maioria dos/as profissionais do Naeh. Pois, mesmo que a formação em nível de graduação atenda ao dispositivo legal, em relação às licenciaturas, para garantir o direito ao atendimento pedagógico, com qualidade, a esses/as estudantes, também, devem-se constituir medidas que promovam a formação inicial e continuada, a essa modalidade de ensino, para que o/a professor/a possa atuar de forma adequada e atendendo às especificidades desse alunado.

Cabe ressaltar, que esse cenário pedagógico, o/a professor/a da Classe Hospitalar é mediador das interações e das atividades que visam ao ensinar e ao aprender por meio de práticas pedagógicas diversificadas e que atendam às especificidades de cada estudante.

A pesquisa apontou que dentre as dificuldades elencadas pelos/as profissionais, no intuito de propiciar a continuidade ao processo ensino-aprendizagem, apresenta-se a rotatividade de educandos/as e de profissionais; que apesar de ser a maioria com vínculo efetivo, apenas complementa a carga horária no Naeh, gerando a instabilidade no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar e com a opção segura de outro local de trabalho, que não se reporte à dor e ao sofrimento. Nesse quesito, outro fator que cabe destaque é que as atividades e planejamentos devem seguir o Currículo Referência da Rede Estadual de Educação de Goiás, em debate desde o ano de 2011 e que devido às mudanças societárias referentes à economia, educação, cultura, etc., necessita de atualização, por meio de discussões regionais e locais.

O estudo evidenciou a representatividade expressiva de mulheres envolvidas no Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, tanto no que se refere à Equipe Gestora, ao professorado e às responsáveis. Inclusive, as responsáveis, que não realizam trabalho remunerado fora de casa, para acompanhar o/a filho/a em tratamento de saúde e os/as educandos/as demonstraram preferência do atendimento pedagógico por professoras. Cabe destacar, que essa preferência reporta à ideia culturalmente instituída da relação:

magistério/vocação/cuidado/proximidade com a maternidade, que associa a atuação da mulher em atividades relacionadas ao cuidar.

Dessa forma, reforçam as diferenças de gênero ao destacar os atributos associados às mulheres como carinhosas, meigas, afetivas e a atitudes como chegar perto, abraçar, beijar, não incorporados pelo sexo masculino, a menos que seja homossexual, estereótipo expresso culturalmente, pela sociedade.

Acredita-se que homens e mulheres podem ocupar os mesmos espaços sociais, embora ainda seja comum que os homens desempenhem funções sociais no espaço público consideradas mais importantes, culturalmente, como masculinas e as mulheres se ocupem em funções sociais tidas como femininas, consideradas menos importantes para o conjunto da sociedade.

É notório que o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, realizado pelo Naeh, é considerado ferramenta de inclusão, devido ao caráter de inserir ou de dar continuidade à realização de uma rotina de estudos junto aos/às educandos/as, bem como as interações sociais.

Assim, apontados os avanços, limitações e desafios, devem-se buscar elementos que contribuem para a constituição da Pedagogia Hospitalar, na perspectiva de uma política pública inclusiva, de fato. Nesse sentido, ir além do discurso do ser cidadão é atentar para as necessidades intelectuais e sociais, visando o desenvolvimento psíquico e cognitivo, determinado pelas oportunidades sóciointerativas, nos diversos ambientes de vida.

Mediante a realização desta pesquisa, acredita-se, não ter eliminado as tensões que envolvem o Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, em Goiás, mas ter avançado alguns passos em direção a uma perspectiva de subsidiar novas reflexões, acerca dessa modalidade de ensino.

É, portanto, um desafio para os educadores e universidades, enquanto instituição requisitada para contribuir na formação de uma consciência crítica, viabilizar uma formação profissional capaz de captar a multidimensionalidade da realidade do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, para uma atuação que garanta, de fato, uma educação de qualidade aos/às educandos/as em condições especiais de saúde.

Diante do exposto, investigar acerca do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar, em Goiás, e interrogar as concepções dos sujeitos envolvidos nessa modalidade de ensino, é compreender sua realidade, romper com modelos e

soluções pré-fabricadas e pretender uma educação que estimule a igualdade de direitos e que vise a constituição do/a cidadão/ã. É, ainda, um passo imprescindível para propor possíveis mudanças, o que sugere este diálogo como pertinente, pois de acordo com Freire (1983, p. 98), “não podemos, como seres imaginativos e curiosos, é parar de aprender e de buscar, de pesquisar a razão de ser das coisas. Não podemos existir sem nos interrogar sobre o amanhã, sobre o que virá [...]”.

REFERÊNCIAS

ACCÁCIO, L. O. A preocupação com a profissão docente: antiga, mas insatisfatória. **Revista Educação em Questão**, v. 23, n. 9, p. 79-101, 2005.

AFONSO, Lúcia Helena Rincón. **Imagens de mulher e trabalho na telenovela brasileira**: a força da educação informal e a formação de professores/as. São Paulo: Anita Garibaldi; Goiás: Ed PUC Goiás, 2005.

ALVARENGA NETO, Rivadávia C. Drummond de; BARBOSA, Ricardo Rodrigues; CENDÓN, Beatriz Valadares. A construção de metodologia de pesquisa qualitativa com vistas à apreensão da realidade organizacional brasileira: estudos de casos múltiplos para proposição de modelagem conceitual integrativa. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 16, n. 2, p. 63-78, jul./dez. 2006.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. A revisão bibliográfica em teses e dissertações: meus tipos inesquecíveis – o retorno. In: BIANCHETTI, L.; MACHADO, A.M.N. **A bússola do escrever**. Florianópolis: Ed. UFSC; São Paulo: Cortez, 2002.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comun Saúde e Educ.**, 2005.

APPLE, Michael. Ensino e trabalho feminino: uma análise comparativa da história e ideologia. **Cad. Pesquisas**. São Paulo, p. 14-23, fev. 1988.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. **História da educação**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 1996.

ARANHA, Maria Salete Fábio. Inclusão Social e Municipalização. In: MANZINI, Eduardo José (Org.). **Educação Especial**: temas atuais. Marília: Unesp Marília Publicações, 2000. p. 1-10.

_____. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. **Revista do Ministério Público do Trabalho**, ano XI, n. 21, 2001.

_____. **Projeto Escola Viva**: garantindo o acesso e permanência de todos os alunos na escola: necessidades educacionais especiais dos alunos. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial - Visão Histórica, v. 1, 2005.

ARANTES, E. M. Rostos de Crianças no Brasil. In: RIZZINI, I.; PILOTTI, F. (Orgs.). **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p.153-202.

AROSA, A. C.; RIBEIRO, R.; SARDINHA, R. F. Currículo para uma escola no hospital. In: AROSA, A. C.; SCHILKE, A. L. (Orgs.). **Quando a escola é no hospital**. Niterói: Intertexto, 2008. p. 51-60.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Trad. Lucie Didio. Brasília: Plano, 2002. (Série Pesquisa em Educação, v. 3).

BARRETO, Andreia. A mulher no Ensino Superior: distribuição e representatividade. **Cadernos do GEA**, n. 6, jul./dez. 2014.

BETTINELLI, L. A. *et al.* Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Ed.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

BEZERRA, Lúcia de Fátima Rocha; FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira. Acompanhar um filho hospitalizado: compreendendo a vivência da mãe. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 49, n. 4, out-dez. 1996.

BOARINI, M. L.; YAMAMOTO, O. H. Higienismo e eugenia: discursos que não envelhecem. **Psicol. Rev.**, 2004.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é Educação**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

BRASIL. Ministério da Educação. **Adaptações curriculares dos parâmetros curriculares nacionais para educação de alunos com necessidades especiais**. Brasília: MEC, 1999.

_____. Ministério da Educação. **Decreto n. 1.428**, de 12 de setembro de 1854. Cria nesta Corte um instituto denominado Imperial Instituto dos Meninos Cegos. Coleção das leis do Império do Brasil, Rio de Janeiro, v. 1, parte 1, p. 295-300, 1854.

_____. Ministério da Educação. **Lei nº 4.024**, de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L4024.htm. Acesso em: 13 de dez. de 2017.

_____. Ministério da Educação. **Decreto-Lei nº 1.044**, de 21 de outubro de 1969. Dispõe sobre tratamento excepcional para os alunos portadores das afecções que indica. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del1044.htm. Acesso em: 02 de jul. de 2017.

_____. Ministério da Educação. **Lei nº 5.692**, de 11 de agosto de 1971. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5692.htm. Acesso em: 13 de dez. de 2016.

_____. Ministério da Educação. **Lei nº 6.229/1975**. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm. Acesso em: 13 de dez. de 2016

_____. Ministério da Educação. **Constituição da República Federativa do Brasil**. promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.mec.gov.br>. Acesso em: 15 de jan. de 2017.

_____. Ministério da Educação. **Decreto 7.853**, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei7853.pdf>> Acesso em: 15 de jan. de 2017.

_____. Ministério da Educação. **Lei nº 8.069** de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao>> Acesso em: 15 de jan. de 2017.

_____. Ministério da Educação. Direitos da criança e do adolescente hospitalizados. **Diário Oficial**, Brasília, 17 out. 1995. Seção 1, p. 319-320. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br>. Acesso em: 15 de jan. de 2017.

_____. Ministério da Educação. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a proteção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Educação. **Subsídios para Organização e Funcionamento de Serviços de Educação Especial**: área de deficiência mental. Brasília: MEC/SEESP, 1995.

_____. Presidência da República. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1996.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: introdução: Ensino de primeira à quarta série. Brasília: MEC/SEF, 1998.

_____. Convenção da Guatemala. **Decreto nº 3.956/2001**. Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Aprovada em 8 de outubro de 2001.

_____. Ministério da Educação. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica**. Brasília, DF: Secretaria de Educação Especial-MEC/SEESP, 2001.

_____. Ministério da Educação. Lei n. 10.172, de 09 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação (PNE). **Diário Oficial da União** [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 10 jan. 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Secretaria da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Educação. **Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar**: estratégias e orientações. Brasília, DF: MEC; SEESP, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/livro9.pdf>. Acesso em: 11 de fev. de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 2003. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/livro9.pdf>. Acesso em: 24 de fev. de 2017.

_____. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 749**, de 13 de maio de 2005. Disponível em: www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pi_749_2005.pdf. Acesso em: 14 de ago. de 2017.

_____. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. 2008. Disponível em: http://peei.mec.gov.br/arquivos/politica_nacional_educacao_especial.pdf. Acesso em: jan. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em: 27 de jun. de 2017.

_____. Ministério da Educação. Decreto nº 7508, de 28 de jun. 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, ano CXLVIII, n. 123, 2011.

_____. Ministério da Educação. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 2014.

_____. Ministério da Educação. **Resolução nº 2**, de 01 de julho de 2015. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação inicial em nível superior (cursos de licenciatura, cursos de formação pedagógica para graduados e cursos de segunda licenciatura) e para a formação continuada. 2015. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17719-res-cne-cp-002-3072015&Itemid=30192. Acesso em: 05 de jul. de 2017.

BUENO, José Geraldo Silveira. **Educação Especial Brasileira: integração / segregação do aluno diferente**. São Paulo: EDUC, 1993.

_____. Crianças com necessidades educativas especiais, política educacional e a formação de professores: generalistas ou especialistas? **Revista Brasileira de Educação Especial**. Piracicaba. Editora UNIMEP, v. 3 n. 5, p. 7-25, 1999.

CALERO, Analía; DELLAVALLE, Rocío; ZANINO, Carolina. **Uso del tiempo y economía del cuidado**. Documento de trabajo n. 09. 2015.

CANEZIN, Maria Tereza (Org.). **Jovens, educação e campos simbólicos**. Goiânia: Editora da UCG, 2007.

CASTRO, Marleisa Zanella. Escolarização hospitalar: desafios e perspectivas. In: MATOS, Elizete Lúcia Moreira (Org.). **Escolarização Hospitalar: educação e saúde de mãos dadas para humanizar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, P. R. A. **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Ed. UFGS, 1997.

_____. Classe hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. **Pátio, Revista Pedagógica**, 1999.

_____; FONSECA, Eneida Simões da. Atendimento pedagógico-educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada. **Temas sobre Desenvolvimento**, v. 7, n. 42, p. 24-36, 1999.

CHAMON, Magda. **Trajetória de feminização do magistério**. Ambiguidades e conflitos. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

CODO, Wanderley (Org.). **Educação, carinho e trabalho**. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 2006.

CORSARO, W. A. **Sociologia da infância**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

CURY, Carlos Roberto Jamil. Direito à educação: direito à igualdade, direito à diferença. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, n. 116, 2002.

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA: sobre Princípios, Política e Práticas em Educação Especial. Espanha, 1994.

DE PAULA, Ercília Maria. O ensino fundamental na escola do hospital: espaço da diversidade e cidadania. **Educação Unisinos**. Ponta Grossa, v. 11, n. 3, p. 156-164, dez. 2007.

EDLER, Flavio. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FEDERAÇÃO Nacional das Apaes – Fenapaes. **A história das Apaes**. Disponível em: <https://pauloliberallesso.wordpress.com/2011/11/26/a-historia-das-apaes-no-brasil/>. Acesso em: 18 de fev. de 2017.

FERREIRA, Norma Sandra de Almeida. As pesquisas denominadas "estado da arte". **Educ. Soc.** [online], v. 23, n. 79, p. 257-272, 2002.

FERREIRO, Emilia. **Reflexões sobre a alfabetização**. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FIGUEIREDO, Luis Cláudio. Michael Balint. Texto de aulas da Pós-graduação na PUC-SP, 2005.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FONSECA, Eneida Simões da. Classe hospitalar: ação sistemática na atenção às necessidades pedagógico-educacionais de crianças e adolescentes hospitalizados. **Temas sobre Desenvolvimento**, v. 8, n. 44, p. 32-37, 1999.

_____. Implantação e implementação de espaço escolar para crianças hospitalizadas. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 8, n. 2, p. 205-222, jul./dez. 2002.

_____. **Atendimento escolar no ambiente hospitalar**. São Paulo: Memnon, 2003.

_____. Da Classe à Pedagogia Hospitalar: a educação para além da escolarização. **Revista Linhas**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 72-92, jan.-jun. 2008.

FONTES, Rejane. O desafio da educação no hospital. **Revista Presença Pedagógica**, Belo Horizonte, v. II, a. XI, n. 64, jul/ago., 2005. Acesso em: 02 de jul. de 2017.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Pedagogia da esperança**: Um encontro com a Pedagogia do oprimido. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1983.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra 1987.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

_____. **Professora sim, tia não**. São Paulo: Ed. Olho d'Água, 2006.

_____. **Educação como prática de liberdade**. São Paulo, 2011.

_____; NOGUEIRA, Adriano. **O que fazer**: teoria e prática em educação popular. Petrópolis: Vozes, 1989.

FREITAS, Ana Beatriz M. **Sentidos Produzindo Sentidos**: constituições de deficiência e processos de subjetivação de crianças com necessidades educacionais especiais. 150 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2005.

GARRIDO, Elsa. Sala de aula: espaço de construção do conhecimento para o aluno e de pesquisa e desenvolvimento profissional para o professor. In: CASTRO, Amélia Domingues de; CARVALHO, Anna Maria Pessoa de (Org.). **Ensinar a ensinar**: Didática para a escola fundamental e médio. São Paulo: Pioneira, Thomson Learning, 2002.

GATTI, Bernardete A. Formação de professores no Brasil: características e problemas. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 31, n. 113, p. 1355-1379, out-dez. 2010.

GOFFMAN, E. **Asylums**. Chicago, Illinois: Aldine Publishing Company. 1962.

GOIÁS. **Resolução n. 161/2001** – GAB/SEE (GO). Aprova o projeto Hoje destinado ao atendimento educacional hospitalar por meio da Superintendência de Ensino Especial. Secretaria de Estado da Educação de Goiás, 2001.

_____. Secretaria de Educação. Superintendência de Ensino Especial. **Plano Estadual de Educação Para a Diversidade numa Perspectiva Inclusiva - PEEDI**: educação inclusiva garantia de respeito à diferença, 2003.

_____. **Relatório Parcial de Gestão 2010**. Coordenação de ensino especial – assessoria técnica, Goiânia, set. de 2010.

_____. **Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar – HOJE**: o que é e como funciona (GO). Gerência de Ensino Especial. Secretaria de Estado da Educação de Goiás; 2013.

GUHUR, M. de Lourdes Perieto. A representação da deficiência mental numa perspectiva histórica. In: **Revista Brasileira de Educação Especial**. v. I, n. 2, 1994.

HESBEEN, W. **Cuidar no hospital**: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência, 2000.

HILSDORF, Maria Lúcia Spedo. **História da educação brasileira**: leituras. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2005.

HOFFMANN, Jussara. **Avaliação na pré-escola**: um olhar sensível e reflexivo sobre a criança. 11 ed. Porto Alegre: Mediação, 2007.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, a. XXI, n. 55, nov. 2001.

IMBERNÓN, Francisco. **La formación del profesorado**. Buenos Aires: Paidós, 1994.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; SOUZA, Isabela Pilar Moraes Alves. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 4. Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, 2009.

JANNUZZI, Gilberta. **A luta pela educação do “deficiente mental” no Brasil**. São Paulo: Cortez; Autores Associados, 1985.

_____; CAIADO, K. **APAE: 1954 a 2011 algumas reflexões**. Campinas: Autores Associados, 2013.

JARVIS, Pam; BROCK, Avril; BROWN, Fraser. Três perspectivas sobre a brincadeira. In: BROCK, Avril; DODDS, Sylvia; JARVIS, Pam; OLUSOGA, Yinka (Orgs.). **Brincar**: aprendizagem para a vida. Trad. Fabiana Kanan. Porto Alegre: Penso, 2011.

KANNER, Léo. **A history of the care and study of the mentally retarded**. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher. 1964.

KRYMINICE, Andressa Oliveira de Souza; CUNHA Célia Regina Algarte. As múltiplas linguagens artísticas e a criança enferma. In: MATOS, Elizete Lúcia Moreira (Org.). **Escolarização hospitalar: educação e saúde de mãos dadas para humanizar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

LANNA JÚNIOR, Mário Cléber Martins. **História do movimento político das pessoas com deficiência no Brasil**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.

LAKATOS, Maria Eva; MARCONI, Maria de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LIMA, Nisia Trindade; SANTANA, José Paranaguá de (Org.). **Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LINDQUIST, Ivonny. **A criança no hospital**. São Paulo: Página Aberta Ltda, 1993.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. Mulheres na sala de aula. In: DEL PRIORI, Mary (Org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997.

_____. Gênero e magistério: identidade, história, representação. In: CATANI, D. et al. (Org.). **Docência, memória e gênero: estudos sobre formação**. São Paulo: Escrituras Editora, 1997.

LUCKESI Carlos Cipriano. **Avaliação da aprendizagem escolar**. 17 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

MANTOAN, M. T. E. **Inclusão escolar: O que é, Por quê? Como fazer?** São Paulo: Moderna, 2006.

MARQUES, José R. (Coord.). **O poder do coaching: ferramentas, foco e resultado**. Goiânia: IBC, 2013.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MASSETTO, Marcos T. **Didática: A aula como centro**. São Paulo: FTD, 1997.

MATOS, Elizete L. M; MUGIATTI, Margarida M. T. de F. **Pedagogia Hospitalar: a humanização integrando educação e saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

_____. (Org.) **Escolarização hospitalar: educação e saúde de mãos dadas para humanizar**. Petrópolis: Vozes, 2009.

MATTOS Ruben Araújo. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO. R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003. p. 45-59.

MAZER, Sheila Maria; TINÓS, Lúcia Maria Santos. **A educação especial na formação do pedagogo para a classe hospitalar**. VII Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial. Londrina: 2011.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MORAN, José Manuel et al. **Novas tecnologias e mediação pedagógica**. 6. ed. Campinas: Papyrus, 2000.

MUNHÓZ, Maria Alcione; ORTIZ, Leodi Conceição Meireles. **Um estudo da aprendizagem e desenvolvimento de crianças em situação de internação hospitalar**. Porto Alegre, a. XXIX, n. 1, v. 58, p. 65-83, jan./abr. 2006.

NAGLE, Jorge. As unidades universitárias e suas licenciaturas: educadores versus pesquisadores. In: CATANI, Denise *et al.* **Universidade, escola e formação de professores**. São Paulo: Brasiliense, 1986, p. 162-172.

NOGUEIRA, Claudia Mazzei. **O trabalho duplicado: a divisão sexual no trabalho e na reprodução: um estudo das trabalhadoras do telemarketing**. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NÓVOA, António. **Os professores e a sua formação**. Lisboa: Dom Quixote, 1992.

ODA, A.M.G.R. Sobre a Revisão da Tradução. In: PINEL, Ph. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Trad. Joice A. Galli. Porto Alegre: da UFRGS, 2007.

OLIVEIRA, M. E. Mais uma nota para a melodia da humanização. In: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; BRUGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização: reflexos sobre o cuidado durante o processo do nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

OLIVEIRA, J. M. A. M.; OLIVEIRA, M. C. M. Educação em saúde: do Campanhismo ao Saúde da Família. In: Congresso Brasileiro de História da Educação, Goiânia-GO. 4., 2006. **Anais**. Goiânia; 2006. Disponível em: <http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe4/individuais-coautorais/eixo05/Joseane%20Maria%20Andrade%20Mouzinho%20de%20Oliveira%20e%20Maria%20Cecilia%20M.pdf>. Acesso em: 1 de mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO das Nações Unidas – ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948.

ORTIZ, Leodi C. M.; FREITAS, Soraia N. **Classe Hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação**. Santa Maria, RS: UFSM, 2005.

PACHECO, J. A. **Escritos curriculares**. São Paulo: Cortez, 2005.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos: Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-35, jan.-mar. 2014.

PARCHEN, Maria José. **Profissionalidade docente e as condições da docência precarizadas**. Estudo Dirigido aos Gestores Escolares da Rede Estadual de Educação do Paraná. CURITIBA, 2008.

PEDRO, Joana Maria. **Traduzindo o debate**: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. *História*. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 77-98, 2005.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O Mundo da Saúde**, v. 31, n. 3, p. 320-28, 2007. Disponível em: [http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/55/02_restrospectiva_historica.pdf], Acesso em: 9 de mar. de 2017.

PESSOTTI, Isaías. **Deficiência mental**: da superstição à ciência. São Paulo: T.A. Queiroz/EDUSP, 1984.

PORTO, Roseane Lima Santos. Médica da Ala Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. Entrevista concedida à autora em 10 de jan. de 2013. Aracaju-SE.

QUICK, Rhiana. **Os diferentes tipos de escuta**. Disponível em: http://www.ehow.com.br/diferentes-tipos-escuta-info_147442/. 2000. Trad. Rayssa Amorim. Acesso em: 9 de mar. de 2017

RODACOSKI, Giseli Cipriano; FORTE, Luiza Tatiana. Prática pedagógica em complexo hospitalar. In: MATOS, Elizete Lúcia Moreira (Org.). **Escolarização hospitalar**: educação e saúde de mãos dadas para humanizar. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

RODRIGUES NETO, Zilma. A pedagogia hospitalar em Goiás. In: GOIÁS/SEE/SEF. **Caderno de inclusão em comemoração aos 10 anos programação Programa Educacional numa Perspectiva Inclusiva PEEDI**. Goiânia, 2010.

ROLDÃO, Maria do Céu. Profissionalidade docente em análise: especificidades dos ensinos superior e não superior. **Nuances: Estudos sobre educação**, ano XI, v. 12, n. 13, p. 105-126, jan./dez, 2005.

ROMANOWSKI, Joana Paulin. **As licenciaturas no Brasil**: um balanço das teses e dissertações dos anos 90. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

ROMÃO, José Eustáquio. **Pedagogia dialógica**. São Paulo: Cortez, 2002.

SÁ, Nicanor Palhares. **Política educacional e populismo no Brasil**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

SACRISTÁN, G. J. **Educar e conviver na cultura global: as exigências da cidadania**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SAFFIOTI, Heleieth. I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

SANTOS, Nelson Rodrigues. A reforma sanitária e o SUS: tendências e desafios após 20 Anos. **Rev. Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, 2009.

SANTOS, Mariluce Maria Oliveira. O trabalho pedagógico-educacional em classe hospitalar: um estudo de caso. **Cairu em Revista**, a. 02, n. 02, jan. 2013.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Como chamar as pessoas que têm deficiência? **Revista da Sociedade Brasileira de Ostomizados**, a. I, n. 1, 1º sem. 2003.

SEVERINO, Antonio J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1986.

SILVA, F. de C. T. **As relações entre ensino, aprendizagem e deficiência mental desenhando a cultura escolar**. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

VEIGA, I. P. A. **Escola espaço do Projeto Político Pedagógico**. São Paulo: Papyrus, 2000.

VIANNA, Cláudia Pereira. O sexo e o gênero da docência. **Cadernos Pagu**. Campinas, n. 17-18, p. 81-103, 2001-2002.

VYGOTSKI, L. S. **Obras Escogidas**. Tomo I. Madrid: Visor Distribuidores, S.A., 1991.

WENDHAUSEN Á. Saube R. Concepções de educação em Saúde e a estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enferm**. 2003.

APÊNDICES

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Saudações prezado/a participante,

O Sr./Sr.^a está convidado a participar do projeto de pesquisa de Doutorado em Educação intitulado “**Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar em Goiás: gênero e docência no olhar dos/as sujeitos envolvidos/as**”, que está sendo desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia, pela doutoranda **Edna Maria de Jesus**, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a **Lúcia Helena Rincón Afonso**.

Para dar prosseguimento aos estudos, solicito sua colaboração para participar da entrevista, que será conduzida por meio de um roteiro pré-determinado. A entrevista será gravada (apenas áudio) para que posteriormente, sejam feitas as transcrições.

Cabe ressaltar que, o/a entrevistado/a terá livre acesso às transcrições para verificação da veracidade das informações nelas contidas; ou ainda, se retirar da participação da pesquisa, em qualquer momento.

As informações advindas da entrevista subsidiarão o estudo em questão, que visa, analisar a configuração do Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar na Rede Pública Estadual de Ensino de Goiás, pontuando seus limites e avanços; bem como, compreender a relação desse atendimento com as representações do feminino e do masculino.

Cabe ainda ressaltar, que as informações advindas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos e aspectos da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum/a participante, sendo o mesmo/a assegurado/a de se manter atualizado/a quanto ao resultado da pesquisa.

Não há despesas pessoais para o/a participante em qualquer fase da pesquisa; como também, não há compensação financeira relacionada à sua participação e ainda, caso queira esclarecer qualquer dúvida, fazer críticas ou outro tipo de manifestação, favor contactar com a pesquisadora responsável por este estudo, pelo e-mail: ednamariajesus20@gmail.com ou telefone (62) 996130413.

Edna Maria de Jesus (Pesquisadora)

Declaração de Consentimento para menor de 18 anos

Eu, _____,
inscrito/a sob RG _____ e CPF _____,
responsável pelo/a menor _____,
declaro que li, discuti e entendi todas as informações presentes no Termo de Consentimento
Livre e Esclarecido – TCLE.

Assim, após a compreensão da natureza e do objetivo da pesquisa “**Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar em Goiás: gênero e docência no olhar dos/as sujeitos envolvidos/as**”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia, pela doutoranda **Edna Maria de Jesus**, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a **Lúcia Helena Rincón Afonso**, manifesto meu livre consentimento para o/a menor acima citado, participar da pesquisa, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo e que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável pela pesquisa.

Assinatura do/a responsável legal pelo/a menor participante da Pesquisa

Declaração de Consentimento

Eu, _____,
inscrito/a sob RG _____ e CPF _____,
declaro que li, discuti e entendi todas as informações presentes no Termo de Consentimento
Livre e Esclarecido – TCLE.

Assim, após a compreensão da natureza e do objetivo da pesquisa “**Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar em Goiás: gênero e docência no olhar dos/as sujeitos envolvidos/as**”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia, pela doutoranda **Edna Maria de Jesus**, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a **Lúcia Helena Rincón Afonso**, manifesto meu livre consentimento em participar da pesquisa, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo e que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável pela pesquisa.

Assinatura do/a participante da Pesquisa

Goiânia, _____ de _____ de 2017

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO

Área de Concentração: Estado, Políticas e Instituições Educacionais

Doutoranda: Edna Maria de Jesus

**Questionário aplicado à Equipe Gestora do Núcleo de Atendimento Educacional
Hospitalar/Domiciliar**

I – IDENTIFICAÇÃO

1. Nome _____

2- Sexo:

masculino feminino outros

3- Idade:

- de 20 a 25 anos
- de 26 a 30 anos
- de 31 a 35 anos
- de 36 a 40 anos
- de 41 a 45 anos
- de 46 a 50 anos
- acima de 50 anos

4 - Como você se considera enquanto cor/raça:

- negro
- pardo
- branco
- índio
- amarelo
- não quis declarar cor/raça

5 - Estado Civil:

- solteiro
- casado
- divorciado
- separado
- viúvo
- união estável
- outros

6 - De quais atividades sociais você participa? (se você participa coloque em ordem de importância: 1,2,3):

- () Artísticas/Culturais
 - () Movimentos Religiosos
 - () Políticos - Partidárias
 - () Movimento estudantil
 - () Movimento ecológicos
 - () Movimentos comunitários
 - () Nenhuma
-

7 - Graduação(ões) _____

8 - Instituição (ões) _____

9 - Pós-Graduação(ões) _____

10 - Instituição (ões) _____

11 - Tempo de magistério _____

12 - Em quais níveis/etapas já atuou na área da Educação? _____

13 - Tempo de trabalho no Naeh _____

14 - Função que ocupa no Naeh _____

15 - Há quanto tempo ocupa esta função? _____

16 - Assinale até três motivos que o levaram a escolher/permanecer no trabalho exercido pelo Naeh, numerando-os em ordem de prioridade (1,2,3):

- () atender às suas expectativas de realização pessoal
- () possibilidade de contribuir para a sociedade
- () indicação de familiares e/ou terceiros
- () permanecer na mesma área de exercício profissional
- () outros _____

17 - Você percebe alguma resistência por parte da Gestão, na contratação de professores para o Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar?

- () Sim
- () Não

No caso de resposta afirmativa, explique o porquê:

18 - Você percebe alguma resistência por parte da família, para o Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar realizado por professores/homens?

Sim

Não

No caso de resposta afirmativa, explique o porquê:

19 - Você percebe alguma preferência por parte da Gestão, na contratação de professoras para o Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar?

Sim

Não

No caso de resposta afirmativa, explique o porquê:

20 - Você percebe alguma preferência por parte da família, para o Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar realizado por professoras?

Sim

Não

No caso de resposta afirmativa, explique o porquê:

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO**

Área de Concentração: Estado, Políticas e Instituições Educacionais

Doutoranda: Edna Maria de Jesus

**Entrevista semiestruturada aplicada à Equipe Gestora do Núcleo de Atendimento
Educativo Hospitalar/Domiciliar**

1 - Quais as atividades que você executa nessa função?

2 - Quais as dificuldades e/ou desafios enfrentados para exercer essa função?

3 - Como você avalia sua participação na elaboração do Projeto Político-Pedagógico do Naeh?

4 - Você já participou de algum planejamento conjunto? Como é realizada a avaliação?

5 - Que sugestões você teria para a realização do trabalho do Naeh?

6 - A formação acadêmica lhe ofereceu subsídios para trabalhar nessa área? E na função?

7 - Você participa de alguma atividade de formação continuada sobre Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar?

8 - Você considera que esse trabalho do Naeh promove a inclusão?

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO

Área de Concentração: Estado, Políticas e Instituições Educacionais

Doutoranda: Edna Maria de Jesus

**Questionário aplicado aos Coordenadores/as do Núcleo de Atendimento Educacional
Hospitalar/Domiciliar**

I – IDENTIFICAÇÃO

1. Nome _____

2- Sexo:

masculino feminino outros

3- Idade:

- de 20 a 25 anos
- de 26 a 30 anos
- de 31 a 35 anos
- de 36 a 40 anos
- de 41 a 45 anos
- de 46 a 50 anos
- acima de 50 anos

4 - Como você se considera enquanto cor/raça:

- negro
- pardo
- branco
- índio
- amarelo
- não quis declarar cor/raça

5 - Estado Civil:

- solteiro
- casado
- divorciado
- separado
- viúvo
- união estável
- outros

6 - De quais atividades sociais você participa? (se você participa coloque em ordem de importância: 1,2,3):

- () Artísticas/Culturais
 - () Movimentos Religiosos
 - () Políticos - Partidárias
 - () Movimento estudantil
 - () Movimento ecológicos
 - () Movimentos comunitários
 - () Nenhuma
-

7 - Graduação(ões) _____

8 - Instituição (ões) _____

9 - Pós-Graduação(ões) _____

10 - Instituição (ões) _____

11 - Tempo de magistério _____

12 - Em quais níveis/etapas já atuou na área da Educação? _____

13 - Tempo de trabalho no Naeh _____

14 - Função que ocupa no Naeh _____

15 - Há quanto tempo ocupa esta função? _____

16 - Assinale até três motivos que o levaram a escolher/permanecer no trabalho exercido pelo Naeh, numerando-os em ordem de prioridade (1,2,3):

- () atender às suas expectativas de realização pessoal
- () possibilidade de contribuir para a sociedade
- () indicação de familiares e/ou terceiros
- () permanecer na mesma área de exercício profissional
- () outros _____

17 - Você percebe alguma resistência por parte da Gestão, na contratação de professores para o Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar?

- () Sim
- () Não

No caso de resposta afirmativa, explique o porquê:

18 - Você percebe alguma resistência por parte da família, para o Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar realizado por professores?

-
- () Sim
 - () Não

No caso de resposta afirmativa, explique o porquê:

19 - Você percebe alguma preferência por parte da Gestão, na contratação de professoras para o Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar?

() Sim

() Não

No caso de resposta afirmativa, explique o porquê:

20 - Você percebe alguma preferência por parte da família, para o Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar realizado por professoras?

() Sim

() Não

No caso de resposta afirmativa, explique o porquê:

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO**

Área de Concentração: Estado, Políticas e Instituições Educacionais

Doutoranda: Edna Maria de Jesus

**Entrevista semiestruturada aplicada aos Coordenadores/as do Núcleo de Atendimento
Educativo Hospitalar/Domiciliar**

1 - Quais as atividades que você executa nessa função?

2 - Quais as dificuldades e/ou desafios enfrentados para exercer essa função?

3 - Como você acompanha as atividades pedagógicas aplicadas pelos profissionais de Naeh?

4 - Como você avalia as atividades pedagógicas aplicadas pelos profissionais de Naeh?

5 - Como você acompanha as metodologias utilizadas pelos profissionais de Naeh?

6 - Como você avalia as metodologias utilizadas pelos profissionais de Naeh?

7 - Como você avalia sua participação na elaboração do Projeto Político-Pedagógico do Naeh?

8 - Você já participou de algum planejamento conjunto? Como é realizada a avaliação desse planejamento?

9 - Que sugestões você teria para a realização do trabalho do Naeh?

10 - A formação acadêmica lhe ofereceu subsídios para trabalhar nessa área? E na função?

11 - Você participa de alguma atividade de formação continuada sobre Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar?

12 - Você considera que esse trabalho do Naeh promove a inclusão?

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO

Área de Concentração: Estado, Políticas e Instituições Educacionais
Doutoranda: Edna Maria de Jesus

Questionário aplicado ao/a Professor/a do Núcleo de Atendimento Educacional
Hospitalar/Domiciliar

I – IDENTIFICAÇÃO

1. Nome _____

2- Sexo:

masculino feminino outros

3- Idade:

- de 20 a 25 anos
- de 26 a 30 anos
- de 31 a 35 anos
- de 36 a 40 anos
- de 41 a 45 anos
- de 46 a 50 anos
- acima de 50 anos

4 - Como você se considera enquanto cor/raça:

- negro
- pardo
- branco
- índio
- amarelo
- não quis declarar cor/raça

5 - Estado Civil:

- solteiro
- casado
- divorciado
- separado
- viúvo
- união estável
- outros

6 - De quais atividades sociais você participa? (se você participa coloque em ordem de importância: 1,2,3):

- Artísticas/Culturais
- Movimentos Religiosos
- Políticos - Partidárias
- Movimento estudantil
- Movimento ecológicos

- Movimentos comunitários
 - Nenhuma
-

- 7 - Graduação(ões) _____
- 8 - Instituição _____
- 9 - Pós-Graduação(ões) _____
- 10 - Instituição _____
- 11 - Tempo de magistério _____
- 12 - Em quais níveis/etapas já atuou na área da Educação? _____
- 13 - Tempo de trabalho no Naeh _____
- 14 - Qual é o seu tipo de contrato com a Secretaria de Estado de Educação, Cultura e Esporte?
- efetivo
 - temporário
- 15 - O tipo de vínculo do seu contrato no Naeh é:
- modulação
 - extensão de carga horária
- 16 - Qual é o tipo de Atendimento Pedagógico que você realiza?
- Hospitalar
 - Domiciliar
- 17 - Assinale até três motivos que o levaram a escolher/permanecer no trabalho exercido pelo Naeh, numerando-os em ordem de prioridade (1,2,3):
- atender às suas expectativas de realização pessoal
 - possibilidade de contribuir para a sociedade
 - indicação de familiares e/ou terceiros
 - complementar formação profissional que já exerce
 - outros _____
- 18 - Quais as atividades que você executa?
- Planeja e realiza o atendimento de acordo com as necessidades do/a educando/a, seguindo o Currículo Referência da Rede Estadual de Educação;
 - Promove flexibilização do currículo de acordo com as necessidades do/a educando/a;
 - Desenvolve atividades pedagógicas integradas, de modo que as relações multi/inter/transdisciplinares possibilitem a construção do conhecimento e o exercício da cidadania pelo educando;
 - Realiza o trabalho de itinerância entre instituições hospitalares
 - Realiza o trabalho de itinerância em atendimentos domiciliares
 - Redige relatórios sobre o desenvolvimento do/a educando/a;

Participa das reuniões e encontros pedagógicos sempre que solicitado (a), quer seja em grupo ou em particular;

Participa de atendimentos psicológicos

Acompanha as atividades escolares e avaliações mediadoras enviadas pela escola;

Participa do Grupos de Estudos e Pesquisas do Naeh;

Outras

19 - Você percebe alguma resistência por parte da Gestão, na contratação de professores para o Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar?

Sim

Não

No caso de resposta afirmativa, explique o porquê:

20 - Você percebe alguma resistência por parte da família, para o Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar realizado por professores?

Sim

Não

No caso de resposta afirmativa, explique o porquê:

21 - Você percebe alguma preferência por parte da Gestão, na contratação de professoras para o Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar?

Sim

Não

No caso de resposta afirmativa, explique o porquê:

22 - Você percebe alguma preferência por parte da família, para o Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar realizado por professoras?

Sim

Não

No caso de resposta afirmativa, explique o porquê:

23 – Você teve formação específica para atuar no Naeh?

sim

não

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO

Área de Concentração: Estado, Políticas e Instituições Educacionais

Doutoranda: Edna Maria de Jesus

**Questionário aplicado ao/a Professor/a do Núcleo de Atendimento Educacional
Hospitalar/Domiciliar**

1 - Quais as dificuldades e/ou desafios você enfrenta para executar seu trabalho no Naeh?

2 - Quais metodologias você utiliza nos Atendimentos Pedagógicos?

3 - Como você realiza a avaliação de aprendizagem de seus/suas educandos/as?

4 - Como você avalia sua participação na elaboração do Projeto Político-Pedagógico do Naeh?

5 - Você já participou de algum planejamento conjunto? Como é realizada a avaliação desse planejamento?

6 - Que sugestões você teria para a realização do trabalho do Naeh?

7 - A formação acadêmica lhe ofereceu subsídios para trabalhar nessa área? E na função?

8 - Você participa de alguma atividade de formação continuada sobre Atendimento Pedagógico Hospitalar/Domiciliar?

9 - Você considera que esse trabalho do Naeh promove a inclusão?

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO

Área de Concentração: Estado, Políticas e Instituições Educacionais

Doutoranda: Edna Maria de Jesus

Questionário aplicado ao Responsável pelo(a) educando(a)

I – IDENTIFICAÇÃO

1. Nome _____

2 - Sexo:

masculino feminino outros

3 - Idade:

<input type="checkbox"/> de 20 a 25 anos	<input type="checkbox"/> de 26 a 30 anos
<input type="checkbox"/> de 31 a 35 anos	<input type="checkbox"/> de 36 a 40 anos
<input type="checkbox"/> de 41 a 45 anos	<input type="checkbox"/> de 46 a 50 anos
<input type="checkbox"/> acima de 50 anos	

4 - Como você se considera enquanto cor/raça:

<input type="checkbox"/> negro	<input type="checkbox"/> pardo
<input type="checkbox"/> branco	<input type="checkbox"/> índio
<input type="checkbox"/> amarelo	<input type="checkbox"/> não quis declarar

5 - Estado Civil:

<input type="checkbox"/> solteiro	<input type="checkbox"/> casado
<input type="checkbox"/> divorciado	<input type="checkbox"/> separado
<input type="checkbox"/> viúvo	<input type="checkbox"/> união estável
<input type="checkbox"/> outros	

6 - Número de filhos:

<input type="checkbox"/> nenhum	<input type="checkbox"/> apenas um
<input type="checkbox"/> dois	<input type="checkbox"/> três
<input type="checkbox"/> mais de três	

7 - Com quem você mora? Marque uma ou mais opções:

<input type="checkbox"/> mãe	<input type="checkbox"/> pai
<input type="checkbox"/> irmãos casados	<input type="checkbox"/> irmãos solteiros
<input type="checkbox"/> avô/avó	<input type="checkbox"/> tios
<input type="checkbox"/> sobrinhos	<input type="checkbox"/> com o companheiro/a e filhos
<input type="checkbox"/> primos	<input type="checkbox"/> com outra família

com amigo

com os filhos

8 - Se você tem atividade remunerada, ela é:

eventual (bico)

com vínculo empregatício (carteira assinada)

sem vínculo empregatício (não tem carteira assinada)

9 - Caso exerça alguma atividade profissional, em qual lugar você trabalha (tipo de estabelecimento)?

R: _____

10 - Aproximadamente, quanto você recebe por mês?

nada

até um salário mínimo

mais de um até dois salários mínimos

mais de dois até três salários mínimos

mais de três até cinco salários mínimos

mais de cinco até oito salários mínimos

mais de oito até dez salários mínimos

mais de dez salários mínimos

11 - Qual a sua jornada de trabalho fora de casa?

até 20 horas semanais

de 20 a 30 horas semanais

de 30 a 40 horas semanais

mais de 40 horas por semana

não exerce atividade remunerada

12 - Qual a sua participação na vida econômica da família do educando?

parcial, contribui para o sustento da família

total, é responsável pelo sustento da família

nenhuma

13 - Qual o seu grau de escolaridade?

Nenhuma escolaridade

Ensino fundamental incompleto (até a 4ª série do antigo primeiro grau)

Ensino fundamental completo (até a 8ª série do antigo primeiro grau)

Ensino médio incompleto (antigo segundo grau)

Ensino médio completo (antigo segundo grau)

Superior incompleto() Superior completo

14 - A família do educando/sua família recebe algum tipo de ajuda do governo?

Benefício do INSS

Bolsa Família

Projovem

- Agente Jovem
- Bolsa Universitária
- Renda Cidadã
- Vale gás
- outra _____
- nenhuma

15 - Em que tipo de escola você cursou a Educação Básica?

- todo em escola pública
- maior parte em escola pública
- maior parte em escola particular
- todo em escola particular

16 - De quais atividades sociais você participa?

- Artísticas/Culturais
- Movimentos Religiosos
- Políticos - Partidárias
- Movimento estudantil
- Movimento ecológicos
- Movimentos comunitários
- Nenhuma

17 – Assinale TRÊS atividades mais comuns em seu tempo livre: (Coloque em ordem de importância 1,2, 3,4)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assistir televisão | <input type="checkbox"/> ouvir música _____ |
| <input type="checkbox"/> ir ao teatro/show/concertos | <input type="checkbox"/> ir ao cinema |
| <input type="checkbox"/> assistir competições esportivas | <input type="checkbox"/> sair para dançar |
| <input type="checkbox"/> frequentar barzinhos/encontrar amigos | <input type="checkbox"/> computação (internet/) |
| <input type="checkbox"/> jogos (baralho/bingo/vídeo game, futebol, outros) | <input type="checkbox"/> outros |

18 - Você tem algum grau de parentesco com o/a educando/a atendido/a pelo Naeh?

- sim
- não

Em caso afirmativo, qual é o grau de parentesco?

19 – Você, como responsável pelo/a educando/a tem preferência para o Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar:

-
- por professor por professora não tenho preferência

Explique o porquê:

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO**

Área de Concentração: Estado, Políticas e Instituições Educacionais

Doutoranda: Edna Maria de Jesus

Entrevista Semiestruturada aplicada ao Responsável pelo(a) educando(a)

1 - O Naeh é um Núcleo de Atendimento Hospitalar/Domiciliar. Como você ficou sabendo desse atendimento pedagógico?

2 - Quais as dificuldades e/ou desafios você enfrenta durante os atendimentos?

3 - Como você acompanha as atividades pedagógicas aplicadas pelos profissionais de Naeh?

4 - Como você avalia as atividades pedagógicas aplicadas pelos profissionais de Naeh?

5 - Como você acompanha as metodologias utilizadas pelos profissionais de Naeh?

6 - Como você avalia as metodologias utilizadas pelos profissionais de Naeh?

7 - Quantos professores e professoras já realizaram o Atendimento Pedagógico com educando/a que está sob sua responsabilidade?

8 - Que sugestões você teria para a realização do trabalho do Naeh?

9 - Você considera esse atendimento uma prática de inclusão?

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO

Área de Concentração: Estado, Políticas e Instituições Educacionais
Doutoranda: Edna Maria de Jesus

Questionário aplicado ao/à Educando(a)

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome _____

Série: _____

Instituição que estuda: _____

2 - Sexo:

masculino feminino outros

3 - Idade:

- de 10 a 15 anos
- de 16 a 20 anos
- de 21 a 25 anos
- de 26 a 30 anos
- acima de 30 anos

4 - Como você se considera enquanto cor/raça:

- negro
- pardo
- branco
- índio
- amarelo
- não quis declarar cor/raça

5 - Estado Civil:

- solteiro
- casado
- divorciado
- separado
- viúvo
- união estável
- outros

6 - Número de filhos:

- nenhum
- apenas um
- dois
- três
- mais de três

7 - Com quem você mora? Marque uma ou mais opções:

- pai tios
 mãe irmãos solteiros
 irmãos casados avô/avó
 sobrinhos
 primos com o companheiro/a e filhos
 com amigos
 com outra família (parentes ou amigos de seus pais)

8 - Quantas pessoas moram na sua casa (contando com você)?

- duas pessoas cinco pessoas
 três pessoas mais de cinco pessoas
 quatro pessoas

9 - Onde você nasceu?

9.1 - Em que estado?

9.2 - Por que veio para Goiânia?

- para estudar para tratamento de saúde
 para trabalhar motivos familiares
 outros _____
-

10 - Seus pais:

- vivem juntos são casados novamente
 são separados nunca viveram juntos
-

11 - Qual o grau de escolaridade de seu pai?

- Nenhuma escolaridade
 Ensino fundamental incompleto (até a 4ª série do antigo primeiro grau)
 Ensino fundamental completo (até a 8ª série do antigo primeiro grau)
 Ensino médio incompleto (antigo segundo grau)
 Ensino médio completo (antigo segundo grau)
 Superior incompleto
 Superior completo

12 - Qual o grau de instrução da sua mãe?

- Nenhuma escolaridade
 Ensino fundamental incompleto (até a 4ª série do antigo primeiro grau)
 Ensino fundamental completo (até a 8ª série do antigo primeiro grau)
 Ensino médio incompleto (antigo segundo grau)
 Ensino médio completo (antigo segundo grau)
 Superior incompleto
 Superior completo

13 - Qual a atividade profissional de seu pai? _____

14 - Qual a atividade profissional de sua mãe? _____

15 - Que tipo de ajuda financeira você e/ou sua família recebe do governo?

- Benefício do INSS
- Bolsa família
- Projovem
- Agente jovem
- bolsa universitária
- renda cidadã
- vale gás
- outra
- nenhuma

16 - Você já deixou frequentar escola?

- Sim
- Não

16.1 - Se sim, por qual motivo?

16.1 - Por quanto tempo?

17- Em que tipo de escola você estudava?

- todo em escola pública
- maior parte em escola pública
- maior parte em escola particular
- todo em escola particular

18 - De quais atividades sociais você participa? (se você participa coloque em ordem de importância: 1,2,3):

- Artísticas/Culturais
- Movimentos Religiosos
- Políticos - Partidárias
- Movimento estudantil
- Movimento ecológicos
- Movimentos comunitários
- Feira de ciências
- outras _____
- Nenhuma

19 - Você utiliza computador?

- sim
- não

20 - Você tem acesso à internet?

- sim
 - não
-

21 - Assinale TRÊS atividades mais comuns em seu tempo livre: (Coloque em ordem de importância 1,2,3,4)

- assistir televisão
- ouvir música _____
- ir ao teatro/show/concertos
- ir ao cinema
- assistir competições esportivas
- sair para dançar _____
- frequentar barzinhos/encontrar amigos
- jogos (baralho/bingo/vídeo game, futebol, outros)
- computação (internet/) _____
- outros

22 - Quantas horas você costuma destinar ao estudo e à leitura, durante a semana?

- de 1 a 4 horas
- de 4 a 6 horas semanais
- de 6 a 12 horas semanais
- mais de 12 horas semanais
- nenhuma

23 - Você tem lembrança do nome do último livro que você leu e do seu autor?

- sim
- não

Se a resposta for afirmativa citar _____

24 - Você tem preferência para o Atendimento Educacional Hospitalar/Domiciliar:

- por professor
- por professora
- não tenho preferência

Explique o porquê:

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO

Área de Concentração: Estado, Políticas e Instituições Educacionais
Doutoranda: Edna Maria de Jesus

Entrevista Semiestruturada aplicada ao/à Educando(a)

1 - O Naeh é um Núcleo de Atendimento Hospitalar/Domiciliar. Como você ficou sabendo desse atendimento pedagógico?

2 - Quais as dificuldades e/ou desafios você enfrenta durante os atendimentos?

3 - Como você avalia as atividades aplicadas durante o Atendimento Pedagógico?

4 - Com quantos professores e professoras você já teve o Atendimento Pedagógico?

5 - Que sugestões você teria para a realização do trabalho do Naeh?
