

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**O DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL DAS  
CLASSES HOSPITALARES DO RS: UMA ANÁLISE  
DAS DIMENSÕES ECONÔMICA, PEDAGÓGICA,  
POLÍTICA E CULTURAL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Sinara Pollom Zardo**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2007**

**O DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL DAS CLASSES  
HOSPITALARES DO RS: UMA ANÁLISE DAS DIMENSÕES  
ECONÔMICA, PEDAGÓGICA, POLÍTICA E CULTURAL**

**por**

**Sinara Pollom Zardo**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação, Linha de Pesquisa Educação Especial, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Educação.**

**Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Soraia Napoleão Freitas**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2007**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Educação  
Programa de Pós-Graduação em Educação**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Dissertação de Mestrado

**O DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL DAS CLASSES  
HOSPITALARES DO RS: UMA ANÁLISE DAS DIMENSÕES  
ECONÔMICA, PEDAGÓGICA, POLÍTICA E CULTURAL**

elaborada por  
**Sinara Pollom Zardo**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Educação**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Soraia Napoleão Freitas, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Ruy Jornada Krebs, Prof. Dr. (UDESC)**

---

**Sueli Menezes Pereira, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. (UFSM)**

Santa Maria, 22 de março de 2007.

À minha família, pelo amor, carinho e apoio em todos os momentos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela proteção constante, por iluminar meu caminho e por zelar pela minha família quando eu não podia estar junto dela.

Agradeço aos meus pais, Vilmar e Marines, que distantes de Santa Maria/RS sempre apoiaram e incentivaram a continuidade dos meus estudos, ajudando-me a enfrentar as dificuldades. Obrigada pelo amor, pela ajuda e pelo incentivo. Ao meu irmão Matheus, agradeço os momentos de alegria e descontração vivenciados em casa, que impulsionavam uma volta aos estudos mais tranqüila e que sempre deixavam saudades. Aos demais familiares pelo incentivo, em especial à Fernanda e à Silvana, minhas queridas primas e amigas. Ao Everson, meu namorado, agradeço a companhia, o apoio e a paciência nos momentos que precisei.

À minha Orientadora, Professora Soraia Napoleão Freitas, pelo companheirismo e auxílio constante em delinear os encaminhamentos da pesquisa. A você agradeço a oportunidade de concretizar o estudo e, sobretudo, agradeço todos os momentos de aprendizagem que vivenciei durante o tempo em que trabalhamos juntas.

Aos professores que constituem a Banca de Avaliação da Dissertação de Mestrado, Professora Sueli Menezes Pereira, Professor Ruy Jornada Krebs e Professora Márcia Lise Lunardi, agradeço o empenho na correção do trabalho e as contribuições realizadas que auxiliaram na estruturação da pesquisa e na compilação de um estudo com melhor rigor científico. Aos professores do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, o agradecimento pelos conhecimentos e discussões teóricas realizadas nas aulas, seminários e encontros.

Ao Programa de Apoio à Pesquisa em Educação Especial – PROESP, viabilizado pelo Ministério da Educação do Brasil – MEC, pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior – CAPES, e pela Secretaria de Educação Especial – SEESP, agradeço o financiamento dispensado para realização da pesquisa. Espero que os resultados dessa pesquisa auxiliem a comunidade, retornando o auxílio dispensado.

Às minhas colegas Andréia, Alenia, Ângela, Denise e Sibila, pelas alegrias e conhecimentos compartilhados, pelas conversas e estudos que certamente auxiliaram no processo de formação docente. A vocês meu carinho e o desejo de boa sorte nessa nova etapa das nossas vidas. Às amigas Caroline, Simone e Tatiane, Eliana e Cleonice pela companhia e pela amizade cultivada. À Sabrina, pela amizade e ajuda, pela presença constante na minha trajetória acadêmica. A você amiga Sá, agradeço por tudo e levarei sempre comigo a lembrança da nossa amizade. Às queridas amigas e colegas Cristiane, Neoclésia, Dariane, Rosângela e Deise, meu agradecimento pelos momentos que vivenciamos juntas e compartilhamos nossas angústias, alegrias e dificuldades.

Agradeço às instituições hospitalares participantes da pesquisa e em especial aos professores que nelas atuam. Meu agradecimento aos professores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, do Hospital Universitário de Santa Maria e do Hospital Santa Terezinha de Erechim que aceitaram o convite para participar da pesquisa e prontificaram-se a oferecer as informações necessárias para a realização desse estudo.

A todas as pessoas que convivi durante o período do curso de Mestrado, agradeço a companhia e a amizade. Aos amigos distantes, a lembrança do carinho de vocês em muitos momentos me ajudou. Obrigado a todos!

O que conta nas coisas ditas pelos homens não é tanto o que teriam pensado aquém ou além delas, mas o que desde o princípio as sistematiza, tornando-as, pelo tempo afora, infindamente acessíveis a novos discursos e abertas à tarefa de transformá-los.

Michel Foucault<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro, Editora Forense-Universitária, 1980.

## RESUMO

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Educação  
Universidade Federal de Santa Maria

### **O DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL DAS CLASSES HOSPITALARES DO RS: UMA ANÁLISE DAS DIMENSÕES ECONÔMICA, PEDAGÓGICA, POLÍTICA E CULTURAL**

Autora: Sinara Pollom Zardo

Orientadora: Soraia Napoleão Freitas

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 22 de março de 2007.

A presente pesquisa insere-se na Linha de Pesquisa Educação Especial do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. O objetivo que direcionou a busca investigativa consiste em compreender como se articula o processo de desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS. Desse objetivo geral, ramificam-se outros que possibilitaram melhor compreensão das realidades em estudo: a) identificar os aspectos que condizem à dimensão econômica das classes hospitalares do RS, atentando para os recursos financeiros, materiais, estruturas e normas burocráticas; b) verificar quais pressupostos são postulados na dimensão pedagógica, entendendo-a como conjunto de princípios e estratégias comprometidas com a consecução dos objetivos educacionais; c) investigar como procede a dimensão política das classes hospitalares, ou seja, as estratégias de ação organizada dos participantes do sistema educacional, para atender as necessidades e demandas sociais da comunidade; d) averiguar como acontece a dimensão cultural do ambiente educacional das classes hospitalares do RS, considerando os valores e as características sociais das pessoas que participam do sistema educacional. Partindo destes objetivos, buscou-se verificar o processo de desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS a partir da compreensão das dimensões econômica, pedagógica, política e cultural, que na perspectiva de Sander (1981, 1984, 1995, 2005), constituem o paradigma multidimensional de gestão da educação. Para realização da pesquisa foram utilizados os preceitos da pesquisa qualitativa, de tipo multicase, utilizando como instrumentos para a coleta de dados entrevista semi-estruturada e análise de documentos. A análise dos dados foi realizada com auxílio da estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo, proposta por Lefèvre e Lefèvre (2005). Dentre os resultados alcançados, pode-se destacar que as classes hospitalares do RS enfrentam dificuldades no que tange à dimensão econômica, representada pela escassez de recursos humanos, financeiros e materiais. Em relação à dimensão pedagógica verificou-se a viabilidade da prática educativa em contexto hospitalar e a busca de alternativas pedagógicas diferenciadas que consideram as necessidades dos educandos, pautando a proposta educativa nas concepções educativo-escolar e lúdico-educativa. Na dimensão política pode-se verificar que as classes hospitalares do RS são relevantes para a comunidade pois amenizam o período de hospitalização, possibilitam o rompimento de mitos acerca da criança hospitalizada e promovem a inclusão social dos alunos-pacientes. Por vez, no que tange à dimensão cultural, verificou-se que as famílias que participam do processo de desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS são desfavorecidas financeiramente e possuem baixo nível de escolaridade. Este aspecto afirma a necessidade da existência das classes hospitalares para atuarem como instrumento esclarecedor de concepções equivocadas sobre a aprendizagem da criança hospitalizada e elemento promotor de conhecimento e defesa pela qualidade de vida dos infantis hospitalizados e seus familiares. Como conclusão, destaca-se a necessidade de atentar para as ações governamentais e institucionais no que tange ao cumprimento das políticas públicas que embasam a existência das classes hospitalares, propondo uma vinculação efetiva com as Secretarias de Educação, a fim de consolidar as bases para a promoção de um acompanhamento pedagógico de qualidade às crianças e adolescentes que estão enfrentando tratamento de saúde.

Palavras-chave: educação; desenvolvimento organizacional; classe hospitalar.

## **ABSTRACT**

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Educação  
Universidade Federal de Santa Maria

### **ORGANIZATIONAL DEVELOPMENT OF THE HOSPITAL CLASSROOMS OF THE RS: AN ANALYSIS OF THE ECONOMIC, PEDAGOGICAL, POLITICS AND CULTURAL DIMENSIONS**

AUTHOR: SINARA POLLOM ZARDO

ADVISOR: SORAIA NAPOLEÃO DE FREITAS

Date and place of defense: Santa Maria, 22 de março de 2007.

The present research inserts itself in the Research Line of Special Education of the Course of Mastership of the Program of Post-Graduation in Education of the Federal University of Santa Maria - UFSM. The objective that directed the investigative research consists of understanding how is articulated the process of organizational development of the hospital classrooms of the Rio Grande do Sul (RS). From this general objective, there are others branch that make possible a better understanding of the realities in study: a) to identify the aspects that to suit to the economic dimension of the hospital classrooms of the RS, attempting against for the financial, material resources, bureaucratic structures and norms; b) to verify estimated which is postulates in the pedagogical dimension, understanding it as joint of principles and strategies compromised to the achievement of the educational objectives; c) to investigate as the dimension proceeds politics from the hospital classrooms, or either, the strategies of action organized of the participants of the educational system, to take care of to the necessities and social demands of the community; d) to inquire as the cultural dimension of the educational environment of the hospital classrooms of the RS happens, considering the values and the social characteristics of the people who participate of the educational system. Leaving of these objectives, one searched to verify the process of organizational development of the hospital classrooms of the RS, from the understanding of the economic, pedagogical, cultural politics dimensions and that, in the perspective of Sander (1981, 1984, 1995 and 2005), constitute the multidimensional paradigm of management of the education. For the accomplishment of the research the rules of the qualitative research, of type had been used multicases, using as instruments for the collection of data half-structured interview and document analysis. The analysis of the data was carried through with aid of the methodological strategy of the Speech of the Collective Citizen, proposal for Lefèvre and Lefèvre (2005). Amongst the reached results, it can be detached that the hospital classrooms of the RS face difficulties in that refers to the economic dimension, represented for the scarcity of human resources, financial and material. In relation to the pedagogical dimension, it was verified practical viability of educative in hospital context and the search of pedagogical alternatives differentiated that consider the necessities of the educandos, to ruling the proposal educative in the conceptions educative-pertaining to school and playful-educative. In the dimension politics, it can be verified that the hospital classrooms of the RS are excellent for the community, therefore they brighten up the period of hospitalization and make possible the myth disruption concerning the hospitalized child and promote the inclusion social of the pupil-patients. In turn, in that it refers to the cultural dimension, it was verified that the families who participate of the process of organizational development of the hospital classrooms of the RS they are disfavored financially and they possess low level of scholarship. This aspect affirms the necessity of the existence of the hospital classrooms to act as enlightening instrument of conceptions making a mistake on the learning of the hospitalized child and promotional element of knowledge, and defense for the quality of life of the infantile ones hospitalized and its familiar ones. As conclusion, it is distinguished necessity to review the politics public that base the existence of the hospital classrooms, considering an entailing accomplishes with the Secretariats of Education, in order to consolidate the bases for the promotion of a pedagogical accompaniment of quality to the children and adolescents who are facing treatment of health.

Key words: education; organizational development; hospital classroom.

## **LISTA DE ANEXOS**

ANEXO A - Documento base para a definição das classes hospitalares a serem estudadas .....	204
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Informado .....	213

## **LISTA DE APÊNDICES**

APÊNDICE A – Modelo do Ofício/convite para as instituições hospitalares ..	199
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	201

## SUMÁRIO

<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS: BASES DE SUSTENTAÇÃO PARA O ESTUDO .....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>24</b>
<b>1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA MODERNIDADE: A CONFIGURAÇÃO POLÍTICA, SOCIAL, ECONÔMICA E AS RELAÇÕES DE PODER .....</b>	<b>25</b>
1.1 Breves comentários acerca das concepções Modernas e suas transformações sociais .....	26
1.2 A institucionalização da Modernidade: o hospital .....	37
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>50</b>
<b>2 EDUCAÇÃO E SAÚDE: A CLASSE HOSPITALAR COMO INICIATIVA PARA CONSIDERAR A COMPLEXIDADE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA .....</b>	<b>51</b>
2.1 A condição humana da criança hospitalizada .....	52
2.2 A humanização do hospital através da “escuta pedagógica” .....	56
2.3 A prática educativa em ambientes hospitalares: pressupostos legais .....	59
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>67</b>
<b>3 ADMINISTRAÇÃO DA EDUCAÇÃO: PRESSUPOSTOS PARA A CONFIGURAÇÃO DE UM PARADIGMA MULTIDIMENSIONAL DE GESTÃO .....</b>	<b>68</b>
3.1 Aspectos históricos da administração da educação: em busca de superações conceituais e teóricas .....	70
3.2 Aprendizagem, memória e cultura organizacional: princípios para a análise da gestão das classes hospitalares .....	92
3.3 Considerações acerca do paradigma multidimensional de gestão da educação .....	100
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>107</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DA PESQUISA: PROCEDIMENTOS PARA DESVELAR O DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL DAS CLASSES HOSPITALARES DO RS .....</b>	<b>108</b>

<b>CAPÍTULO V</b>	120
<b>5 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DAS CLASSES HOSPITALARES DO RS: ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	121
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	184
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	192
<b>APÊNDICES</b>	198
APÊNDICE A – Modelo do Ofício/convite para as instituições hospitalares ...	199
APÊNDICE B – Entrevista semi-estruturada .....	201
<b>ANEXOS</b>	203
ANEXO A – Documento base para a definição das classes hospitalares a serem estudadas .....	204
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	213

**Considerações iniciais:  
bases de sustentação para o estudo**

---

## **CONSIDERAÇÕES INICIAIS: BASES DE SUSTENTAÇÃO PARA O ESTUDO**

Diante do contexto atual da educação brasileira, que clama por modificações que promovam sua qualidade e acesso a todos os cidadãos, e da complexidade dos sistemas de ensino, face a sua organização e atendimento às diferenças, emerge a necessidade de discutir as ações políticas organizacionais de ambientes e instituições educacionais, levando o debate para além da escola comum.

Essa necessidade é justificada pela evidente deficiência de investimentos do Estado na educação e na qualidade de vida da população menos favorecida economicamente e da crescente iniciativa de auto-organização dos grupos marginalizados socialmente em corporações e movimentos sociais que buscam reivindicar o cumprimento dos seus direitos civis. Ademais, a presença constante da evasão e da repetência escolar nas instituições de ensino formais demonstram a ineficácia destas em alcançar seu objetivo social primordial – a aprendizagem com qualidade para todos -, levando críticos sociais a denunciarem a escola como produtora de fracassados e bem-sucedidos, e em conseqüência, da reprodução social de pobres e ricos.

Considerando tais aspectos, o presente trabalho parte do direito constitucional de todos à educação e à saúde, e sobretudo, busca aliar estes na promoção da qualidade de vida da sociedade e da humanização da assistência hospitalar. É ponderando estes princípios que se propõe a classe hospitalar como alternativa para o atendimento integral, promovendo o acompanhamento educacional às crianças e jovens durante o período de hospitalização.

A classe hospitalar consiste em uma modalidade de atendimento da Educação Especial, conforme postula a Política Nacional de Educação Especial (1994), que em linhas gerais preocupa-se com o acompanhamento escolar das crianças hospitalizadas, ou seja, pretende dar a oportunidade das crianças e adolescentes afastados da escola, em decorrência da enfermidade, darem continuidade à aprendizagem dos conteúdos sistematizados. Logo, a classe

hospitalar assenta sua proposta educativa na educação formal, já que possui bases legais que sustentam sua implantação e organiza sua ação educacional com profissionais específicos da educação, em ambiente organizado e com proposta pedagógica estruturada, segundo o documento Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações (2002). Nesse contexto, a inserção da educação nos hospitais objetiva oportunizar a superação do isolamento social historicamente produzido pela instituição hospitalar, bem como o desmantelamento do processo de objetivação pelo qual a pessoa é submetida ao ser hospitalizada, investindo em princípios inclusivos, basilados na perspectiva da atenção integral e da educação para a saúde e para a vida.

Sendo assim, a classe hospitalar é responsável pela articulação de ações educacionais em ambiente hospitalar, dispensados para alunos-pacientes internados e ambulatoriais, tendo em vista a prevenção da defasagem de aprendizagem das crianças e adolescentes, estando estes hospitalizados ou em domicílio. Partindo destes pressupostos, o atendimento educacional hospitalar e o atendimento pedagógico domiciliar devem estar vinculados com as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação, com o Distrito Federal e com as direções clínicas dos sistemas e instituições de saúde em que se localizam (CLASSE HOSPITALAR E ATENDIMENTO PEDAGÓGICO DOMICILIAR: ESTRATÉGIAS E ORIENTAÇÕES, 2002).

A proposta de oferta de educação para crianças e jovens hospitalizados aparece amparada pelas políticas educacionais, dentre estas a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei 9394/96, que em seu Art. 3º expõe que é assegurada a igualdade de condições para acesso e permanência na escola. A mesma lei, em seu Art. 5º, prevê a possibilidade do Poder Público criar formas alternativas de acesso aos diferentes níveis de ensino, independentemente da escolarização anterior, com o fim de garantir o cumprimento da obrigatoriedade do ensino. Essa prerrogativa vem sustentada pelo Capítulo V da LDBEN 9394/96, que trata da Educação Especial, destacando no Art. 58, a Educação Especial como modalidade de educação escolar para educandos portadores de necessidades especiais e reafirmando no § 2º desse mesmo artigo que “o atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns do ensino regular” (LDBEN 9394/96).

Atentando para as especificidades da criança hospitalizada e considerando seu direito à educação assegurada pela LDBEN 9394/96, propõe-se a classe hospitalar como uma modalidade de atendimento da Educação Especial. Segundo a Política Nacional de Educação Especial, define-se Classe Hospitalar como “Ambiente hospitalar que possibilita o atendimento educacional de crianças e jovens internados que necessitam de educação especial e que estejam em tratamento hospitalar” (1994, p. 20). Com base nesse entendimento, as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica conceitua Classe hospitalar como “serviço destinado a prover, mediante atendimento especializado, a educação escolar a alunos impossibilitados de freqüentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar ou atendimento ambulatorial” (2001, p. 51).

Sob este prisma, a elaboração desse trabalho investigativo busca aliar estes aspectos pontuados às experiências pedagógicas vivenciadas em ambiente hospitalar durante a graduação em Pedagogia Anos Iniciais, na Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, no período de 2000 a 2004, e considera a evidente emergência de ampliação de alternativas educacionais que sejam efetivamente inclusivas e superem ações semi-clandestinas, voluntaristas e caritativas ao tratar as diferenças produzidas biológicas e/ou socialmente.

A oportunidade de ingressar no universo acadêmico descortinou os horizontes desconhecidos em relação aos ambientes de ensino e o convite para atuar como participante e bolsista em projetos que objetivavam o acompanhamento educacional às crianças hospitalizadas foi simultaneamente atrativo e desafiador: atrativo pela nova experiência de participar em projetos de iniciação científica em caráter de pesquisa e extensão, e desafiador por ser mediadora da construção do conhecimento de crianças hospitalizadas, com as mais diferentes patologias, convivendo diariamente com a luta pela vida e o medo da morte.

A atuação como participante e bolsista na Pediatria do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, com o projeto “Brinquedoteca hospitalar: uma alternativa de atenção à criança”<sup>2</sup>, orientado pela Professora Cleusa Maria Maximino Carvalho Alonso, mostrava diariamente a relevância de proporcionar para as crianças internadas um espaço lúdico. Da mesma forma, apontava a necessidade de realização de um acompanhamento escolar para os alunos-pacientes que

---

<sup>2</sup> Projeto registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Educação/UFSM, sob o nº 6224.

freqüentavam a sala de recreação, visto a ansiedade de familiares e crianças que se afastavam da escola em decorrência da internação. O temor pela reprovação, como também a inquietação de crianças com doenças crônicas e tratamentos prolongados que já estavam em idade de freqüentar a alfabetização e não tinham condições devido à enfermidade, também eram evidenciados na atuação pedagógica na Brinquedoteca Hospitalar.

A participação no projeto “Inteligências Múltiplas: desenvolvendo potencialidades em classe hospitalar”<sup>3</sup>, orientado pela Professora Soraia Napoleão Freitas, desvelou a aplicabilidade do acompanhamento escolar realizado por profissionais da educação em classe hospitalar e a urgência de ampliar os estudos e pesquisas com finalidade de aprimorar as práticas educativas nestes ambientes e promover uma formação sólida ao educador que conduzirá o processo pedagógico. Este período demonstrou a necessidade de manter um equilíbrio emocional para atuar como educadora em ambiente hospitalar e de buscar complementar a formação profissional de educador com teorias que, acopladas a essa prática, auxiliassem no desenvolvimento afetivo, cognitivo e psicossocial das crianças hospitalizadas.

Essas duas experiências demonstraram que a promoção de ambientes educacionais e lúdico-terapêuticos nos hospitais contribui de forma ímpar para o enfrentamento das enfermidades por parte das crianças hospitalizadas, amenizando possíveis traumas. Essas iniciativas auxiliam da mesma forma, a tornar o hospital um ambiente mais humanizador e contribuem para que o período de hospitalização se constitua num evento que pode ser compreendido pelo paciente, já que a subjetividade e os conhecimentos continuam a ser construídos, simultaneamente ao enfermar.

Embora a temática “classe hospitalar”<sup>4</sup> ainda seja considerada muitas vezes desconhecida e inexplorada pelos educadores e pesquisadores das Ciências Humanas, esta proposta baseia-se em pesquisas realizadas por Fonseca (2003), Ceccim (1997), Ortiz (2002) e Funghetto (1998), que em linhas gerais buscam contemplar a educação em ambientes hospitalares, justificando a necessidade desses espaços educativos para o atendimento integral da criança em tratamento.

---

<sup>3</sup> Projeto registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Educação/UFSM, sob o n. 13915.

<sup>4</sup> Justifica-se o termo “classe hospitalar”, pois esse é utilizado na Política Nacional de Educação Especial (1994). Nesse trabalho serão utilizadas terminologias como ambiente de ensino hospitalar, espaços de ensino em hospitais, escola hospitalar, com o mesmo entendimento.

Configurando alguns resultados de pesquisas realizadas na área, pode-se citar Fonseca (2003), que desenvolveu um estudo no qual demonstrou a existência de oitenta e cinco classes hospitalares, distribuídas em 14 Estados brasileiros e no Distrito Federal. Quanto à realidade destes ambientes de ensino, a pesquisadora relata que poucas informações retornaram, sendo, portanto impossível a verificação de detalhes que evidenciassem os pressupostos da prática pedagógica.

Por sua vez, Ortiz (2002) empenhou-se na tarefa de investigar o fazer didático construído na prática educacional de seis classes hospitalares brasileiras, definindo como critério o tempo do exercício da educação hospitalar. Assim, como instrumento de coleta de dados utilizou questionário, análise documental, expressão escrita do aluno-paciente e técnica não-verbal de desenhos. Todos os instrumentos retornaram, com exceção de documentos das classes hospitalares, concluindo a autora, que as práticas educativas das classes hospitalares em questão “acontecem enquanto ação imediata, porém, ainda não assumiram proposta com estrutura administrativa e projeto pedagógico sistematizado” (ORTIZ, 2002, p. 74).

Nesse sentido, emerge a necessidade de realizar uma discussão, aliando o desenvolvimento organizacional ao caráter institucional das classes hospitalares, a fim de construir subsídios teóricos e práticos que possibilitem o aperfeiçoamento da estruturação dos ambientes de ensino hospitalares, libertando-se das atuações amadoras. Da mesma forma, pretende-se estabelecer bases conceituais para a definição e função da classe hospitalar, superando relativismos, concepções e práticas equivocadas quanto à organização e objetivos do acompanhamento educacional às crianças e jovens hospitalizados.

Sob esse prisma, o objetivo geral que direciona as ações da pesquisa consiste em compreender como se articula o processo de desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS<sup>5</sup>. Desse objetivo geral, ramificam-se outros que possibilitarão melhor compreensão das realidades em estudo, ou seja: a)

---

<sup>5</sup> A escolha do *corpus* de pesquisa tem como base a publicação “Estudos e Pesquisas sobre Classe Hospitalar”, publicado pela professora Eneida Simões da Fonseca na *Home page* <http://www2.uerj.br/~escolahospitalar/estudos.htm>, que reúne dez resumos de pesquisas realizados pelo Programa de Pesquisas para o Desenvolvimento de Estratégias voltadas para os Direitos e Necessidades Educacionais das Crianças e Jovens Hospitalizados. Em um desses resumos, encontra-se a pesquisa “Escolas Hospitalares no Brasil”, cujos dados foram atualizados em 2003, que revela que no Rio Grande do Sul existem quatro classes hospitalares, sendo estas localizadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Porto Alegre), no Hospital da Criança Santo Antônio (Porto Alegre), no Hospital Universitário de Santa Maria (Santa Maria) e no Hospital Santa Terezinha (Erechim). (Documento em Anexo A).

identificar os aspectos que condizem à dimensão econômica das classes hospitalares do RS, atentando para os recursos financeiros, materiais, estruturas e normas burocráticas; b) verificar quais pressupostos são postulados na dimensão pedagógica, entendendo-a como conjunto de princípios e estratégias comprometidas com a consecução dos objetivos educacionais; c) investigar como procede a dimensão política das classes hospitalares, ou seja, as estratégias de ação organizada dos participantes do sistema educacional, para atender as necessidades e demandas sociais da comunidade; d) averiguar como acontece a dimensão cultural do ambiente educacional das classes hospitalares do RS, considerando os valores e as características sociais das pessoas que participam do sistema educacional.

Em suma, o estudo pretende compreender as dimensões pedagógica, econômica, política e cultural das classes hospitalares do RS, discutindo a possibilidade de construção de um paradigma multidimensional de organização em ambientes de ensino hospitalares, baseada na perspectiva de Sander (1981, 1984, 1995, 2005).<sup>6</sup> Para tal, busca-se analisar os pilares que sustentam o processo de desenvolvimento organizacional<sup>7</sup> desses espaços de ensino, pois se acredita que os pressupostos que orientam a organização institucional da classe hospitalar, ou de qualquer ambiente de ensino, possui estreita relação com a concepção desse espaço sobre o conceito de homem e sua condição existencial.

Desse modo, pensa-se que seja pertinente a realização de um estudo dirigido ao entendimento do desenvolvimento organizacional de um ambiente educacional diferenciado, inserido na instituição hospitalar, que oferece acompanhamento pedagógico temporário e contempla alunos de diferentes faixas etárias, provenientes de diversas cidades. Ademais, destaca-se o aspecto referendado no documento proposto pelo Ministério da Educação “Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações”, quando explicita que:

---

<sup>6</sup> Segundo Sander (1995), o paradigma multidimensional de gestão diz respeito a um esforço reconstrucionista, no qual a administração é concebida como um fenômeno global com múltiplas orientações ou dimensões analíticas e praxiológicas. Assim, o paradigma multidimensional é constituído por quatro dimensões dialeticamente articuladas: dimensão econômica, dimensão pedagógica, dimensão política e dimensão cultural.

<sup>7</sup> Entende-se o termo “desenvolvimento organizacional” a partir da concepção de Bolívar (1997), quando refere que esse depende e se relaciona com a aprendizagem da organização, funcionando como uma referência para entender como as mudanças cognitivas ou práticas dos indivíduos, que se dão nos lugares de trabalho, estão dependentes de novos padrões organizativos e mentais. Esse processo implica, assim, na criação de interpretações de fatos e de conhecimentos construídos socialmente que, gerados internamente ou provenientes do exterior, se tornam parte da organização.

Compete às Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e do Distrito Federal o acompanhamento das classes hospitalares e do atendimento pedagógico domiciliar. O acompanhamento deve considerar o cumprimento da legislação educacional, a execução da proposta pedagógica, o processo de melhoria da qualidade dos serviços prestados, as ações previstas na proposta pedagógica, a qualidade dos espaços físicos, instalações, os equipamentos e a adequação às suas finalidades, a articulação da educação com a família e a comunidade (2002, p. 19).

Logo, é interessante verificar como essas variáveis são consideradas no contexto da organização desses espaços de ensino e como influenciam no desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS. Com isso, o problema de pesquisa, que consiste em analisar como procede o desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS, buscará ser desvelado a partir da realização de um estudo qualitativo, de tipo Estudo Multicasos. Os instrumentos para intervir na realidade desses ambientes de ensino consistem em entrevista semi-estruturada e análise de documentos, no caso, o projeto pedagógico das classes hospitalares em estudo. A análise dos dados coletados seguem os pressupostos de Lefèvre e Lefèvre (2005), a partir da metodologia de análise do Discurso do Sujeito Coletivo.

A estrutura da compilação deste estudo articula-se em torno de cinco capítulos, que buscarão discutir a educação em ambientes hospitalares e seu processo de desenvolvimento organizacional, considerando as peculiaridades dessa modalidade de ensino.

Essa primeira etapa procurou traçar as premissas que embasam a investigação científica proposta, delineando as metas que orientarão a busca de pressupostos para discutir a educação nas classes hospitalares, com base em momentos experienciais vivenciados e pesquisas realizadas sobre a temática.

O primeiro capítulo pretende discorrer acerca da configuração política, social e econômica da sociedade Moderna, buscando compreender a forma como se articularam as relações de poder que impulsionaram as bases para o desenvolvimento do capitalismo. Para esta análise, seguem-se os pressupostos de Rouanet (1987), que evidencia que as lacunas da Modernidade só serão complementadas a partir da análise crítica da própria Modernidade. Nesse capítulo há a intenção de analisar com maior profundidade a origem e a organização dos ambientes hospitalares, compreendendo os motivos que auxiliaram na estruturação

das práticas desumanizadoras, contemplando mecanismos como o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame, tomando como referência os aspectos históricos de algumas obras de Foucault (1979, 1987, 1980, 1970, 1996, 1997). Pensa-se que tal reflexão seja pertinente para a compreensão da forma como se configurou, historicamente, a organização dos ambientes hospitalares, para em um segundo momento, permitir o entendimento da influência da organização de um ambiente educacional nas práticas de saúde.

O segundo capítulo pretende tratar do direito à educação e acompanhamento pedagógico ao infantil hospitalizado, buscando suporte na legislação educacional e em estudos realizados sobre as classes hospitalares, justificando a existência e aperfeiçoamento da prática educativa nesses ambientes de ensino. Esse compêndio de referenciais possibilita a compreensão da forma como se organiza, segundo as políticas públicas, a modalidade de atendimento educacional da classe hospitalar, bem como permite a elucidação da sua função e do papel do profissional da educação que atua nesse contexto.

Logo, acredita-se que a partir do apontamento das características sociais que demarcaram o surgimento das instituições hospitalares na Modernidade, aliadas aos pressupostos de educação em hospitais propostos na atualidade – discussões estas contidas nos dois primeiros capítulos – será possível a compreensão de forma mais elaborada e crítica dos processos de gestão das classes hospitalares do RS, permitindo o estabelecimento de aspectos imprescindíveis à elaboração de propostas humanizadoras de atendimento hospitalar.

O terceiro capítulo contém discussões teóricas sobre o desenvolvimento organizacional de instituições educacionais, buscando trazer essas referências para o campo de estudo das classes hospitalares. Nessa conjetura de teorização, procura-se estruturar uma nova epistemologia para a organização de ambientes de ensino em hospitais, considerando as dimensões políticas, pedagógicas, econômicas e culturais das classes hospitalares do RS, buscando alicerçar uma gestão multidimensional. Essa discussão, inter-relacionada com os pressupostos anteriormente pontuados, possibilitou o estabelecimento de bases conceituais para o entendimento do processo de desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS, desvelando as peculiaridades desses ambientes de ensino nas dimensões econômica, pedagógica, política e cultural. Tal exercício teórico permitiu

o esboço de um panorama da gestão da prática educativa em hospitais em nível estadual nas ponderações conclusivas da pesquisa.

O quarto capítulo é responsável por traçar as premissas metodológicas da busca científica, desenvolvendo, em primeiro plano, alguns aspectos da pesquisa nas Ciências Humanas e, posteriormente, descrevendo o tipo de pesquisa, o processo de coleta de dados, os locais e os sujeitos que serão envolvidos na investigação e o plano de análise dos dados, com vistas a auxiliar no processo de desvelamento dos objetivos específicos.

O quinto capítulo tem a incumbência de revelar os dados da investigação a partir da proposição de análise do Discurso do Sujeito Coletivo, baseado em Lefèvre e Lefèvre (2005). Este capítulo contempla os achados da pesquisa e, sobretudo revela os traços delineadores do perfil do processo de gestão educacional das classes hospitalares do RS.

Por fim, o estudo dirige-se às considerações finais, buscando contemplar seus objetivos. As ponderações conclusivas, nessa pesquisa, não pretendem encerrar em si mesmas o objeto de análise, e sim, buscam incitar novas e diferenciadas questões sobre o processo de gestão educacional das classes hospitalares do RS, guiada pela ousadia de lançar aspectos que merecem atenção na configuração e implementação das políticas públicas destes ambientes de ensino.

Logo, constatada a existência de poucas pesquisas que contemplam a temática em questão, a relevância desta proposta investigativa centra-se na tentativa de trazer a discussão do tema gestão educacional para contribuir na melhoria da estruturação das classes hospitalares, revelando traços ainda desconhecidos do cotidiano pedagógico destes ambientes. Em suma, a justificativa centra-se na possibilidade desse trabalho subsidiar propostas para a melhoria desta modalidade de ensino, fazendo alguns apontamentos quanto aos aspectos curriculares e normativos, bem como novas propostas de avaliação que primem pela qualidade da educação e da assistência em saúde.

## **Capítulo I**

### **Considerações acerca da Modernidade: a configuração política, social, econômica e as relações de poder**

---

# **1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA MODERNIDADE: A CONFIGURAÇÃO POLÍTICA, SOCIAL, ECONÔMICA E AS RELAÇÕES DE PODER**

Neste capítulo é realizado um delineamento acerca dos aspectos históricos que marcaram a Modernidade e a transformaram no período fundante do sistema em que vivemos. Esta explanação se detém na configuração política, social e econômica da sociedade Moderna, buscando compreender a forma como se articularam as relações de poder que impulsionaram o desenvolvimento do capitalismo. Parte-se do pressuposto que as lacunas da Modernidade só serão complementadas a partir da análise crítica da própria Modernidade, seguindo alguns princípios norteadores de Rouanet (1987).

Esse capítulo também tem sustentação na busca por verificar de que forma surgiu o poder disciplinar e a configuração das instituições modernas, que investiram no corpo como possibilidade de controle e dominação, tomando como referência os aspectos históricos de algumas obras de Foucault (1979, 1987, 1980, 1970, 1996, 1997). Dessa forma, a partir desse entendimento, é possível analisar com maior profundidade tanto a origem quanto a forma de organização dos ambientes hospitalares, compreendendo os motivos que auxiliaram na estruturação das práticas desumanizadoras, contemplando mecanismos como o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame.

Logo, esta construção teórica torna-se necessária na medida em que permite o entendimento da instituição hospitalar como produto de uma consciência social vigente. Da mesma forma, possibilita uma visão global dos processos de institucionalização, possibilitando a construção de alternativas que desestremem e/ou modifiquem saberes sedimentados e fragmentadores das crianças e jovens hospitalizados.

## 1.1 Breves comentários acerca das concepções Modernas e suas transformações sociais

Discutir a complexidade do papel da educação e dos ambientes educacionais face às realidades econômicas, políticas e culturais impostas pela globalização, remete a necessidade de estabelecer o entendimento acerca da Modernidade, período em que foram estabelecidas as bases que definem o sistema no qual estamos inseridos. Nessa discussão, seguem-se alguns dos preceitos propostos por Rouanet (1987), quando questiona se as tendências que se autotransformam como pós-modernas representam efetivamente uma ruptura com a Modernidade. Nas suas palavras “Todas as tendências ‘pós-modernas’ podem ser encontradas de modo pleno ou embrionário na própria modernidade” (ROUANET, 1987, p. 22).

Rouanet (1987) aponta que na Modernidade houve várias mudanças no plano econômico, político, científico, filosófico e artístico; assim, desconsiderar essas transformações seria um equívoco, já que a Modernidade é um projeto incompleto. Logo, o autor propõe que ao invés da fuga à Modernidade, proposta pelos pós-modernos, seja realizada uma aproximação conceitual com este período, buscando preencher as lacunas e, sobretudo, corrigir as suas falhas. Esse entendimento é confirmado por Rouanet (1987) ao afirmar que todos os pressupostos que os teóricos da contemporaneidade atribuem ao pós-modernismo é a citação das formas mais autênticas do imaginário moderno, ou seja, é tão somente uma releitura dos alicerces da Modernidade mascarando seu ineditismo. Conforme salienta Rouanet:

Temos de completá-la e corrigi-la<sup>8</sup>. Foi a modernidade que criou os padrões normativos que nos permitem comparar o existente com o desejável. Ser moderno é criticar a modernidade real com os critérios da modernidade ideal – a que foi anunciada pelo Iluminismo, com sua promessa de auto-emancipação de uma humanidade razoável (1987, p. 269).

Portanto, esse trabalho não pretende idealizar a Modernidade, nem a rejeitar em bloco, mas procura compreendê-la em sua unidade contraditória e realizar uma

---

<sup>8</sup> Referindo ao projeto incompleto da Modernidade.

crítica quanto a sua relação repressiva. Conforme Cambi (1999) aponta, a Modernidade apresenta-se como uma ruptura do período precedente, a Idade Média, ocasionando revoluções nos diferentes âmbitos: geográfico, com o estreitamento das relações entre diferentes lugares e etnias; econômico, a partir da substituição do sistema feudal, baseado na agricultura por uma economia de intercâmbio, baseada na mercadoria e no dinheiro e, posteriormente, assumida pelo sistema capitalista; revolução política, que gira em torno do nascimento do Estado moderno, mudando a concepção de poder – o exercício efetivo do poder se distribui capilarmente pela sociedade, através de um sistema de controle, de instituições (escola, prisão, hospital, exército) delegadas à elaboração do consenso e à penetração de uma lógica estatal; revolução social, com o surgimento da burguesia nas cidades, a afirmação do capitalismo e o delineamento de uma concepção de mundo laica e racionalista; e, por fim, a revolução da educação e da pedagogia<sup>9</sup>, onde os processos de formação do homem são transformados no sentido laico e racional. No que tange à revolução da pedagogia na Modernidade, pode-se complementar, que: “Segue-se o modelo do *Homo faber* e do sujeito como indivíduo, embora ligando-o à ‘cidade’ e depois ao Estado, potencializando a sua capacidade de transformar a realidade e de impor a ela uma direção e uma proteção, até mesmo a da utopia “ (CAMBI, 1999, p. 198).

Nessa perspectiva, mudam também os fins da educação e os meios educativos, destinando-se à formação de um indivíduo ativo na sociedade, já que esta passa a organizar locais formativos que vão além da família e da igreja, mas compreendem, da mesma forma, o exército, a escola e as novas instituições sociais (hospitais, prisões ou manicômios) que possuem a função do controle e da conformação social operando no sentido educativo, contrária a proposta de emancipação, proposta pela Modernidade Iluminista. Assim, pode-se denunciar que a Modernidade é atravessada por uma profunda ambigüidade, pois é guiada pela idéia de liberdade, mas efetua uma constante ação de Estado que busca dominar e controlar os indivíduos; da mesma forma que pretende libertar o homem e a

---

<sup>9</sup> Cambi (1999) aponta que com a Modernidade nasce a pedagogia como ciência, ou seja, como saber da formação humana; nasce também uma pedagogia social, que se reconhece como parte orgânica da sociedade, com função de formar o homem-cidadão e formar o produtor; e há também o nascimento de uma pedagogia antropológico-utópica, que desafia a pedagogia existente e busca um verdadeiro sentido para o pensar e fazer pedagógico.

sociedade, mas tende a moldar o indivíduo segundo padrões sociais de comportamento. A esse respeito, Cambi pontua:

A Modernidade nasce como uma projeção pedagógica que se dispõe, ambigualmente, na dimensão da libertação e na dimensão do domínio, dando vida a um projeto complexo e dialético, também contraditório, animado por um duplo desafio: o de emancipação e o de conformação, que permaneceram no centro da história moderna e contemporânea como uma antinomia constitutiva, talvez não superável, ao mesmo tempo estrutural e caracterizante da aventura educativa do mundo moderno (CAMBI, 1999, p. 203).

Com o surgimento do Iluminismo (séc. XVII), caracterizado pelo empenho em estender os domínios da razão como crítica e guia a todos os campos da experiência humana, há um desprendimento do pensamento mítico e religioso e ao homem é dado o atributo de ser conhecedor, na busca pelo aprimoramento do conhecimento científico. Segundo Abbagnano:

O Iluminismo compreende três aspectos diferentes e conexos: 1º extensão da crítica a toda e qualquer crença e conhecimento, sem exceção; 2º realização de um conhecimento que, por estar aberto à crítica, inclua e organize os instrumentos para sua própria correção; 3º uso efetivo, em todos os campos, do conhecimento assim atingido, com o fim de melhorar a vida privada e social dos homens (2000, p. 535).

Com a revolução científica, ocorrem profundas transformações no que diz respeito à concepção de natureza, a exemplo das transformações que atingem a astronomia, a física e a mecânica, porém, “(...) a grande inovação da ciência moderna, aquela que terá conseqüências mais profundas e duradouras, estará ligada ao nascimento do método científico [...] que visa a caracterização de leis da natureza, universais e invariantes” (CAMBI, 1999, p. 301).

As proposições deste movimento moderno são explicitadas por Cambi ao pontuar que a “(...) laicização aliada ao reformismo (político e cultural sobretudo) são as bases que sustentam este papel do século das Luzes” (1999, p. 324). O reformismo político diz respeito à afirmação de novas classes, novos povos e diferentes modelos de Estado e governo e o reformismo cultural se refere ao surgimento dos intelectuais na sociedade que inspiram políticas de reformas. Segundo Cambi (1999), os intelectuais possuem um papel sociopolítico e uma

função pública, utilizando o conhecimento para denunciar intolerâncias e injustiças. Diante disso, a educação é posta no centro da vida social, passando a desempenhar um papel fundamental:

(...) à educação é delegada a função de homologar classes e grupos sociais, de recuperar todos os cidadãos para a produtividade social, de construir em cada homem a consciência do cidadão, de promover uma emancipação (sobretudo intelectual) que tende a tornar-se universal (libertando os homens de preconceitos, tradições acríticas, fés impostas, crenças irracionais) (CAMBI, 1999, p. 326).

Estes pressupostos contribuem para a laicização e estatização da escola que visa formar o homem cidadão. Nesse contexto, a educação torna-se indispensável para a convivência dos homens e constitui pressuposto ímpar para o aprimoramento e evolução das diferentes formas de pensamento, comunicação, organização e sobrevivência. Neste movimento iluminista destaca-se Kant ao afirmar que “O homem é a única criatura que precisa ser educada. Por educação entendem-se o cuidado de sua infância (a conservação, o trato), a disciplina e a instrução com a formação (1996, p. 11)”. Para o autor, a educação é imprescindível ao ser humano, à sua sobrevivência enquanto ser social, ao aperfeiçoamento do seu conhecimento e do seu agir moral. Essas premissas podem ser evidenciadas quando Kant reafirma que “O homem não pode tornar-se um verdadeiro homem senão pela educação. Ele é aquilo que a educação dele faz (1996, p. 15)”. Na perspectiva kantiana, a educação se constitui enquanto possibilidade de transformar a animalidade do homem em humanidade, é a busca primordial pelo esclarecimento, pela emancipação racional, visto que, ao contrário do animal que é guiado pelo seu instinto, o homem tem necessidade do aprimoramento de sua própria razão para construir por si mesmo o projeto de sua conduta.

No entanto, é relevante destacar que, embora Kant considere que a educação é a premissa base para a formação da conduta humana, ele elenca que esse processo não é possível individualmente, mas enquanto resultado de produções de conhecimento ocorridas em nível social. Nessa perspectiva, o autor afirma que:

A educação é uma arte, cuja prática necessita ser aperfeiçoada por várias gerações. Cada geração, de posse dos conhecimentos das gerações precedentes, está sempre melhor aparelhada para exercer uma educação

que desenvolva todas as disposições naturais na justa proporção e de conformidade com a finalidade daquelas, e, assim, guie toda a humana espécie a seu destino (KANT, 1996, p. 19).

Portanto educação, conhecimento e sociedade articulam-se para potencializar a constituição da humanização nos seres humanos. Pode-se dizer que os pressupostos teóricos cunhados por Kant exerceram influências significativas na pedagogia iluminista, por considerarem a educação fundamental para as reformas da sociedade. Esse princípio da educação enquanto possibilidade de transformação social difundido por Kant, vem posteriormente a influenciar o pensamento pedagógico em outros lugares do mundo, sendo reconhecido na França, através da Revolução Francesa (1789-1795).

Na perspectiva de Cambi (1999) a Revolução Francesa é prenunciada pelo trabalho crítico, pelas propostas reformadoras e pela reivindicação de uma educação nacional pelos burgueses. As transformações na escola francesa são observadas através de significativas mudanças que influenciarão a escola contemporânea, a exemplo do “(...) caráter estatal, centralizado, organicamente articulado, unificado por horários, programas e livros de texto” (CAMBI, 1999, p. 365). Nesse sentido, pode-se observar que estas transformações na educação desembocam no desejo de desenvolver nos indivíduos a consciência de pertencer ao Estado e de participar ativamente na sociedade, ou seja, através do controle e da normalização do indivíduo este estaria apto para a inserção na sociedade – entendida aqui como sujeito para o trabalho, produtor -, o que vinha ao encontro da ampliação do sistema capitalista, da afirmação da burguesia e dos pressupostos disseminados anteriormente pela Revolução Industrial.

Dessa forma, o interesse em investimentos na educação das camadas populares é guiado pela necessidade de formação de força de trabalho, já que o desencadeamento da Revolução Industrial é produzido por eventos como a invenção da máquina, o processo de urbanização e o crescimento do mercado em nível mundial. Cambi, por sua vez, aponta algumas conseqüências da Revolução Industrial:

(...) a Revolução Industrial vem transformar profundamente a sociedade moderna – no sistema produtivo e no estilo de trabalho, na mentalidade e nas instituições (família, paróquia, vila) na consciência individual –

produzindo também uma nova classe social (o proletariado) e um novo sujeito socioeconômico (o operário) (1999, p. 370).

Assim, esse processo de transformação econômico e social se manifesta através das leis de mais-valia, da exploração da força de trabalho e da produção em grande escala. Sob esse prisma, a modernidade, dentre seus feixes de eventos que a tornam base do sistema de organização social, aparece, sobretudo, caracterizada pela implementação e afirmação do capitalismo, influenciado por dois acontecimentos que confirmam este modo de produção dominante, geradores de desigualdade e exclusão: a Revolução Industrial e a Revolução Francesa, respectivamente. Segundo Boaventura:

[...] a partir do momento em que o paradigma da modernidade converge e se reduz ao desenvolvimento capitalista, as sociedades modernas passaram a viver da contradição entre os princípios de emancipação, que continuaram a apontar para a igualdade e a integração social e os princípios da regulação, que passaram a gerir os processos de desigualdade e de exclusão produzidos pelo próprio desenvolvimento capitalista (1995, p. 01).

A regulação social da modernidade capitalista é constituída por processos que geram desigualdade e exclusão, estabelecendo mecanismos que permitem controlar ou manter, dentro de certos limites, esses processos. Nesse contexto, onde o capitalismo se torna dominante, ramificam-se as raízes da ciência moderna, caracterizada por analisar as partes separadamente, configurando um modelo de pensamento adequado ao avanço científico e ao avanço principalmente das áreas de conhecimento rentáveis à elite mundial.

A racionalidade da ciência moderna passa a ser orientada pela observação e pela experimentação, e as idéias matemáticas constituem instrumento privilegiado de análise, que possibilitam conhecer com maior rigor e profundidade a natureza. Dessa perspectiva, derivam duas conseqüências: conhecer significa quantificar – o rigor científico se afere pelo rigor das medições; o que não é quantificável é cientificamente irrelevante – e o método científico se assenta na redução da complexidade – conhecer significa dividir, classificar e determinar relações sistemáticas entre o que foi separado (SANTOS, 2002a). As ciências humanas, nessa perspectiva, não são consideradas ciência, pois não possuem um método

rigorosamente definido, ao passo que os métodos utilizados pelas ciências naturais não abrangem a dimensão desse campo do saber.

Esses princípios, desenvolvidos na modernidade, buscaram compreender o ser humano a partir da distinção corpo/mente, razão/emoção, ou seja, buscou separar o sujeito do objeto de conhecimento, dificultando inclusive, o processo de o sujeito conhecer a si mesmo. Tal fragmentação implantada pela ciência moderna<sup>10</sup> impede a configuração de uma visão holística<sup>11</sup> da existência humana, e embora se tenha alcançado alguns avanços no que tange à evolução científica e à industrialização, no que diz respeito ao entendimento da condição humana, no sentido de aperfeiçoar a convivência social, poucas contribuições podem ser evidenciadas. Esses pressupostos científicos e epistemológicos, oriundos a partir da Revolução Industrial, acabaram por influenciar a produção do conhecimento sobre o homem, comparando esse a uma máquina, que pode ser entendido a partir do singular funcionamento de suas partes, sem considerar a inter-relação existente entre essas na constituição de sua totalidade.

Morin (2003a) aponta que o problema da organização desse conhecimento vigente na modernidade é que ele opera por seleção de dados significativos e rejeição de dados não significativos, pois separa (desune) e une (associa); hierarquiza (o principal) e centraliza (conforme núcleo de noções mestras). Com isso, essas operações são comandadas por paradigmas, que se constituem enquanto princípios ocultos que governam a visão humana das coisas e do mundo sem se ter consciência. O autor aponta a necessidade de evitar essa visão unidimensional e ressalva que “é preciso previamente tomar consciência da natureza e das conseqüências dos paradigmas que mutilam o conhecimento e desfiguram o real” (MORIN, 2003a, p. 16).

Diante da tentativa de compreender a Modernidade repressiva, é imprescindível o conhecimento e a problematização dos mecanismos de ação conformativos e de controle social por ela desenvolvidos e difundidos. Nessa perspectiva, Foucault (1987) busca questionar o poder na sociedade capitalista,

---

<sup>10</sup> Não cabe aqui nesse trabalho julgar a ciência moderna, pois se sabe que muitas foram as suas contribuições. Apenas pretende-se discutir seus pressupostos fundantes e a interferência desses na consideração da condição humana, especificamente no que tange ao tratamento de saúde ou internação hospitalar.

<sup>11</sup> Utiliza-se do termo “holístico” com o mesmo sentido atribuído por Abbagnano (2000), que define o termo como “uma variante da doutrina da evolução emergente, que consiste na inversão da hipótese mecanicista e em considerar que os fenômenos biológicos não dependem dos fenômenos físico-químicos, mas ao contrário” (2000, p. 512).

analisando sua natureza, seu exercício em instituições e sua relação com a produção do saber. Na obra *Vigiar e Punir* (1987), Foucault interroga o sistema de governabilidade instaurado na Modernidade, e ao fazer uma análise da estruturação e da configuração do espaço das prisões e do sistema carcerário, debruça-se nas questões relativas às relações de poder enquanto meio de controle da sociedade e, conseqüentemente, de dominação política.

A denúncia de Foucault parte do pressuposto que, na Modernidade, o corpo foi descoberto como objeto e alvo de poder, alastrando a dominação e a regulação de forma capilar pelos diferentes âmbitos sociais. Com a penetração do poder nas consciências dos corpos, através do controle minucioso de gestos, posições, comportamentos e atitudes, os sujeitos tornar-se-iam dóceis e mais facilmente guiados pelas finalidades do poder. Logo, a noção de “docilidade” busca unir o corpo analisável ao corpo manipulável, sendo que para Foucault: “É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (1987, p. 118).

Na perspectiva foucautiana, a docilização dos corpos manifesta-se através da implementação de técnicas de controle e de submissão a coerções ininterruptas, exercida pelo esquadramento do tempo, do espaço e dos movimentos<sup>12</sup>. Assim, o controle minucioso das operações do corpo e a sujeição constante de suas forças impostas pela relação docilidade-utilidade, se configuram com o surgimento das disciplinas. Este processo de disciplinamento é analisado e desenvolvido por Foucault em sua obra *Microfísica do Poder*, entendendo a disciplina como: “(...) conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade” (FOUCAULT, 1979, p. 107).

Segundo o autor, as disciplinas se tornaram, no decorrer dos séculos XVII e XVIII, fórmulas gerais de dominação, marcando o nascimento de uma arte do corpo humano que visa vigiá-lo útil e obediente. Nesse processo, forma-se uma política de coerções, que diz respeito ao trabalho de manipulação de gestos e comportamentos sobre o corpo, estabelecendo neste o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada. Sendo assim, “a disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência)” (FOUCAULT, 1987, p. 119). O controle demarcado pelos

---

<sup>12</sup> Nota-se que estas estratégias serão as bases condutoras da produção do trabalho no sistema capitalista.

regulamentos minuciosos, pelas instituições e pela observação do corpo serão inseridos em profundidade pelas instituições como a escola, o quartel, o hospital e a oficina.

No que tange à disciplina, Foucault (1987) afirma que esse mecanismo de poder procede primeiramente em relação à distribuição dos indivíduos no espaço, através de técnicas como a cerca – especificação de um local heterogêneo de todos os outros e fechado em si mesmo -; o quadriculamento – cada indivíduo em um lugar -; a localização funcional – entendido como lugar determinado que possibilite vigiar, mas também criar um espaço útil – e a fila – lugar que o corpo ocupa em uma classificação. Como o autor afirma: “Trata-se de organizar o múltiplo, de se obter um instrumento para percorrê-lo e dominá-lo; trata-se de lhe impor uma ‘ordem” (FOUCAULT, 1987, p. 127).

Considerando que o poder disciplinar tem como função maior o adestramento, seu sucesso está interligado a instrumentos como o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame<sup>13</sup>. Dessa forma, cabe compreender que a extensão dos métodos disciplinares estão intrinsecamente relacionados ao desenvolvimento das tecnologias (agrônômicas, industriais e econômicas). Ademais, pode-se destacar que o poder disciplinar foi mascarado por processos de individualização para marcar exclusões, a exemplo do hospital, do asilo psiquiátrico, da penitenciária e da casa de correção. Como demonstra Foucault (1987) todas as instâncias de controle individual funcionam de duplo modo: o da divisão binária e da marcação (louco – não louco; normal-anormal) e o da determinação coercitiva e da repartição diferencial (quem ele é; onde deve estar; como caracterizá-lo; como vigiá-lo constantemente).

Sob esse prisma, é necessário evidenciar que a sociedade moderna articula sua identidade educativa à sua ação conformativa para além da família e da escola, abrangendo os diferentes âmbitos, inclusive o trabalho, através do sistema de fábrica, com regras funcionais aos tempos e às funções da máquina, controlando também o tempo livre. Nesse contexto, a escola configura-se como uma instituição cada vez mais central na sociedade, tornando-se pública e estatal<sup>14</sup>, reproduzindo a

---

<sup>13</sup> Nesse trabalho, esses mecanismos de controle e adestramento estarão sendo analisados no contexto da instituição hospitalar.

<sup>14</sup> Destaca-se a Reforma Protestante (séc. XVI), empenhada por Lutero, como um dos movimentos defensores da escola pública, já que propunha que todo cidadão deveria ter acesso à educação e portanto, aptidão para leitura e vivência dos textos bíblicos. Certamente que nessa época a difusão

organização social através da afirmação de valores e comportamentos coletivos e da reprodução da divisão do trabalho.

Nesse contexto, a educação e a pedagogia sofrem significativas transformações e a escola passa a ser minuciosamente controlada pelo Estado, organizando o ensino mediante práticas disciplinares e exames, racionalizando as classes escolares por “classes de idade”. Conforme Cambi explicita:

Toda a vida escolar foi depois submetida a sistemas de controle e de planificação, a rituais e a instrumentos (a chamada, o registro) que permanecerão centrais em toda a história da escola moderna, e que exercem um papel ao mesmo tempo disciplinar e formativo (CAMBI, 1999, p. 306).

Essas construções teóricas, que fracassaram na capacidade de compreender o ser humano em sua complexidade, podem ser pontuadas como fatores que auxiliaram para que o paradigma da modernidade entrasse em crise, além de sua incapacidade de responder as problemáticas e os questionamentos atuais, aspectos estes, substituídos pela priorização da expansão das leis do mercado. Ou seja, as mesmas idéias iluministas que conferiram ao homem o estatuto de ser pensante e produtor de conhecimento, foram da mesma forma e com igual intensidade usadas como mecanismo de dominação de um homem sobre o outro. A esse respeito Foucault destaca: “As ‘Luzes’ que descobriram as liberdades inventaram também as disciplinas” (1987, p. 183).

Sob esse prisma, é necessário estabelecer relações entre a forma como o poder foi utilizado para controle social e expansão da dominação política e econômica e a forma como o conhecimento foi produzido. Nesse processo, o homem – com seu corpo e sua mente dominados – ao mesmo tempo em que se torna sujeito do conhecimento, deste último também se torna objeto. Instaura-se a transformação do homem em objeto de manipulação, exame, análise e registro; implementam-se as bases do processo de hospitalização, entendido como isolamento, exclusão, clausura.

---

da escola pública é guiada por motivos de origem religiosa e de dominação. Cambi (1999) destaca que a diferença mais significativa no plano educativo entre o movimento da Reforma e da Contra-Reforma é que: “O primeiro privilegia a instrução dos grupos burgueses e populares com o fim de criar as condições mínimas para uma leitura pessoal dos textos sagrados, enquanto o segundo, sobretudo com a obra dos jesuítas, repropõe um modelo cultural e formativo tradicional em estreita conexão com o modelo político e social expresso pela classe dirigente” (1999, p. 256).

Dessa forma, Santos (2002a, 2002c) revela que a atualidade está em um período de transição paradigmática, um período onde estão sucumbindo as bases sólidas que orientavam o pensamento e o conhecimento humano, um período onde não há respostas definitivas para as questões que acompanham a existência humana. Com isso, pode-se afirmar que essa passagem entre os paradigmas “só pode ser percorrida por um pensamento construído, ele próprio, com economia de pilares e habituado a transformar silêncios, sussurros e ressaltos insignificantes em preciosos sinais de orientação” (SANTOS, 2002a, p. 15).

No entendimento desse autor, há necessidade de realizar uma transição do paradigma do pensamento indolente – chamado paradigma dominante – para um paradigma do conhecimento prudente para uma vida decente – denominado paradigma emergente (SANTOS, 2002a). Ou seja, é preciso criar alternativas que superem a concepção moderna de direcionar o conhecimento científico produzido para satisfazer as necessidades da minoria da população mundial. Logo, é necessário criar possibilidades para que esses avanços científicos sejam utilizados com prudência, visando à qualidade de vida de toda sociedade.

Nesse sentido, é preciso valorizar os silêncios provocados na modernidade, onde ocorreu a consolidação do capitalismo e a tensão entre regulação e emancipação, e onde se entrou em um processo de crescente transformação das energias emancipatórias em energias regulatórias. Nesse silêncio, podem estar subjacentes possibilidades que servirão de auxílio para emancipação. No entendimento de Santos (2002a), para construir alternativas de pensamento contra a hegemonia dominante, é preciso:

[...] escavar no lixo cultural produzido pelo cânone da modernidade ocidental para descobrir as tradições e alternativas que dele foram expulsas; escavar no colonialismo e no neocolonialismo para descobrir nos escombros das relações dominantes entre a cultura ocidental e outras culturas, outras possíveis relações mais recíprocas e igualitárias (2002a, p. 18).

É nesse sentido que emerge a necessidade de construir alternativas contra-hegemônicas, capazes de sucumbir com a fragmentação e com a supremacia de um conhecimento sobre os demais. Assim, considerar a complexidade dos indivíduos e

de suas relações, possibilita articular ações com o objetivo de aperfeiçoar a convivência humana.

A partir destes postulados, este trabalho pretende, através do entendimento de como se configurou os processos de dominação e construção do conhecimento da Modernidade, traçar diretrizes para os desafios atuais do atendimento à criança hospitalizada. Assim, com posse desse restabelecimento de significados que demonstra os obstáculos que o conhecimento distintivo moderno coloca para que sejam estruturadas as ações educacionais na contemporaneidade, essa investigação científica busca contemplar a importância do acompanhamento educacional da criança hospitalizada. Da mesma forma, dedica-se a discutir a inserção de pressupostos teórico-práticos humanizadores no processo de desenvolvimento organizacional de ambientes de ensino em hospitais, a partir da análise do desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do Estado do RS.

A justificativa desse estudo parte de aspectos já citados, mas, sobretudo do interesse em verificar como se articulam os ambientes de ensino dentro das instituições hospitalares, já que a própria legalização dessa modalidade de ensino parte do princípio de considerar a integralidade do sujeito hospitalizado, não priorizando apenas a cura da enfermidade, mas despendendo atenção também para fatores que se relacionam ao desenvolvimento do sujeito enquanto ser humano.

A curiosidade que desencadeou o desejo pela pesquisa tem como base, principalmente, a possibilidade de discutir alternativas credíveis em educação a partir do fazer pedagógico em um ambiente que, marcado em sua origem pelas relações de poder, encontra-se diante da necessidade de considerar a complexidade dos seres humanos.

## **1.2 A institucionalização da Modernidade: o hospital**

Nessa explanação teórica, será trilhado o mesmo caminho percorrido anteriormente, na busca por desvendar os mecanismos de poder advindos da Modernidade. Especificamente, a busca de esclarecimentos será pontuada pela

análise da origem dos espaços institucionais de controle do doente e da articulação entre as práticas de internamento, as instâncias sociais e a construção do saber médico.

A análise parte de alguns elementos históricos encontrados nas obras de Foucault (1979, 1987, 1980, 1970, 1996, 1997), trazendo para a discussão ferramentas teóricas que auxiliem a compreender a forma de organização da instituição hospitalar. Reitera-se, entretanto, que a explanação será restrita às questões de ordem histórica, não abordando a proposta de análise do discurso foucautiano, o que exigiria um delineamento diferenciado neste trabalho.

A relevância de tratar os postulados que basilarão o nascimento da medicina, a estruturação do hospital e o tratamento do doente em sua origem, partem da necessidade de, na contemporaneidade, estimular a criação de 'anticorpos' precisos para a tomada de consciência do papel repressivo e alienante da Modernidade. Somente essa consciência, crítica e conhecedora, dos mecanismos de poder/controlado modernos, possibilitarão desmascarar sua lógica de domínio e promover a produção de alternativas de garantia da liberdade.

Nessa perspectiva, é interessante destacar que, na concepção de Foucault (1979), o poder não consiste em uma realidade que possui natureza e/ou essência, mas diz respeito a uma prática social e, como tal, é constituída historicamente. É a partir desse entendimento que o autor vem auxiliar na compreensão da formação histórica das sociedades capitalistas, identificando a forma como a razão foi transformada em instrumento de dominação pelo Estado e assim articulou um sistema de controle. Em síntese, poder-se-ia dizer que as análises de Foucault demonstram que a dominação capitalista não conseguiria se manter se fosse exclusivamente baseada na repressão.

Para Foucault (1996) a sociedade capitalista investe na produção de mecanismos de controle tendo em vista a lógica imposta pelo sistema de materialidade de riqueza. Ou seja, o capitalismo impõe o acúmulo de riquezas, viabilizado por uma nova forma de produção de controle de tempo, ações e tecnologias de saber sobre as camadas populares, para prover a dominação de uma pequena parcela da população – a elite social. Esse poder exercido sobre as classes trabalhadoras pela elite dominante, permite a divisão da sociedade entre dominantes/dominados e garante que a ação de governo seja implementada segundo os interesses daqueles favorecidos socialmente, ou ainda, daqueles que

possuem riquezas, investimentos, capital. “E o nascimento do capitalismo ou a transformação e aceleração da instalação do capitalismo vai se traduzir neste novo modo da fortuna se investir materialmente” (FOUCAULT, 1996, p. 100). Logo, com a implantação do capitalismo, a explosão demográfica, o surgimento das cidades e a expansão da indústria, o poder por parte dos governantes, com interesses semelhantes aos do restante da elite, vêm-se desafiados a instaurar mecanismos de controle que permitam a proteção dessa nova forma material de fortuna.

É assim que no século XIX desenvolvem-se uma série de instituições que vão enquadrar os indivíduos ao longo de sua existência, a exemplo da escola, das instituições psicológicas, psiquiátricas, os hospitais, os asilos, as prisões, etc.; não com a função de punir as infrações, mas de corrigir as virtualidades dos indivíduos. A esse evento, Foucault (1996) nomeia de “ortopedia social”. Segundo o autor: “Trata-se de uma forma de poder, de um tipo de sociedade que classifico de sociedade disciplinar por oposição às sociedades propriamente penais que conhecíamos anteriormente. É a idade de controle social” (1996, p. 86).

Nesse trabalho, em específico, a análise enfocará como a sociedade disciplinar articula meios de controle na instituição hospitalar, tanto em sua organização e arquitetura, quanto na regulação e vigilância do doente, tornando-o objeto do saber médico. Para tal, será despendida atenção para as características básicas do poder disciplinar que são a organização do espaço, o controle do tempo e a vigilância. São essas as características, segundo Foucault (1979, 1980, 1987) que vão permear o nascimento da medicina e a organização do hospital.

Portanto, essa tentativa de problematização acerca da origem do hospital e da medicina não questionam simplesmente os limites e incertezas destes enquanto campo de conhecimento, mas questiona a forma de constituição desse conhecimento através da relação sujeito-objeto, indagando também sobre as relações existentes entre as estruturas econômicas e políticas da sociedade e o conhecimento, em função das relações do poder-saber.

Em *O nascimento da clínica* (1980), Foucault pontua que a medicina moderna nasceu no final do século XVIII, sendo que a sua produção do conhecimento repousa “(...) em uma reorganização do espaço manifesto e secreto que se abriu quando um olhar milenar se deteve no sofrimento dos homens” (1980, p. X). Com isso, a racionalidade da medicina moderna se identifica com o domínio do olhar

categorizável/classificável e da vigilância empírica, e o doente se torna um campo de observação, enquanto o médico analisa o perceptível e registra o enunciável.

Foucault (1979) afirma que a medicina moderna é uma medicina social, viabilizada através de uma tecnologia do corpo social, sendo que, apenas em um de seus aspectos há a valorização das relações médico-doente – na perspectiva do cuidado individual – sendo seu objeto de ação a coletividade. A esse respeito, o autor destaca:

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo, enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (FOUCAULT, 1979, p. 80).

O corpo é visto como alvo de controle do sistema capitalista, devendo ser vigiado constantemente, com o objetivo de torná-lo dócil e produtivo, com a intenção de tornar as mentes ‘adaptáveis’ e transformar o corpo em instrumento de produção de riqueza. Embora o autor afirme que a sociedade capitalista investiu no corpo como força de trabalho, se observadas as etapas que caracterizaram a evolução da medicina social, poder-se-á observar que somente no final do século XIX que a medicina dirigiu-se à cura/cuidado do corpo do trabalhador. Foucault (1979) evidencia que a primeira etapa da medicina social foi a medicina do Estado, que se desenvolveu principalmente na Alemanha, no começo do século XVIII, ligado à idéia de um conhecimento que tem o Estado como objeto e o funcionamento geral de seu aparelho político. A medicina do Estado não tem por objeto a força do trabalho, “(...) mas o próprio corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado: é a força, não do trabalho, mas estatal, a força do estado em seus conflitos, econômicos, certamente, mas igualmente políticos, com seus vizinhos” (FOUCAULT, 1979, p. 84). Nessa etapa da medicina, o foco de interesse é também o corpo do coletivo estatal, principalmente dos soldados e da marinha, a fim de garantir um Estado-nação forte e combatente.

A segunda etapa do desenvolvimento da medicina social, ou seja, a medicina urbana, tem tido sua manifestação de forma mais acentuada na França, com a

urbanização, em fins do século XVIII. Ela surge da necessidade de unificar o poder urbano, organizando o corpo urbano de modo coerente e homogêneo, principalmente por duas razões: razões econômicas – devido à indústria crescente e o fato das cidades se tornarem lugar de produção – e razões políticas – necessidade de controle da população, de domínio do proletariado para diminuir e/ou evitar tensões políticas<sup>15</sup>. Foucault (1979) afirma que a medicina urbana tem três grandes objetivos: analisar os lugares de acúmulos de tudo que pode provocar doença ou difundir fenômenos epidêmicos no espaço urbano; controlar a circulação das coisas e dos elementos da cidade, principalmente a água e o ar e organizar a distribuição e seqüência dos diferentes elementos necessários à vida comum.

Finalmente, a terceira etapa do desenvolvimento da medicina social é analisada tomando como exemplo o campo inglês, onde os pobres e trabalhadores foram objeto de medicalização. Foucault destaca que o pobre somente apareceu como perigo no século XIX, pois anteriormente era parte da instrumentalização da vida urbana. Somente no século XIX, com o desenvolvimento da indústria e a aglomeração urbana, o pobre passa a ser objeto da medicina, pois se torna força política capaz de participar de revoltas - já que seus serviços são substituídos pela fábrica – e também pela cólera que se propagou em diferentes continentes. Segundo Foucault:

(...) a idéia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, sua pobreza não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas (1979, p. 95).

A medicalização dos pobres tem, portanto, relação intrínseca ao surgimento do hospital, mas é preciso atentar, como nos alerta Foucault (1979, 1980) que a sua origem não tem como objetivo, em primeiro momento, tornar esta instituição um meio de cura. Foucault busca justificar sua afirmação pontuando que a história dos

---

<sup>15</sup> Surgiu nessa época, na França, o modelo médico e político da quarentena. Essa era uma estratégia de emergência para ser aplicada quando a cidade era invadida por uma peste ou doença epidêmica, constituída por cinco passos: 1º) Todas as pessoas deveriam permanecer em casa para serem localizados em único lugar; 2º) A cidade era dividida em bairros para facilitar o sistema de vigilância, que era de responsabilidade de uma autoridade; 3º) Os vigias deviam fazer relatórios precisos para registrar suas observações da cidade; 4º) Os inspetores diariamente revistavam as ruas da cidade para controlar e separar os vivos dos mortos; 5º) Praticava-se em cada casa a desinfecção com queima de perfumes (FOUCAULT, 1979).

cuidados no Ocidente é permeada por duas séries distintas: a série médica e a hospitalar. Como o autor refere: “O hospital como instituição importante e mesmo essencial para a vida urbana do Ocidente, desde a Idade Média, não é uma instituição médica, e a medicina é, nesta época, uma prática não hospitalar” (FOUCAULT, 1979, p. 101).

Conforme os registros históricos de Foucault (1979, 1980), antes do século XVII o hospital consistia essencialmente como uma instituição de assistência, separação e exclusão dos pobres. “O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso” (FOUCAULT, 1979, p. 101). Nesse contexto, a função do hospital é recolher o pobre para proteger a sociedade dos perigos de contágio, sendo que o personagem central não é o doente, mas o pobre. A instituição é então composta por pessoas religiosas que não necessariamente buscam a cura dos doentes, mas visam alcançar a salvação eterna através das obras caritativas. A partir da metade do século XVIII ocorrem transformações significativas que aliam medicina e hospital, contribuindo para que o hospital fosse medicalizado e a medicina se tornasse hospitalar. “E ao exército dos padres que velam pela saúde das almas, corresponderá o dos médicos que se preocupam com a saúde dos corpos” (FOUCAULT, 1908, p. 36).

Foucault (1979) aponta que o primeiro fator de transformação da instituição hospitalar foi a purificação dos efeitos nocivos e da desordem que o hospital acarretava, pois além de poder espalhar epidemias na cidade em que estava situado, poderia também ocasionar desordem econômica e social pois abrigava uma coletividade. Isso é comprovado pelo fato de que o ponto de partida para a reforma hospitalar não se deu no hospital civil, mas no hospital marítimo. Segundo Foucault (1979, p. 103): “A razão é que o hospital marítimo era um lugar de desordem econômica”, ou seja, nesse local era realizado o tráfico de mercadorias e muitos traficantes passavam por doentes para serem levados a esse hospital e levar objetos valiosos escondidos, sem passar pela alfândega. Logo, a transformação deu-se no sentido de regulamentar a economia - evitando que as pessoas que frequentassem o hospital marítimo trouxessem consigo doenças epidêmicas – e por uma intenção política, de assepsia do corpo social. Nas palavras do autor:

Se os hospitais militares e marítimos tornaram-se o modelo, o ponto de partida da reorganização hospitalar, é porque as regulamentações

econômicas tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo, como também porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. É nesta época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade (FOUCAULT, 1979, p. 104).

Com a valorização do indivíduo, os hospitais militares e os exércitos passam a vigiar os homens, tendo em vista a formação custosa e procuravam evitar a morte destes, investindo em alternativas de cura. No que tange a essa reorganização hospitalar, Foucault afirma que se deu “(...) essencialmente a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina” (1979, p. 105). Pode-se dizer, portanto, que o poder disciplinar tornou-se uma nova técnica de gestão de homens dentro das instituições da modernidade.

Logo, Foucault (1979) elenca duas hipóteses sobre o nascimento do hospital que seriam as técnicas de poder disciplinar e a intervenção médica sobre o meio. A partir destas hipóteses o autor vai expor algumas características que configuram o espaço hospitalar, tais sejam: localização do hospital no espaço urbano, transformação do sistema de poder no interior do hospital e organização de um sistema de registro permanente.

No que tange à primeira característica, a localização do hospital no espaço urbano, Foucault (1979) afirma que o hospital saiu do centro das cidades e foi removido para a periferia, com o fim impedir a difusão das mortes e das doenças na região urbana. “É preciso que o espaço em que está situado o hospital esteja ajustado ao esquadramento sanitário da cidade”, afirma Foucault (1979, p. 108), evidenciando a necessidade encontrada na época de afastamento das pessoas doentes, e portanto, improdutivas para a sociedade em crescente industrialização. No entanto, é interessante ressaltar que ocorreram mudanças não somente em relação à localização dos hospitais nas cidades, mas também quanto a distribuição interna dos seus espaços. Assim, constitui-se em torno de cada doente um espaço individualizado, estabelecendo que cada doente deva ocupar um leito, possibilitando a criação de um meio manipulável que também possibilite o aumento e/ou diminuição da temperatura ambiente, a passagem livre do ar, etc. O hospital torna-se uma estrutura que intervém sobre as condições climáticas de seu espaço, mas, sobretudo, nas condições que julga necessária quanto ao corpo do doente.

Em relação à transformação do sistema de poder no interior do hospital, é interessante ressaltar que quem detinha o poder até metade do século XVIII eram os

religiosos, sendo que, posteriormente, o médico passa a ser responsável pela organização da instituição hospitalar, somente quando o hospital é concebido como instrumento de cura. Segundo Foucault:

Essa inversão das relações hierárquicas no hospital, a tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. (1979, p. 110).

A terceira característica salientada por Foucault (1979), a organização de um sistema de registro permanente, vem demonstrada por atitudes/medidas tomadas no ambiente hospitalar para identificação dos doentes, como etiquetas nos braços do doente, fichamentos sobre o leito com o nome da pessoa e a doença, numeração dos leitos, protocolos com registros exaustivos das visitas realizadas pelo médico, do diagnóstico, das receitas médicas, do tratamento, dos sintomas; enfim, produz-se um campo documental do doente no hospital, elaborado para análise dos médicos com intuito de acumular informações, confrontá-las e conseqüentemente, construir um saber.

É nesse contexto que o hospital além de se configurar como um lugar de cura, se torna também um lugar de formação dos médicos, propiciando o surgimento da clínica, entendida segundo Foucault como "(...) organização do hospital como lugar de formação e transmissão do saber" (1979, p. 111). No entanto, para o hospital se configurar enquanto lócus de objetivação de indivíduos e de constituição de saberes, lança mão de estratégias disciplinares de poder, executadas a partir do controle minucioso de tempo, ações e espaços, que atuam no nível da individualidade.

Especificamente, no hospital, a disciplina manifesta-se através de quatro aspectos: primeiro, a arte de distribuição espacial dos indivíduos, através da inserção dos corpos em espaço individualizado; segundo, com o controle sobre o desenvolvimento da ação, através da observação dos gestos; terceiro, a partir da vigilância perpétua e constante, vigiando e submetendo os corpos a uma pirâmide de olhares e quarto, com o registro contínuo, através da produção de anotações dos indivíduos que possibilitasse a abertura do caminho para a estruturação de um saber. Sob esse prisma, é a introdução dos mecanismos disciplinares no hospital que possibilitará sua medicalização.

Esses aspectos são evidenciados com maior clareza na obra *Vigiar e Punir* (1987), quando Foucault ressalva que o sucesso do poder disciplinar se deve ao uso de instrumentos como o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame. Sendo assim, cabe uma análise de como esses dispositivos se articulam na organização da instituição hospitalar.

O olhar e/ou a vigilância hierárquica, tanto pode ser observado no ritual da visita – quando o médico assume o personagem principal da medicina e da organização hospitalar, quanto na reorganização da arquitetura do hospital. Em termos estruturais o hospital se torna uma espécie de observatório, onde atua o olhar que permite induzir o poder e a coerção sobre os doentes. Com isso, a arquitetura hospitalar modifica-se no sentido de permitir um controle detalhado daqueles que nele se encontram, tornando-os visíveis momentaneamente. Segundo Foucault:

Assim é que o hospital-edifício se organiza pouco a pouco como instrumento de ação médica: deve permitir que se possa observar bem os doentes, portanto, coordenar melhor os cuidados; a forma dos edifícios, pela cuidadosa separação dos doentes, deve impedir os contágios; a ventilação que se faz circular em torno de cada leito deve enfim evitar que os vapores deletérios se estagnem em volta do paciente, decompondo seus humores e multiplicando a doença por seus efeitos imediatos (1987, p. 145).

Nesse contexto, o hospital, configurado como uma instituição disciplinar, transforma-se em um aparelho social de observação constante do doente. Essa observação advém de uma capacitação do olhar, que deve ser único e permanente. Segundo Foucault deve ser um “(...) olho perfeito a que nada escapa e centro em direção ao qual todos os olhares convergem” (1987, p. 146). Logo, o olhar para a vigilância estabelece uma hierarquia, na medida em que o observador submete os demais ao seu poder de forma relacional e discreta.

O olhar também é discutido por Foucault na obra *O nascimento da clínica* (1980), quando comenta que a aplicação sucessiva do olhar permite à medicina organizar em torno do corpo do doente uma linguagem racional, ou ainda, a sistematização do conhecimento médico, passando o homem vigiado à condição de objeto do poder-saber. Como Foucault refere:

A idéia de um domínio transparente, sem limites, inteiramente aberto a um olhar armado, entretanto, de seus privilégios e de suas competências, dissipava suas próprias dificuldades nos poderes prestados à liberdade; nela, a doença devia formular, por si mesma, uma verdade inalterada e oferecida, sem perturbação, ao olhar do médico; e a sociedade, medicamente investida, instruída e vigiada, devia por isso mesmo se libertar da doença (1980, p. 57).

Assim, pode-se dizer que a atuação da vigilância hierárquica é complementada pela ação da sanção normalizadora, caracterizada pela implementação de micropenalidades no interior das instituições. Ou seja, são produzidos pelos processos disciplinares mecanismos de normalização daquilo que é evidenciado pelo olhar vigilante e classificatório. Segundo Foucault:

Através dessa microeconomia de uma penalidade perpétua, opera-se uma diferenciação que é a dos atos, mas dos próprios indivíduos, de sua natureza, de suas virtualidades, de seu nível ou valor. A disciplina, ao sancionar os atos com exatidão, avalia os indivíduos “com verdade”; a penalidade que ela põe em execução se integra no ciclo de conhecimento dos indivíduos (1987, p. 151).

Nesse entendimento, o normal é instituído como um princípio de coerção e isso reflete claramente na instituição hospitalar pelo esforço de organizar um corpo médico e um quadro hospitalar da nação, capaz de fazer funcionar normas gerais de saúde. “A penalidade perpétua que atravessa todos os pontos e controla todos os instantes das instituições disciplinares compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza, exclui. Em uma palavra, ela *normaliza*<sup>16</sup>” (FOUCAULT, 1987, p. 153). Logo, ao produzir uma norma, o hospital consiste em um aparelho de correção instituído, uma ferramenta de normalização de indivíduos.

Há, portanto, que se destacar que será o exame que, combinando as técnicas de vigilância às da sanção normalizadora, possibilitará a classificação do sujeito e dará o estatuto da punição. Segundo Foucault (1987), uma das condições essenciais para a liberação epistemológica da medicina no fim do século XVIII foi a organização do hospital como aparelho de ‘examinar’. O exame, na perspectiva hospitalar, vem marcado fortemente pelos rituais de visitas regulares, rigorosas e cada vez mais extensas. A esse respeito, o autor pontua que o doente passa a uma situação de exame prolongado, que deriva duas conseqüências: o médico torna-se o

---

<sup>16</sup> Grifo do autor.

técnico do exame na hierarquia hospitalar e surge o enfermeiro, que auxilia na transformação do hospital em um local de formação e aperfeiçoamento científico. Conforme Foucault evidencia: “A superposição das relações de poder e das de saber assume no exame todo seu brilho visível” (1987, p. 154).

Sob esse prisma, Foucault (1987) alerta que o exame supõe um mecanismo que liga um certo tipo de formação de saber a uma certa forma de exercício do poder. A esse respeito, o autor destaca três aspectos que merecem atenção: 1) O exame inverte a economia da visibilidade no exercício do poder, ou seja o poder disciplinar atua de forma invisível impondo todos os que submete a um princípio de visibilidade obrigatória. Como revela Foucault (1987, p. 156): “(...) o exame é a técnica pela qual o poder, em vez de emitir os sinais de seu poderio, em vez de impor sua marca a seus súditos, capta-os num mecanismo de objetivação”, logo, os súditos tornam-se objetos da observação de um poder que se manifesta somente pelo olhar; 2) O exame faz também a individualidade entrar num campo documentável, essa prática diz respeito à organização de arquivos com detalhes e minúcias sobre o comportamento dos corpos. Nesse sentido, Foucault explicita: “O exame que coloca os indivíduos num campo de vigilância situa-os igualmente numa rede de anotações escritas; compromete-os em toda uma quantidade de documentos que os captam e os fixam” (1987, p. 157). Esse mecanismo é claramente observável no ambiente hospitalar, onde essa prática era utilizada com intuito de reconhecer as pessoas que eram realmente doentes, acompanhar suas doenças e verificar seus tratamentos, identificando e expulsando, dessa forma, as pessoas que simulavam algum problema de saúde. Da mesma forma, os registros hospitalares eram amplamente realizados para a sistematização do conhecimento médico, através da comparação dos escritos nas reuniões médicas, na contabilidade das doenças, curas e mortes, no reconhecimento de sintomas similares e desconhecidos e na tomada de decisões específicas de doenças ainda não vistas. Dessa forma, Foucault (1987) ressalva que o exame abre duas possibilidades: a constituição do sujeito como objeto descritível e analisável, para mantê-lo em seus traços singulares sob o controle de um saber permanente e a possibilidade de constituição de um sistema comparativo, que permite a descrição dos grupos, a caracterização dos fatos coletivos, e portanto, a estimativa de ‘desvios’ numa determinada população; 3) O exame cercado de todas as suas técnicas documentárias, faz cada indivíduo um “caso”, logo, o indivíduo transformado e

analisado enquanto um caso constitui um objeto para o conhecimento e uma tomada para o poder. Segundo Foucault, o caso consiste no “(...) indivíduo tal como pode ser descrito, mensurado, medido, comparado a outros e isso em sua própria individualidade; e é também o indivíduo que tem de ser treinado ou retreinado, tem que ser classificado, normalizado, excluído, etc.” (1987, p. 159). Verifica-se que o doente, internado nas instituições hospitalares, torna-se documentável não somente para a execução de um controle imediato, mas também como um método de dominação eventual. Acerca destes aspectos mencionados, Foucault complementa:

(...) o exame está no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder, como efeito e objeto de saber. É ele que, combinando vigilância hierárquica e sanção normalizadora, realiza as grandes funções disciplinares de repartição e classificação, de extração máxima das forças e do tempo, de acumulação genética contínua, de composição ótima das aptidões (1987, p. 160).

É interessante verificar que, a transformação do indivíduo como objeto de poder e objeto de saber na modernidade, é viabilizado pelo poder disciplinar, que atua a partir do olhar hierárquico, da sanção normalizadora e do exame, mas nesse período houve mudanças estruturais nas instituições que merecem ser atentadas, uma vez que permitiam também o exercício do poder e da vigilância com maior eficácia. Está-se situando o Panoptismo, uma forma de arquitetura que, segundo Foucault (1987, 1996), passa a valer nas instituições e, portanto, utilizada com veemência nos hospitais, “(...) uma arquitetura da vigilância, que permite a um único olhar percorrer o maior número de rostos, de corpos, de atitudes, o maior número de celas possíveis” (FOUCAULT, 1996, p. 106).

Conforme Foucault explicita, o *Panopticon* era um edifício em forma de anel e no seu interior havia um pátio com uma torre no centro. O prédio era dividido em celas e/ou quartos e em cada um ficava um indivíduo. A cela era construída de forma que o olhar do vigilante podia atravessar o ambiente em que o indivíduo estava inserido. Referindo-se a esse aspecto, Foucault destaca que esse era o mecanismo de controle implantado na sociedade moderna, e referencia: “O panoptismo é uma forma de poder que repousa não mais sobre um inquirido mas sobre algo totalmente diferente, que eu chamaria de exame” (1996, p. 87). O panoptismo permite, então, duas ações simultâneas: a vigilância, o exame, e a possibilidade de, durante a vigilância, construir um saber sobre aqueles que são

vigiados. Assim a medicina se estabelece enquanto ciência a partir do exame e da vigilância dos indivíduos, controlando-os a partir da norma por eles imposta, e tornando-os objetos de poder-saber a partir dos registros e da observação contínua no ambiente hospitalar.

Nesse sentido, pensa-se que a compreensão acerca dos mecanismos de poder que definiram os princípios da organização, gestão e estruturação do espaço hospitalar, bem como as relações de controle que historicamente foram direcionadas ao corpo do doente devem ser estudadas e compreendidas na sua origem. Será esse entendimento que permitirá, através de uma análise consciente, a discussão e implementação de alternativas que possam vir a auxiliar o ambiente hospitalar na desestruturação desses processos desumanizadores.

É nesse sentido que este restabelecimento de significados históricos foi realizado com o apoio dos elementos teóricos foucautianos, na tentativa de investir na educação como possibilidade de humanização do hospital, ou seja, com a intenção de estudar/discutir a organização de um ambiente de ensino, a classe hospitalar, como auxiliadora na tarefa de humanização do hospital – historicamente caracterizado por práticas desumanizadoras.

Dessa forma, a compreensão da forma como se organiza um ambiente de ensino inserido na instituição hospitalar e o conhecimento acerca das ações político-sociais de cunho educativo implementadas por estes lócus de aprendizagem para a comunidade, podem revelar as bases para a defesa de um tratamento de saúde que supere o isolamento e a exclusão e que se desenvolva em pilares de inclusão, de atenção integral e de qualidade de vida.

## **Capítulo II**

### **Educação e saúde: a classe hospitalar como iniciativa para considerar a complexidade da criança hospitalizada**

---

## **2 EDUCAÇÃO E SAÚDE: A CLASSE HOSPITALAR COMO INICIATIVA PARA CONSIDERAR A COMPLEXIDADE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA**

Este capítulo busca entrelaçar educação e saúde na perspectiva de considerar a complexidade da criança hospitalizada. Seguindo essa perspectiva, pretende-se analisar a condição humana da criança hospitalizada, considerando que na modernidade houve a instituição de bases normativas, através da consolidação do capitalismo e da produção, que desprezaram os aspectos existenciais dos sujeitos. Logo, há empenho na tarefa de construir um referencial diferenciado, não constituindo a única possibilidade de interpretação, mas uma das formas que permitam entender o homem em sua condição humana, considerando a complexidade como possibilidade de superar a fragmentação e a disjunção, impostos pela ciência moderna.

Assim, propõe-se a “escuta pedagógica” como possibilidade de humanizar o hospital, processo esse que exige mudança de concepções e posturas da equipe responsável pelo trabalho nessa instituição. A escuta pedagógica, nesse contexto de análise, diz respeito ao entendimento da condição existencial do sujeito em tratamento de saúde a partir da intervenção educacional, tendo em vista a continuidade do desenvolvimento e da construção do conhecimento das crianças que enfrentam o processo de hospitalização. Tal proposta, encontra sua base de sustentação no trabalho coletivo da instituição hospitalar, ou seja, na aliança dos diferentes saberes profissionais para a consideração das necessidades das crianças e adolescentes hospitalizados, tendo em vista a atenção integral.

Portanto, ascende a necessidade de discutir tais aspectos, quando considerado que o entendimento do processo de desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS podem oferecer indicativos que permitam o aprimoramento das ações de escuta pedagógica nos hospitais e em consequência, auxiliem na efetivação de um processo humanizador nas instituições hospitalares.

Sendo assim, a educação propicia ao tratamento de saúde hipóteses que auxiliam na busca pelo entendimento da condição existencial do sujeito em tratamento. Sob esse prisma, busca-se discutir os benefícios da inserção da educação nos hospitais, elencando os principais pressupostos legais que garantem o acompanhamento escolar à criança hospitalizada.

## **2.1 A condição humana da criança hospitalizada**

A discussão de pressupostos que possibilitem a melhoria da assistência em saúde para infantis hospitalizados requer que seja considerada, primeiramente, a condição humana do sujeito internado na instituição hospitalar. Nessa perspectiva, a referência à condição humana significa considerar a complexidade da pessoa hospitalizada, transcendendo apenas o cuidado com a saúde fisiológica/biológica.

Nesse sentido, é necessário destacar que o evento da hospitalização interfere na dinâmica da existência do sujeito, fazendo com que esse encontre no contexto hospitalar um novo parâmetro de sua existência, redimensionando questões que envolvem a doença, a morte e a própria perspectiva existencial. Segundo Angerami:

O processo de hospitalização deve ser entendido não apenas como um mero processo de institucionalização hospitalar, mas, e principalmente, como um conjunto de fatos que decorrem desse processo e suas implicações na vida do paciente (1995, p. 24).

Considerar o evento da hospitalização como um fator interferente na existência do sujeito, requer além da atenção à condição humana, o questionamento dessa, implicando a reflexão sobre a posição desse homem no mundo. Assim, a ciência moderna influenciou diretamente na maneira como se compreende a condição humana e, segundo Morin (2002), isso constitui um problema epistemológico que resulta no fato de que se torna impossível conceber a unidade complexa humana pelo pensamento disjuntivo, pois esse concebe a humanidade fora do cosmos que a rodeia, da matéria física e do espírito que constitui o ser humano, bem como pelo pensamento redutor, que restringe a unidade humana a um substrato puramente bio-anatômico.

Colocar em evidência a multidimensionalidade e a complexidade humana no tratamento de enfermidades, demandam mudanças de concepções, superação do entendimento reducionista em relação ao paciente hospitalizado e a consideração de que, mesmo hospitalizada, a pessoa possui desejos, necessidades e vontades que, muitas vezes, o enrijecimento do hospital impede não somente a realização, mas a expressão desses sentimentos. Nas palavras de Angerami “a humanização do hospital necessariamente passa por transformações da instituição hospitalar como um todo e evidentemente pela própria transformação social (1995, p. 27)”.

Assim, a inserção de pressupostos humanizadores no hospital faz com que a instituição reveja seus próprios postulados no que tange aos conceitos adotados até então, fazendo desse processo de compreensão existencial do outro um pilar de escoramento no tratamento à saúde.

A medicina e o tratamento de saúde, pautados em pressupostos reducionistas, favorecem o processo de despersonalização do paciente, que deriva, principalmente, da fragmentação ocorrida a partir de diagnósticos cada vez mais específicos, que abordam a pessoa a partir de um determinado sintoma e reduzem o espaço vital do ser humano a um mero determinismo das implicações de certos diagnósticos, carregados de estigmas e preconceitos. Como referencia Serino:

El ser humano despojado de sus características esenciales se transforma en un objetivo, un número de cama, un síndrome o un órgano enfermo. Al enfermo sólo le queda (desde esta perspectiva) asistir al total aniquilamiento de sus derechos y adaptarse a la situación que le permitirá “recuperar” su salud (1990, p. 26).

Nesse sentido, deve-se atentar para o processo de despersonalização pelo qual passa o paciente ao ser hospitalizado e as conseqüências que tal evento pode ocasionar no desenvolvimento global do sujeito. O estigma de doente para a criança hospitalizada e a sua condição de passividade face aos acontecimentos interfere no processo de construção de valores intra e interpessoais, e na elaboração de conceitos de homem e mundo. Como pontua Ortiz:

Ao instalar-se na unidade de tratamento, o paciente infantil, já infligido pelas incômodas sensações corporais terá, ainda, que assumir o enfrentamento das intercorrências adicionais: as precariedades e/ou limitações de seu corpo, a separação dos pais configurando um sentimento de abandono,

adaptação ao desconhecido mundo branco hospitalar, as dúvidas de estar nos padrões de normalidade, os prejuízos em sua vivência familiar e o reconhecimento de deixar de ser uma criança autônoma para descobrir-se, com pesar, como heterônoma (2003, p. 5).

Com isso, o fato de se tornar “hospitalizado” faz com que a criança adquira signos que irão enquadrá-la numa nova performance existencial, pois seu processo vital não depende mais da sua escolha, mas seus hábitos anteriores terão de ser reformulados e transformados diante da realidade da hospitalização e da doença (ANGERAMI, 1995). Na perspectiva de Ceccim:

A enfermidade e a hospitalização das crianças passam por seu corpo e emoções, passam por sua cultura e relações; produzem afetos e inscrevem conhecimentos sobre si, o outro, a saúde, a doença, o cuidado, a proteção, a vida. A corporeidade e a inteligência vivenciam essas informações como conhecimento e saber pessoal (1997, p. 33).

Considerando que o hospital e a enfermidade produzem para a criança uma relação diferenciada e peculiar com o mundo, é necessário redimensionar ações que busquem contemplar as diferentes dimensões constituintes do ser humano, assim os saberes inerentes à medicina não podem desprezar a relevância dos atos objetivos da construção singular da existência. Nas palavras de Ceccim:

Uma adequada possibilidade de acolhimento dos medos, desejos, ansiedades, confusões e ambivalências, com adequado nível de informação, permitirá, portanto, a produção de conhecimentos sobre si e uma construção positiva a respeito da saúde, em que o corpo não se separe do pensamento (a noção e permissão ao corpo-pensamento como unidade se diferencia da experiência de corpo vivido como oposição ao pensamento/emoções – o biológico *versus* o psicológico) (1997, p. 34).

Com isso, quando Morin (2002) comenta acerca da necessidade da educação do futuro ser centrada na condição humana, ele afirma que os seres humanos, onde quer que se encontrem “(...) devem reconhecer-se em sua humanidade comum e ao mesmo tempo reconhecer a diversidade cultural inerente a tudo que é humano” (2002, p. 47).

Sob esse prisma, quando o autor discorre acerca dos pressupostos que possibilitam o homem tornar-se humano, destaca quatro elementos: a unidualidade,

ou seja, a possibilidade do homem ser a um só tempo um ser plenamente biológico e plenamente cultural; o circuito cérebro/mente/cultura, no qual o homem somente se realiza plenamente como ser humano pela cultura e na cultura, portanto, a mente humana é uma criação que emerge e se afirma na relação cérebro-cultura; o circuito razão/afeto/pulsão, tríade inseparável e frágil, não hierarquizada, que integra a humanidade e a animalidade; o circuito indivíduo/sociedade/espécie, no qual os indivíduos são produtos do processo reprodutor da espécie humana, sendo esse processo realizado através das interações entre indivíduos que produzem a sociedade, que testemunha o surgimento da cultura, logo é a cultura e a sociedade que garantem a realização dos indivíduos que permitem a perpetuação da cultura e a auto-organização da sociedade (MORIN, 2002).

Dessa forma, a partir da proposição desses elementos, pode-se evidenciar que Morin (2002) procura trabalhar a complexidade humana a partir de diferentes constituintes, no entanto não sobrepondo uma às demais. O homem, nessa perspectiva, é considerado um ser único, mas simultaneamente parte do coletivo, onde se fundem os princípios cérebro, mente, cultura, razão, afeto, pulsão, indivíduo, sociedade e espécie. Ou seja, a humanidade do homem, antes de ser desenvolvida individualmente, provém do campo da coletividade, onde unidade e diversidade são entrelaçadas. Nas palavras de Morin:

A complexidade humana não poderia ser compreendida dissociada dos elementos que a constituem: todo desenvolvimento verdadeiramente humano significa o desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e do sentimento de pertencer à espécie humana (2002, p. 55).

É no sentido de continuar a pertencer à sociedade que se reitera a necessidade da existência de classes hospitalares nas instituições responsáveis pelo tratamento de saúde. A classe hospitalar aparece como espaço responsável pela promoção de situações, nas quais são valorizadas as inquietações existenciais das crianças hospitalizadas, onde se busca, durante a internação, considerar a condição humana do infantil. Ou ainda, a classe hospitalar compreende que a criança continua a construção de conhecimentos – sistematizados ou não – e, portanto, busca a reintegração desse sujeito na escola e na sociedade após a finalização do tratamento de saúde. Assim, cabe a articulação entre educação e

saúde, na tentativa de considerar a complexidade da criança hospitalizada e a necessidade de aprimorar os atendimentos a partir da análise de como se estruturam esses ambientes educacionais.

## **2.2A humanização do hospital através da “escuta pedagógica”<sup>17</sup>**

Ao trabalhar no sentido de estagnar os processos de despersonalização no âmbito hospitalar, o educador estará ajudando na humanização do hospital, pois seguramente o processo de despersonalização é um dos maiores aniquiladores da dignidade existencial da pessoa hospitalizada. Na perspectiva de Angerami:

Um trabalho de reflexão que envolva toda a equipe de saúde é uma das necessidades mais prementes para fazer com que o hospital perca seu caráter meramente curativo para transformar-se numa instituição que trabalhe não apenas com a reabilitação orgânica, mas também com o restabelecimento da dignidade humana (1995, p. 18).

Sob esse prisma, é necessária a compreensão de que a minimização do sofrimento, provocado pela hospitalização, deva ser orientada por ações que considerem todas as variáveis da condição humana do paciente pediátrico, para que o atendimento tenha êxito em sua realização. Assim, há a necessidade não só de atendimento médico, mas de um trabalho multiprofissional – onde os profissionais tenham claros os limites de sua atuação – caracterizado pela preocupação com a integralidade dos sujeitos em tratamento.

Nesse contexto, o educador reveste-se de um instrumental muito relevante de humanização do hospital, na medida em que traz em seu bojo de atuação a condição de análise das relações interpessoais. A educação, portanto, pode contribuir para clarear determinadas manifestações emocionais e existenciais da criança hospitalizada, sendo igualmente decisiva para fazer com que seu lugar na equipe de saúde da instituição hospitalar esteja assegurado. Dessa forma, vale destacar que a consideração do desenvolvimento infantil em seus aspectos físicos,

---

<sup>17</sup> Termo sugerido por Ceccim et al. (1997, p. 76), na busca de “lançar um novo pensar à atenção de saúde da criança que está doente e vivencia a internação hospitalar”.

sociais, cognitivos e emocionais são cada vez mais aceitos nas intervenções médicas, e a atuação do educador, nesse sentido, passa a ser determinante para a constituição de uma nova performance na própria relação médico-paciente.

Diante dessa perspectiva, com intuito de lançar bases para um atendimento hospitalar mais humanizador, Vasconcelos (2005) propõe um procedimento que nomeia como “clínica do discurso”. A autora destaca que essa prática, embora focalize indivíduos socialmente sensíveis, não se pretende psicanalítica, mas procura alicerçar um trabalho pedagógico de escuta, que busca no sujeito suas capacidades formadoras, suas intelectualidades, seus saberes e sentimentos, às vezes invisíveis a olho nu. Segundo a mesma autora:

A clínica do discurso é uma forma de escuta que valoriza o que o sujeito tem a dizer, o que ele conhece sobre o que sente, o que espera de si mesmo e de suas habilidades. Procuramos dar-lhes voz a fim de que reconheça em suas fragilidades os pontos de apoio de que necessita para o autoconhecimento e a ego-dependência (VASCONCELOS, 2005, p. 12).

Nesse sentido, a clínica do discurso não consiste em uma técnica de análise, mas em uma estratégia fundada na valorização da fala do sujeito, por intermédio de uma abordagem clínica que se baseia na afetividade, em que são permitidas transferências. Dessa forma, os sujeitos tendem a ver no seu interlocutor um ponto de apoio na re-inserção para a vida, para o mundo e todas as suas possibilidades.

Assim, pode ser associado ao pressuposto de Vasconcelos (2005), que afirma que a fala constitui instrumento de humanização do ser humano, e, portanto, a alma das representações que podem ultrapassar a visão e multiplicar as possibilidades, o conceito de “escuta pedagógica”, sugerido por Ceccim et al. (1997), processo esse que pode ser fundante da relação entre falante/ouvinte. Como discorrem Ceccim et al.:

Quando propomos uma *escuta pedagógica*<sup>18</sup> a criança hospitalizada, estamos propondo lançar um novo *pensar* à atenção de saúde da criança que está doente e vivencia a internação hospitalar. Sua vida não só continua em processo de aquisição de aprendizagens formais, como tem no seu desenvolvimento intelectual uma importante via de apropriação compreensiva do que lhe acontece no hospital e na estimulação cognitiva, uma instalação de *desejo de vida*, que pode repercutir com *vontade de*

---

<sup>18</sup> Grifos do autor.

*saúde* para o restabelecimento ou para a produção de modos positivos de viver, uma vez que o aprender se relaciona com a construção de si e do mundo (1997, p. 76).

Nesse mesmo sentido, Ceccim et al. (1997) destacam a necessidade de pensar a criança com todas as suas necessidades específicas, superando a concepção de que os hospitais devem somente se preocupar com a recomposição do organismo doente. Com base nisso, emerge organizar uma assistência hospitalar que transforme o modelo tradicional de atendimento pediátrico, a fim de reconhecer que existem outras necessidades na vida de uma criança hospitalizada, que não apenas àquelas clínicas. Como explicita o autor:

Colocar a atenção integral como sendo *escuta à vida* é redimensioná-la segundo o reconhecimento de que, individualmente, a doença e/ou o sintoma são experiências vividas, relatam uma forma de encontro com o mundo. Podemos dizer que qualquer fator patológico pode tornar-se fator da existência porque as experiências vividas ensinam/inscrevem fatores culturais e sociais no corpo e pensamento sobre maneiras de viver, de ensinar, de cuidar, de produzir, de relacionar-se (CECCIM, 1999, p. 28).

Como postula Ceccim (1999), a *escuta* se refere à compreensão de sentimentos que são expressos através das palavras, porém, a *escuta* não se limita apenas ao campo da fala, mas contrariamente, busca entender os mundos interpessoais que constituem a subjetividade humana. Conforme Ceccim afirma:

Numa perspectiva de atenção integral, como *escuta à vida*, o desenvolvimento da *escuta* se dirige à promoção da saúde (produção de vida e de sentidos) e não só ao *tratamento*, por isso, se volta tanto aos processos interativos de percepção e sensibilidade às condutas infantis e sintomas somáticos, quanto ao acompanhamento de processos assistenciais (1999, p. 31).

Diante disso, pode-se dizer que a adequada *escuta* permite localizar as maneiras de um saber e um fazer que juntos possam produzir a assistência de qualidade necessária. Nesse sentido, colocar a atenção integral como sendo “*escuta*” à vida na assistência de saúde da criança significa o reconhecimento da dimensão vivencial na experiência de ser saudável, adoecer e curar-se. Para tal, emerge que as equipes de pediatria estejam capacitadas com profissionais que

compreendem e estudem o desenvolvimento da criança e seu universo de representações e construção de conhecimentos. Nas palavras de Ceccim:

[...] há muito para um hospital aprender com a educação escolar para transpor à prática clínica a instituição de relações organizadas para a criança, aprendendo a operar com o reconhecimento da situação social particular, ligada, ao mesmo tempo, à condição de criança e a um ambiente social determinado, preservando a espontaneidade e a originalidade da criança (1999, p. 32-33).

Klinzing e Klinzing (apud CECCIM, 1999), referem cinco razões ao programa escolar: a primeira, evitar a evasão e a repetência porque os afastamentos da escola, geralmente, repercutem em dificuldades de aprendizagem pela descontinuidade e ameaça constante à assiduidade; segunda, prover a criança com um fator estável em sua vida, retirar o caráter de complementariedade da escola para os casos de sua doença – como se só aos normais fosse necessário aprender e ir à escola – e uma experiência confortante diante de seu desenvolvimento incomum; terceira, o hospital pode prover a oportunidade de efetivo ensino e aprendizagem, estimular a curiosidade; quarta, aprender sobre profissões e relações de trabalho, utilizando os trabalhadores e os serviços hospitalares, e realizar pesquisas escolares sobre os vários campos do saber (matemática, ciências, estudos sociais, linguagem), recorrendo aos diversos setores do hospital; quinta caracteriza a expectativa que o hospital tem de a criança ficar bem e progredir em domicílios intelectuais, conceituais e práticos que fará uso no futuro.

Logo, acredita-se que a humanização do hospital através da “escuta pedagógica” se torna viável, já que o entrelaçamento entre as bases da educação e da saúde possibilita um atendimento que considera o sujeito em sua complexidade. Ademais, a “escuta pedagógica” possibilita a mudança da concepção de vigilância, promovida pelo olhar hierárquico, que somente considera o indivíduo como objeto de registro e controle, que marcam a origem das instituições modernas.

### **2.3A prática educativa em ambientes hospitalares: pressupostos legais**

A hospitalização é um evento que desestabiliza não somente o sujeito enfermo, mas também seus familiares, já que a pessoa nunca se encontra preparada para enfrentar a doença, a morte e o imprevisível. Assim, a surpresa do sujeito ser acometido por uma patologia, o acaso da doença e a deparação com a possibilidade de morte podem caracterizar um momento de crise. Nas palavras de Ortiz, “o evento da hospitalização traz consigo a percepção da fragilidade, o desconforto da dor e a insegurança da possível finitude. É um processo de desestruturação do ser humano, que se vê num estado de permanente ameaça” (2001, p. 71).

Tratando-se do paciente pediátrico, esse acontecimento pode ocasionar significativas mudanças subjetivas em sua vida cotidiana, já que no ambiente hospitalar há uma carência de estímulos que promovam o desenvolvimento psíquico, afetivo, cognitivo e sensório-motor, priorizando apenas processos terapêuticos. Como pontuam Ortiz e Freitas:

(...) uma das indagações mais prementes que se presentifica ao ser prescrita para a criança a hospitalização eventual ou recorrente, não diz respeito ao evento em si, ou da necessidade de recomposição do organismo enfermo, mas da preocupação com o abandono escolar (2005, p. 4).

A possibilidade de inserção da intervenção educacional em ambientes hospitalares busca considerar que a criança, mesmo em situação de tratamento de saúde, também continua se desenvolvendo em todas as dimensões. “Em outras palavras, a criança doente não tem direito apenas à saúde, mas também à educação, pois os seus interesses e necessidades intelectuais e sócio-interativas também estão presentes no ambiente hospitalar” (FONSECA, 2003, p. 10). Logo, a conexão entre o pedagógico e o ambiente hospitalar pode surtir atitudes positivas que auxiliam a criança em relação ao tratamento, a aprendizagem, as relações interpessoais, fornecendo encorajamento para enfrentar a hospitalização. Neste sentido, Plank comenta:

Cuando se interna un niño, el hospital tiene que asumir tareas que están más allá de la función curativa, tareas que deben cumplirse de manera tal que el ritmo de vida y de crecimiento pueda continuar. La forma normal de vida del niño implica su relación con otros niños, con los adultos, con el

juego y el aprendizaje. Estas relaciones deben ubicarse hábilmente dentro de un día pleno de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (1966, p. 13).

Sob este prisma, a classe hospitalar pode ser considerada um ambiente dentro do hospital que propicia a construção saudável da subjetividade, já que o evento da hospitalização é desconhecido por vários pacientes-alunos e repercute em afastamento do lar, da família, dos amigos e da escola. Assim, a oferta da educação nas classes hospitalares é fundamentada nos princípios de cidadania e do direito à educação e à saúde, reconhecendo a necessidade de um atendimento integral à criança hospitalizada, considerando a complexidade inerente à sua condição humana. Na perspectiva de Ceccim e Fonseca:

O reencontro pedagógico-educacional no ambiente hospitalar catalisa atitudes positivas, por parte da criança, quanto ao tratamento e, por conseguinte, diante da vida, resgatando atitudes prazerosas nas relações interpessoais e fornecendo encorajamento para lidar com as tarefas médicas e de enfermagem (1999, p. 33).

Nesse sentido, é necessário evidenciar que o fato da criança estar hospitalizada não implica, necessariamente, qualquer limitação quanto ao aprendizado escolar. Ceccim et al. afirmam que “(...) é possível a aprendizagem dentro do hospital, a aprendizagem de crianças doentes que, afinal, estão doentes, mas em tudo continuam crescendo” (1997, p. 80).

Reconhecendo as necessidades especiais da criança hospitalizada, para que esta não tenha prejuízos em seu desenvolvimento e encontre-se em risco de reprovação e evasão escolar, tendo em consequência ameaçado seu direito à educação, surgem as classes hospitalares como modalidade de atendimento da Educação Especial, concretizadas a partir da publicação da Política Nacional de Educação Especial (MEC/SEESP, 1994).

A proposta de educação para crianças e jovens hospitalizados também aparece amparada por políticas públicas de âmbito mundial, a exemplo Conferência Mundial de Educação para Todos: satisfação das necessidades básicas de aprendizagem, de Jomtien (1990), que no seu art. 1 evidencia que “Cada pessoa - criança, jovem ou adulto - deve estar em condições de aproveitar as oportunidades educativas voltadas para satisfazer suas necessidades básicas de aprendizagem”.

Da mesma forma, pode-se destacar o art. 3 desta Conferência, quando propõe como objetivo “Universalizar o acesso à educação e promover a equidade”, sinalizando que:

A educação básica deve ser proporcionada a todas as crianças, jovens e adultos. Para tanto, é necessário universalizá-la e melhorar sua qualidade, bem como tomar medidas efetivas para reduzir as desigualdades. Para que a educação básica se torne eqüitativa, é mister oferecer a todas as crianças, jovens e adultos, a oportunidade de alcançar e manter um padrão mínimo de qualidade da aprendizagem (CONFERÊNCIA MUNDIAL DE EDUCAÇÃO PARA TODOS: SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES BÁSICAS DE APRENDIZAGEM, 1990, p. 2).

A preocupação em nível mundial de articular ações que promovam a universalização do ensino e a garantia de uma educação de qualidade para todos, também vem reafirmada na Declaração de Salamanca (1994), que em seu documento prevê uma Linha de Ação sobre Necessidades Educativas Especiais. Pode-se observar esses princípios no art. 3 e 4, quando há a afirmação de que:

O princípio fundamental desta **Linha de Ação**<sup>19</sup> é de que as escolas devem acolher **todas as crianças**, independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, lingüísticas ou outras. Devem acolher crianças com deficiência e crianças bem dotadas, crianças que vivem nas ruas e que trabalham; crianças de populações distantes ou nômades; crianças de minorias lingüísticas, étnicas ou culturais e crianças de outros grupos ou zonas desfavorecidos ou marginalizados” (1994, p. 14). [...] “As necessidades educativas especiais incorporam os princípios já provados de uma pedagogia equilibrada que beneficia todas as crianças. Parte do princípio de que todas as diferenças humanas são normais e de que a aprendizagem deve, portanto, ajustar-se às necessidades de cada criança, em vez de cada criança se adaptar aos supostos princípios quanto ao ritmo e à natureza do processo educativo. Uma pedagogia centralizada na criança é positiva para todos os alunos e, conseqüentemente, para toda a sociedade” (1994, p. 18-19).

Assim, cabe destacar que, simultaneamente à promulgação da Declaração de Salamanca (1994), que estabelece os Princípios, a Política e uma Linha de Ação para a educação de pessoas com necessidades educacionais especiais, houve a publicação, no Brasil, da Política Nacional de Educação Especial. Segundo a Política Nacional de Educação Especial, define-se classe hospitalar como: “Ambiente hospitalar que possibilita o atendimento educacional de crianças e jovens internados

---

<sup>19</sup> Grifos do documento.

que necessitam de Educação Especial e que estejam em tratamento hospitalar” (MEC/SEESP, 1994). Assim, esse recurso estabelecido na Política Nacional de Educação Especial aparece amparado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que em seu art. 205 declara a educação como um direito de todos, ratificada pela Lei n. 8.069/90, que estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Nesse Estatuto, no que tange às Disposições Preliminares, prescritas no Título I, enfatiza que no art. 1º, a lei objetiva dispor acerca da proteção integral à criança e ao adolescente e em seu art. 3º pontua que:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral [...] assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 1990, p. 7-8).

Com a mesma relevância cabe destacar o artigo 7º do ECA (1990), que se refere ao “Direito à vida e à saúde”, quando discorre que 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.

Com posse desses princípios estabelecidos em lei, pode-se afirmar que a promoção de um ambiente educativo nas instituições hospitalares, que prime pela qualidade de vida destes educandos em tratamento, segue os fundamentos e princípios democráticos de igualdade, liberdade e valorização da dignidade humana, além de atender as necessidades pedagógico-educacionais da criança e adolescente hospitalizados. Da mesma forma, remete-se ao Título II da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN n. 9.394/96, quando estabelece os Princípios e Fins da Educação Nacional, dispondo no art. 3º, que o ensino será ministrado com base na igualdade de condições para o acesso e permanência na escola, dentre outras atribuições.

Sob esse prisma, a classe hospitalar configura-se como um espaço dentro do hospital responsável por assegurar a manutenção dos vínculos escolares, devolvendo a criança para a sociedade apta para reintegrar-se à sua escola, ao currículo e aos colegas sem prejuízos. Essa iniciativa parte do pressuposto de que

mesmo com uma doença crônica ou em fase de tratamento de saúde, a criança deve estar em contato com a escola e com estímulos pedagógicos, mediados por um educador (FONSECA, 2003).

Considerando que a criança hospitalizada permanece em desenvolvimento cognitivo, afetivo e psicossocial, foram elaborados os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, que além de assegurar o direito da criança ser hospitalizada garantindo a proteção, a vida e a saúde, afirma o “Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde e acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar” (DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E ADOLESCENTE HOSPITALIZADOS, RESOLUÇÃO nº 41 de 13 de outubro de 1995).

Por sua vez, o Decreto-Lei n. 1.044, de 21 de outubro de 1969, sobre o tratamento excepcional para alunos portadores de afecções, regula na Resolução n. 230, de 16 de julho de 1997, do Conselho Estadual de Educação/Rio Grande do Sul, os estudos domiciliares aplicáveis a alunos incapacitados de presença às aulas, prevendo tentativa de equacionar os problemas do afastamento de crianças no ambiente escolar, durante o tratamento médico, sendo portanto, abonadas as faltas neste período.

Por sua vez o documento elaborado pelo Ministério da Educação “Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações” conceitua:

Denomina-se classe hospitalar o atendimento pedagógico-educacional que ocorre em ambientes de tratamento de saúde, seja na circunstância de internação, como tradicionalmente conhecida, seja na circunstância do atendimento em hospital-dia e hospital-semana ou em atenção integral à saúde mental (MEC/SEESP, 2002, p.13).

Logo, a possibilidade da criança participar de um ambiente escolar, mesmo hospitalizada, faz com que ela continue cultivando os sentimentos de pertencimento ao grupo e o desejo pelo conhecimento, constituindo uma iniciativa significativa para que a criança não tenha prejuízos na sua trajetória escolar. Nesse sentido, Ceccim e Fonseca (1999) apontam alguns elementos que afirmam que o atendimento escolar no ambiente hospitalar é instrumento contra a exclusão escolar da criança doente

que pode se dar: a) pela estigmatização de algumas doenças ou pela estigmatização física resultante de várias condutas terapêuticas que culminam em amputações, queda de cabelo, cicatrizes, ostomias, etc.; b) pela deserção da escola devida à freqüente necessidade de afastamentos para internação hospitalar e outros procedimentos especializados em saúde; c) pelo descrédito depositado na escolarização quando se crê que a criança está enfraquecida, vivenciando o risco da morte ou debilitada para os esforços intelectuais e d) as reprovações decorrentes da descontinuidade do acompanhamento pedagógico-educacional pelas faltas à escola.

Com isso, as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (RESOLUÇÃO n. 02, de 11 de setembro de 2001, CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO), propõe em seu art.13, parágrafo 1º que, as classes hospitalares devem dar continuidade ao processo de desenvolvimento e aprendizagem de alunos matriculados em escolas da Educação Básica, contribuindo para o retorno e reintegração ao grupo escolar, desenvolvendo um currículo flexibilizado com crianças, jovens e adultos não matriculados no sistema educacional local, facilitando o posterior acesso à escola regular, estabelecendo a classe hospitalar como modalidade de atendimento da Educação Especial.

Ortiz e Freitas (2005), remetendo-se aos achados da pesquisa de Gonçalves e Valle (1999), sobre o significado do abandono escolar para crianças com câncer, destacam como resultados pertinentes que: o afastamento da escola acarreta em uma desadaptação social, promovendo a perda de amigos e mergulhando a criança num lugar de solidão; as crianças vêm a escola com uma imagem positiva, que o estudo as transformaram em pessoas produtivas e se ressentem das ausências das aulas; temem o esquecimento por parte do grupo a que pertenciam; acreditam no empenho pessoal e força de vontade para manterem a continuidade dos estudos mesmo doentes.

No que tange ao Estado do Rio Grande do Sul, cabe citar o Projeto de Lei n. 229/2003, que dispõe sobre a garantia do direito da criança e do adolescente ao atendimento pedagógico e escolar na internação hospitalar no Rio Grande do Sul. Referente a esse projeto de lei, cabe citar o art. 1º, que estabelece que:

Fica reconhecida a classe hospitalar como o atendimento pedagógico dispensado à criança e ao adolescente hospitalizado em Unidades de

Saúde do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul – SUS/RS<sup>20</sup> durante seu internamento inclusive quanto à escolarização, conforme determina o § 2º do art. 58 da Lei 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996 (RIO GRANDE DO SUL, 2003, p. 1).

Da mesma forma, o Projeto de Lei n. 229/2003 postula no art. 2º que aos alunos do ensino fundamental e médio, em qualquer de suas modalidades, incapacitados de presença às aulas, devido à internação hospitalar, e que mantenham condições físicas, intelectuais e emocionais para realizar aprendizagem, aplicar-se-á regime de classe hospitalar, em caráter complementar à Resolução n. 230, de 16 de julho de 1997, do Conselho Estadual de Educação do Rio Grande do Sul. Nas palavras de Fonseca:

Para o aluno hospitalizado as relações de aprendizagem numa escola hospitalar são injeções de ânimo, remédio contra os sentimentos de abandono e isolamento, infusão de coragem, instilação de confiança no seu progresso e em suas capacidades; e a qualidade das aulas vai ao encontro do quanto atendem às necessidades e interesses enquanto vivenciando tais momentos (2003, p. 28).

Assim, a classe hospitalar constitui a possibilidade do sujeito infantil hospitalizado continuar em contato com a educação e, portanto, com a construção de conhecimentos. É nesse sentido que conhecer o desenvolvimento organizacional dos ambientes de ensino hospitalares constitui possibilidade de aperfeiçoamento e aprimoramento da organização do acompanhamento pedagógico em hospitais, visando a garantia dos direitos civis das crianças hospitalizadas.

---

<sup>20</sup> São consideradas Unidades de Saúde do SUS/RS, para efeitos dessa lei, as unidades próprias da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, as públicas conveniadas e as privadas por essa contratadas.

## **Capítulo III**

### **Administração da educação: pressupostos para a configuração de um paradigma multidimensional de gestão**

---

### **3 ADMINISTRAÇÃO DA EDUCAÇÃO: PRESSUPOSTOS PARA A CONFIGURAÇÃO DE UM PARADIGMA MULTIDIMENSIONAL DE GESTÃO**

Diante do contexto atual e da complexidade que caracteriza os sistemas de ensino brasileiros, emerge a necessidade de ampliar as discussões teóricas no campo da gestão educacional, não somente no que tange às instituições de ensino comum, mas também aos demais ambientes de ensino responsáveis pela educação e pela transformação da sociedade.

Esse estudo, especificamente, buscará delinear as características que compõem o desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS. Ao contrário do que o senso comum por vezes afirma, a classe hospitalar possui um caráter essencialmente pedagógico, sendo uma modalidade de atendimento da Educação Especial<sup>21</sup>, tendo por objetivo oferecer acompanhamento educacional para crianças e adolescentes que possuem necessidades educacionais especiais temporárias, desenvolvendo, portanto, a mesma base curricular que as instituições escolares do ensino fundamental.

Dessa forma, esse estudo busca compreender estes espaços, destinados à educação que estão inseridos na instituição hospitalar, buscando entender seu processo organizativo e apontando variáveis que sejam significativas não somente para a gestão da educação<sup>22</sup> e aperfeiçoamento das classes hospitalares, mas também às demais instituições que se preocupam com o ato educativo, sejam estas escolas ou universidades.

A estruturação desses comentários, a seguir, partem de considerações já pontuadas, mas, sobretudo reafirma a educação enquanto um direito imprescindível para a constituição do homem em ser humano, em qualquer momento de sua

---

<sup>21</sup> Política Nacional de Educação Especial (1994).

<sup>22</sup> Nesse trabalho, entende-se “gestão da educação” no mesmo sentido atribuído por Sander (2005), quando ele afirma que: “[...] a gestão da educação abarca desde a formulação de políticas e planos institucionais e a concepção de projetos pedagógicos para os sistemas educacionais e as instituições escolares até a execução, a supervisão e a avaliação institucional das atividades de ensino, pesquisa e extensão e a administração dos recursos financeiros, materiais e tecnológicos” (2005, p. 127).

existência. Por esse motivo, é que se fazem necessários estudos e pesquisas que busquem conhecer e compreender diferentes espaços de ensino e aprendizagem, a fim de que possam ser elaboradas medidas que possibilitem ao cidadão ter acesso a esse direito com qualidade, mesmo quando estiver acometido por uma doença.

Logo, o estudo da administração da educação, ou a análise de como se configura a gestão das classes hospitalares do RS, se torna relevante, uma vez que o conhecimento das superações e limites destas organizações podem propiciar novos esforços para construir e reconstruir perspectivas conceituais e analíticas no estudo da administração da educação como processo mediador<sup>23</sup>.

Nesse sentido, a fim de compreender como se organizam as classes hospitalares do RS, é pertinente, em um primeiro momento, realizar o restabelecimento de significados históricos no campo da administração empresarial e da administração educacional, ou seja, cabe avaliar as bases epistemológicas inspiradoras das teorias organizacionais ao longo da configuração social capitalista, atentando para suas inter-relações e interdependências. Na perspectiva de Sander (1995), essa avaliação facilita um exame mais coerente da natureza da qualidade de vida e educação e uma valoração mais fundamentada da aplicação dos conceitos de liberdade, equidade, participação e democracia na prática da administração da educação.

A partir do conhecimento das teorias que orientaram a administração da educação, buscar-se-á, em uma segunda etapa de discussão, utilizar as idéias de Nóvoa (1995), Bolívar (1997) e Libâneo et al. (2005), que apontam à necessidade de estudar o desenvolvimento organizacional das instituições escolares, ou seja, seus processos de gestão e organização, pautados em conceitos como aprendizagem organizativa, memória organizacional e cultura organizacional. O esclarecimento destes termos pretende indicar caminhos para que a instituição educacional consiga

---

<sup>23</sup> Segundo Sander (1984) o estudo da administração da educação como processo mediador remete ao estudo/conhecimento das duas tendências que demarcaram a administração educacional: a administração do consenso e a administração do conflito. Conforme sugere o autor, em ambos os casos a administração desempenha um papel de mediação mútua e múltipla entre as pessoas, grupos, classes sociais, dimensões, fenômenos e organizações no contexto amplo da sociedade. O desafio, portanto, consiste no estudo destas tendências, na natureza de suas respectivas mediações administrativas, interna e externamente. Nas palavras do autor: "Uma avaliação das potencialidades e limitações das duas perspectivas permite explorar novos caminhos em função das atuais necessidades sociais e das características específicas do sistema educacional historicamente situado no âmbito global da sociedade" (SANDER, 1984, p. 98). Logo, a confluência entre a teoria crítica e a abordagem da ação humana coletiva, auxiliaria na concepção de uma perspectiva de administração da educação como processo de participação coletiva.

articular meios organizacionais que estejam de acordo com suas necessidades e partam das especificidades de um lócus responsável pela aprendizagem.

A proposição desse estudo é conhecer o desenvolvimento organizacional das classes hospitalares a partir da análise das suas dimensões pedagógica, política, econômica e cultural, com vistas a contemplar o paradigma multidimensional de administração da educação proposta por Sander (1995). Assim, as discussões do terceiro sub-capítulo terão como base o paradigma multidimensional, que servirá de suporte para estruturar uma concepção de educação em hospitais e escolas embasada em princípios que considerem a integralidade das crianças e adolescentes hospitalizados.

### **3.1 Aspectos históricos da administração da educação: em busca de superações conceituais e teóricas**

O restabelecimento de significados históricos no campo da administração da educação aparece intrinsecamente relacionado às construções teóricas desenvolvidas nas organizações de trabalho. Esse aspecto é evidenciado pela influência capilar exercida pelos princípios capitalistas na organização geral da sociedade (divisão do trabalho, controle do tempo, domínio das ações, etc.), influenciando, da mesma forma, as instituições destinadas à educação, já como iniciação ao adestramento para o processo de produção de capital.

Considerando esse aspecto, emerge a necessidade de pontuar as características das diferentes construções teóricas da administração empresarial, para em seguida verificar como estas influenciaram na organização das instituições educacionais. Essa proposta de estudo encontra sua justificativa no estudo aprofundado das formas de organização escolar, que demonstra que a escola ainda está atrelada aos princípios da divisão do trabalho fabril e configura, portanto, uma tentativa de estruturar alternativas de gestão educacional que estejam basiladas nas especificidades dos ambientes educacionais.

Essa construção teórica guia-se pela intenção de expor as diversas teorias da administração empresarial e pela necessidade de pontuar os enfoques que

permearam os processos de gestão da educação, buscando oferecer algo que contribua para a melhoria da qualidade de vida das crianças e jovens hospitalizados e para o progresso da organização das classes hospitalares. Dessa forma, parte-se do princípio que esse exercício epistemológico de análise das construções teóricas que orientaram a gestão educacional no passado, se conhecidas e avaliadas, podem ser transformadas em possibilidades para enfrentar os desafios futuros.

Nesse sentido, para facilitar a compreensão do atual estado do conhecimento na administração pública e na gestão da educação, é importante examinar o pensamento administrativo e pedagógico em perspectiva histórica. Sob esse viés, a elaboração de teorias organizacionais alternativas e locais somente será concretizada se houver a compreensão correta das raízes históricas que caracterizam a administração educacional no seu percurso histórico.

Nesse sentido, a necessidade de transitar de forma consciente nas teorias da administração permite a clareza na elaboração dos objetivos e no planejamento e execução das tarefas de ordem prática. Como Chiavenato elucida: “A *teoria*<sup>24</sup> deve balizar a *prática*, pois a *prática* sem uma orientação teórica descamba para o empirismo rudimentar e para a falta de racionalidade” (1999, p. 2).

Sob o ponto de vista da administração empresarial, a tarefa de administrar é concebida pelo ato de interpretar os objetivos propostos pela organização e transformar estes em ação, por meio do planejamento, organização, direção e controle dos esforços realizados (CHIAVENATO, 1999). Logo, nesta explanação, serão seguidos alguns postulados do estudo de Chiavenato (1999), explorando os caminhos que caracterizaram a Teoria Geral da Administração, detendo-se nas seguintes perspectivas teóricas: a Administração Científica de Taylor, com ênfase nas tarefas dos operários; a Teoria Clássica de Fayol, onde o objeto de análise e estudo passa a ser a estrutura das organizações; a Teoria das Relações Humanas, com ênfase nas pessoas que estão inseridas na organização; a Teoria dos Sistemas, enfatizando o ambiente e a Teoria da Contingência, que desenvolveu estudos enfatizando a tecnologia, delineando, portanto, as Teorias Neoclássicas de Administração<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Grifo do autor.

<sup>25</sup> Conforme Chiavenato explicita: “Cada uma dessas cinco variáveis – *tarefas, estrutura, pessoas, ambiente e tecnologia* – provocou a seu tempo uma diferente *teoria administrativa*, marcando um gradativo passo no desenvolvimento da Teoria Geral da Administração. [...] Cada *teoria administrativa*

Conforme os estudos de Chiavenato (1999), a Administração Científica decorre da tentativa de aplicação dos métodos da ciência para a resolução dos problemas da administração, tendo como objetivo principal a eficiência industrial. Para tal, a ênfase dessa abordagem era nas tarefas, submetidas à aplicação de métodos científicos de observação e mensuração. Essa perspectiva teórica de administração foi proposta por Frederick Taylor e seus seguidores, dentre estes, Ford. No que tange aos trabalhos de Taylor, Chiavenato discorre:

Taylor começou por baixo, junto com os operários no nível de execução, efetuando um paciente trabalho de análise das tarefas de cada operário, decompondo seus movimentos e processos de trabalho, aperfeiçoando-os e racionalizando-os gradativamente. Verificou que o operário médio produzia muito menos do que era potencialmente capaz com o equipamento disponível. Concluiu que, se o operário diligente e mais predisposto à produtividade perceber que no final ganhará a mesma remuneração que o seu colega menos interessado e menos produtivo, acabará acomodando-se, perdendo o interesse e não produzindo de acordo com a sua capacidade. Daí a necessidade de criar condições de pagar mais ao operário que produz mais (1999, p. 88).

A partir desses comentários, verifica-se que o estudo da administração nessa perspectiva, deve ser feito a partir de bases científicas, sendo que a improvisação deve ser substituída pelo planejamento minucioso. De acordo com Taylor, a administração científica, em sua essência, consiste em certa filosofia que resulta em grandes princípios fundamentais da administração: “(...) primeiro – desenvolvimento de uma verdadeira ciência; segundo – seleção científica do trabalhador; terceiro – sua instrução e treinamento científico” (TAYLOR, 1985, p. 118).

Sob esse prisma, para Taylor (1985), as bases de aplicação da Administração Científica são: Estudo de tempo e padrões de produção; Supervisão Funcional; Padronização de ferramentas e instrumentos; Planejamento das tarefas e cargos; Princípio da execução; Utilização da régua de cálculo e de instrumentos para economizar tempo; Fichas de instruções de serviço; Prêmios de produção pela execução eficiente das tarefas e Definição da rotina de trabalho.

Sendo assim, na tentativa de implantar métodos científicos em todos os ofícios, em substituição aos métodos rudimentares de administração, Taylor formulou a Organização Racional do Trabalho (ORT) (CHIAVENATO, 1999). Os

---

procurou privilegiar ou enfatizar uma dessas cinco variáveis, omitindo ou relegando a um plano secundário todas as demais” (1999, p. 13).

principais aspectos da Organização Racional do Trabalho são: 1) Análise do trabalho e estudo dos tempos e movimentos – Taylor verificou que o trabalho pode ser executado melhor e mais economicamente através da subdivisão de todos os movimentos necessários à execução de cada operação de uma tarefa; 2) Estudo da fadiga humana – considerando a fadiga como redutora da eficiência, pretendia-se eliminar todos os movimentos que produzissem fadiga ao trabalhador e ocasionasse perda de tempo e diminuição da capacidade de produção; 3) Divisão do trabalho e especialização do operário – com o fim de elevar a produtividade, concluiu-se que seria mais econômico limitar a pessoa a execução de uma única e simples tarefa predominante; 4) Desenhos de cargos e de tarefas – tentativa de definir e estabelecer racionalmente os cargos e tarefas a serem desempenhados pelas pessoas na organização; 5) Incentivos salariais e prêmios de produção – visava fazer com que o operário colaborasse com a empresa e trabalhasse dentro dos padrões de tempo previstos, a idéia era remunerar o trabalhador conforme sua produção, não obrigando-o, explicitamente, a trabalhar mais; 6) Conceito de *'Homo Economicus'* – segundo esse conceito toda pessoa é concebida como influenciada exclusivamente por recompensas salariais, econômicas e materiais; 7) Condições de trabalho – verificação de que a eficiência não depende somente do método de trabalho e do incentivo salarial, mas da promoção de condições de trabalho que garantam o bem-estar físico do trabalhador e diminuam a fadiga; 8) Padronização de métodos e de máquinas – preocupação com a padronização das máquinas e processos de trabalho, com o fim de reduzir a variabilidade e a diversidade no processo produtivo e eliminar o desperdício, aumentando a eficiência; 9) Supervisão funcional – existência de diversos supervisores, cada um especializado em determinada área. Conforme expõe Cardoso:” Mais do que um conjunto de rotinas padronizadas de trabalho, o taylorismo constitui-se numa filosofia que interfere no modo de pensar e de agir do trabalhador, no sentido de obter sua adesão a um determinado tipo de racionalidade produtiva (2001, p. 107).

Da mesma forma, caracterizando ainda a administração científica, podem ser destacados os pressupostos de Ford, que insere a produção em série como um fator revolucionário na indústria e no comércio da época. Ford deteve-se na produção de carros, implantando um método de fabricação em série, com grandes quantidades de automóveis padronizados e idênticos. Sobre a estratégia de Ford, Chiavenato comenta:

Na produção em série, o produto é padronizado em seu material, métodos e processos, mão-de-obra, desenho e engenharia e ao mínimo de custo possível. A condição precedente e necessária para produção em massa é a capacidade de consumo em massa, seja real ou potencial. Graças a essas idéias, Ford conseguiu popularizar o automóvel que era um artigo de alto luxo na sua época (1999, p. 110).

Nesse sentido, pode-se afirmar que três aspectos suportam o sistema Fordista: 1) a progressão do produto elaborado pelo processo produtivo é planejada, ordenada, contínua e ritmada; 2) o trabalho é entregue ao trabalhador, em vez de deixá-lo com a iniciativa de ir buscá-lo; 3) as operações são analisadas e divididas em seus elementos constituintes (CHIAVEATO, 1999). Assim, esse sistema é complementado pelos princípios de intensificação da produção, economia e produtividade, viabilizado pela produção em série e padronização do maquinário, da mão-de-obra, da matéria-prima e dos produtos.

Em síntese, pode-se dizer que a Administração Científica foi a primeira tentativa de teorizar a administração, preocupada em torná-la científica através da racionalização do trabalho, ou seja, da fragmentação das tarefas e da especialização do trabalhador. A eliminação dos desperdícios e a redução dos custos de produção tornam-se objetivos primordiais, por isso a implementação de incentivos salariais para o trabalhador, concebendo este enquanto 'homem econômico', na crença de que o salário/remuneração seria a principal fonte de motivação para o trabalhador. Segundo Cardoso:

Portanto, esse novo homem fordiano não é o homem que pode controlar seus atos, que pode criar a sua própria vida. É um homem moldado pelo tecnicismo e não mais pelo primado da natureza humana; é um tipo psicofisicamente ajustado à produção fordista, membro de um corpo de um 'trabalhador coletivo' melhor adaptado à lógica de uma subordinação real do trabalho ao capital (2001, p. 110).

Essas transformações impostas pelo fordismo acarretam profundas mudanças na constituição do perfil do operário, influenciando não somente no processo de trabalho, mas também de consumo, já que passa a considerar a relação entre o proletariado e a questão salarial.

Por sua vez, a Teoria Clássica da Administração caracterizava-se pela ênfase na estrutura da organização, com a intenção de articular uma estrutura de produção

eficiente. A Teoria Clássica parte de uma concepção global de empresa, sendo que sua identificação maior é explicitada nas obras de Fayol. Este, com formação em engenharia, vive em seu tempo as conseqüências da Revolução Industrial e da Primeira Guerra Mundial. Conforme contribuição de Chiavenato: “Exatamente como Taylor, Fayol empregou seus últimos anos de vida à tarefa de demonstrar que, com previsão científica e métodos adequados de gerência, resultados satisfatórios eram inevitáveis” (1999, p. 142).

Guiado pela intenção de eficiência na organização, Fayol propõe que toda empresa pode ser dividida em seis grupos de funções essenciais, que seriam: 1) Funções técnicas, relacionadas com a produção de bens ou de serviços da empresa; 2) Funções comerciais, relacionadas com a compra, venda e permutação; 3) Funções financeiras, relacionadas com a procura e gerência de capitais; 4) Funções de segurança, relacionadas com a proteção e preservação dos bens e das pessoas; 5) Funções contábeis, relacionadas com os inventários, registros, balanços, custos e estatísticas; 6) Funções administrativas, relacionadas com a integração de cúpula das outras cinco funções, sendo que as funções administrativas são as que coordenam e sincronizam as demais funções (CHIAVENATO, 1999).

Para Fayol, as funções do administrador são prever, organizar, comandar, coordenar e controlar, sendo estes os elementos do processo administrativo, logo “Isso significa que a função administrativa não se concentra exclusivamente no topo da empresa nem é privilégio dos diretores, mas é distribuída proporcionalmente entre todos os níveis hierárquicos” (CHIAVENATO, 1999, p. 144). Chiavenato (1999), elenca que os princípios gerais da administração segundo Fayol são: divisão do trabalho, autoridade e responsabilidade, disciplina, unidade de comando, unidade de direção, subordinação dos interesses individuais aos interesses gerais, remuneração do pessoal, centralização, cadeia escalar, ordem, equidade, estabilidade do pessoal, iniciativa e espírito de equipe.

Como oposição ao modelo de administração que prioriza a máquina e a organização formal do trabalho, é proposta uma forma diferenciada de administração, que tem como prioridade a preocupação com o homem e seu grupo social, atentando para os aspectos psicológicos e sociológicos, dando suporte para a Abordagem Humanística de administração. Como refere, Chiavenato (1999), a Abordagem Humanística ocorre com o aparecimento da Teoria das Relações

Humanas e com a Psicologia do Trabalho, mas, em seu primeiro momento, surgem autores que propõem teorias transitórias, que não se adequam nem na Teoria Clássica, nem na Teoria das Relações Humanas.

Esses autores considerados transitivos, não abandonam totalmente os princípios da Teoria Clássica, mas tentam aplicar certos pressupostos da psicologia e da sociologia na Teoria Administrativa anterior. Nessa perspectiva diferenciada, a administração é considerada uma arte que requer liderança e inclusão de objetivos pessoais e públicos na organização. Tead, um dos autores que foram marcos nesse período de teorização, destaca que as funções do administrador são: a) planejar e definir as políticas e os procedimentos de trabalho; b) organizar as atividades dos outros; c) delegar autoridade e responsabilidade; d) controlar a autoridade e a responsabilidade delegadas com base em resultados; e) fiscalizar o andamento geral do trabalho; f) expedir ordens e instruções gerais; g) interpretar e transmitir diretrizes; h) treinar os subordinados principais para o desempenho dos encargos de execução; i) coordenar os vários esforços e elementos; j) estimular e vitalizar todos os indivíduos que estejam contribuindo com os seus esforços (CHIAVENATO, 1999).

Conforme essas atribuições, o administrador deverá ser capaz de articular um trabalho colaborativo, sendo até mesmo comparado ao papel de um educador, já que o administrador desenvolve um papel de influência do pessoal. Assim, cada chefe deve ser um líder moral e a organização passa a ser considerada um sistema social, articulado através da participação e da cooperação das pessoas para alcançar objetivos comuns.

São estas teorias transitivas que darão suporte para a aceitação da Abordagem Humanística da Administração propriamente ditas, viabilizada, principalmente com a Teoria das Relações Humanas. Conforme explicitação de Chiavenato: "(...) a Teoria das Relações Humanas nasceu da necessidade de corrigir a forte tendência à desumanização do trabalho surgida com a aplicação de métodos rigorosos, científicos e precisos, aos quais os trabalhadores deveriam forçosamente se submeter" (1999, p. 212). Segundo Chiavenato (1999), a Teoria das Relações Humanas tem como uma das principais origens as experiências de Hawthorne, em suas diferentes etapas. Seus estudos apontam a necessidade de atentar para diferentes variáveis ainda não consideradas, a exemplo da integração social dos empregados, as necessidades psicológicas e sociológicas destes, atenção para novas formas de recompensas não-materiais, estudo dos grupos e da organização

informal, investir em ações que despertem as relações humanas dentro da instituição, dar ênfase aos aspectos emocionais das pessoas e despende importância aos conteúdos dos cargos e tarefas que as pessoas realizam. Investe-se em meios que motivem o trabalhador participar da produção, no entanto, esta teoria apresenta contradições e limitações, uma vez que é considerada manipulativa por sindicatos de trabalhadores, pois apresenta uma concepção ingênua dos empregados. Com isso, a Teoria das Relações Humanas percebe a necessidade de modificação, e é reelaborada a partir da Teoria Comportamental, que investiga e analisa o comportamento humano nas organizações, atentando para os conflitos organizacionais e individuais, buscando o equilíbrio organizacional através de um sistema de recompensas e contribuições.

As teorias da administração que foram formuladas posteriormente, são chamadas por Chiavenato (1999) como Teorias Neoclássicas. Estas recebem esta denominação por terem suas bases de sustentação na Teoria Clássica, de forma atualizada e redimensionada para a resolução dos problemas administrativos atuais, tendo em vista a crescente complexidade das organizações. Chiavenato ilustra esse aspecto, comentando: “Em outros termos, a Teoria Neoclássica é exatamente a Teoria Clássica colocada no figurino das empresas de hoje, com base em um ecletismo que aproveita a contribuição de todas as demais teorias administrativas” (1999, p. 323).

Sob esse prisma, as principais características da Teoria Neoclássica são: 1) ênfase na prática da administração – atenção para o pragmatismo e a busca de resultados concretos; 2) Reafirmação dos postulados clássicos – retomada da Teoria Clássica e reestruturação desta de acordo com as circunstâncias atuais, com uma configuração mais ampla e flexível; 3) ênfase nos princípios gerais de administração – utilização das “leis” científicas clássicas; 4) ênfase nos objetivos e nos resultados – busca pela eficácia dos resultados e 5) ecletismo – absorção dos pressupostos das outras teorias da administração para sua fundamentação.

Logo, a partir destas características orientadoras da concepção neoclássica de educação, para os autores desta tendência, a administração consiste em orientar, dirigir e controlar os esforços de um grupo de indivíduos para um objetivo comum, consistindo em uma atividade generalizada essencial a todo esforço humano coletivo. No que tange aos princípios básicos que orientam a organização formal segundo a administração neoclássica, pode-se destacar: a divisão do trabalho,

através da padronização e simplificação das atividades, especialização das tarefas e departamentalização; a especialização, no qual cada órgão ou cargo passa a ter funções e tarefas especializadas e específicas; a hierarquia, caracterizada pela intensa diversificação funcional dentro da organização, a pluralidade de funções e o desdobramento da função de comando – é dada relevância para a autoridade, entendida como a propriedade de uma pessoa dar ordens, e a distribuição da autoridade e da responsabilidade, que pressupõe que cada nível hierárquico da organização – institucional (diretor), intermediário (gerente) e operacional (supervisor) – tem maior peso nas decisões. Destaca-se também que grande parte dos estudos dos autores neoclássicos procuram responder aos dilemas existentes entre centralização e descentralização, procurando analisar as vantagens e desvantagens destes processos.

Pode-se, portanto, afirmar que a teoria neoclássica ocasionou transformações no processo administrativo, nas dimensões que envolvem o planejamento, a organização, a direção e o controle. Segundo Chiavenato (1999), o planejamento é constituído de fases seqüenciais, tais sejam: o estabelecimento de objetivos a alcançar, a tomada de decisões a respeito das ações futuras e a determinação dos planos. Já a organização envolve as tarefas, as pessoas, os órgãos e relações e ocorre em três níveis, em nível global, em nível departamental e em nível das tarefas e operações dispostas nos organogramas ou fluxogramas. À direção, cabe orientar e indicar o comportamento dos indivíduos na direção dos objetivos a serem alcançados, sendo uma atividade de comunicação, motivação e liderança, fundamentada nos conceitos de autoridade e poder. Por fim o controle busca assegurar a execução do planejamento, sendo constituído por quatro fases: estabelecimento de padrões ou critérios, observação do desempenho, comparação do desempenho com o padrão estabelecido e a ação corretiva para corrigir os desvios ou variações.

Guiado pela pretensão de esclarecimento acerca da administração da educação, este trabalho buscou contemplar as diferentes construções teóricas da administração empresarial, tendo em vista que a escola, historicamente, tem sofrido tanto as influências econômicas e sociais decorrentes do sistema capitalista, quanto tem sido organizada pelos mesmos princípios que as empresas, com o intuito de preparar seus alunos para a inserção no trabalho e para a produção social. Ou seja, verifica-se que a escola apropriou-se dos fundamentos da administração empresarial

para sua organização e atualmente, ainda encontra-se atrelada aos pressupostos burocráticos, departamentalistas e hierárquicos advindos das teorias científicas e clássicas da administração.

Na tentativa de configurar pressupostos que permitam articular a administração de ambientes educacionais, considerando o ato educativo como base das ações organizativas, busca-se compreender as proposições de Sander (1995, 1981), quando aponta cinco construções conceituais e analíticas, utilizadas historicamente no estudo e na prática da administração da educação na América Latina, que partem de cinco enfoques principais: jurídico, tecnocrático, comportamental, desenvolvimentista e sociológico. Como revela o autor:

Baseado no pressuposto de que a educação não existe à margem da sociedade, a análise tomou em consideração permanente a relação existente entre a prática educacional e a prática social e entre a prática administrativa e a prática política (SANDER, 1981, p. 49).

No que tange ao enfoque jurídico, o autor afirma que este prevaleceu na administração da educação latino-americana durante o período colonial, até as primeiras décadas do Século XX. Como comenta Sander, “o enfoque era essencialmente normativo e estreitamente vinculado à tradição do direito administrativo romano, interpretado de acordo com o código napoleônico” (1995, p. 7).

Os autores do enfoque jurídico utilizavam pressupostos teóricos advindos da Europa, portanto, o esquema intelectual implantado na América Latina era semelhante, principalmente, aos da Espanha, Portugal e França. Sob esse prisma, pode-se dizer que foi a tradição do direito romano, com seu caráter normativo e seu pensamento dedutivo, que trouxe à América Latina a infra-estrutura legal propícia para a incorporação da cultura e dos princípios de administração pública e gestão da educação desenvolvidos em países europeus (SANDER, 1995).

Embora o período colonial latino-americano tenha sido marcado por poucas construções e desenvolvimentos teóricos no campo educacional, acrescentam-se a essas características a influência dos valores cristãos da Igreja Católica, provenientes da Europa e o positivismo, que se desenvolveu na França na primeira metade do Século XIX e rapidamente difundiu-se na Europa. Nas palavras de Sander:

A influência da filosofia positivista na América Latina se reflete na ênfase dada aos conceitos de ordem, equilíbrio, harmonia e progresso na organização e no funcionamento das instituições políticas e sociais. Na educação, a influência do positivismo se manifesta desde o século passado no conteúdo universalista de seu currículo enciclopédico, na sua metodologia científica de natureza descritiva e empírica e nas práticas prescritivas de organização e gestão (1995, p. 10).

Em síntese, pode-se reiterar que o enfoque jurídico, por ser enraizado no direito administrativo romano, possui pensamento dedutivo e caráter normativo, reforçado pela influência do cristianismo, bem como pela filosofia positivista que introduz o método científico empírico, o enciclopedismo curricular e os modelos normativos de gestão da educação.

O segundo enfoque consiste no tecnocrático, que marcou as primeiras décadas do Século XX, promovendo numerosos movimentos reformistas na administração do Estado e na gestão da educação. Como revela Sander:

O funcionamento eficiente e racional das organizações era a preocupação central dos reformistas, cujas análises e prescrições se pautavam por um enfoque tecnocrático, no qual as considerações políticas, os aspectos humanos e os valores éticos geralmente ocupavam lugar secundário (1995, p. 11).

Pode-se destacar que o enfoque tecnocrático assume características de um modelo-máquina, preocupando-se prioritariamente com a economia, a produtividade e a eficiência, sendo de orientação normativa e dedutiva. Nesse enfoque, a ênfase era dada às características organizacionais do sistema administrativo, com reduzida atenção à influência dos fatores econômicos, políticos e culturais das organizações. Percebem-se estes aspectos nas seguintes palavras de Sander: “Instala-se, na administração pública, o reinado da tecnocracia como sistema de organização, baseado na predominância dos técnicos que adotam soluções racionais para resolver problemas administrativos, em detrimento de seus aspectos humanos e sociopolíticos” (1981, p. 15). As soluções tinham como base o pragmatismo instrumental do início do Século XX, sendo que para esses teóricos, a pedagogia deveria oferecer soluções técnicas para resolver racionalmente os problemas reais da administração da educação.

Corrêa e Pimenta (2005) referem-se a esse enfoque denominando-o como perspectiva funcionalista de organização. Segundo as autoras, “(...) se caracteriza pela preocupação com a racionalização e os métodos de trabalho e pelos princípios administrativos que garantem o trabalho mais produtivo, mais efetivo e centralizado no comando da gerência” (CORRÊA e PIMENTA, 2005, p. 24). Pode-se referir que nessa concepção há uma dicotomização do trabalho, ou seja, uma separação e/ou diferenciação entre aqueles que pensam e administram e aqueles que executam e são administrados.

Em relação aos enfoques jurídico e tecnocrático, pode-se afirmar que estes foram permeados pelos princípios desenvolvidos do fordismo, taylorismo e fayolismo, característicos das tendências científica e clássica de administração empresarial, que enfocavam a divisão do trabalho, o controle do tempo, a burocracia e a hierarquia na organização. No padrão de produção fordista-taylorista, o saber e a habilidade do trabalhador são monopolizados pela gerência e incorporados aos objetivos do capitalismo. Conforme comentário de Cardoso:

A consolidação da dominação do capital sobre o processo de trabalho vai permitir a intensificação da exploração da força de trabalho operária, pois, diferentemente do taylorismo que se assentava, fundamentalmente, na extração da mais valia absoluta – extração do trabalho excedente, pelo prolongamento da jornada de trabalho, além do tempo de trabalho necessário e pelo aumento de sua intensidade, o fordismo possibilitou o desenvolvimento do regime de acumulação intensiva, pelo expressivo crescimento da produtividade, portanto, na extração da mais valia relativa – aumento do trabalho excedente pela diminuição do tempo de trabalho necessário e aumento contínuo da produtividade média do trabalho social (2001, p. 108).

No que tange ao enfoque comportamental, esse surge em oposição aos princípios e práticas tradicionais da escola clássica de administração, postulando o resgate da dimensão humana na administração de fábricas, organizações governamentais e em escolas e universidades, construindo suas bases teóricas na psicologia social. Conforme Sander explicita: “O enfoque comportamental surge como reação aos princípios e às práticas tradicionais da administração clássica que inspiram o anterior enfoque organizacional” (1981, p. 19). Sob esse prisma, Sander (1995) afirma que a construção comportamental, que destaca a interação entre a dimensão humana e a dimensão institucional da administração, tem presença marcante na educação latino-americana.

No entendimento de Corrêa e Pimenta (2005), que identificam esse enfoque como “Escola de Relações Humanas”, essa perspectiva “ocupa-se da seleção, do treinamento, do adestramento, da pacificação e ajustamento da mão-de-obra para adaptá-la aos processos de trabalho organizados” (2005, p. 28). Nesse sentido, podem ser retomados os princípios destacados por Chiavenato (1999), quando elucida acerca da Administração Humanística, onde a prioridade desloca-se da máquina e da organização formal e dirige-se à preocupação com o homem, sua integração social, seu comportamento, configurando uma civilização industrializada, sendo que esta assume duas funções: econômica, quanto à produção de bens e serviços, e social, no que tange à distribuição de satisfação entre os trabalhadores para garantia do equilíbrio interno da organização.

Diante desses postulados, Corrêa e Pimenta (2005) elencam alguns princípios que configuram essa abordagem, como o estabelecimento de um novo modelo de natureza humana, no qual o indivíduo é acionado por necessidades de segurança, aprovação social, prestígio e auto-realização. A força do grupo sobre o indivíduo é capaz de redefinir comportamentos e propõe-se a participação do trabalhador nas decisões que afetam seu trabalho.

Por sua vez, o enfoque desenvolvimentista, que surge na fase de reconstrução econômica do pós-guerra, é oriundo do movimento dominante de gestão onde a administração é voltada para o desenvolvimento. O enfoque desenvolvimentista de administração é resultado de um conjunto de fatores, entre estes a exposição internacional dos pesquisadores e executivos norte-americanos durante a Segunda Guerra Mundial e a necessidade de organizar e administrar os serviços de assistência técnica e ajuda financeira na etapa do Pós-Guerra, especialmente os programas do Plano Marshall na Europa e os da Aliança para o Progresso na América. Na perspectiva do autor:

O enfoque desenvolvimentista [...] se insere no poderoso movimento internacional da economia da educação e suas áreas correlatas, como a formação de recursos humanos para o desenvolvimento, a teoria do capital humano, o investimento no ser humano e suas taxas de retorno individual e social (SANDER, 1995, p. 21).

Nesse contexto, a educação passa a ser entendida como ponto decisivo para o desenvolvimento da economia e a Teoria do Capital Humano, proposta por

Theodore Shultz (1973) se configura como um dos elementos que reforçam a tendência tecnicista em educação. Os adeptos da Teoria do Capital Humano, em suas produções teóricas, pretendem explicar o desenvolvimento econômico a partir da concepção neoclássica, explicar a alta de salários dos trabalhadores nos países mais desenvolvidos e, em nível individual, explicar os diferenciais de renda.

Frigotto (1984) detém-se na análise crítica da Teoria do Capital Humano, e nessa perspectiva, afirma: “A educação, então, é o principal capital humano enquanto concebida como produtora de capacidade de trabalho, potencializadora do fator trabalho” (1984, p. 40). Com esse entendimento, a educação constitui um fator fundamental para explicar as diferenças quanto à capacidade de trabalho e quanto à produtividade e renda. Pode-se afirmar, portanto, que o processo educativo é reduzido à função de produzir um conjunto de habilidades intelectuais, atitudes e de transmitir determinados conhecimentos que venham a gerar capacidade de trabalho e produção. Decorrente desta concepção, é lapidado o conceito de “*homo oeconomicus*”, que considera o homem como produto do sistema social capitalista e como um conjunto de habilidades a serem trabalhadas para que o sistema econômico possa funcionar como um mecanismo. Pode-se perceber nesse enfoque que a educação constitui o fator mais importante de desenvolvimento nacional, por esse motivo que os serviços educacionais eram minuciosamente planejados em função da mão-de-obra para atender às necessidades da industrialização que avançava na América Latina.

Por fim, o enfoque sociológico parte dos estudiosos latino-americanos, concebido pela união das contribuições conceituais e analíticas das Ciências Sociais aplicadas. Segundo Sander:

Preocupados com a adequação política e cultural dos conhecimentos científicos e tecnológicos na educação e na administração, os estudiosos latino-americanos interessam-se especialmente pela utilização de quadros teóricos e metodológicos de origem latino-americano (1995, p. 24).

Destacam-se as contribuições pedagógicas de Freire (1977, 1989)<sup>26</sup> e outros protagonistas que defendem que a administração pública e a gestão da educação desempenham uma função essencialmente política, sociológica e antropológica.

---

<sup>26</sup> FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1989.

Durante essa etapa sociológica, os estudos de administração da educação procuram responder às exigências e peculiaridades econômicas, políticas e culturais da América Latina.

Na obra *Administração da educação no Brasil*, Sander (1981) afirma que o enfoque sociológico constitui uma possibilidade de olhar a administração da educação brasileira sob as lentes das ciências sociais, a fim de perceber as lacunas da educação nacional a partir da adaptação das exigências peculiares do contexto brasileiro, libertando-se, portanto, da influência estrangeira.

Com base nesses enfoques que permearam a estruturação e aplicação das teorias organizacionais da administração da educação, Sander (1995, 1984) apresenta criticamente essas construções teóricas da gestão escolar adotadas historicamente, afirmando que essas se constituem a partir de duas tradições filosóficas e sociológicas contrárias: 1) a tradição funcionalista do consenso, com raízes nas teorias positivistas e evolucionistas que têm caracterizado historicamente o pensamento científico do Ocidente, e 2) a tradição interacionista do conflito, que se baseia nas teorias críticas e libertárias enraizadas no marxismo, existencialismo, anarquismo, na fenomenologia, na teoria crítica e na abordagem da ação humana.

A tradição funcionalista reúne as teorias positivistas e evolucionistas do consenso nas Ciências Sociais e na Pedagogia. No que se refere à gestão da educação, a tradição funcionalista estrutura-se a partir das teorias clássicas e psicossociológicas de organização e administração. Conforme pontua Sander, “essas teorias de administração objetivam alcançar a ordem e o progresso social, a integração e a coesão social, a satisfação das necessidades sociais e a reprodução estrutural e cultural da sociedade” (1995, p. 83).

No enfoque funcionalista do consenso a interação dos atores é estruturada em função dos objetivos e das necessidades externas da organização. Como pontua Sander: “(...) a sociedade e suas organizações são concebidas como totalidades a ser mantidas em ordem, em um estado de consenso e equilíbrio, único estado capaz de conduzi-las ao fim preestabelecido, ou seja, ao progresso” (1984, p. 17). Os trabalhos realizados sob o enfoque funcionalista reconhecem a influência do meio ambiente sobre a organização, tanto que para alcançar esses objetivos de maneira eficiente e eficaz, as teorias positivistas de organização enfatizam a ordem e o equilíbrio, o realismo e a racionalidade.

Sander (1984) destaca que, para os estudiosos de orientação funcionalista, o sistema educacional consiste em uma das unidades integrantes da sociedade, sendo compreendida como “(...) um conjunto orgânico de elementos interdependentes que tem por objetivo proporcionar educação” (1984, p. 62). Os estudiosos desse enfoque analisam a instituição educacional a partir da teoria dos sistemas, ou seja, para os pedagogos funcionalistas o sistema educacional não existe no vazio, mas constitui parte de um universo maior, cercado por outros sistemas. Nessa perspectiva, é necessário que os resultados do processo educativo satisfaçam as expectativas estabelecidas pela sociedade, sob a forma de objetivos educacionais. Analisando criticamente a tendência de administração da educação funcionalista, Sander afirma:

Ao lado desses aspectos úteis, o funcionalismo, no entanto, falha em definir a natureza dos valores que regulam a integração orgânica; desconhece as causas da ação social; não dá suficiente importância ao poder organizacional e outros problemas associados, como o conflito, a dominação e a alienação; desconsidera o valor determinante da intencionalidade humana e descuida dos aspectos substantivos e éticos do ser humano vivendo em sociedade (1984, p. 41-42).

Constituintes da tradição funcionalista de administração da educação, podem ser elencadas três construções de gestão da educação que, segundo Sander (1995), possuem seus respectivos tipos de mediação e seus correspondentes critérios de desempenho administrativo: a administração burocrática, a administração idiossincrática e a administração integradora.

A administração burocrática enfatiza a dimensão institucional do sistema educacional e de suas escolas, orientado pelas normas e regulamentos burocráticos. A organização é concebida como um sistema fechado de funções ou papéis, aos quais correspondem direitos e deveres educacionais, desempenha uma mediação normativa entre as dimensões institucional e individual.

A administração burocrática desempenha uma mediação normativa e busca um comportamento organizacional que enfatiza a regulação, a ordem e a progressão racional, visando o alcance eficaz dos objetivos do sistema educacional. Como Sander explicita: “A eficácia torna-se assim o critério administrativo predominante da administração burocrática. A preocupação central da eficácia, como critério administrativo, é o alcance dos objetivos institucionais” (1984, p. 112). Logo, ao

adotar os pressupostos da administração burocrática, predomina a dimensão institucional às demais, já que somente atenta para as expectativas da instituição.

Já a administração idiossincrática dá ênfase à dimensão individual do sistema educacional buscando satisfazer as necessidades e disposições pessoais de seus participantes, concebendo a organização educacional como um sistema parcialmente aberto. Nas palavras de Sander:

De conformidade com essa orientação o sistema educacional é concebido a partir da interpretação das ações e interações das pessoas que dele participam. Cada pessoa é concebida como um indivíduo único, caracterizado por uma personalidade distinta e definida por um conjunto próprio de necessidades e disposições que se refletem na sua conduta (1984, p. 112).

Esta construção da gestão da educação caracteriza-se por uma mediação personalista, considerando a subjetividade e as relações humanas, enfatizando a satisfação e a auto-atualização dos participantes do sistema educacional. A preocupação da administração idiossincrática consiste na promoção de um clima organizacional, favorecendo a eficiência dos participantes. Nesse sentido, a eficiência torna-se o critério administrativo predominante, e refere-se "(...) ao grau de satisfação individual, tendo como valor supremo a produtividade humana" (SANDER, 1984, p. 113).

Por fim, a administração integradora se ocupa dos aspectos sociológicos e psicológicos do sistema educacional, buscando integrar a instituição e o indivíduo. Concebe a instituição educacional como um sistema aberto, desempenhando uma mediação ambivalente entre as dimensões institucional e individual, preconizando a dimensão grupal e elencando a efetividade como critério de desempenho da administração. Nessa perspectiva, a efetividade diz respeito à satisfação organizacional, sendo que a preocupação central "(...) é o alcance da congruência das expectativas institucionais e necessidades e disposições individuais num conjunto de situações dadas" (SANDER, 1984, p. 114).

Em relação à segunda tradição filosófica, ou seja, a tradição interacionista de administração da educação, esta se embasa nas teorias críticas e libertárias do conflito nas Ciências Sociais e na Pedagogia, questionando os fundamentos

funcionalistas e positivistas da administração tradicional. Conforme Sander contribui:

Na realidade, os teóricos críticos concebem a administração interacionista do conflito como antítese da administração funcionalista do consenso, argumentando que as perspectivas tradicionais de gestão não têm sido capazes de oferecer explicações suficientes e adequadas acerca dos fenômenos de poder, da ideologia, da mudança e das contradições que caracterizam o sistema educacional no contexto da sociedade contemporânea (1995, p. 94).

A perspectiva do conflito busca analisar as realidades organizacionais a partir da utilização do método dialético, considerando os fenômenos do poder e as possibilidades de mudança social e emancipação. Nessa tendência, as noções de ordem e progresso do organicismo positivista são substituídas pelos conceitos de movimento e transformação.

A tradição interacionista de administração da educação, guiada pelos pressupostos da sociologia do conflito, adere também ao princípio da práxis. Conforme Sander enfatiza, essa tendência também “Preocupa-se com a definição da natureza dos valores organizacionais e dos interesses a que servem e com o estudo das formas de dominação e de alienação humana” (1984, p. 42). Ademais, pode-se dizer que a sociologia do conflito se atém à análise crítica da teoria educacional das sociedades capitalistas, destacando a importância central da ideologia e o papel do poder na escola e na sociedade. No mesmo sentido pode-se destacar: “O papel do conflito é o de estimular a crítica e expor as contradições no sistema educacional como parte de uma estratégia política que visa à mudança social através da conscientização” (SANDER, 1984, p. 87).

Dentre as limitações dessa concepção de administração da educação, Sander (1984, 1995) elenca o determinismo histórico, o dogmatismo teórico e a incapacidade de explicar problemas contemporâneos diferentes daqueles para os quais a teoria foi concebida. Constituinte da tradição interacionista do conflito, é possível enunciar três construções diferentes de administração: a administração estruturalista, a administração interpretativa e a administração dialógica.

A administração estruturalista deriva dos conceitos da epistemologia materialista do marxismo e de outras interpretações deterministas se ocupando da ordem e do poder regulador das diferentes partes ou dimensões do sistema

educacional no contexto mais amplo da sociedade, enfatizando o determinismo econômico em detrimento da ação e da interação humana.

Na administração estruturalista, a estrutura interna do sistema educacional reproduz a estrutura externa modelada pela economia, logo, a estrutura educacional "(...) desempenha uma mediação determinista, orientando-se essencialmente pelas imposições infra-estruturais, de natureza econômica e relegando as aspirações culturais e as necessidades e disposições humanas para um plano secundário" (SANDER, 1984, p. 125). Assim, a administração estruturalista enfatiza a objetividade como critério orientador dos atos e fatos administrativos.

A administração interpretativa, por sua vez, utiliza conceitos da interpretação antropológica do marxismo e da epistemologia humanista do existencialismo, da fenomenologia e do anarquismo. Ocupa-se da consciência individual, do significado subjetivo e da ação humana, enfatizando a intencionalidade e a liberdade na educação e na sociedade em oposição ao determinismo econômico. Desempenha uma mediação reflexiva entre a intenção e a ação, teoria e experiência, educação e sociedade e entre indivíduo e seu meio social. Como critério de desempenho, elenca a subjetividade, pois se preocupa mais com a existência e a liberdade humana do que com as estruturas institucionais e metas materiais (SANDER, 1995; 1984).

Já a administração dialógica é baseada na interpretação dos conteúdos e das contradições que caracterizam a existência humana, a sociedade e o funcionamento das organizações modernas, enfatiza os princípios de totalidade, contradição, práxis e transformação do sistema educacional. Preocupa-se com os fenômenos do poder e da mudança, das desigualdades sociais e da emancipação humana, por isso opta por uma mediação dialética, utilizando como critério de desempenho administrativo a totalidade, que se ocupa na dialética entre as estruturas institucionais objetivas e as ações individuais subjetivas (SANDER, 1995; 1984).

Com base nesse restabelecimento de significados, realizado no campo da gestão educacional, podem ser percebidas e apontadas diversas limitações das construções administrativas interpretadas. Ou seja, cada uma das formas de administração, ao priorizar um critério predominante de desempenho administrativo e uma forma de mediação acabam por tornar-se reducionistas face à complexidade das situações organizacionais dos sistemas de ensino. Nesse sentido, partindo dessas observações, segundo o autor, é pertinente a realização do estudo das

tradições filosóficas e sociológicas que serviram de base para a construção das teorias da administração da educação, pois:

[...] a avaliação crítica das grandes tradições filosóficas da humanidade em função de diferentes tempos históricos e domínios geográficos pode oferecer explicações esclarecedoras sobre a realidade educacional e permite gerar novas percepções para a construção de perspectivas superadoras para os estudos de gestão da educação (SANDER, 1995, p. 78).

Diante da comparação entre as semelhanças e as diferenças das seis construções de gestão educacional, Sander (1995) sugere três observações que merecem ser destacadas. A primeira observação seria a hipótese de considerar as seis construções teóricas do campo da administração educacional como seis alternativas a serem utilizadas no estudo e na prática da gestão da educação, postulando a existência de um pluralismo teórico; assim a concepção teórica seria adotada a partir dos significados e interpretações das diferentes realidades e circunstâncias sociais e históricas. A segunda observação se refere à possibilidade das seis construções de gestão da educação serem demasiadamente rígidas e a terceira observação diz respeito à natureza do desempenho profissional dos administradores da educação, que não pode ser avaliada exclusivamente do ponto de vista das orientações filosóficas e dos interesses políticos associados à determinada perspectiva de gestão. Conforme Sander expõe:

Estas observações sugerem a necessidade de desenvolver uma teoria crítica e construtiva de administração da educação que seja capaz de explicar compreensivamente os fenômenos administrativos que ocorrem na escola, na universidade e no sistema educacional como um todo, à luz do conceito de qualidade de vida humana. A premissa é que a utilização correta da potencialidade reflexiva do pensamento crítico permite submeter as diferentes construções de gestão da educação a uma análise epistemológica permanente, com o objetivo de determinar o valor e os limites de seus fundamentos teóricos e seus procedimentos metodológicos. Nesse sentido, o pensamento crítico, revisado e à luz dos recentes esforços reconstrucionistas na sociologia organizacional e na pedagogia, passa a ser um instrumento de superação conceitual e analítico no campo da administração da educação (1995, p. 111).

Da mesma forma que Sander (1981, 1984, 1995, 2005), Teixeira (1987) também já discutia a necessidade de buscar pressupostos teóricos que

possibilitassem alternativas organizacionais que superassem o reducionismo da tradição funcionalista do consenso e da tradição interacionista do conflito.

Teixeira (1987) comenta que, comumente, a reflexão a respeito das relações entre administração e educação no Brasil fundamenta-se, basicamente, em dois enfoques sociológicos que, a primeira vista, parecem contrários. A sociologia do consenso, de raízes positivistas e funcionalistas que consideram a sociedade e as organizações como totalidades que devem ser mantidas em ordem e equilíbrio e a sociologia do conflito, de raízes marxistas, que consideram a sociedade e as organizações como formações sociais cujo movimento e desenvolvimento decorrem da contradição entre seus diferentes grupos.

No entanto, a partir de outra abordagem pouco explorada que coloca em questionamento o problema epistemológico de ambas vertentes, ou seja, o paradigma que os fundamenta, pode-se afirmar que ambas tradições, tanto funcionalista quanto interacionista são oriundas em pressupostos teóricos tradicionais do pensamento acadêmico, no paradigma da razão clássica, ou ainda, no paradigma da simplificação. Conforme explicitação de Teixeira:

(...) na verdade, tanto o enfoque liberal como o marxista, embora apresentem modulações diferentes [...] não questionam as invariantes estruturais do poder. Assim, no que se refere a essa questão, a principal diferença entre eles reside nas bases da justificação e da legitimação do poder, ou seja, em nome de que ideais se busca e se exerce o poder. Em consequência, a educação e a escola são consideradas como mecanismo de controle social, pois, se no caso do enfoque liberal contribui para a preservação da hegemonia da classe dominante e, portanto, da sua dominação, no caso dos enfoques marxistas contribui para a instauração e preservação de uma nova hegemonia, de uma nova dominação exercida por uma nova classe social, porém justificada pela busca de uma sociedade mais igualitária, mais justa e mais feliz (1987, p. 81).

Em suma, pode-se dizer que, em qualquer um dos casos, a educação tem a função de ser instrumento garantidor do monopólio intelectual, exercido pelo Estado em nome de uma classe dirigente. Nesse sentido, segundo Teixeira (1987), em nome de ideais políticos e pedagógicos, sejam liberais<sup>27</sup> ou progressistas<sup>28</sup>, a escola

---

<sup>27</sup> No que tange ao Liberalismo, Chiavenato explicita que: “Segundo o liberalismo, a vida econômica deve afastar-se da influência estatal, uma vez que o trabalho segue os princípios econômicos e a mão-de-obra está sujeita às mesmas leis da economia que regem o mercado de matérias-primas ou o comércio internacional. Os operários, contudo, estão à mercê dos patrões, porque estes são os donos dos meios de produção. A livre concorrência é o postulado principal do *liberalismo econômico* (1999, p. 63). Em relação aos ideais políticos e pedagógicos, Libâneo (2005) aponta que a doutrina liberal

é organizada de modo que sirva de veículo de propagação dos mesmos, independentemente dos objetivos que se quer alcançar e que servem para justificar as formas de organização propostas. Logo, o poder e a dominação permanecem inquestionados em ambos os enfoques, já que estes são reducionistas, disjuntivos e, portanto, simplificadores.

Nessa perspectiva, a autora afirma que não se trata de rejeitar o paradigma da simplificação, mas de complementá-lo e ultrapassá-lo, considerando no estudo da realidade social e organizacional os aspectos da realidade que a simplificação desconsidera. Com a proposição de um paradigma basilado na “razão aberta”, ou ainda, no paradigma da complexidade, que permite simultaneamente a disjunção, a associação e a concepção dos níveis de emergência da realidade sem reduzi-los a leis gerais (TEIXEIRA, 1987).

No que tange ao paradigma da complexidade, esse permitiria descobrir os problemas da complexidade organizacional que não são explicados pelos esquemas do pensamento tecnocrático dominante, pois analisam os desafios organizacionais sob o prisma da produtividade e da eficácia. Nas palavras de Teixeira:

[...] há que se buscar novas formas de se analisar a realidade da escola que, partindo de novos pressupostos, ultrapassem as categorias comumente utilizadas e fundadas no paradigma da simplificação e permitam o estudo dos fenômenos que têm um papel não quantificável no vir a ser social da escola (1987, p. 83).

Sob esse prisma, concorda-se com Teixeira (1987), quando afirma que a construção de processos organizacionais alternativos deve partir da observação da

---

apareceu como justificação do sistema capitalista que defende a predominância da liberdade e dos interesses individuais da sociedade, organizando-se com base na propriedade privada, denominada sociedade de classes. No que tange à educação, o autor afirma: “A pedagogia liberal sustenta a idéia de que a escola tem por função preparar os indivíduos para o desempenho de papéis sociais, de acordo com as aptidões individuais. Para isso, os indivíduos precisam aprender a adaptar-se aos valores e às normas vigentes na sociedade de classes, através do desenvolvimento da cultura individual. A ênfase no aspecto cultural esconde a realidade das diferenças de classes, pois, embora difunda a idéia de igualdade de oportunidades, não leva em conta a desigualdade de condições” (LIBÂNEO, 2005, p. 21-22).

<sup>28</sup> Quanto ao termo progressista, este advém da obra de Snyders (1974), e configura uma tendência oposta ao liberalismo, já que realiza uma análise crítica das diferentes realidades sociais, defendendo as finalidades sociopolíticas da educação. Libâneo (2005) afirma a impossibilidade de institucionalizar a pedagogia progressista em uma sociedade capitalista, mas recomenda que esta pode tornar-se uma ferramenta de luta dos professores para a transformação social. A pedagogia progressista tem como base o antiautoritarismo, a valorização da experiência vivida como base da relação educativa e a idéia de autogestão pedagógica.

realidade da escola ou ambientes educacionais, configurando uma gestão que parta dos princípios especificamente da educação. Sendo assim, acredita-se que é necessário o conhecimento e a análise da cultura e da memória da instituição em sua totalidade, para então elencar as bases que serão promotoras das mudanças na gestão educacional, visando um processo organizacional participativo.

### **3.2 Aprendizagem, memória e cultura organizacional: princípios para a análise da gestão das classes hospitalares**

Até o momento, buscou-se analisar a prática administrativa no contexto histórico da política latino-americana de educação. Partindo desses aspectos, o objetivo dessa construção teórica consiste em restaurar a centralidade dos ambientes de ensino, nesse estudo, as classes hospitalares, como *lócus* por excelência do processo educacional, considerando a complexidade desses ambientes.

Sob esse prisma, acredita-se que as transformações necessárias, no que tange à gestão educacional nas classes hospitalares do RS, somente serão efetivadas a partir do conhecimento e análise do desenvolvimento organizacional desses ambientes de ensino, em suas diferentes dimensões, objetivando superar concepções disjuntivas e fragmentadas.

Para tal, parte-se do pressuposto que há uma interdependência entre as concepções de homem, sociedade e educação e os modos de organizar e gerir os espaços educacionais. Conforme Libâneo et al. comentam: “a organização e os processos de gestão assumem diferentes modalidades, conforme a concepção que se tenha das finalidades sociais e políticas da educação em relação à sociedade e à formação dos alunos” (2005, p. 323).

Nesse sentido, para atender os objetivos dessa pesquisa, é necessário captar a especificidade social da classe hospitalar, atentando para as peculiaridades que constituem o desenvolvimento organizacional desse ambiente. Desse modo, há a necessidade de explorar três conceitos bases para delinear o desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS: aprendizagem organizativa, memória

organizacional e cultura organizacional, utilizando os pressupostos teóricos de Nóvoa (1995), Bolívar (1997), Barroso (1997) e Libâneo et al. (2005).

Logo, o estudo aqui proposto, que busca estabelecer relações entre a educação e a administração das classes hospitalares do RS, em nenhum momento se propõe a configurar “modelos” de ensino ou de administração educacional, mas pretende lançar formas de pensar os problemas administrativos e pedagógicos, levando em consideração a complexidade, a pluralidade e a diferença que afloram no cotidiano desses espaços educacionais inseridos na instituição hospitalar.

Nóvoa (1995) aponta que há emergência de configurar uma sociologia das organizações escolares, situada entre uma abordagem centrada na sala de aula e as perspectivas sócio-institucionais, já que as instituições escolares adquirem uma dimensão própria enquanto espaço organizacional, pois nesses se tomam importantes decisões educativas, curriculares e pedagógicas. Nas suas palavras: “mais do que nunca, os processos de mudança e de inovação educacional passam pela compreensão das instituições escolares em toda a sua complexidade técnica, científica e humana” (NÓVOA, 1995, p. 16).

Dessa forma, parte-se do princípio que a identificação das margens da mudança possível implica a contextualização social e política das classes hospitalares, por isso, sua análise deve mobilizar as dimensões pedagógica, política, econômica e cultural, não reduzindo o pensamento e a ação desenvolvida à perspectivas técnicas de gestão. Como pontua Nóvoa:

As escolas têm de adquirir uma grande mobilidade e flexibilidade, incompatível com a inércia burocrática e administrativa que as tem caracterizado. O poder de decisão deve estar mais próximo dos centros de intervenção, responsabilizando diretamente os atores educativos (1995, p. 17).

Sob esse prisma, procura-se compreender o papel das classes hospitalares como organizações de ensino, que funcionam dinamicamente. Nessa perspectiva, o olhar direcionado para a organização das classes hospitalares deve possibilitar a contextualização de todas as instâncias e dimensões presentes no ato educativo, concedendo à análise dessas organizações educacionais um papel crítico e estimulante, que evite assimilações tecnocráticas.

Como explicita Bolívar (1997), o estabelecimento de ensino só será unidade básica de formação e inovação se no seu interior houver lugar para uma aprendizagem institucional ou organizativa. Nas suas palavras “quer isto dizer que o contexto e as relações de trabalho ensinam e que a organização, como conjunto, aprende a partir da sua própria história e memória como instituição” (BOLÍVAR, 1997, p. 81).

Pode-se dizer, pois, que as teorias das organizações que aprendem são oriundas dos novos paradigmas de compreensão das organizações, que procuram superar as formas de organização educacional fundadas no gerencialismo e no setor empresarial. Nessa perspectiva, a organização e a gestão de ambientes educacionais não se configuram enquanto construções rígidas, mas assumem um caráter flexível, que permite mudanças e transformações.

Nesse sentido, a aprendizagem, que primeiramente se referia à aquisição de um conjunto de competências individuais, reporta-se à aprendizagem da estrutura conjunta das pessoas numa organização, constituindo a noção de aprendizagem organizacional. Segundo Bolívar:

A “aprendizagem organizacional” funciona como uma referência para entender como as mudanças cognitivas ou práticas dos indivíduos, que se dão nos lugares de trabalho, estão dependentes de novos padrões organizativos e mentais. A aprendizagem implica, assim, a criação de interpretações de fatos e conhecimentos construídos socialmente que, gerados internamente ou provenientes do exterior, se tornam parte da organização (1997, p. 83).

Logo, nessa concepção, uma organização que aprende é aquela que tem competência para aprender colegialmente com a experiência presente e passada, criando alternativas para a resolução de seus problemas com criatividade.

Conforme pontua Bolívar (1997), a aprendizagem organizativa está dependente: a) da identidade organizativa e das competências que uma organização possui em função da sua história anterior; b) de uma aprendizagem que também se pode dar, por transferência, de uma organização para outra, por imitação ou por incorporação de novos indivíduos; c) de uma aprendizagem que, para ser autêntica, surge durante a própria atividade, ao acionar os saberes prévios e ao aprender com a prática. Como pontua o autor:

As organizações aprendem quando têm capacidade para serem sensíveis às necessidades do meio, quando são capazes de utilizar o saber adquirido para incrementar a eficácia das suas respostas e de responder criativamente quando detectam erros (BOLÍVAR, 1997, p. 85).

Na perspectiva de Bolívar (1997) as organizações que aprendem estão mobilizadas à volta de cinco grandes atividades: 1) resolução sistemática dos problemas: diagnosticar os problemas e ter capacidade para os resolver não é só dispor de técnicas, mas é antes de tudo, um modo de pensar e atuar; 2) experimentação com novos enfoques: experimentar novos conhecimentos e programas que permitam aprender com a experiência e pô-los posteriormente em prática; 3) aprendizagem com a experiência passada: analisar e avaliar sistematicamente os êxitos e fracassos para extrair ensinamentos que permitam ter um conhecimento acumulado; 4) aprendizagem com a experiência dos outros: valorizar e considerar na organização as idéias e experiências vindas de outras organizações como possibilidade para desenvolver a criatividade; 5) transferência de conhecimento: o conhecimento tem um impacto maior quando é rápido e eficientemente disseminado e quando é partilhado.

Ou seja, a instituição deve pensar-se enquanto espaço organizacional, desenvolvendo a capacidade de diagnosticar, analisar e avaliar seus próprios problemas e desafios – identificando as possíveis causas e soluções – bem como valorizar suas experiências que tiveram êxito, buscando aperfeiçoá-las. Nesse processo, a partilha de conhecimentos entre os sujeitos que participam da organização da instituição e a socialização de experiências entre diferentes instituições podem estreitar o percurso para alcançar soluções para garantir o sucesso do processo de gestão educacional e garantir a qualidade de ensino.

Sob esse prisma, conceber os ambientes de ensino como comunidades de aprendizagem institucional implica que a construção do conhecimento se dê a partir da aprendizagem com a experiência acumulada, ou seja, a memória organizacional e também a aprendizagem com os projetos postos em prática. Diante disso, as escolas ou ambientes de ensino passam a ser *lócus* de formação, já que a própria realidade aponta as necessidades, limites e potencialidades da organização e da ação docente. Como elucidam Libâneo et al.:

As escolas são, pois, ambientes formativos, o que significa que as práticas de organização e de gestão educam, isto é, podem criar ou modificar os modos de pensar e agir das pessoas. Por outro lado, também a organização escolar aprende com as pessoas, uma vez que sua estrutura e seus processos de gestão podem ser construídos pelos próprios membros que a compõem (2005, p. 296).

Dessa forma, se são atribuídas às organizações, capacidades cognitivas de aprendizagem, a essas também se deve atribuir uma memória organizacional que, segundo Bolívar, pode-se conceituar como:

“Memória organizacional” é um conceito dificilmente operacionalizável, que não se reduz a um mero *stock* de conhecimentos e informações retidos, mas abarca, antes, uma estrutura de retenção ou processo composto por três fases (aquisição, armazenamento e utilização), que se apóia em princípios operativos complexos (1997, p. 86).

Nessa perspectiva, a memória organizacional diz respeito ao conjunto de conhecimentos que subsistem na organização e que diretamente influencia na aprendizagem organizacional, já que contém as experiências passadas acumuladas. Assim, ao retomar as lições aprendidas com o passado, presentes na memória organizacional, estas podem servir como forma de evitar erros ou como alternativas para planejar ações futuras. No entanto, para a utilização desse saber experiencial acumulado pela memória organizacional, é necessário que este seja reflexivamente verbalizado a fim de que as experiências compartilhadas possam ser discutidas e transformadas.

Conforme explicita Bolívar (1997), a memória organizacional condicionará o conhecimento que merece ser utilizado. Com suas incoerências, que advém das inferências tiradas de uma experiência de mudança, ela configura um tipo de conhecimento tácito do que os indivíduos experienciaram de modo não articulado e que determina a competência organizativa coletiva. Como o autor evidencia :

Conceber o estabelecimento de ensino como uma comunidade de aprendizagem institucional implica que se vá construindo o seu conhecimento a partir de sua “memória coletiva institucional”, mediante adaptações progressivas de novas idéias ou propostas, partilhando os seus pressupostos e o intercâmbio de experiências (BOLÍVAR, 1997, p. 99).

Portanto, pode-se afirmar que cada organização aprendente, a partir de sua memória organizacional, constitui uma cultura organizacional própria. Logo, partindo do entendimento de que as organizações educacionais se caracterizam enquanto unidades de interação entre pessoas que participam ativamente na formulação de objetivos e de modos de funcionamento da comunidade escolar, cabe ressaltar os aspectos informais da organização escolar, introduzindo o conceito de cultura organizacional.

Nesse sentido, a cultura organizacional diz respeito a uma rede de movimentos, constituída de aspectos dinâmicos, que pode ser subdividida em cultura interna (conjunto de significados e de quadros de referência partilhados pelos membros de uma organização) e cultura externa (variáveis culturais existentes no contexto da organização, que interferem na definição da sua própria identidade) (NÓVOA, 1995).

Nóvoa (1995) apresenta os elementos da cultura organizacional da escola, sistematizados numa zona de *invisibilidade*, constituídos pelas bases conceituais e pressupostos invisíveis, que seria o conjunto de elementos que integra os valores, crenças e as ideologias dos membros da organização e uma zona de *visibilidade*, que seriam as manifestações verbais e conceituais (conjunto de elementos que têm de ser escritos, tais como objetivos organizacionais, organograma ou plano de estudos); manifestações visuais e simbólicas (elementos que têm uma forma material, passíveis de serem identificados através de uma observação visual, a exemplo da arquitetura do edifício escolar) e as manifestações comportamentais (incluem todos os elementos suscetíveis de influenciar o comportamento dos atores da organização).

Sob essa ótica, destacar a cultura organizacional como um conceito central na análise da organização de ambientes educacionais significa relacionar as práticas culturais dos indivíduos e sua subjetividade com sua influência nas formas de organização e gestão escolar. Conforme Libâneo et al.:

Cultura organizacional pode, então, ser definida como o conjunto de fatores sociais, culturais e psicológicos que influenciam os modos de agir da organização como um todo e o comportamento das pessoas em particular. Isso significa que, além daquelas diretrizes, normas, procedimentos operacionais e rotinas administrativas que identificam as escolas, há aspectos de natureza cultural que as diferenciam umas das outras, não

sendo a maior parte deles nem claramente perceptíveis, nem explícitos (2005, p. 320).

Diante disso, os mesmos autores apontam que a cultura organizacional aparece de duas formas: a cultura instituída – que se refere às normas legais, à estrutura organizacional definida pelos órgãos oficiais, às rotinas, à grade curricular, aos horários, às normas disciplinares, etc.; - e a cultura instituinte – aquela em que os membros da escola criam, recriam em suas relações e na vivência cotidiana. Logo, cada escola ou ambiente de ensino tem uma cultura própria que possibilita entender muitos acontecimentos de seu cotidiano (LIBÂNEO et al., 2005). Referindo-se à cultura instituinte, os autores afirmam que: “essa cultura, porém, pode ser modificada pelas pessoas, pode ser discutida, avaliada, planejada, num rumo que responda mais de perto aos interesses e às aspirações da equipe escolar” (LIBÂNEO et al., 2005, p. 320-321).

Sob esse prisma, da mesma forma que as instituições educacionais se preocupam com a aprendizagem e o processo avaliativo de seus alunos, devem preocupar-se também com sua aprendizagem organizativa e sua auto-avaliação, considerando a prática educativa como possibilidade de criar alternativas credíveis para a melhoria da qualidade do trabalho desenvolvido no interior desses ambientes. Como referencia Alarcão:

A escola que se pensa e que se avalia em seu projeto educativo é uma organização aprendente que qualifica não apenas os que nela estudam, mas também os que nela ensinam ou apóiam estes e aqueles. É uma escola que gera conhecimento sobre si própria como escola específica e, desse modo, contribui para o conhecimento sobre a instituição chamada *escola*.<sup>29</sup> (2001, p. 15)

Com esse entendimento, as instituições escolares não devem ser pensadas como tempo de preparação para a vida, mas como o próprio tempo e local de vivência da cidadania. Com posse desse pressuposto, os diferentes ambientes de ensino devem refletir os anseios da sociedade, e esta, deve se engajar nos processos organizacionais escolares através da participação efetiva.

Partindo dessa conjetura, Alarcão (2001) elenca alguns fatores que possibilitariam a mudança na organização da escola. Dentre esses, ela aponta a

---

<sup>29</sup> Grifo da autora.

centralidade das pessoas na escola e o poder da palavra, ou seja, a importância dos sujeitos que fazem parte da instituição escolar e suas interações que frutificam em trocas de vivências experienciais, destacando a liderança, a racionalidade dialógica e o pensamento sistêmico, como princípios que devem caracterizar as escolas participativas e democráticas, permitindo a possibilidade de formular estratégias políticas definidas interativamente, sustentando uma organização dinâmica, humana e responsável. Com o mesmo grau de importância, a autora elenca a necessidade das escolas estruturarem seu próprio projeto educativo - resultante da visão que a instituição pretende para si própria, visão apoiada na função da escola e de sua concepção sobre a educação – e a pertinência dessa contatar com a aldeia global da qual faz parte, partilhando e socializando com as outras escolas seus saberes e fazeres educacionais. Outro fator considerado relevante por Alarcão (2001) consiste na escola constituir-se enquanto espaço de vivência da cidadania, a partir do exercício da liberdade e da responsabilidade, possibilitando ao professor ser protagonista do desenvolvimento da profissionalidade docente, ultrapassando a dimensão pedagógica e desempenhando seu papel como ator social na política educativa. Assim, a formação docente passa a ser compreendida como um processo, não passível de conclusão, já que se constitui com base na construção de uma epistemologia da prática na escola, como resultado do conhecimento que os profissionais constroem a partir da reflexão sobre as suas ações.

Da mesma forma, Nóvoa (1995) identifica algumas características que na sua visão são determinantes para a eficácia das escolas, procurando que essas alternativas destacadas sirvam de apoio à regulação das organizações escolares e à compreensão das suas características dinâmicas: autonomia da escola, liderança organizacional, articulação curricular, otimização do tempo, estabilidade profissional, formação do pessoal, participação dos pais, reconhecimento público e apoio das autoridades.

Sob esse ponto de vista, a forma como serão dinamizadas ou estruturadas essas características anteriormente explicitadas, possui relação íntima com a cultura organizacional da escola, que pode ser entendida como composta por diferentes elementos que condicionam sua configuração interna e o estilo de interações que estabelece com a comunidade.

Para tal, a classe hospitalar deve ser considerada em sua dimensão complexa, a fim de possibilitar que a formação seja um processo centrado em sua

realidade, fazendo do estabelecimento de ensino um lugar onde emergem atividades de formação dos seus profissionais, com o fim de identificar problemas, construir soluções e definir projetos futuros. Nesse intento, Alarcão define a escola reflexiva como “uma organização que continuamente se pensa a si própria, na sua missão social e na sua organização, e se confronta com o desenrolar da sua atividade em um processo heurístico simultaneamente avaliativo e formativo” (2001, p. 25).

Esse processo implicaria o desenvolvimento nas instituições educacionais de uma gestão participada e participativa, capaz de traduzirem as mudanças necessárias para que a formação possa produzir a inovação e o desenvolvimento organizacional da escola. Faz-se necessário, pois, criar dispositivos e dinâmicas de gestão que propiciem aos trabalhadores educacionais transformarem as suas aprendizagens em ação. É com essa intenção que Sander (1981, 1984, 1995) propõe o paradigma multidimensional de gestão da educação, explicitando a necessidade dos ambientes de ensino articularem propostas organizacionais que considerem as especificidades e as diferentes dimensões do ato educativo.

### **3.3 Considerações acerca do paradigma multidimensional de gestão da educação**

Diante do cenário atual, entende-se que o estudo das políticas públicas e da administração da educação no contexto da globalização e da democratização da sociedade, é nuclear no processo de entendimento da forma como estão sendo organizadas as instituições educacionais. Logo, é imprescindível o conhecimento dos conceitos e práticas de política e gestão no cenário mundial para analisar e/ou perceber suas influências nas concepções e ações pedagógicas na prática educativa. A partir desses conhecimentos, acredita-se que, embasados em uma visão mais consciente e crítica, os profissionais da educação estarão mais dispostos a buscar explicações e soluções para os problemas organizacionais e administrativos dos ambientes de ensino, tanto no âmbito político-institucional, quanto no cotidiano educacional.

Nesse sentido, essa investigação busca valorizar o estudo das classes hospitalares do RS como organizações educacionais inseridas em instituições hospitalares, como ponto de confluência entre as análises sócio-políticas mais globais no campo da gestão educacional e as abordagens centradas no fazer pedagógico da sala de aula. Pensa-se, portanto, que uma visão que contemple apenas o fazer pedagógico da classe hospitalar sem referência à sua estrutura social mais ampla, resultaria, nesse caso, em uma análise incompleta ou parcial.

Dessa forma, há uma correlação entre as formas de organização e gestão e a concepção pedagógica que embasa as ações educativas nos ambientes de ensino, podendo-se afirmar que os profissionais da escola aprendem com a organização, e essa aprende com os profissionais nela inseridos. Segundo Nóvoa:

Hoje, parece evidente que é justamente no contexto da organização escolar que as inovações educacionais podem implantar-se e desenvolver-se. Num certo sentido, não se trata tanto de inovar, mas de criar condições organizacionais para que a inovação aconteça, para que as experiências pedagógicas não sejam sistematicamente destruídas com argumentos burocráticos, para que os profissionais do ensino se sintam motivados e gratificados por participarem em dinâmicas de mudança (1995, p. 41).

Sob esse prisma, buscar-se-á desvelar aspectos da cultura organizacional das classes hospitalares do RS, a partir da análise das dimensões pedagógica, política, econômica e cultural propostas por Sander (1981, 1984, 1995), na tentativa de configurar um paradigma multidimensional de administração da educação em classes hospitalares. Conforme pontua o autor:

O paradigma multidimensional de administração da educação fundamenta-se na desconstrução e reconstrução dos conhecimentos acumulados historicamente, constituindo-se uma tentativa de síntese teórica da experiência latino-americana de administração da educação no contexto internacional (SANDER, 1995, p. 40).

Nesse sentido, Sander (1995) afirma que esse esforço intelectual se apóia na tese da especificidade da gestão da educação como campo profissional de estudo e na consciência da necessidade de conceber uma teoria compreensiva da prática profissional da administração da educação. Para tal construção teórica, o autor se dedica ao estudo do desenvolvimento da administração da educação.

Restabelecendo significados históricos acerca do desenvolvimento da administração da educação latino-americana, pode-se verificar que, primeiramente, a organização deu-se sob o enfoque da *orientação jurídica*<sup>30</sup>, vinculada à tradição do direito administrativo romano que caracterizou a gestão da educação durante o período colonial. No segundo momento, destaca-se o *enfoque tecnocrático*, fundado nos princípios da escola clássica de administração defendidos por Taylor, Fayol e seguidores, cultuando a eficiência associada à produtividade econômica e material.

Após a Segunda Guerra, a administração da educação passa a ser influenciada pelas teorias funcionalistas da escola psicossociológica, adotando um *enfoque comportamental*. Como afirma Sander, “nessa época, a eficácia na consecução dos fins e objetivos pedagógicos das instituições e dos sistemas educacionais se converte na principal preocupação administrativa dos pensadores e dirigentes da educação latino-americana” (1995, p. 41).

A partir dos anos 60, ascendeu na América Latina uma crescente utilização das ciências sociais na gestão educacional na linha da tradição teórica da escola contemporânea, da qual surgiram duas construções teóricas, o desenvolvimentismo dos autores estrangeiros e a perspectiva sociológica dos autores latino-americanos. Nesses enfoques, “os educadores passam a preocupar-se predominantemente com a responsabilidade social da gestão da educação e com a sua capacidade de responder efetivamente às demandas e necessidades da cidadania” (SANDER, 1995, p. 41).

Enfim, como descreve o mesmo autor aludindo-se ao contexto histórico da administração escolar, alguns desenvolvimentos teóricos recentes propõem um *enfoque cultural*, destacando a relevância como principal critério norteador no estudo e na prática da gestão educacional.

Com posse dessa retrospectiva histórica no campo da gestão da educação, realizada por Sander (1995), o autor postula quatro construções de administração da educação: administração eficiente, eficaz, efetiva e relevante.

A administração eficiente é uma derivação conceitual da escola clássica de administração, pautada nos princípios de organização, consolidados na Revolução Industrial. A organização é um sistema fechado, mecânico e racional, apoiado no conceito de eficiência, onde o critério econômico é que revela a capacidade

---

<sup>30</sup> Grifo meu.

administrativa de produzir o máximo de resultados com o mínimo de recursos. Segundo Sander:

[...] os protagonistas de uma construção de administração eficiente pautam suas concepções e ações pela lógica econômica, pela racionalidade instrumental e pela produtividade material, independentemente do conteúdo humano e da natureza política da prática educacional (1995, p. 45).

Já a administração eficaz consiste em uma derivação conceitual da escola psicossociológica de administração que adota os princípios funcionalistas do enfoque comportamental, enfatizando o movimento das relações humanas. A eficácia da administração da educação é concebida como critério de desempenho pedagógico medido em termos de capacidade administrativa para alcançar os fins e objetivos da prática educacional (SANDER, 1995).

Por sua vez, a administração efetiva diz respeito a uma derivação conceitual que parte de um conjunto de teorias contemporâneas de administração, posteriores a Segunda Guerra Mundial. Concebe a organização como um sistema aberto e adaptativo e a efetividade é o critério político que reflete a capacidade administrativa para satisfazer as demandas concretas feitas pela comunidade externa, ou ainda, consiste na capacidade de produzir respostas para os problemas politicamente identificados pelos participantes da comunidade mais ampla, objetivando a melhoria das condições de vida da sociedade (SANDER, 1995).

A administração relevante parte de formulações interacionistas recentes, preocupadas com as características culturais e os valores éticos que definem o desenvolvimento humano sustentável e a qualidade de vida na educação e na sociedade. Compreende a organização enquanto um sistema global e multicultural, sendo a relevância o critério cultural que mede o desempenho administrativo em termos de importância, significação e pertinência, estando apoiada numa postura participativa dos responsáveis pela gestão da educação. Como pontua Sander, “a diversidade dessas orientações sugere uma realidade educacional complexa que reclama sempre novas soluções organizacionais e administrativas, no contexto de uma ordem econômica e política nacional e internacional em rápida transformação” (1995, p. 53).

Para a concepção do paradigma multidimensional de gestão da educação, Sander (1981, 1984, 1995, 2005) busca fundamentação na evolução do pensamento administrativo, apossando-se dos quatro paradigmas que seriam a administração para a eficiência, a administração para a eficácia, a administração para a efetividade e a administração para a relevância.

Tendo em vista a superação de análises fragmentadas sobre a gestão da educação, é proposta uma alternativa diferenciada, ou seja, é proposta a realização de uma nova síntese teórica destes paradigmas específicos, constituindo um paradigma multidimensional de administração da educação, constituído de quatro dimensões interagentes – econômica, pedagógica, política e cultural – correspondendo, respectivamente, a cada critério administrativo predominante: eficiência, eficácia, efetividade e relevância.

Na posição de Sander (1995), essas seriam as construções teóricas organizacionais que orientariam as ações das instituições escolares, dependendo a escolha dos objetivos e concepções dos membros da instituição e do projeto político pedagógico, que em sua essência revela a concepção de homem e sociedade. Assim, conforme os fins postos pela comunidade escolar, seriam optados os meios adequados para alcançá-los.

Nesse sentido, o autor pontua três soluções diferentes: 1) conceber as quatro construções específicas apresentadas e optar por um caminho em função da natureza específica da instituição e em função das percepções da realidade educacional e dos fenômenos administrativos por parte dos cidadãos que participam do sistema educacional; 2) adotar um enfoque multiparadigmático que explora as potencialidades dos distintos paradigmas para resolver problemas específicos da organização e da administração escolar; 3) promover uma construção histórico-cultural que toma a forma de um paradigma global, baseado na análise das confluências e contradições entre as quatro construções de administração da educação, ou ainda, construir um paradigma multidimensional de educação, constituído por quatro dimensões dialeticamente articuladas: dimensão econômica (recursos financeiros, materiais, estruturas, normas burocráticas e mecanismos de coordenação e comunicação, requer a eficiência para utilizar recursos); dimensão pedagógica (conjunto de princípios e técnicas educacionais comprometidas com a consecução eficaz dos objetivos do sistema educacional, oferece os elementos e instrumentos necessários para a consecução eficaz dos objetivos da educação);

dimensão política (engloba as estratégias de ação organizada dos participantes do sistema educacional, a administração da educação busca a efetividade para atender as necessidades e demandas sociais da comunidade); dimensão cultural (envolve os valores e as características filosóficas, antropológicas, biopsíquicas e sociais das pessoas que participam do sistema educacional, a relevância cultural é o critério de um paradigma comprometido com a qualidade de vida e do desenvolvimento humano). No que tange ao paradigma multidimensional, Sander afirma que:

A concepção do paradigma multidimensional de administração da educação parte de quatro pressupostos básicos. Primeiro, a educação e a administração são concebidas como realidades globais que, para efeitos analíticos, podem ser constituídas por dimensões múltiplas dialeticamente articuladas entre si. Segundo, no sistema educacional existem preocupações substantivas ou ideológicas, de natureza cultural e política, e preocupações instrumentais ou técnicas, de caráter pedagógico e econômico. Terceiro, no sistema educacional existem preocupações internas, de caráter antropológico e pedagógico e preocupações externas relacionadas com a economia e a sociedade mais ampla. Quarto, o ser humano, como sujeito individual e social historicamente responsável pela construção da sociedade e de suas organizações, em um conjunto de oportunidades históricas, constitui a razão de ser da existência do sistema educacional (1995, p. 55-56).

Na proposição de Sander (1984), o paradigma multidimensional de gestão da educação rejeita o sistema de administração de base capitalista e as soluções administrativas inspiradas no socialismo totalitário. Nas suas palavras:

Nos termos desse paradigma multidimensional, a administração da educação orienta-se por conteúdos substantivos e éticos de validade geral, como a liberdade e a equidade que, por sua vez, oferecem a moldura organizacional para a participação democrática na promoção de uma forma de vida humana coletiva (SANDER, 1984, p. 94).

Sob esse prisma, Sander (1981, 1984, 1995, 2005) investe na qualidade de vida humana coletiva como critério-chave para guiar o estudo dos fenômenos sociais e pedagógicos, e organizacionais e administrativos. O conceito de qualidade de vida humana coletiva fundamenta-se principalmente, em dois valores éticos, na liberdade e na equidade, devendo refletir os valores culturais e os anseios políticos da maioria da população. “Somente a conjugação correta desses dois valores em seu contexto cultural específico permitirá desenvolver uma experiência qualitativa de vida humana

que preserve os espaços de opção individual e de promoção coletiva” (SANDER, 1984, p. 4). Na proposta de Sander (1984) o caminho político e administrativo para a promoção de uma forma qualitativa de vida humana é o da participação, pois, como enfatiza o autor:

(...) a participação como estratégia de ação humana coletiva possibilita a adoção de opções existenciais relevantes, pertinentes e significativas para os indivíduos e grupos de determinada organização ou sociedade que nela tentam desenvolver uma forma qualitativa de vida humana coletiva (SANDER, 1984, p. 4).

Assim, sugere-se que, com posse desse conjunto de teses possa-se assumir a construção e dinamização de um processo de gestão educacional multidimensional, que respeite os diferentes conhecimentos que transitam na instituição escolar, bem como os conhecimentos práticos dos profissionais nela envolvidos e a memória organizacional da instituição, que possibilita avaliar o que foi realizado e evitar erros já cometidos. Como pontua Sander:

O paradigma multidimensional de administração da educação tem como ponto de partida o ser humano politicamente engajado na organização social. É nesse sentido que a administração da educação é um processo político e que o administrador da educação é um ator político (1981, p. 44-45).

É nesse sentido que a análise da organização das classes hospitalares do RS, realizada sob o viés do paradigma multidimensional de gestão educacional, é postulado como imprescindível para o entendimento da totalidade estrutural desses ambientes de ensino. Acredita-se, pois, que a inteligibilidade do processo organizativo deva partir da análise das dimensões pedagógica, política, econômica e cultural, estabelecendo o mesmo grau de importância entre estas, superando análises que fragmentam o contexto educativo das instituições.

## **Capítulo IV**

### **Considerações teórico-metodológicas da pesquisa: procedimentos para desvelar o desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS**

#### **4 CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DA PESQUISA: PROCEDIMENTOS PARA DESVELAR O DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL DAS CLASSES HOSPITALARES DO RS**

Nesse capítulo, pretende-se definir e explicitar as premissas teórico-metodológicas que serviram de base para desvelar o problema de pesquisa proposto, que consiste em verificar como procede o desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS. Como já explicitado, buscou-se compreender como um ambiente educacional como a classe hospitalar, responsável por realizar o acompanhamento pedagógico às crianças hospitalizadas – que devido à internação encontram-se afastadas da escola – se organiza inserido na instituição hospitalar, onde o principal objetivo é o cuidado com a saúde dos sujeitos.

Acredita-se que a pesquisa torna-se relevante, na medida em que possibilita o conhecimento e a compreensão de um ambiente educacional que supera a organização escolar tradicional. Dessa forma, o adentramento e o processo de compreensão/interpretação da realidade organizacional das classes hospitalares do RS, possibilitou, nas dimensões conclusivas da pesquisa, elencar aspectos inovadores e/ou sugerir alterações/transformações no processo de organizar e gestar, não somente ambientes educacionais hospitalares, mas também, serviram como base de reflexão para as escolas regulares. Reitera-se, portanto, que essa proposta investigativa parte de uma necessidade observada no contexto social, e que, embora prevista em lei, ainda apresenta-se de forma muito discreta: o direito à educação das crianças hospitalizadas.

Com isso, pretende-se superar o processo de despolitização pelo qual passam as Ciências Sociais, conforme denuncia Japiassú (1995), buscando afirmar que a política é a base das relações sociais. Nesse sentido, Japiassú comenta:

Em nosso entender foram os modos de conceituação dominantes, nessas ciências, que as levaram progressivamente a se desinteressar por nossos problemas mais importantes e a se omitir diante dos debates sociais mais significativos de nossa época (1995, p. 77).

Sob esse prisma, o mesmo autor afirma que a preocupação excessiva das Ciências Humanas com a objetividade e a positividade, desviou o olhar de tudo o que não se encaixava facilmente na modelização reducionista; assim, para que as Ciências Humanas e Sociais voltem a dedicar-se e embasar o debate político da sociedade, indica duas alternativas possíveis. A primeira, o desregramento institucional, ou seja, estancar o processo de desresponsabilização generalizada de todos em relação à coisa pública, o que inclui a lógica da encomenda administrativa da pesquisa. A segunda alternativa, intrinsecamente relacionada a primeira, diz respeito à separação do saber e do Estado (e do mercado), ou ainda, a dificuldade das Ciências Sociais se autolegitimarem diante da colonização do Estado administrativo dos questionamentos e pensamentos advindos da sociedade (JAPIASSÚ, 1995).

Segundo esse autor, seria necessário utilizar o potencial democrático das Ciências Humanas e Sociais, já que, historicamente, um dos seus papéis fundamentais foi a crítica à ordem estabelecida, a denúncia dos privilégios abusivos e das dominações ilegítimas. Logo, essa pesquisa busca constituir-se enquanto instrumento de transformação de uma determinada realidade social, a classe hospitalar, buscando lançar alternativas que sustentem a democracia, a partir da garantia dos direitos civis da criança em tratamento hospitalar e da sua qualidade de vida.

Sendo assim, essa pesquisa segue os preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa, permeada por considerações teóricas sociológicas, pois busca conhecer/interpretar/compreender realidades sociais específicas, atentando para a forma como as inter-relações entre os sujeitos que as compõem influenciam na sua constituição e organização.

Segundo Chizzotti (1998), a abordagem qualitativa se opõe ao pressuposto experimental que defende um padrão único de pesquisa para todas as ciências, calcado no modelo de estudo das ciências da natureza. Portanto, a pesquisa qualitativa se recusa a admitir que as Ciências Humanas e Sociais devam ser conduzidas pelo paradigma das ciências da natureza e que estas sejam legitimadas

pela quantificação, já que esta não consegue contemplar a complexidade das relações humanas e sociais. Nas palavras de Chizzotti:

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos atribuindo-lhes um significado (1998, p. 79) .

Na perspectiva de Lüdke e André (1986), a pesquisa qualitativa apresenta cinco características básicas: 1) a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento, ou seja, a pesquisa qualitativa supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, através do trabalho intensivo de campo; 2) os dados coletados são predominantemente descritivos, já que o material obtido é rico em descrição de pessoas, situações, acontecimentos, etc; 3) a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto; 4) o “significado” que as pessoas dão às coisas e a sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador, há uma preocupação em compreender a maneira como os sujeitos participantes da pesquisa concebem as questões relacionadas ao objeto de estudo; 5) a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo, uma vez que os pesquisadores não se preocupam em buscar evidências que comprovem hipóteses definidas antes do início dos estudos.

Nesse sentido, pode-se afirmar que as características supracitadas encontram-se aliadas à proposta de pesquisa, já que a realidade social das classes hospitalares consistiu na fonte de dados e a pesquisadora buscou desvelar as peculiaridades desses ambientes nas dimensões pedagógica, política, econômica e cultural, através da identificação e interpretação dos significados das pessoas que estão inseridas no contexto. Ademais, a proposição dessa pesquisa priorizou o processo da investigação, buscando, através da descrição e análise das diferentes realidades, possibilitar retorno às instituições pesquisadas, no sentido de elas procurarem o aperfeiçoamento evidenciando aspectos de sua cultura e desenvolvimento organizacional antes desconhecidos ou ignorados.

Partindo dessas considerações, adotou-se a fenomenologia como enfoque filosófico da pesquisa qualitativa, auxiliador na tarefa de desvelar os objetos de estudo. Como Triviños (1987) comenta, a idéia fundamental da fenomenologia é a noção de intencionalidade, sendo esta a consciência que sempre está dirigida a um objeto, portanto, há o reconhecimento do princípio que não existe objeto sem sujeito. Segundo o mesmo autor: “a fenomenologia exalta a interpretação do mundo que surge intencionalmente a nossa consciência. Por isso, na pesquisa, eleva o ator, com suas percepções dos fenômenos, sobre o observador positivista” (TRIVIÑOS 1987, p. 47).

Masini (1997) também considera os aspectos pontuados, no entanto complementa, afirmando que a fenomenologia, enquanto enfoque de pesquisa, caracteriza-se pela ênfase ao “mundo da vida cotidiana”, pelo retorno àquilo que ficou esquecido e encoberto pela familiaridade. Segundo esse autor:

O método fenomenológico trata de desentranhar o fenômeno, pô-lo a descoberto. Desvendar o fenômeno além da aparência. Exatamente porque os fenômenos não estão evidentes de imediato, e com regularidade faz-se necessário a Fenomenologia. O método fenomenológico não se limita a uma descrição passiva. É simultaneamente tarefa de interpretação que consiste em pôr a descoberto os sentidos menos aparentes, os que o fenômeno tem de mais fundamental (MASINI, 1997, p. 63).

Sob esse prisma, acredita-se que esse enfoque, que considera a imersão no cotidiano do fenômeno estudado, seja facilitador da tarefa de desvelar as características organizacionais das classes hospitalares do RS, já que esse enfoque busca ultrapassar as aparências, visando o alcance da essência dos casos estudados. Diante disso, os postulados do enfoque fenomenológico serão indispensáveis para a interpretação e compreensão das classes hospitalares em estudo, uma vez que permite a participação ativa na própria vida da comunidade em estudo e da sua realidade, procurando redefinir seus significados.

Logo, delineados os pressupostos dessa pesquisa como qualitativa/descritiva com enfoque fenomenológico, define-se ainda, como uma investigação de tipo Estudo de Caso, mais precisamente como Estudos Multicasos, conforme Triviños (1987).

Pode-se afirmar que o estudo de caso é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Segundo Lüdke e André

(1986) a pesquisa de tipo estudo de caso apresenta algumas características fundamentais, tais como: visar/possibilitar a descoberta, enfatizar a “interpretação em contexto”, buscar retratar a realidade de forma completa e profunda – já que o pesquisador procura revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação ou problema, focalizando-o como um todo – usar uma variedade de fontes de informação, revelar a experiência de outrem e permitir generalizações naturalísticas e representar os diferentes e conflitantes pontos de vista presentes numa situação social.

Justifica-se, portanto, a nomenclatura “estudos multicase”, proposta por Triviños (1987), pois a pesquisa buscou analisar o desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS, mais precisamente, a classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, a classe hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, a classe hospitalar do Hospital Santa Terezinha de Erechim – HSTE e a classe hospitalar do Hospital da Criança de Porto Alegre - HCPA.

A escolha da amostra é justificada a partir da publicação da Professora Eneida Simões da Fonseca, intitulada “Estudos e pesquisas sobre atendimento escolar hospitalar” (2003), no site <http://www2.uerj.br/~escolahospitalar.htm>. Esse site é constituído por uma coletânea de resumos de pesquisas realizadas na área, sendo que um destes resumos, “Escolas hospitalares do Brasil”, busca fazer um mapeamento dos hospitais nacionais que oferecem serviço de acompanhamento educacional para as crianças e jovens hospitalizados através da classe hospitalar.

Essa produção indica que nos últimos anos, a oferta de atendimento pedagógico educacional em ambiente hospitalar teve 175% de aumento, pois em 1997, quando realizada a primeira pesquisa de mapeamento das classes hospitalares do Brasil, obteve-se o resultado de 30 locais. Já em 2003, ano da publicação da pesquisa que está sendo base para a escolha dos *lócus* de pesquisa, encontram-se 85 classes hospitalares distribuídos em 14 Estados e no Distrito Federal. Esse mapeamento realizado pela pesquisadora é organizado a partir das regiões brasileiras. Quanto à Região Sul, há indicação dos hospitais que possuem classes hospitalares por Estado. A pesquisa revela que o Estado do Paraná possui cinco classes hospitalares, sediadas no Hospital Infantil Pequeno Príncipe, Hospital Erasto Gaertner, no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, no Hospital de Clínicas (UFPR) e no Hospital Santa Casa (Cornélio Procópio). No Estado de Santa Catarina, existem, segundo a pesquisa, sete classes hospitalares, nas seguintes

instituições hospitalares: Hospital Infantil Joana de Gusmão, Hospital Universitário de Santa Catarina (UFSC), Hospital Infantil Seara do Bem, Hospital Hélio Anjos Ortiz, Hospital Regional Alto Vale, Hospital Regional de Chapecó e Hospital UNIMED de Joinville. Por fim, no Estado do Rio Grande do Sul, há quatro classes hospitalares, situadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UFRGS), Hospital da Criança Santo Antônio, Hospital Universitário de Santa Maria (UFSM) e Hospital Santa Terezinha (Erechim) (FONSECA, 2003). Outro critério para escolha da amostragem da pesquisa, é o Projeto de Lei n. 229/2003, que dispõe sobre a garantia do direito da criança e do adolescente ao atendimento pedagógico e escolar na internação hospitalar em Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul – SUS/RS.

Cabe evidenciar que, anteriormente à realização da pesquisa, foram enviados ofícios/convite para as instituições do RS que ofereciam atendimento pedagógico em classe hospitalar (APÊNDICE A). Este ofício contém a identificação da Universidade Federal de Santa Maria e do Programa de Pós-Graduação em Educação desta universidade. Nesse documento estão expostos os objetivos da pesquisa, a relevância social deste trabalho e a justificativa da escolha da amostragem da pesquisa. Ao final deste ofício, foi solicitado retorno da instituição hospitalar quanto à existência ou não de classe hospitalar e, no caso de efetividade do trabalho da classe hospitalar, o aceite para a participação na pesquisa.

Nesse sentido, o estudo multicase possibilitou o adentramento em quatro casos específicos – a classe hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UFRGS), a classe hospitalar do Hospital da Criança Santo Antônio, a classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria (UFSM) e a classe hospitalar do Hospital Santa Terezinha (Erechim) – auxiliando no conhecimento da realidade organizacional das classes hospitalares do RS. Como Triviños (1987) comenta, o estudo multicase não têm a necessidade de perseguir objetivos de natureza comparativa. Logo, esse tipo de pesquisa auxiliou o presente estudo, na medida em que permitiu elencar variáveis que influenciam no desenvolvimento organizacional nas diferentes dimensões das classes hospitalares e não comparar uma realidade a outra as julgando.

Diante disso, a coleta dos dados da pesquisa, seguiu os postulados teóricos do Discurso do Sujeito Coletivo, de Lefèvre e Lefèvre (2005), utilizando como instrumentos para a realização do estudo multicase a entrevista semi-estruturada e

a análise de documentos. Cabe, pois, destacar de antemão que o Discurso do Sujeito Coletivo parte da perspectiva que é possível produzir algum tipo de soma de discursos, considerando o princípio metodológico que: “Se um indivíduo tem um pensamento, uma coletividade de indivíduos também apresenta uma distribuição estatística desse pensamento” (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2005, p. 13).

Privilegiou-se nessa pesquisa a entrevista semi-estruturada como um dos instrumentos para a coleta de dados, pois esta permitiu que a entrevista se desenvolvesse a partir de um esquema básico, não aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistador fizesse as necessárias adaptações. Ademais, permitiu a captação imediata das informações desejadas, valorizando os pressupostos teóricos que embasam a pesquisa (LÜDKE e ANDRÉ, 1986). Já, segundo Triviños:

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (1987, p. 146).

A entrevista semi-estruturada da presente investigação foi constituída por perguntas abertas, previamente elaboradas, condizentes às etapas de análise das organizações das classes hospitalares do RS (dimensão pedagógica, política, econômica e cultural). Segundo os pressupostos do Discurso do Sujeito Coletivo, a soma de discursos deve ter como base a proposição de perguntas abertas para um conjunto de indivíduos, representativos de uma coletividade<sup>31</sup>, com intuito de que esses indivíduos se expressem, produzindo discursos. As perguntas abertas, nesse procedimento, tornaram-se adequadas, pois possibilitaram a expressão do pensamento das pessoas, de seus discursos, permitindo ao pesquisador a compreensão do pensamento de determinada coletividade.

A entrevista semi-estruturada foi realizada com as educadoras responsáveis pelas classes hospitalares do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), do Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), do Hospital Universitário de Santa Maria

---

<sup>31</sup> Nessa pesquisa, os professores responsáveis pelas classes hospitalares do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, do Hospital da Criança Santo Antônio, do Hospital Universitário de Santa Maria e do Hospital Santa Terezinha estarão representando a coletividade dos professores que atuam nas classes hospitalares do RS.

(HUSM) e do Hospital Santa Terezinha de Erechim (HSTE). Para tal, anteriormente foi realizado agendamento de data e horário para a entrevista. Na ocasião da entrevista, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização da pesquisa. As informações obtidas foram gravadas e posteriormente transcritas para a análise. Pretendeu-se, com auxílio da entrevista semi-estruturada, aprofundar as questões e esclarecer o problema da pesquisa, a fim de detectar os aspectos organizacionais e os princípios que orientam o processo de gestão desses ambientes de ensino.

As perguntas abertas constituintes da entrevista semi-estruturada foram: 1) Quando e como ocorreu a implantação da classe hospitalar? De quem foi a iniciativa?; 2) Quem é responsável pela manutenção da estrutura da classe hospitalar?; 3) De onde provêm os recursos financeiros e materiais?; 4) E os recursos humanos? Como se estrutura o quadro de profissionais que atuam na classe hospitalar?; 5) Como são instituídos as normas burocráticas e os mecanismos de coordenação da classe hospitalar?; 6) Descreva o ambiente da classe hospitalar (móveis que a compõem, bem como necessidades); 7) De uma forma geral, comente o aspecto econômico da classe hospitalar (dificuldades, facilidades e reivindicações); 8) No que tange à prática educativa, que concepções/tendências pedagógicas orientam o trabalho desenvolvido na classe hospitalar?; 9) Como acontece o acompanhamento pedagógico destinado às crianças e adolescentes hospitalizados?; 10) Que recursos, métodos e técnicas são utilizados para desencadear a aprendizagem dos educandos?; 11) A classe hospitalar possui projeto pedagógico? Que ações estão previstas nesse documento?; 12) Como é a relação entre a classe hospitalar e a escola de origem do paciente-aluno? Como acontece esse procedimento?; 13) Na sua opinião, qual a relevância da classe hospitalar para a sociedade?; 14) De que forma a classe hospitalar articula as ações para atender às necessidades e demandas sociais da comunidade a que pertence?; 15) Como procede a relação entre a classe hospitalar e os familiares e/ou acompanhantes das crianças hospitalizadas?; 16) De onde provêm os alunos da classe hospitalar e que critérios definiram essa instituição hospitalar adequada para o tratamento de saúde?; 17) Descreva os valores e as características sociais das crianças e familiares que participam da classe hospitalar; 18) Que aspectos culturais da família você considera que auxiliam a criança no tratamento de saúde e no acompanhamento pedagógico realizado na classe hospitalar? Quais dificultariam o

processo?; 19) E os profissionais da saúde, como percebem a classe hospitalar e de que forma participam no desenvolvimento organizacional desse espaço de ensino?; 20) Que aspectos da gestão da classe hospitalar você considera que merecem mais atenção? Justifique.

A análise de documentos, no caso dessa investigação, do projeto pedagógico das classes hospitalares do RS, será utilizado no sentido de contextualizar o fenômeno e explicitar suas vinculações mais profundas, complementado as informações coletadas na entrevista semi-estruturada. Nas palavras de Lüdke e André:

Os documentos constituem também uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentam afirmações e declarações do pesquisador. Representam ainda uma fonte “natural” de informação. Não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto (1986, p. 39).

Da mesma forma que na entrevista semi-estruturada, a coleta de informações na análise de documentos esteve vinculada às dimensões pedagógica, política, econômica e cultural, aspectos estes que são analisados enquanto constituintes do desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS.

Realizada a coleta dos dados através da entrevista semi-estruturada e dos documentos – projetos pedagógicos das classes hospitalares pesquisadas – foi necessário juntar os discursos individuais por eles gerados, a fim de que estes expressassem o pensamento de uma coletividade.

A soma desses discursos foram feitos à luz do conceito de Discurso do Sujeito Coletivo, que segundo Lefèvre e Lefèvre “(...) é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, *papers*, revistas especializadas, etc.” (2005, p. 15-16).

Em síntese, a proposta consiste em analisar o material verbal coletado extraindo de cada depoimento as idéias centrais e/ou ancoragens e suas correspondentes expressões-chave. A partir das expressões-chave das idéias centrais ou ancoragens semelhantes, compõe-se um ou vários discursos-síntese na

primeira pessoa do singular (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005). Nas palavras dos autores:

O Sujeito Coletivo se expressa, então, através de um discurso emitido no que se poderia chamar de *primeira pessoa (coletiva) do singular*<sup>32</sup>. Trata-se de um *eu* sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse *eu* fala pela em nome de uma coletividade. [...] Partindo-se do suposto que o pensamento coletivo pode ser visto como um conjunto de discursos sobre um dado tema, o Discurso do Sujeito Coletivo visa dar luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005, p. 16).

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), para confeccionar os Discursos do Sujeito Coletivo, foram criadas as seguintes figuras metodológicas: Expressões-chave, Idéias Centrais, Ancoragem e Discurso do Sujeito Coletivo.

As expressões-chave consistem em trechos das transcrições do discurso, que devem ser destacadas pelo pesquisador e que revelam a essência do depoimento. As expressões-chave seriam a matéria-prima da construção dos Discursos do Sujeito Coletivo, conforme destacam Lefèvre e Lefèvre (2005). Nas suas palavras: “(...) as expressões-chave representam o conteúdo ou a substância ou o ‘recheio’ desse sentido, identificado por esse nome ou por essa marca” (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2005, p. 26).

Por vez, a Idéia Central diz respeito a um nome ou expressão que revela de maneira mais sintética o sentido de cada um dos discursos analisados. Não consiste em uma interpretação, mas uma descrição direta do depoimento, revelando o tema do depoimento ou ainda, sobre o que o sujeito enunciativo está falando. Conforme Lefèvre e Lefèvre:

A idéia central tem, portanto, a importante função de individualizar um dado discurso ou conjunto de discursos, descrevendo, positivamente, suas especificidades semânticas o que permite distingui-lo de outros discursos portadores de outras especificidades semânticas (2005, p. 25).

A ancoragem seria “a manifestação lingüística explícita de uma dada teoria [...] que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica,

---

<sup>32</sup> Grifos dos autores.

está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica” (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2005, p. 17).

Lefèvre e Lefèvre (2005) afirmam que essas funções não devem ser consideradas isoladamente, mas em inter-relação dialética, pois há interdependência entre elas, ou seja, não é possível identificar uma Idéia Central de um conjunto de depoimentos sem antes examinar, minuciosamente, as expressões-chave e as idéias centrais presentes em cada um deles.

Por fim, o Discurso do Sujeito Coletivo é um discurso-síntese, redigido na primeira pessoa do singular, composto pelas expressões-chave que tem a mesma idéia central ou ancoragem. A proposta do Discurso do Sujeito Coletivo implica em um rompimento com a lógica quantitativo-classificatória pois busca “(...) resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos” (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005, p. 19). Conforme exposição dos autores:

Com efeito, com o DSC, os discursos dos depoimentos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora já que o que se busca fazer é reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar uma dada ‘figura’, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2005, p. 19).

Logo, o Discurso do Sujeito Coletivo é uma estratégia metodológica que visa clarear determinada representação social, nesse entendimento, o papel do pesquisador consiste em “produzir o sujeito social ou coletivo do discurso e o discurso coletivo correspondente, fazendo o social falar como se fosse um indivíduo” (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2005, p. 29). Para tal, a proposta metodológica de análise prevê um plano comandado pelo rigor científico, através da utilização de procedimentos explícitos, transparentes e padronizados.

Realizadas as entrevistas e coletadas as informações, gravadas e transcritas, para a tabulação dos dados seguem-se os seguintes passos recomendados por Lefèvre e Lefèvre (2005): 1º) as questões deverão ser analisadas isoladamente, ou seja, serão copiadas integralmente as respostas de todos sujeitos referentes à primeira pergunta, por exemplo; 2º) identificar, sublinhando em cada uma das respostas, as expressões-chaves e quando houver, as ancoragens; 3º) identificar as Idéias Centrais a partir das expressões-chave, redigindo estas; 4º) identificar e

agrupar as idéias centrais e as ancoragens de mesmo sentido ou sentido equivalente, 'etiquetando' cada agrupamento com letras: A, B, C, etc. 5º) denominar cada um dos agrupamentos criando uma idéia central-síntese que expresse, da melhor maneira, todas as idéias centrais e ancoragens de mesmo sentido; 6º) construir o Discurso do Sujeito Coletivo. O sexto item subdivide-se em dois: a) copiar todas as expressões-chave do mesmo agrupamento e b) construir o Discurso do Sujeito Coletivo propriamente dito de cada agrupamento, ou seja, produzir um discurso sequenciando as expressões-chave, ligando as partes do discurso de forma coesa e eliminar as repetições de idéias e particularismos.

Nessa pesquisa, a apresentação dos dados será realizada seguindo a ordem das perguntas constituintes da entrevista semi-estruturada, no qual serão destacadas as idéias centrais encontradas e pontuados os Discursos do Sujeito Coletivo produzidos. Estes serão analisados, compreendidos e confrontados com os referencias teóricos pontuados, sobretudo, com a proposição teórica de Sander (1981, 1984, 1995, 2005), a partir do paradigma multidimensional de gestão da educação. Com isso, acredita-se que será possível destacar aspectos que permitam não somente o aperfeiçoamento da organização dos ambientes de ensino hospitalares, através do paradigma multidimensional de gestão da educação, como também elaborar propostas de melhoria organizacional do sistema de ensino em geral.

## **Capítulo V**

### **O Discurso do Sujeito Coletivo das classes hospitalares do RS: análise dos dados**

---

## **5 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DAS CLASSES HOSPITALARES DO RS: ANÁLISE DOS DADOS**

Este capítulo busca apresentar os dados referentes ao discurso das professoras responsáveis pelas classes hospitalares do RS, bem como a análise dos projetos pedagógicos destes ambientes de ensino. Estes discursos são analisados à luz da estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo, proposto por Lefèvre e Lefèvre (2005), buscando responder a questão norteadora da pesquisa, que consiste em verificar como procede o desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS.

Tendo em vista os instrumentos de coleta de dados utilizados – entrevista semi-estruturada e análise de documentos – que tradicionalmente caracterizam a pesquisa qualitativa, optou-se em analisar as respostas/discursos obtidos na entrevista com auxílio da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo, já que tal procedimento possibilita a reconstrução de discursos-síntese que expressam determinada representação social. Nessa perspectiva, não há a pretensão de unificar os discursos individuais em uma categoria, nem de anulá-los no procedimento de análise, mas de juntar os fragmentos essenciais de uma determinada idéia central que dará origem ao discurso representativo da coletividade. Conforme explicita Lefèvre e Lefèvre: “O conjunto desses discursos seria a revelação da base coletiva da fala de cada um dos sujeitos da pesquisa, isto é, o discurso do sujeito coletivo e traduz o essencial do conteúdo discursivo” (2005, p. 83).

O corpus da pesquisa foi constituído pelas quatro classes hospitalares do RS presentes no mapeamento realizado pela pesquisadora Eneida Simões da Fonseca (2003): classe hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria, classe hospitalar do Hospital Santa Terezinha de Erechim e classe hospitalar do Hospital da Criança Santo Antônio de Porto Alegre.

Cabe evidenciar que o primeiro procedimento realizado foi contatar com as instituições hospitalares por telefone, informando a pesquisa e seus objetivos e comunicando o envio do ofício/convite para participação da proposta de trabalho. Nos ofícios constavam explicações sobre a pesquisa e solicitavam informações quanto à existência das classes hospitalares. Somente após o retorno desse material é que procedia o agendamento de data e horário para realização das entrevistas com os professores responsáveis pelas classes hospitalares e solicitados os projetos pedagógicos das mesmas.

Destaca-se que das quatro instituições hospitalares, o Hospital da Criança Santo Antônio não retornou o ofício/convite, não atendendo, portanto, os critérios da pesquisa. Logo, somente foram informantes da pesquisa os professores responsáveis pelas classes hospitalares do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, do Hospital Universitário de Santa Maria e do Hospital Santa Terezinha de Erechim.

As entrevistas foram realizadas no período de setembro a novembro de 2006, previamente agendadas. Os locais das entrevistas foram as classes hospitalares dos hospitais, com exceção do profissional da classe hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que optou em realizá-la na Escola Estadual Técnica em Saúde. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, sendo a autorização explicitada através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

Cabe destacar que as respostas transcritas das entrevistas, para análise e produção do Discurso do Sujeito Coletivo, seguirão os passos propostos por Lefèvre e Lefèvre (2005), expostos no capítulo anterior. Assim, com a produção do discurso da coletividade que representa as classes hospitalares do RS, será possível delinear um panorama do processo de gestão destes ambientes de ensino inseridos nos hospitais em nível estadual.

Para fins de melhor proceder a exposição dos dados analisados, será pontuada a pergunta constituinte da entrevista semi-estruturada, as idéias centrais presentes nas respostas dos informantes e por fim, será apresentado o Discurso do Sujeito Coletivo produzido, que possibilitará a discussão e a problematização à luz dos referenciais teóricos utilizados.

Na primeira pergunta, “Quando e como ocorreu a implantação da classe hospitalar? De quem foi a iniciativa?”, obteve-se duas Idéias Centrais: a) A

implantação da classe hospitalar foi parceria entre o hospital e a educação, e b) Necessidade da equipe de saúde.

Em relação à primeira Idéia Central, que se refere ao fato da implantação da classe hospitalar ser oriunda da parceria entre a saúde e a educação, obteve-se o seguinte Discurso do Sujeito Coletivo: “A iniciativa partiu da tentativa de fazer um projeto diferenciado, inovador, um projeto de apoio pedagógico para crianças internadas. Seria uma parceria, uma iniciativa conjunta da equipe do hospital, associado à intenção de propor uma alternativa de educação para o paciente”.

Destaca-se que para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo dessa Idéia Central, não foram considerados os períodos informados na entrevista da implantação de cada classe hospitalar do RS, mas considera-se, nesse contexto posterior de análise, imprescindível pontuar esse aspecto. Pode-se observar que as classes hospitalares foram implantadas a partir da década de 90, fato que pode ser justificado pela proposta, feita com maior ênfase, das políticas públicas de Educação Inclusiva.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre implantou a classe hospitalar, de fato, em 1991, embora a proposta de trabalho já tivesse sido discutida e elaborada em 1989, quando um grupo de pesquisadores do hospital e a Secretaria Estadual de Educação aliaram seus saberes na tentativa de organizar uma escola voltada para a saúde, a Escola Estadual Técnica de Saúde de Porto Alegre/RS, no qual a classe hospitalar está inserida na forma de projeto. A classe hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre é a única classe hospitalar do RS que apresenta vínculo com a Secretaria Estadual de Educação, na sua origem. Logo, a parceria entre essas duas instituições, Hospital de Clínicas e Secretaria Estadual de Educação, é que possibilitou a realização e a implementação do trabalho pedagógico em contexto hospitalar naquela realidade.

Por vez, a classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria começou a efetivar seu trabalho em 1995, a partir de uma iniciativa conjunta entre a instituição hospitalar universitária e a própria Universidade Federal de Santa Maria, concretizada através da realização de um concurso público para pedagogo no hospital.

Já a classe hospitalar do Hospital Santa Terezinha de Erechim originou-se da parceria estabelecida entre o hospital e uma funcionária que cursava Pedagogia. Esta funcionária, em seu trabalho de conclusão de curso, propôs a implantação de

um trabalho de apoio pedagógico para as crianças hospitalizadas. O trabalho teve início no ano de 2000.

Justifica-se a utilização do termo “educação” na definição da Idéia Central “A implantação da classe hospitalar foi parceria entre o hospital e a educação”, pois das três classes hospitalares, todas tiveram sua origem a partir da articulação destas duas áreas de conhecimento, no entanto vale observar que, no que tange à educação, os meios foram significativamente diferenciados.

Essas informações revelam que a implantação das classes hospitalares do RS ocorreu a partir de diferentes instâncias: estadual, federal e local, respectivamente. Demonstram que as classes hospitalares surgiram da parceria entre a saúde e a educação, mas da mesma forma, evidencia a fragilidade das relações estabelecidas na área da educação, no que tange à implantação dessa proposta educativa, que pode refletir em uma deficiência ou lacuna na implementação das ações estabelecidas pelas políticas públicas que tratam da organização dessa modalidade de atendimento da Educação Especial.

Vale destacar, no que tange à implementação das classes hospitalares, que o Ministério da Educação, através da publicação do documento Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações, prevê que:

O atendimento educacional hospitalar e o atendimento pedagógico domiciliar devem estar vinculados aos sistemas de educação como uma unidade de trabalho pedagógico das Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Educação, como também às direções clínicas dos sistemas e serviços de saúde em que se localizam (2002, p. 15).

Logo, percebe-se a existência de medidas legais que incumbem o sistema educacional e as instituições hospitalares quanto à implantação das classes hospitalares e da promoção de educação durante o período de hospitalização. Entretanto, a realidade demonstrada pelo discurso dessa coletividade revela que as classes hospitalares do RS foram oriundas de parcerias entre educação e saúde, parceria com ausência de apoio das Secretarias Municipais e Estaduais de Educação, o que pode indicar as várias dificuldades que esses ambientes enfrentam quanto aos recursos financeiros, humanos e materiais.

A segunda Idéia Central, identificada como “Necessidade da equipe de saúde”, busca esclarecer quanto à iniciativa da implantação das classes

hospitalares, ou ainda, revela o motivo pelo qual a instituição hospitalar optou em oferecer tal serviço diferenciado aos seus pacientes. Nessa segunda Idéia Central, o Discurso do Sujeito Coletivo foi: “Dentro do hospital se observava que tinham crianças com internações repetidas e prolongadas. Essas crianças ficavam desvinculadas da escola e perdiam o ano escolar. Os próprios médicos viram esta necessidade de valorização da escola e os pais começaram a levar isso para as equipes médicas. O pessoal da enfermagem também sentia necessidade de oferecer algo para as crianças, pois elas ficavam circulando pelos corredores, pelo hospital e entravam em lugares que não podia. Com ajuda da equipe de saúde e a educação, pensaram e estruturaram um trabalho para as crianças”.

Essa produção discursiva coletiva indica que as classes hospitalares do RS surgiram de uma necessidade observada pela equipe de saúde no contexto hospitalar, uma necessidade educacional e uma necessidade também de controle, ao revelar que era preciso oferecer algo para as crianças pois estas ficavam circulando e entravam em lugares que não era permitido. Tais pressupostos entram concordância com os estudos de Foucault (1979, 1987, 1980, 1970, 1996, 1997), quando afirma que o surgimento da instituição hospitalar está atrelado à produção de mecanismos de dominação da população e da execução de formas discretas de produção de saber e da promoção da vigilância constante.

O discurso coletivo em análise também demonstra a importância da educação para o desenvolvimento da criança e revela que a situação de hospitalização, em casos de crianças acometidas por uma patologia durante tempo prolongado, era considerada como motivo de abandono dos estudos ou ainda, de reprovação escolar. Nesse sentido, é relevante destacar as palavras de Fonseca:

Se a criança se vê ou se sente obrigada pela problemática de saúde a um afastamento, mesmo que temporário, de sua escola, tal fato pode levá-la não apenas a *perder o ano*<sup>33</sup>, mas pode tanto desmotivá-la a continuar os estudos quanto considerar-se incapaz de aprender porque é doente (2003, p. 18).

É buscando evitar a defasagem escolar, a desmotivação dos estudos, e investir em uma proposta que anime a criança, que eleve sua auto-estima e que valorize seu desejo constante de aprendizagem que foram propostas as classes

---

<sup>33</sup> Grifo da autora.

hospitalares. Estas têm o papel social de possibilitar o acompanhamento pedagógico às crianças e jovens hospitalizados, objetivando a continuidade dos estudos, e em consequência da construção de conhecimentos em ambiente hospitalar. A classe hospitalar também promove a manutenção dos vínculos escolares, mas em maior âmbito, possibilita à criança hospitalizada a garantia dos seus direitos de cidadão.

Considerando que as classes hospitalares em estudo foram implantadas a partir da parceria entre saúde e educação e da necessidade da equipe de saúde tendo em vista a qualidade de vida de seus pacientes infantis, cabe verificar os aspectos referentes à origem das classes hospitalares do RS, contidos em seus projetos pedagógicos.

Ressalta-se a unanimidade dos projetos pedagógicos das classes hospitalares do RS em estudo, no que tange à implantação das classes hospitalares decorrerem de uma necessidade verificada no cotidiano do contexto hospitalar. Tais aspectos são verificados nas introduções/apresentações dos projetos pedagógicos em análise. No projeto pedagógico da classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria pode-se destacar a seguinte informação:

Frente aos avanços e sucessos na busca de terapias eficientes no tratamento do câncer infantil, o Serviço de Hemato-Oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) que, inicialmente, perseguia a perfeição clínica como meta prioritária, vem ampliando o leque de atendimento aos pacientes. Já há uma proposta de bem-estar social psicológico que acompanha o tratamento terapêutico (EDUCAÇÃO E SAÚDE: UMA PROPOSTA PARA O SERVIÇO DE HEMATO-ONCOLOGIA, 1995, p. 3).

Nesse mesmo sentido pode-se destacar o projeto pedagógico da classe hospitalar do Hospital Santa Terezinha de Erechim, que apresenta como justificativa para a implantação da classe hospitalar a necessidade de um ambiente que permita a amenização do estresse da hospitalização. Pode-se perceber tal aspecto na passagem:

Considerando-se que não é comum para a criança encontrar-se enferma e hospitalizada, totalmente fora do seu contexto de vida, a proposta da criação deste local teve a intenção de amenizar o período da internação, diminuindo a resistência dos pais quanto às brincadeiras dos filhos durante a hospitalização (PROJETO SALA DE RECREAÇÃO E APOIO PEDAGÓGICO HOSPITALAR, 2004, p. 2).

Por vez, o projeto pedagógico da classe hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre aponta alguns motivos que foram significativos para a estruturação da classe hospitalar na referida instituição, como o medo dos pais e das crianças de reprovação na escola devido às faltas e evasão das mesmas, a perda da referência temporal, espacial, afetiva, do contato com os colegas, amigos e professores por parte das crianças hospitalizadas, o fato dos pais temerem acerca da previsão de um futuro para seu filho, o fato de escolas sem informação induzirem a família da criança hospitalizada a cancelar a matrícula e o aspecto verificado pela equipe de saúde de que a retomada da vida escolar e social ajuda o paciente quanto ao restabelecimento clínico mais rapidamente (PROJETO: PROGRAMA DE APOIO PEDAGÓGICO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS, 2001).

O segundo questionamento “Quem é responsável pela manutenção da estrutura da classe hospitalar?”, deu origem a três Idéias Centrais, tendo em vista a diversidade das respostas: a) A manutenção da estrutura da classe hospitalar é feita em parceria; b) Houve a necessidade de adaptar o espaço para a proposta educacional e c) O profissional da classe hospitalar é o responsável pela manutenção do trabalho.

No que tange à primeira Idéia Central, “A manutenção da estrutura da classe hospitalar é feita em parceria”, foi construído o seguinte Discurso do Sujeito Coletivo: “É uma parceria. A cedência do espaço é via hospital, o fornecimento de materiais de consumo básicos, cópias de xérox e impressões. Há um fomento de doações da comunidade, material escolar, brinquedos e há alguns trabalhos de parceria”.

O discurso coletivo revela que a manutenção da estrutura das classes hospitalares do RS é através da instituição hospitalar – que fornece espaço físico e materiais de consumo básicos - , ou de parcerias. Cabe destacar que as parcerias são de diferentes naturezas. A classe hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre estabelece parceria com a Escola Estadual Técnica em Saúde, uma escola que recebe auxílio da Secretaria Estadual de Educação. A Escola Estadual Técnica em Saúde, por sua vez, tendo a classe hospitalar como um dos seus projetos vinculados ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, auxilia quanto aos materiais pedagógicos. Além desse auxílio, este hospital também prevê uma verba de duzentos reais para aquisição de materiais pedagógicos que não são possíveis de serem adquiridos via almoxarifado da instituição.

Já a parceria estabelecida para a manutenção da classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria prevê o auxílio da instituição hospitalar quanto ao espaço físico e materiais do almoxarifado da instituição, contando também com doações da comunidade, assim como as demais classes hospitalares. A diferença quanto à parceria dessa classe hospitalar diz respeito ao fato de estabelecimento de vínculo com projetos de pesquisa do Centro de Educação da Universidade Federal de Santa Maria, que revertem seu financiamento em materiais pedagógicos para dar suporte ao trabalho.

Observa-se que as classes hospitalares do RS buscam articular meios diferenciados para sua manutenção, que conforme explicitado nos discursos produzidos, é feita em parceria. No entanto, o Ministério da Educação (2002), no documento que explicita as orientações para o funcionamento das classes hospitalares, prevê que compete às Secretarias de Educação “(...) a provisão de recursos financeiros e materiais para os referidos atendimentos” (2002, p. 15). Constata-se, portanto, que no Estado do RS, as Secretarias de Educação ainda não assumiram responsabilidades diretamente relacionadas à manutenção da estrutura das classes hospitalares existentes.

A segunda Idéia Central da segunda questão, “Houve a necessidade de adaptar o espaço para a proposta educacional”, é representada pelo seguinte Discurso do Sujeito Coletivo: “No primeiro momento não tinha uma sala apropriada. Verificou-se que o trabalho começou a fazer parte integrante do hospital e se viu a necessidade de uma sala com estrutura apropriada. Constatou-se que o hospital não tinha preparado, quando construído, um espaço físico para um atendimento pedagógico. O espaço existia, era restrito, daí a gente implantou e implementou a classe hospitalar”.

Tendo em vista a implementação de um trabalho de cunho pedagógico dentro de uma instituição de tratamento de saúde, o discurso revela que, quando a equipe de saúde verificou a viabilidade da proposta da classe hospitalar na prática, sentiu a necessidade de adaptar o espaço tendo em vista as especificidades e peculiaridades da prática educativa.

Logo, estas informações que discorrem acerca da estrutura das classes hospitalares revelam que no momento de construção do hospital não foi planejado um espaço amplo, que pudesse sediar uma proposta educacional. As classes hospitalares, ao serem planejadas, tiveram que se adequar ao espaço disponível na

instituição hospitalar e adaptar este espaço de acordo com a sua proposta educativa. Percebe-se que os hospitais em estudo reconhecem a importância do acompanhamento pedagógico realizado pelas classes hospitalares do RS, no entanto não promoveram nenhuma mudança estrutural para a implantação do serviço educacional. A classe hospitalar que, necessariamente, adaptou-se e articulou seu trabalho conforme o espaço disponível.

A terceira Idéia Central “O profissional da classe hospitalar é o responsável pela manutenção do trabalho”, revela a responsabilidade do profissional da classe hospitalar em assegurar a manutenção da estrutura do referido ambiente de ensino e sua organização para a dinamização do trabalho pedagógico. Esse entendimento é possível a partir da análise do Discurso do Sujeito Coletivo dessa Idéia Central: “Hoje sou eu, o profissional que responde pela classe. Responder pela classe implica na sua manutenção, sustentação e contratação – entre aspas – de voluntariado, fazendo vínculo com os profissionais. Eu sou responsável pelas atividades que vou fazer com as crianças, pela organização, manutenção e limpeza dos brinquedos. Também pela decoração da sala e por trabalhar com as mães”.

Esse discurso coletivo revela que o professor da classe hospitalar assume diferentes atividades, fato que induz ao entendimento de que há poucos profissionais da educação que o auxiliam nas tarefas, por isso, há necessidade de recorrer ao trabalho voluntário. Das classes hospitalares do RS em estudo, duas delas possuem apenas um professor responsável pela manutenção do trabalho da classe hospitalar em que atua. Isso revela a carência de profissionais que atuam na área da educação hospitalar ou a dificuldade destes em conseguirem inserção nesse trabalho específico.

Na terceira indagação “De onde provêm os recursos financeiros e materiais?”, foram encontradas três Idéias Centrais, tais sejam: a) Os recursos para manutenção de professores são via Secretaria Estadual de Educação; b) Os recursos materiais das classes hospitalares do RS provêm da instituição hospitalar e de doações e c) A classe hospitalar não tem linha de crédito.

Deve-se evidenciar que, mesmo utilizando o Discurso do Sujeito Coletivo como método de análise da entrevista, é necessário explicitar que os discursos coletivos relatados, não compreendem a totalidade das classes hospitalares do RS e há contradição entre eles. Isso, de antemão, revela as diferentes fontes de financiamento para as classes hospitalares, e os desafios que estes ambientes de

ensino enfrentam no cotidiano de seu fazer pedagógico para adquirir os recursos necessários para a promoção de uma educação de qualidade.

Quanto à primeira Idéia Central dessa questão, que envolve os aspectos referentes ao financiamento, identificada como “Os recursos para a manutenção de professores são via Secretaria Estadual de Educação”, produziu-se o seguinte Discurso do Sujeito Coletivo: “Os recursos financeiros para manutenção dos professores é pela Secretaria Estadual de Educação. Os professores são concursados e lotados aqui na escola e esta nos auxilia com professores das disciplinas específicas. São sete professores que estão nesse trabalho, mas não é o suficiente”.

Destaca-se que esta Idéia Central tem como referência apenas o depoimento da classe hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A dificuldade em aliar este discurso aos demais é relativo à diferença desta classe hospitalar em relação aos demais do RS quanto à sua origem e quanto aos recursos financeiros para manutenção dos professores, sendo a única classe hospitalar do RS que os professores são concursados<sup>34</sup>, lotados em uma escola e custeados pela Secretaria Estadual de Educação. Na classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria, há uma professora atuando, concursada pela Universidade Federal de Santa Maria e na classe hospitalar do Hospital Santa Terezinha de Erechim, também há somente uma professora, contratada como estagiária do hospital, pois não tem sua graduação concluída.

Logo, no que tange aos recursos financeiros para manutenção dos professores, percebe-se divergências quanto às fontes, pois o Estado do RS somente prevê financiamento para os professores lotados nas escolas que o sustento cabe à sua instância. As profissionais das outras duas classes hospitalares em análise, recebem recursos por outros meios – contratação na forma de estágio e concurso público federal.

A segunda Idéia Central, designada como “Os recursos materiais das classes hospitalares do RS provêm da instituição hospitalar e de doações”, é reconhecida no seguinte Discurso do Sujeito Coletivo: “Recursos materiais também é parceria. O hospital também auxilia com toda questão da mobília, de computador, mesa,

---

<sup>34</sup> Deve-se destacar que os professores são concursados pelo Estado do RS para atuarem no Ensino Fundamental e Médio da Escola Técnica em Saúde de Porto Alegre/RS, e não para atuarem como professor de classe hospitalar.

cadeira, internet e linha telefônica. É um material mais efetivo, que não é tão nobre didaticamente e o material doado que vêm brinquedos e livros de literatura. Às vezes recebemos doações de brinquedo dos próprios funcionários que têm crianças. Daí eu faço uma pré-seleção, porque nem tudo eu posso deixar aqui na sala. O que eu acho que dá para aproveitar fica aqui na sala, o que não, eu descarto ou repasso”.

É interessante ressaltar que a instituição hospitalar arca com os materiais de ordem de mobília e materiais que a instituição adquire para outros setores também, ou seja, materiais que são integrantes da estrutura/organização do hospital. No entanto, percebe-se que materiais pedagógicos, específicos da tarefa do fazer pedagógico do professor, que remetem ao processo de ensino aprendizagem, ainda não são adquiridos via instituição hospitalar, esta seria uma das necessidades que pode ser evidenciada em relação ao provimento de recursos materiais.

Obviamente, que a discussão aqui exposta se refere à produção de um sujeito coletivo, buscando representar a coletividade das classes hospitalares do RS em um único discurso. Porém, tratando da especificidade da temática, é interessante evidenciar que, dos três hospitais envolvidos na pesquisa, apenas o Hospital Santa Terezinha de Erechim arca com todas as despesas da classe hospitalar, inclusive com os materiais pedagógicos. Pode ser observada essa informação na fala da professora: “Todo material pedagógico, que a gente considera pedagógico, jogos, livros, até os brinquedos pedagógicos, a instituição nos fornece. Folha de ofício, lápis de cor, giz de cera, tinta guache, tudo, tudo. É via hospital, é o hospital que fornece tudo. O hospital arca com tudo, com todos os gastos da sala”.

Em resposta à questão anterior também merece destacar que a classe hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre recebe um auxílio de duzentos reais da instituição e que a classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria estabelece vínculo com projetos de pesquisa do Centro de Educação da mesma universidade, que revertem suas verbas em aquisição de materiais pedagógicos para o desenvolvimento do trabalho escolar, aspectos anteriormente explicitados.

No que tange aos recursos financeiros e materiais, os projetos pedagógicos das classes hospitalares em estudo indicam que as instituições hospitalares deverão auxiliar no provimento da manutenção dos recursos materiais necessários, no entanto, no que tange aos recursos financeiros, não há nenhuma explicitação que indique a responsabilidade dos hospitais. O mesmo entendimento remete-se aos recursos humanos, pois nos projetos pedagógicos somente há informações quanto

aos recursos humanos existentes, e não há nenhuma ressalva quanto aos recursos humanos necessários.

Estes aspectos pontuados revelam o quanto as restrições de ordem econômica estão presentes no cotidiano da prática educativa em contexto hospitalar e demonstram a necessidade das políticas tratarem esse aspecto com mais atenção, não estabelecendo apenas premissas quanto aos objetivos dessa modalidade de ensino, ou de suas instalações e orientações para a efetivação do trabalho, mas atentando com a mesma importância aos aspectos relativos à questão financeira para manutenção do acompanhamento pedagógico às crianças e adolescentes hospitalizados.

Em relação à terceira Idéia Central, “A classe hospitalar não tem linha de crédito”, ainda referindo-se aos recursos financeiros e materiais, obteve-se o Discurso do Sujeito Coletivo a seguir: “Não, a classe não lida com verbas, não temos linha de crédito específico para a classe. Não temos recursos financeiros e humanos das Secretarias de Educação, tanto Municipal, quanto Estadual”<sup>35</sup>.

Esse discurso reforça as premissas anteriormente expostas e reitera a necessidade de articular, junto aos poderes públicos, medidas que garantam a continuidade do trabalho desenvolvido pelas classes hospitalares do RS, dando garantias aos profissionais que nela atuam, superando ações imediatistas, tomadas para prover provisoriamente os recursos necessários. Há que se destacar que, novamente frisando, a única classe hospitalar do RS que possui recursos humanos da Secretaria Estadual de Educação é a classe hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Mas é necessário destacar que tais profissionais, concursados e financiados pela instância estadual, são cedidos para a Escola Estadual Técnica em Saúde de Porto Alegre, e não lotados na Secretaria Estadual de Educação como professores de classe hospitalar, o que mais uma vez demonstra que as Secretarias, Estadual e Municipal de Educação, não estão atentando para a oferta de educação em ambientes hospitalares, conforme seria sua atribuição, segundo o Ministério da Educação (2002).

A quarta indagação “E os recursos humanos? Como se estrutura o quadro de profissionais que atuam na classe hospitalar?”, de certa forma, sintetiza alguns dos aspectos já pontuados, tanto que a Idéia Central foi identificada como “O quadro de

---

<sup>35</sup> Esta Idéia Central refere-se especificamente à classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria.

profissionais que atuam na classe hospitalar é restrito, há necessidade de recorrer ao trabalho voluntário”. Essa Idéia Central é representada pelo Discurso do Sujeito Coletivo: “A classe hospitalar não tem vínculos com as Secretarias de Educação, um vínculo efetivo. Nós temos no quadro de recursos humanos uma professora, no caso eu, e a complementação desse serviço pedagógico vêm a partir do trabalho voluntário”.

Embora a classe hospitalar do Hospital de Clínicas tenha sete professores em seu quadro de recursos humanos, como anteriormente explicitado, as demais classes hospitalares possuem apenas uma professora para atuar com todos os pacientes infantis que fazem tratamento de saúde nas instituições hospitalares que atuam. A classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria buscou uma alternativa junto à PRAE/UFSM – Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis da Universidade Federal de Santa Maria, através da cedência de duas bolsistas, que atuam vinte horas semanais na classe hospitalar, uma professora bolsista para a Hemato-Oncologia e outra para a Pediatria, acadêmicas dos Cursos de Graduação em Pedagogia e Educação Especial.

Tendo em vista o número restrito de profissionais da educação face à demanda de crianças hospitalizadas que necessitam acompanhamento pedagógico, as profissionais responsáveis pelas classes hospitalares recorrem ao trabalho voluntário para complementação. Pode-se, inclusive, questionar o fato de voluntários estarem atuando enquanto docentes nos hospitais para suprir uma necessidade que caberia às Secretarias de Educação estar viabilizando recursos humanos. No entanto, mesmo considerando a provisoriedade e a rotatividade, ou ainda, a improvisação que um trabalho voluntário pode representar, a única alternativa que as profissionais que assumem a prática educativa dos hospitais encontraram para resolver seus problemas de escassos profissionais, é o trabalho voluntário.

Há, evidentemente, uma contradição entre a realidade das classes hospitalares do RS, que denunciam que o quadro de profissionais é restrito, e a implementação da proposta explicitada pelo documento Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações (MEC/SEESP, 2002). Nesse documento, no que tange aos recursos humanos, há a indicação da necessidade das classes hospitalares possuírem três perfis de professor: o professor coordenador, o professor e o profissional de apoio.

Segundo esse documento, o professor coordenador tem a função de coordenar a proposta pedagógica em classe hospitalar e conhecer a dinâmica de funcionamento dessa modalidade, bem como as técnicas e terapêuticas das rotinas da enfermagem ou dos serviços ambulatoriais, sendo que, no ponto de vista administrativo, deve articular-se com a equipe de saúde do hospital, com a Secretaria de Educação e com a escola de origem do educando. Como tarefa, deve definir também as demandas de aquisição de bens de consumo e de manutenção, bem como a renovação de bens permanentes (CLASSE HOSPITALAR E ATENDIMENTO PEDAGÓGICO DOMICILIAR: ESTRATÉGIAS E ORIENTAÇÕES, 2002).

Em relação ao professor que irá atuar em classe hospitalar, o documento explicita a necessidade desse profissional estar capacitado para trabalhar com a diversidade humana e as diferentes vivências culturais, identificando as necessidades educacionais especiais dos educandos impedidos de frequentar a escola. Ademais, deverá definir e implantar estratégias de flexibilização e adaptação curriculares e auxiliar as escolas quanto à inclusão dos educandos que, devido à internação hospitalar, estão afastados do sistema educacional (CLASSE HOSPITALAR E ATENDIMENTO PEDAGÓGICO DOMICILIAR: ESTRATÉGIAS E ORIENTAÇÕES, 2002).

No que diz respeito ao profissional de apoio, esse poderá pertencer ao quadro de pessoal do serviço de saúde ou do sistema de educação. O documento Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações (2002), propõe que esses profissionais podem ser adquiridos através da criação de bolsas de pesquisa, bolsas de trabalho ou convênios municipais ou estaduais.

Verifica-se, pois, que os profissionais das classes hospitalares do RS, por serem em número limitado, acabam por exercer as três funções referentes à docência previstas pelo Ministério da Educação (2002), acumulando atividades pedagógicas/organizacionais. Esta seria uma das justificativas para o fato da recorrência ao trabalho voluntário.

A quinta pergunta da entrevista centrou-se na seguinte temática: “Como são instituídos as normas burocráticas e os mecanismos de coordenação da classe hospitalar?”. Essa indagação originou uma Idéia Central, intitulada “As normas burocráticas e os mecanismos de coordenação da classe hospitalar são adequadas à rotina hospitalar”.

Essa Idéia Central informa que a prática educativa, ao inserir-se em um ambiente diferenciado da escola comum, necessariamente precisa se adaptar às especificidades da rotina da instituição na qual exercerá suas atividades. No entanto, isso não significa que deva se anular diante das normas institucionais impostas e que não deva manter seu discurso pedagógico considerando as especificidades da tarefa educativa.

A Idéia Central “As normas burocráticas e os mecanismos de coordenação da classe hospitalar são adequadas à rotina hospitalar” revela o seguinte Discurso do Sujeito Coletivo: “Como a realidade hospitalar não muda muito ao longo do tempo, o fazer burocrático está instituído pela necessidade, então foram pontuadas as normas no início do trabalho. Quando eu cheguei me colocaram como tinha que ser, os horários que deveria funcionar. No geral é o gestor, quem coordena – no caso eu – que estabelece o texto mais concreto. A gente vai evoluindo, vai atualizando, a classe vai se adequando conforme a necessidade dos profissionais do hospital. Nós temos uma rotina que no decorrer do tempo vimos necessidade, isso porque internam diversas patologias. Como nós participamos das equipes multidisciplinares, nós temos normas que são estabelecidas. A forma como nós vamos organizar o horário baseia-se no cumprimento dessas normas. Então existem normas pré-estabelecidas, pela equipe médica e por nós. Por exemplo, se a gente está com um aluno com fibrose no terceiro andar, que é o mesmo andar da oncologia, as nossas colegas da onco não podem atender nossos alunos da fibrose, porque eles têm estáfilos multi-resistentes. Então elas podem infectar a criança com imunidade baixa. Eu acho que isso é uma rotina necessária. Então nós temos que, ao fazer o horário, considerar a faixa etária, a patologia e a série. Envolve uma porção de coisas. Porque eu obedeço uma hierarquia, as normas daqui são adequadas conforme as do hospital. E com relação aos pais, o mesmo sistema. Quando há uma necessidade dos pais a gente altera a rotina. As normas se instituem, mas elas não são fixas, são maleáveis, conforme a movimentação, a gente vai adequando”.

Quanto ao processo de integração da educação com o sistema de saúde, o documento Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações (MEC/SEESP, 2002), aponta que a educação em classe hospitalar deve atender às condições clínicas do paciente, que seriam relativas às questões de dificuldade de locomoção, imobilização total ou parcial, imposição de horários para medicação, etc. e às condições individuais, que dizem respeito ao repouso,

necessidade de estar acamado, efeitos colaterais de determinados fármacos e dores. Nesse sentido, o documento explicita:

Considerando estas condições e limitações especiais, compete ao sistema educacional e serviços de saúde, oferecerem assessoramento permanente ao professor, bem como inserí-lo na equipe de saúde que coordena o projeto terapêutico individual. O professor deve ter acesso aos prontuários dos usuários das ações e serviços de saúde sob atendimento pedagógico, seja para obter informações, seja para prestá-las do ponto de vista de sua intervenção e avaliação educacional (2002, p. 18-19).

Logo, o professor da classe hospitalar precisa estar inserido na equipe multidisciplinar da instituição de saúde na qual atua, a fim de que possa ser realizado um trabalho em parceria, onde saúde e educação direcionem suas ações para o mesmo fim: a garantia da qualidade de vida no período de hospitalização.

Silva (1997) recomenda que no decorrer do tratamento, pais e filhos devem ser sustentados pelo trabalho da equipe multidisciplinar, que deve ser constituída pelas áreas da medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, recreação, serviço social e educação. A equipe multidisciplinar deve assumir a tarefa de atender, informar a criança e a família sobre a doença, a evolução do tratamento, efeitos das medicações, cuidados e restrições. Além disso, Silva (1997) revela a necessidade dos profissionais da equipe multidisciplinar ouvirem o que os pacientes falam de si e da doença, suas necessidades e seus desejos de cura. Com isso, a autora afirma que: “A doença passa a ser entendida como um percurso longo, guiado na direção da esperança de cura. A cura, como parte deste processo complexo” (SILVA, 1997, p. 106). É nesse sentido que a educação precisa ser ressignificada nesse contexto diferenciado, sendo elemento encorajador da criança para retorno à sua escola de origem e à vida social.

Cabe destacar que os três projetos pedagógicos das classes hospitalares do RS que estão sendo estudados prevêm ações que objetivam a articulação de diferentes áreas do conhecimento através do trabalho multidisciplinar. No projeto pedagógico da classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria, por exemplo, consta a informação de que o projeto foi elaborado pelo profissional da educação, assessorado por uma equipe com profissionais da saúde e da área psicossocial, “tendo a intenção de promover uma reflexão e posterior estabelecimento de um programa curricular alternativo a ser implantado para atender

os pacientes” (EDUCAÇÃO E SAÚDE: UMA PROPOSTA PARA O SERVIÇO DE HEMATO-ONCOLOGIA, 1995, p.3).

A sexta pergunta “Descreva o ambiente da classe hospitalar (móveis que a compõem, bem como necessidades)”, objetiva traçar um panorama da organização das classes hospitalares do RS, buscando verificar como esses ambientes educacionais, inseridos em instituições hospitalares, são estruturados. Dessa indagação, foi possível destacar duas Idéias Centrais: a) A sala da classe hospitalar é adaptada e b) Espaço físico restrito.

A primeira Idéia Central “A sala da classe hospitalar é adaptada”, demonstra que a organização de uma classe hospitalar requer recursos diferenciados, tendo em vista a clientela heterogênea e provisória que participa de suas atividades pedagógicas, e que tais recursos devem ser atentamente escolhidos e dispostos já que tem aspectos da área da saúde que devem ser observados.

Desta Idéia Central, teve origem o presente Discurso do Sujeito Coletivo: “A sala é adaptada. Nós temos mesas, cadeiras e dentro da sala temos uma pia, que é muito importante para fazer a assepsia das mãos, pois em cada atendimento é preciso lavar as mãos e passar álcool. Nós temos armários – que é o nosso banco de tarefas – computadores, internet. A sala também foi adaptada com uma campainha para emergência, há também telefone e oxigênio. Temos um espelho, estantes, casinha de bonecas, brinquedos, uma biblioteca, televisão, play-station, almofadas, armários com todo material pedagógico – giz de cera, massa de modelar – um armário para jogos e quadro negro. Eu tenho um arquivo também que eu guardo algumas coisas, prateleiras com os brinquedos, quadro-mural, vídeo, rádio para CD. Banheiro tem na sala mesmo. E todo esse material é utilizado no trabalho”.

No que tange aos aspectos físicos do espaço, das instalações e dos equipamentos das classes hospitalares, o documento Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações, explicita que:

Os ambientes serão projetados com o propósito de favorecer o desenvolvimento e a construção do conhecimento para crianças, jovens e adultos, no âmbito da educação básica, respeitando suas capacidades e necessidades educacionais especiais individuais. Uma sala para desenvolvimento das atividades pedagógicas com mobiliário adequado e uma bancada com pia são exigências mínimas. Instalações sanitárias próprias, completas, suficientes e adaptadas são altamente recomendáveis e espaço ao ar livre adequado para as atividades físicas e ludo-pedagógicas. [...] Nas classes hospitalares, sempre que possível, devem

estar disponibilizados recursos audiovisuais, como computador em rede, televisão, vídeo-cassete, máquina fotográfica, filmadora, videokê, antena parabólica digital e aparelho de som com CD e K7, bem como telefone com chamada a ramal e linha externa. Tais recursos se fazem essenciais tanto ao planejamento, desenvolvimento e avaliação do trabalho pedagógico, quanto para o contato efetivo da classe hospitalar, seja com a escola de origem do educando, seja com o sistema de ensino responsável por prover e garantir seu acesso escolar. Da mesma forma, a disponibilidade desses recursos propiciarão as condições mínimas para que o educando mantenha contato com colegas e professores de sua escola, quando for o caso (2002, p. 16).

Embora estejam previstas legalmente as atribuições quanto aos aspectos físicos e materiais das classes hospitalares, observa-se que as classes hospitalares do RS enfrentam problemas quanto ao espaço limitado e carência de alguns recursos audiovisuais explicitados pelo documento do Ministério da Educação (2002). Essa informação também pode ser verificada na segunda Idéia Central, “Espaço físico restrito”, representada pelo seguinte Discurso do Sujeito Coletivo: “Acho que faltaria mais espaço. A maior necessidade da classe é espaço, ampliação de espaço. Nós temos uma estrutura física bem restrita e isso provoca alguns impedimentos, porque para a aprendizagem tu precisas de um espaço maior. Mas dentro do possível a gente consegue fornecer um ensino de qualidade, apesar das limitações físicas. Apesar do espaço ser restrito, nossa equipe dá conta de uma educação conseqüente. A gente vai ampliando a abrangência da classe, que foge um pouco aquela concretude daquela sede específica e a gente amplia o espaço de ensino nos corredores e na Unidade. Nós somos um catalisador, quando há um espaço disponível a gente busca e utiliza. Nós conseguimos superar a falta de espaço físico com a criatividade e fazendo aquela observação do local. Onde há possibilidades a gente vai. Não fica sediado só ali a educação, ela amplia os espaços, sai dos muros”.

O discurso revela que o fato das classes hospitalares não serem projetadas na estruturação arquitetônica dos hospitais, que ainda seguem o modelo Panóptico, como denuncia Foucault (1980,1987), desencadeia em uma dificuldade quanto ao espaço físico restrito para o atendimento pedagógico. Este aspecto também leva à indução de que vários alunos-pacientes usufruem deste espaço, que em conseqüência torna-se limitado, mas que é superado com a criatividade do professor em alargar a amplitude da prática educativa para além da sala específica da classe hospitalar.

A sétima indagação busca contemplar as dificuldades, facilidades e reivindicações dos profissionais da educação que atuam na classe hospitalar, atentando para os aspectos econômicos desse ambiente de ensino. A indagação consiste em: “De uma forma geral, comente o aspecto econômico da classe hospitalar (dificuldades, facilidades e reivindicações)”. Desse questionamento, foi possível localizar cinco Idéias Centrais, tais sejam: a) Dificuldades para conseguir recursos humanos para a classe hospitalar; b) Necessidade dos profissionais da educação serem reconhecidos como professores de classe hospitalar; c) Formação específica. d) Carência de financiamento e e) Facilidade quanto aos estágios e trabalho voluntário.

A primeira Idéia Central, “Dificuldades para conseguir recursos humanos para a classe hospitalar”, é evidenciada no Discurso do Sujeito Coletivo a seguir: “Para conseguir recursos humanos para trabalhar nesse programa de apoio pedagógico, nós tivemos muita dificuldade. Nós não temos estagiárias para nos auxiliar. Necessitamos de uma estagiária que esteja preparada para trabalhar com esse tipo de classe, para enfrentar essa realidade. Nós temos dificuldade quanto ao número de profissionais nessa oferta educativa, em função que não há vínculo com as Secretarias. Se houvesse o vínculo com as Secretarias de Educação, facilitaria muito, porque nós temos três clínicas a serem atendidas. No momento, estão sendo atendidas a Hemato-Oncologia, a Pediatria e quando há casos na UTI, o serviço é chamado pelo grupo de enfermagem e médicos. Então o quadro de profissionais é muito pequeno, nós precisaríamos que houvesse um sistema de nomeação de professores da rede para vir atender, principalmente os alunos do Ensino Médio. Essas são as maiores dificuldades, porque é sempre aquela provisoriedade que eu costumo dizer, não só no financeiro, nas questões de materiais, mas também na docência. As reivindicações seriam que se conseguisse esse viés de encaminhamento com as redes, uma vez que eu já fui na rede pública Estadual e Municipal propor esse vínculo, mas não deram retorno nas oportunidades”.

Percebe-se que, de certa forma, essa idéia central já havia permeado a análise, mas desta vez, sua ênfase consiste em uma das reivindicações das classes hospitalares do RS. Esse discurso aponta a dificuldade das classes hospitalares em conseguir recursos humanos para atuar nesses *lócus* específicos de ensino e simultaneamente revela a solução para tal problemática, que seria o estabelecimento de vínculo com as Secretarias de Educação, diretriz que já é

apontada pelo Ministério da Educação (2002). A provisoriedade quanto aos aspectos financeiros, materiais e quanto à docência também constituem dificuldades para as classes hospitalares do RS, principalmente quanto à oferta de professores para atuar no Ensino Médio. Mais uma vez é evidenciado a necessidade das Secretarias de Educação assumirem a questão da educação para as crianças hospitalizadas, já que a política educacional brasileira está pautada na universalização da educação básica e no combate ao fracasso escolar.

Verifica-se que a dificuldade das classes hospitalares do RS em conseguir recursos humanos está intrinsecamente ligada à falta de reconhecimento destes docentes como profissionais de educação que atuam em classe hospitalar. Esse aspecto é evidenciado na segunda Idéia Central, nomeada por “Necessidade dos profissionais da educação serem reconhecidos como professores de classe hospitalar”, que aparece explicitada no Discurso do Sujeito Coletivo: “Nós estamos batalhando para ser reconhecidas como professoras de classe hospitalar, porque professoras nós já somos. Mas não existe um concurso específico para trabalhar na classe hospitalar. Ademais, tem toda questão de trabalhar com pessoas doentes. Não é só “especial”, mas “especial hospitalar”. É especial hospitalar porque quem trata com especial lá fora vai tratar com uma criança que vai viver muito tempo e que daqui a pouco não está mais com ela. Mas, quem trabalha dentro do hospital, por exemplo, essa questão da fibrose, essa criança vai estar sempre com ela, de tempo em tempo ela volta para ficar três, quatro meses. É isso o tempo inteiro que eu frizo. Toda a vez que eu falo em especial eu digo, “especial hospitalar”. É especial hospitalar, porque dentro do hospital é onde tu vais conviver com vida e morte no dia a dia, no teu momento a momento, e com as doenças também, que é um grande risco”.

Nucci (2002) dedicou-se à tarefa de estabelecer relações entre a criança com leucemia e a escola. Sua produção leva ao entendimento do papel do professor e da relevância da sua inserção em ambiente hospitalar para o desenvolvimento cognitivo e psicossocial da criança em tratamento de saúde. Tais concepções são verificadas nas palavras da autora:

Para a criança, o professor é um referencial significativo, na medida em que apresenta bases comparativas sociais e intelectuais. Ele continua sendo o principal mediador entre quem aprende e o que deve ser aprendido,

planejando experiências de aprendizagem expressivas para os alunos (NUCCI, 2002, p. 54).

Nesse entendimento, a especificidade da atuação pedagógica do professor de classe hospitalar consiste no envolvimento desse profissional da educação em adequar as estratégias didáticas e de assumir o papel de integrador social, na interação entre a criança hospitalizada e sua escola de origem.

Seguindo o mesmo caminho de análise, atentando para as necessidades das classes hospitalares do RS, pode-se destacar a “Formação específica”, terceira Idéia Central da sétima pergunta, que apresenta a seguinte produção discursiva: “Então tu tens que ter todo um conhecimento para poder trabalhar também com essa criança, esse adolescente. E tu trata ali também com a morte. Esse ano nós perdemos três crianças já, do final do ano passado para cá. É complicada essa parte da perda, por isso que tem que se reconhecer a questão ‘especial hospitalar’. Tem que ter aquela sensibilidade de perceber o que é verdadeiro. Por que às vezes a criança diz que está cansada, a gente sempre tem que levar isso em consideração, porque tu não sabes se daqui a pouco não vai dar alguma coisa e ela vai cair. E assim também como às vezes eles estão querendo trabalhar e a gente está vendo que eles estão com febre. O pessoal que chega de fora não percebe e muitas vezes não aceita. Nós do projeto de apoio pedagógico, nós temos que entender que tem prioridades, que são as prioridades médicas. São coisas que tu tens que aprender, tem que aprender a lidar, tu tens que ter jogo de cintura. E ficar de olho, porque se a criança está ali, está sob tua responsabilidade, tu tens que cuidar do soro, do oxigênio, se acabou a medicação; então tu trabalhas tua aula assim, olhando para todos os lados”.

Esse discurso revela a necessidade do profissional da educação que atua em ambiente hospitalar possuir uma formação diferenciada, ou seja, um suporte teórico-prático que o permita assumir a tarefa de educar em um ambiente diferenciado da escola comum. Com fins de esclarecimento, pode-se citar as palavras de Ortiz e Freitas:

A formação do professor para a prática de instâncias pedagógicas hospitalares é uma tarefa a ser esboçada no dia-a-dia, tendo como modelo a sua identidade com a aprendizagem, dentro de uma instituição identificada com a saúde. Esta é uma formação que busca atender a uma

procura emergente e que está tentando traçar seu estatuto epistemológico, a partir do fio condutor direcionador do entrecruzamento entre parâmetros essenciais: saúde e escolarização (2003, p. 7).

Destaca-se a necessidade dos cursos de formação de professores atentarem para a questão da formação do professor para a atuação em diferentes *lôcus* de ensino. Tratando-se especificamente da educação em ambientes hospitalares, Ortiz e Freitas (2003) elencam alguns aspectos que devem ser considerados para que a relação educação-saúde tenha êxito, a exemplo da necessidade dos professores conhecerem as dependências do hospital, ter conhecimento das patologias mais freqüentes na unidade hospitalar e conhecer procedimentos básicos de socorro e os locais para o encaminhamento do aluno-paciente em caso de emergência. Ainda reforçando a especificidade da atuação/formação do professor em ambiente hospitalar, pode se destacar Matos, quando revela que:

É importante que o educador cresça em suas habilidades junto a seus alunos, especialmente, no desenvolvimento da sensibilidade, da compreensão e da força de vontade, sobretudo em dimensões de resistências ao desânimo, agir com paciência e audácia em suas atitudes, de modo que não se deixe abater em seus esforços no atingimento de suas metas formativas e, de sua tarefa de ajuda, por mais difíceis que possam parecer (1998, p. 53).

“Carência de financiamento”, expressa a quarta Idéia Central da sétima questão, que versa sobre as dificuldades, facilidades e reivindicações quanto ao aspecto econômico da classe hospitalar. Obviamente que essa Idéia Central retrata uma das dificuldades mais veementes da classe hospitalar; percebe-se tal denúncia na produção discursiva a seguir: “Nós estamos sempre na provisoriedade. Então a questão financeira, econômica, é uma questão séria, que nos preocupa na medida em que, se nós tivéssemos um fomento financeiro, poderia nos dar muito mais qualidade e de uma forma mais tranqüila, uma qualidade no serviço de educação. Nós procedemos um trabalho com qualidade, mas sempre vem amparado em um desgaste, uma preocupação de fornecer aquilo que financeiramente a gente não recebe. Então, para nós é penosa a carência financeira. Temos um projeto para conseguir um computador, porque é muito importante também”.

Por vez, a última Idéia Central, “Facilidade quanto aos estágios e trabalho voluntário”, é ancorada pelo Discurso do Sujeito Coletivo: “Com relação às

facilidades, nós podemos dizer que apesar de não termos sistematicamente vínculos, aqui na classe, em função do empreendedorismo, conseguimos via estágio no curso de Educação Especial<sup>36</sup>. Já vem duas acadêmicas por ano exercer a sua prática em forma de estágio, estágio supervisionado, e atende uma grande parte da nossa necessidade. Com o grupo de voluntariado, enquanto a solidariedade for uma bandeira da comunidade, nós estamos sempre sendo servidos, mas deveria haver vínculos efetivos”.

Estes discursos coletivos expostos reiteram a provisoriedade das classes hospitalares quanto à questão econômica, mas também revelam que o trabalho pedagógico desenvolvido é de qualidade. Essa informação leva ao entendimento que a questão econômica é fundamental na área educacional, mas o fato desta ser restrita não deve ser considerado como fator de descaso do professor e falta de empenho deste para oferecer educação de qualidade.

Estes Discursos do Sujeito Coletivo apresentados até o momento, buscam esclarecer a dimensão econômica das classes hospitalares do RS. Segundo Sander (1995) a dimensão econômica do sistema educacional envolve recursos financeiros, materiais, humanos, estruturas, normas burocráticas e mecanismos de coordenação e comunicação. Nas palavras do autor:

Nessa dimensão, a administração prevê e controla recursos, organiza estruturalmente a instituição, fixa papéis e cargos, divide o trabalho, determina como o trabalho deve ser realizado e por que tipo de incumbentes, e estabelece normas de ação. O critério definidor da dimensão econômica é a eficiência na utilização de recursos e instrumentos tecnológicos, sob o império da lógica econômica (SANDER, 1995, p. 59).

Nesse sentido, com base na definição de Sander (1995) procurou-se evidenciar como são articuladas e desenvolvidas as diversas atividades econômicas, organizacionais e administrativas na gestão da educação das classes hospitalares do RS, a exemplo da execução orçamentária, a estruturação do espaço físico, a disponibilidade e contratação de pessoal e recursos humanos e a provisão de equipamentos e instrumentos materiais e tecnológicos.

Partindo do pressuposto que esta pesquisa segue os preceitos dos estudos de Sander (1981, 1984, 1995, 2005) que propõe a configuração de um paradigma

---

<sup>36</sup> Esta informação refere-se especificamente à classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria.

multidimensional de gestão da educação, há a tentativa de trazer essa discussão para o campo de estudo das classes hospitalares do RS. Nesse sentido, entende-se a dimensão pedagógica da administração da educação como o conjunto de princípios, cenários e técnicas educacionais intrinsecamente comprometidas com a consecução eficaz dos objetivos do sistema educacional. Sob esse prisma, reitera-se que a dimensão pedagógica, nessa perspectiva, relaciona-se com as dimensões econômica, política e cultural, tanto que a limitação de uma dimensão influencia no desenvolvimento das demais.

Com posse desse entendimento, o autor denuncia que através dos anos, a dimensão pedagógica da administração da educação tem sofrido um processo de atrofia diante da ênfase generalizada dada ao desenvolvimento econômico e tecnológico do sistema educacional (SANDER, 1981, 1995). Seguindo o objetivo de compreender a dimensão pedagógica das classes hospitalares do RS, destaca-se a necessidade do entendimento de que esse aspecto relaciona-se intrinsecamente com toda a organização e funcionamento desses *lôcus* de ensino específicos. Nas palavras de Sander:

A dimensão pedagógica se relaciona estritamente com as demais dimensões do paradigma, oferecendo os elementos e instrumentos necessários para a consecução eficaz dos objetivos da educação. Nesse sentido, o sucesso da administração da educação avalia-se em termos de sua eficácia para alcançar os fins da educação e os objetivos de suas escolas e universidades (1995, p. 61).

Para melhor compreender os aspectos pedagógicos das classes hospitalares em estudo, buscou-se verificar a dimensão pedagógica das classes hospitalares do RS através de um bloco de perguntas que versam sobre as concepções pedagógicas que orientam o trabalho, o procedimento do acompanhamento pedagógico destinado às crianças e adolescentes hospitalizados, os recursos métodos e técnicas utilizados para a aprendizagem, o projeto pedagógico e como acontece a relação entre a classe hospitalar e a escola de origem do aluno-paciente.

A oitava pergunta “No que tange à prática educativa, que concepções/tendências pedagógicas orientam o trabalho desenvolvido na classe hospitalar?”, permitiu a identificação de uma Idéia Central: “A prática educativa da classe hospitalar segue a tendência escolar e lúdica, de acordo com as especificidades do aluno-paciente”. Tal Idéia Central aparece demarcada pelo

Discurso do Sujeito Coletivo a seguir: “Primeiro, nós respeitamos a individualidade de cada um e as limitações que vêm da própria doença. É a primeira coisa. E a segunda é a parte médica. E aí depois conhecimento de mundo, temos como base a bagagem que trazem todas as teorias atualizadas. Citando as duas tendências que há de educação em hospitais, que é aquela oferta educativo-escolar e a lúdico-educativo, nós usamos as duas formas de atendimento direcionado para a clientela específica. Se, quando há um paciente internado e há uma necessidade emergente das demandas que vem do material escolar da criança, da escola de origem, a gente implementa, automaticamente, um educativo-escolar, uma proposta que é mais voltada primeiramente a atender o material que a criança traz da escola. Mas também não abandonamos a nossa bandeira, que é o lúdico-educativo, que é uma abordagem mais leve, já evitando o estresse da hospitalização. Trabalhamos o conteúdo, mas com aquela pincelada de maior sabor, de maior envolvimento. E quando é paciente ambulatorial, aí se usa com mais vigor o lúdico-educativo, porque eles estão estudando, eles têm acesso ao mundo escolar, então nós trazemos aquela abordagem que a escola ainda não conseguiu apresentar, que são as oficinas pedagógicas diferenciadas. Eu procuro incentivar para que eles sejam sujeitos críticos. Que se sintam acolhidos, que não fiquem aqui só como doentes. Então eu me apoio em algumas falas de Paulo Freire, eu vejo que é um lugar onde eu posso trabalhar muito a afetividade. Então aqui é um espaço onde eu vejo as crianças livres para falar, livres para contar aquilo que estão sentindo, um espaço onde elas podem se libertar, um espaço onde eles podem sorrir, brincar”.

As informações encontradas na análise do Discurso do Sujeito Coletivo coincidem com os resultados apontados na pesquisa de Ortiz (2002). A pesquisa da referida autora, que buscou desvelar o fazer pedagógico de cinco classes hospitalares brasileiras, utilizando como critério para a escolha a antiguidade e o exercício da educação hospitalar, revela que 60% das propostas que direcionam as ações pedagógicas das instituições hospitalares é educativo-escolar e 40% é oferta lúdico-educativa. Segundo Fonseca, a oferta educativo-escolar:

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

situação e sua condição em uma aceitação ativa (construção cognitiva) e não em uma submissão ou resignação (1999, p. 35).

Sob esse prisma, a oferta educativo-escolar preconiza as exigências escolares formais e caracteriza-se pelo efetivo trabalho com os conteúdos e/ou materiais enviados pela escola de origem do aluno, objetivando o reingresso ao grupo escolar, sem defasagem na aprendizagem. É interessante destacar que a oferta educativo-escolar não exclui a possibilidade de aliar a ludicidade ao processo de ensino dos conteúdos escolares. Portanto, nas classes hospitalares do RS, essas tendências são complementares e não excludentes entre si. Nessa perspectiva, o lúdico é utilizado de maneira intencional, com fins educacionais de aprendizagem. Complementamos ainda o pensamento com as palavras de Kishimoto:

(...) o brinquedo, o jogo, o aspecto lúdico e prazeroso que existem nos processos de ensinar e aprender não se encaixam nas concepções tradicionalistas de educação que priorizam a aquisição de conhecimentos, a disciplina e a ordem como valores primordiais a serem cultivados nas escolas. Esta dificuldade em olhar de modo inovador aspectos fundamentais e específicos da escola contribui para limitar as ações que realmente colaborem para a efetivação de mudanças significativas nas práticas pedagógicas utilizadas hoje (1997, p. 134).

Deve-se destacar que as tendências pedagógicas evidenciadas no fazer educacional das classes hospitalares do RS possuem relação intrínseca à concepção dos professores sobre a aprendizagem ou seja, para os profissionais da educação que atuam em ambiente hospitalar a educação deve considerar a individualidade da criança, suas condições clínicas, seus conhecimentos já adquiridos, basilando a proposta educativa em uma abordagem que diminua o estresse da hospitalização.

Tais pressupostos podem ser relacionados ao apontamento realizado por Libâneo (1994), ao enfatizar que o trabalho docente, entendido como atividade pedagógica do professor, deve buscar atingir objetivos primordiais, como assegurar aos alunos o domínio seguro e duradouro dos conhecimentos científicos, criar condições e meios para que os alunos desenvolvam capacidades e habilidades intelectuais visando sua autonomia no processo de aprendizagem e independência de pensamento, e orientar as tarefas de ensino com o fim de ajudar os alunos a

escolherem um caminho na vida, a terem atitudes e convicções que norteiem suas opções diante dos problemas e situações da vida real.

Deve-se apontar que os projetos pedagógicos das classes hospitalares em estudo não transparecem com clareza quais concepções teóricas e tendências pedagógicas orientam a prática educativa. Os aspectos discutidos somente foram identificados de forma mais veemente na realização da entrevista semi-estruturada.

Por vez, a nona questão, “Como acontece o acompanhamento pedagógico destinado às crianças e adolescentes hospitalizados?”, possibilitou o encontro de três Idéias Centrais: a) O acompanhamento pedagógico acontece na sala da classe hospitalar e nos leitos, b) O acompanhamento pedagógico acontece através de oficinas pedagógicas e atendimento individualizado e c) Dificuldade para estruturar um trabalho educacional para os bebês.

Quanto à primeira Idéia Central, nomeada por “O acompanhamento pedagógico acontece na sala da classe hospitalar e nos leitos”, verifica-se maiores explicitações no Discurso do Sujeito Coletivo produzido: “Na sala e nos leitos. Quando é possível formar grupos, nós formamos na sala de aula, e quando tem muito isolamento, que é o caso da pediatria, atendemos nos quartos. É de acordo com as patologias que tem. Há o atendimento em isolamento, o atendimento individualizado na sala e o atendimento em grupo. A gente foca mais aquelas crianças em idade escolar. Eu entro no quarto, converso com ela, fico sabendo que série que ela está, quem é o professor, porque eu tenho essa possibilidade por conhecer as escolas. Conheço muitos professores. E daí eu vou lá no setor de enfermagem, e vejo em média quanto tempo ela vai ficar. Eu trago eles aqui para a sala e consigo fazer um atendimento individual, consigo saber o que eles estão trabalhando na escola, consigo trabalhar com reforço escolar, eu consigo, por exemplo, ligar para a professora e combinar para ela mandar material”.

Pode-se indicar que o acompanhamento pedagógico destinado às crianças e jovens hospitalizados nas classes hospitalares do RS estão em conformidade, no que tange à oferta educativa, com as atribuições propostas pelo documento Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações, ao fazer a seguinte ressalva:

Além de um espaço próprio para a classe hospitalar, o atendimento propriamente dito poderá desenvolver-se na enfermaria, no leito ou no

quarto de isolamento, uma vez que restrições impostas ao educando por sua condição clínica ou de tratamento assim requeiram. O atendimento pedagógico poderá também ser solicitado pelo ambulatório do hospital onde poderá ser organizada uma sala específica da classe hospitalar ou utilizar-se os espaços para atendimento educacional (MEC/SEESP, 2002, p. 16).

Aos comentários anteriores, pode-se articular a segunda Idéia Central da nona questão, identificada como “O acompanhamento pedagógico acontece através de oficinas pedagógicas e atendimento individualizado”. Essa Idéia Central vem representada pelo Discurso do Sujeito Coletivo a seguir: “O ambulatorial, como eu falei, é bem abarcado na proposta lúdico-educacional, ou educativa, conforme queira, e nós temos uma proposta de oficinas pedagógicas. Tem um rol bem grande de ofertas de oficinas, que nós vamos fazendo rodízios porque a criança, às vezes, permanece por dois anos e meio no tratamento. Então para não ficar com oficinas defasadas, ou repetitivas, a gente vai trocando a proposta. E nós temos afora isso, sempre uma lacuna que a gente atende também a educação escolar mesmo. Quando as crianças trazem o material do colégio, apresentando as dúvidas escolares, nós conseguimos sempre achar um espaço na agenda para solucionar as dificuldades de aprendizagem de cada criança. E o Ensino Médio é a mesma proposta, disponibilizamos a internet para o Ensino Médio e a oficina de informática também ela entra no ambulatório. Então, cada dia tem uma oficina, por exemplo, oficina da dança, a oficina do brinquedo de sucata, a oficina da música, a oficina de jogos, brincando na rua, que são brincadeiras de corda, sabe, eu trabalho com as oficinas”.

Desse modo, pode-se evidenciar que, na perspectiva do trabalho educacional desenvolvido nas classes hospitalares do RS, percebe-se que a diferenciação torna-se elemento fundante na qualidade do ensino. Sob esse prisma, é necessário atentar que, diferenciar pedagogicamente, ou seja, individualizar os percursos de aprendizagem, não significa em nenhum momento desprezar a interação entre os indivíduos. A relação entre os pares exerce papel fundamental na aprendizagem dos educandos e o confronto das diferentes capacidades cognitivas entre aluno/aluno e aluno/professor é que facilitam a problematização das situações e o compartilhamento de conhecimentos.

Visto a relevância e a complexidade de estruturação e aplicação das estratégias de ensino em ambiente hospitalar, pode-se afirmar que esse ambiente de ensino, inserido no hospital, preocupa-se em elaborar estratégias e

procedimentos de ensino que são utilizados como mediadores para acolher e desenvolver as potencialidades do aluno, considerando as diferentes capacidades cognitivas.

Perrenoud (2001) discorre que se deve atentar para a forma como a escola faz para fabricar sucessos e fracassos. Para aprofundar sua reflexão, o autor distingue três mecanismos complementares: 1) o currículo, ou o caminho que desejamos que os alunos percorram (necessidade de considerar que nem todos alunos partem do mesmo ponto e não dispõem dos mesmos recursos para avançar); 2) ajuda que o professor proporciona para que cada aluno possa percorrer o caminho (surge o problema da indiferença às diferenças, a ajuda padronizada promoverá a chegada dos mais bem preparados enquanto os demais não atingirão os objetivos); 3) modo de avaliação (contribui expressivamente para minimizar ou dramatizar as desigualdades de aprendizagem, ou ainda, “a avaliação cria suas próprias desigualdades, quando inclina a estimativa das competências a favor dos bons ou de crianças socialmente favorecidas, mesmo sendo equitativa, ela fabrica desigualdade por meio da realidade dos desvios”) (PERRENOUD, 2001, p.21).

Sob este prisma, diferenciar na prática pedagógica deve ser organizar as intenções e as atividades de modo que cada aluno seja confrontado constantemente, ou ao menos com bastante freqüência, com as situações didáticas mais fecundas para ele, ou ainda, é individualizar as informações e as explicações dadas pelo professor, as atividades e o trabalho dos alunos em sala de aula e em casa, a observação e a avaliação. Nas palavras do mesmo autor:

O desejo de diferenciação acrescenta outra dificuldade à busca dessas atividades: o sentido de uma atividade ou de uma situação varia de uma criança para outra, segundo sua personalidade, suas aspirações, seus interesses, seu capital cultural, sua relação com o jogo e com o trabalho. Assim, é preciso diferenciar as atividades globais ou os papéis individuais no contexto das mesmas para que cada um encontre nelas um sentido e a oportunidade de aprendizagens também significativas (PERRENOUD, 2001, p. 36).

O que se pretende destacar no que tange à diferenciação, é que as classes hospitalares do RS, em sua dimensão pedagógica, propõem atividades que são elaboradas com intuito de valorizar os conhecimentos prévios das crianças, possibilitando o desencadeamento da aprendizagem a partir da estimulação das potencialidades de cada aluno-paciente.

Para tal, verificam-se modificações significativas quanto ao currículo, ajuda do professor e avaliação, escapando dos moldes tradicionais de ensino. Percebe-se que, embora a função da classe hospitalar seja articular ações educacionais para a inclusão do aluno hospitalizado na escola comum, há o investimento em um fazer pedagógico diferenciado da maioria das escolas. Pode-se identificar este aspecto ao analisar a viabilidade da realização de oficinas pedagógicas como estratégias desencadeadoras de aprendizagem, já que permitem a construção do conhecimento de forma interativa, valorizando os diferentes saberes e permitindo a participação ativa de crianças com diferentes faixas etárias e níveis de escolarização. Nesse sentido, o trabalho pedagógico por oficinas permite a aproximação da identidade dos alunos, favorecendo a construção da subjetividade, a revisão da organização do currículo por disciplinas e a maneira de situá-lo no tempo e no espaço escolares, considerando as transformações que permeiam a sociedade e a construção dos saberes.

A terceira Idéia Central “Dificuldade para estruturar um trabalho educacional para os bebês”, demonstra uma necessidade e/ou um aspecto que precisa ser aperfeiçoado na prática educativa das classes hospitalares do RS, que se refere ao trabalho desenvolvido com as crianças com faixa etária entre 0 e 3 anos. Percebe-se tal aspecto na seguinte produção discursiva da coletividade: “Eu ainda não consigo trabalhar com aquelas criancinhas, por exemplo, os bebezinhos, os de colo, de 8 meses. Então quando eles chegam aqui eu procuro atentar à mãe, conversar com a mãe, saber um pouquinho do porquê que ele veio para o hospital, me interar um pouquinho deles. E daí então eu trabalho com aqueles brinquedos da fase de 1 aninho, de 8 meses, de 7 meses. Isso até 2 anos. Então, converso com a mãe, mostro a sala, o que ela pode utilizar, com o que ela pode brincar, joguinhos de colocar no potinho, tirar, que eles gostam muito. Tem épocas, em que tem bastante criança, por exemplo, digamos, de 28 leitos, 17 leitos são de pequeninhos. Então tem épocas que tem eles aqui, então eu fico muito preocupada porque com os pequeninhos, ainda não consegui estruturar um trabalho mais significativo no meu ver”.

Fonseca (2003) aponta a necessidade do professor de classe hospitalar conhecer o desenvolvimento infantil e as teorias de aprendizagem, a fim de articular um planejamento coerente com as especificidades da criança. Nesse sentido, a autora destaca a atenção que o professor que atua em ambiente hospitalar deve

despender para o atendimento pedagógico-educacional ao bebê hospitalizado. A esse respeito, Fonseca evidencia:

Quanto mais oportunidades a criança tiver para fazer e/ou experimentar coisas, quanto mais chances ela terá de plenamente desenvolver as suas potencialidades. Novas experiências são oportunidades para o desenvolvimento de novas competências. A criança pequena gosta muito de novidades, e essa curiosidade natural a impele a novas situações, contribuindo, assim, para que amplie a consciência de si e a noção do mundo ao seu redor, e isto não exclui a criança doente (2003, p. 49).

Sob esse prisma, é relevante considerar a importância da brincadeira, pois através do ato de brincar que a criança explora seu contexto circundante e assimila diferentes conceitos e experiências. Desta forma, é interessante ressaltar a necessidade de o professor pensar e planejar as ações educacionais para os bebês hospitalizados com criatividade, objetivando oferecer um circuito de atividades diversificadas. A esse respeito, recorre-se novamente às palavras de Fonseca:

O trabalho pedagógico-educacional com bebês e crianças pequenas hospitalizadas, ou seja, na faixa etária para a educação infantil, não pode deixar de valer-se de materiais lúdicos e brinquedos. Entretanto, é preciso ter conhecimento criterioso das possibilidades de tais materiais, assim como ter boa percepção de quem é a criança para a qual estamos planejando as atividades que se valerão de tais recursos (2003, p. 68).

Logo, tendo em vista a importância da brincadeira para as crianças da educação infantil hospitalizadas, cabe ao professor organizar os materiais lúdico-educativos de acordo com as diferentes faixas etárias, observando que tais recursos serão utilizados em ambiência hospitalar, o que também requer um cuidado mais atento.

A décima questão “Que recursos, métodos e técnicas são utilizados para desencadear a aprendizagem dos educandos?”, buscou clarear maiores informações acerca da prática educativa no cotidiano das classes hospitalares do RS. Desta pergunta, foram extraídas três Idéias Centrais: a) A classe hospitalar utiliza recursos diversificados na prática educativa; b) Ensino globalizado e c) O material trabalhado pelo aluno é remetido à escola.

A primeira Idéia Central “A classe hospitalar utiliza recursos diversificados na prática educativa” aparece representada pelo Discurso do Sujeito Coletivo: “Primeiro,

fazemos uma sondagem. Tentamos vincular o trabalho à realidade da criança porque ela vai voltar para o ambiente escolar. Mas, nós temos várias opções, temos jogos, temos atividades no computador. Fazemos sempre uma sondagem. Como são grupos pequenos e o trabalho é individualizado fica bem mais fácil trabalhar com material concreto. Para contagem nós utilizamos tampinha de garrafa pet, porque é um material que dá para lavar, higienizar, passar álcool, secar e voltar a usar novamente. Se for para o isolamento, a tampinha fica lá. Então tem do jogo do computador, que é um trabalho de conquista, pois muitas vezes as crianças querem só ficar no quarto porque estão depressivas. Os jogos, são jogos educativos, pedagógicos, memória de frutas, de animais, coordenação motora, a gente trabalha com informática. Um dos materiais que é muito útil para nós, são os encartes de supermercado, recorte e colagem, além de estar dentro da realidade de muitos é um material bom para usar com a tesoura porque ele é mais firme. A gente ainda usa poesia, tem música e colagem, usamos muitas atividades, além da computação e da biblioteca. Então é sempre o material concreto que nós usamos, a utilização dos jogos pedagógicos, que nós temos bastante, a literatura, usa-se muitos livros, também. Não é muito material pronto porque para nós não envolve muitos “que-fazer”.

Valendo-se das informações contidas no Discurso do Sujeito Coletivo das classes hospitalares do RS, referindo-se aos recursos, métodos e técnicas, é interessante destacar que na prática educativa em contexto hospitalar, assim como em qualquer outro ambiente que se envolva com as questões de aprendizagem, é preciso haver coerência entre a concepção de aprendizagem do professor, os objetivos educacionais, o conteúdo a ser trabalhado, os recursos, métodos e técnicas utilizados e a avaliação do processo.

A necessidade de diferentes recursos na prática educativa em ambiente hospitalar é justificada pela forma como a prática educativa é articulada, através de oficinas pedagógicas e atendimento individualizado para alunos com diversas faixas etárias e provenientes de ambientes educacionais diferenciados. Essas alternativas de aprendizagem atentam aos pressupostos elencados por Zabala (1998), quando discorre que as aprendizagens dependem das características singulares de cada um dos aprendizes, que devem corresponder às experiências dos alunos buscando respeitar a forma como cada um aprende e seu ritmo de aprendizagem e que devem considerar as capacidades, motivações e interesses de cada um. Segundo Zabala,

desse processo “(...) decorre um enfoque pedagógico que deve observar a atenção à diversidade dos alunos como eixo estruturador” (1998, p. 34).

Tais aspectos pontuados quanto aos recursos utilizados para desencadear a aprendizagem dos alunos-pacientes das classes hospitalares do RS possuem profunda relação com a segunda Idéia Central, “Ensino globalizado”, parte da análise da décima pergunta. A Idéia Central “Ensino globalizado” é transparecida no discurso produzido pela coletividade representativa das classes hospitalares do RS: “A proposta é sempre assim, é que a educação não postula ser um elemento estressante. Então o viés que nós escolhemos é mais na proposta lúdico-educativo, sempre com atividades significantes, atividades que estimulem, que tenham uma intencionalidade, sempre amarrando vários conteúdos em uma proposta de trabalho. Um dos critérios é que tem que ser uma atividade criativa, de interesse do aluno, que tenha um interesse educacional e consiga congrega todo esse jogo de intenções. Então, é esse tipo de proposta que para nós é mais interessante, porque nós trabalhamos o viés da educação como integralidade, aquele ensino globalizado, mas que não fica amarrado no ensino de português, matemática, ciências. Nós usamos uma abordagem geral, que o aluno sai com aquela idéia de que o conteúdo não é fragmentado, é um conteúdo globalizado. Nós também seguimos a idéia de construção de jogos, usamos algum material que já existe, industrializado, também com a possibilidade de construir e remodelar propostas de materiais como maquetes”.

Esse discurso demonstra a iniciativa dos profissionais da educação que atuam nas classes hospitalares do RS em buscar implementar propostas e experiências que rompam com a organização do ensino por unidades centradas em disciplinas, mas revela a tentativa de estabelecer relações entre os conteúdos das diversas áreas do conhecimento. Zabala (1998) referencia que os métodos denominados globalizadores não têm seu ponto de partida na lógica das disciplinas, mas são sistemas que “(...) os conteúdos de aprendizagem e sua organização em unidades didáticas só são relevantes em função de sua capacidade para compreender uma ‘realidade’ que sempre se manifesta ‘globalmente’” (1998, p. 141). Ainda, segundo o mesmo autor:

O alvo e o referencial organizador fundamental é o aluno e suas necessidades educativas. As disciplinas têm um valor subsidiário, a

relevância dos conteúdos de aprendizagem está em função da potencialidade formativa e não apenas da importância disciplinar (ZABALA, 1998, p. 142).

Na perspectiva de Zabala (1998), os métodos globalizadores têm sua origem quando o aluno passa a ser o protagonista do ensino, quando o fio condutor da educação desloca-se das disciplinas e investe no aluno como eixo articulador do ensino, considerando no planejamento e execução das ações educativas suas capacidades, interesses e motivações. Como referencia o autor: “Num modelo globalizador, os alunos sempre conhecem o sentido da tarefa que realizam. As estratégias globalizadoras pretendem que aquilo que se aprende parta de uma necessidade sentida e não de conhecimentos impostos *a priori*” (ZABALA, 1998, p. 159).

Por vez, a terceira Idéia Central “O material trabalhado pelo aluno é remetido à escola” demonstra a inter-relação estabelecida entre a proposta educacional da classe hospitalar e a escola de origem da criança. O Discurso do Sujeito Coletivo a seguir explicita com mais detalhes este procedimento: “A tarefa que ela faz com a gente vai para a escola. Se o espaço de internação é grande, nós telefonamos para a escola e pedimos para mandarem material. Então o material vem pelo correio. Então, se a criança recebe aquela folhinha mimeografada, ela tem que saber que ela volta para lá e vai trabalhar com aquela mesma linha. E esse material retorna todo para a escola porque a resolução 230 dá o respaldo do ensino domiciliar. Tudo que eles fazem é posto no próprio envelope deles, tudo que eles fazem é enviado para a escola”.

A prática educativa viabilizada pelas classes hospitalares do RS, seguindo a concepção educativo-escolar e lúdica educativa, demonstra que a avaliação do processo de aprendizagem das crianças é realizado a partir da produção de portfólios individuais. Ou seja, são organizados compêndios com as atividades desenvolvidas pelas crianças durante o período de hospitalização, com registro de data, que conforme informou a professora são enviados para a escola de origem da criança com a finalidade de informar ao professor daquela instituição os conteúdos que foram trabalhados, inclusive aqueles dinamizados além do material enviado pela escola, servindo também como uma forma de registrar as aulas dinamizadas e abonar as faltas. Segundo Libâneo:

A avaliação é uma tarefa complexa que não se resume à realização de provas e atribuição de notas. A mensuração apenas proporciona dados que devem ser submetidos a uma apreciação qualitativa. A avaliação, assim, cumpre funções pedagógico-didáticas, de diagnóstico e de controle em relação às quais se recorre a instrumentos de verificação do rendimento escolar (1994, p.195).

Tratando-se especificamente do aluno-paciente hospitalizado, Fonseca (2003), alerta para a necessidade do professor da classe hospitalar registrar diariamente suas impressões e observações sobre o desempenho de cada criança nas atividades propostas. Realizando esse procedimento, o professor adquire a habilidade de avaliar a totalidade do processo de aprendizagem do aluno e contribui positivamente na elaboração de um relatório mais completo do desempenho do infantil, que sirva como guia para o professor da escola comum dar continuidade ao trabalho educacional.

No que tange à avaliação da aprendizagem dos alunos-pacientes, é interessante destacar que os projetos pedagógicos das classes hospitalares em análise prevêem a construção/organização de fichamentos dos alunos. O projeto pedagógico da classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria (1995) aponta que a observação e o preenchimento de fichas com as evidências das ações educativas serão utilizados como instrumentos de avaliação do projeto pedagógico e do desenvolvimento do aluno. No mesmo sentido, o projeto pedagógico da classe hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2001), postula como instrumento avaliativo uma Ficha de Referência Pedagógica Hospitalar, contendo um relatório do atendimento pedagógico realizado e do desempenho do paciente, sendo que este instrumento é enviado para a escola como um elemento facilitador para o reingresso do aluno.

A décima primeira pergunta pretende verificar aspectos relacionados ao projeto pedagógico das classes hospitalares do RS, tendo como sentença “A classe hospitalar possui projeto pedagógico? Que ações estão previstas nesse documento?”. Desta pergunta, tiveram origem duas Idéias Centrais: a) A classe hospitalar possui projeto pedagógico desde a sua implantação e b) Desafio da implementação de um projeto pedagógico na instituição hospitalar.

No que tange a primeira Idéia Central, pontua o Discurso do Sujeito Coletivo: “A classe hospitalar tem um projeto estruturado. Nós temos uma pauta pedagógica,

um projeto instituído, que está sempre sistematicamente sendo re-avaliado. Afora as ações específicas pedagógicas, as ações didáticas na sala de aula, há sempre aquela proposta da socialização, de adaptar a criança nesse mundo hospitalar, fizemos passeios, festas. É um leque maior, não fica atrelado só a um saber específico educacional. Então a classe possui um projeto, desde sua criação, a cada ano o modificamos conforme os objetivos são atingidos e novas necessidades vão surgindo. As ações previstas são de um atendimento lúdico que amenize a estadia do pequeno enquanto internado”.

A justificativa para realização da reflexão sobre o projeto pedagógico das classes hospitalares do RS parte do pressuposto da evidente ampliação das discussões no campo educacional no que tange à elaboração e implementação do projeto pedagógico nos últimos anos, principalmente após a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN 9394/96, que em seu artigo 12 explicita que os estabelecimentos de ensino, respeitadas as normas comuns e as do seu sistema de ensino, terão a incumbência de:

I. elaborar e executar sua proposta pedagógica; II. Administrar seu pessoal e seus recursos materiais e financeiros; III. Assegurar o cumprimento dos dias letivos e horas-aulas estabelecidas; IV. Velar pelo plano de trabalho de cada docente; V. promover meios para a recuperação de alunos de menor rendimento; VI. Articular-se com as famílias e a comunidade, criando processos de integração da sociedade com a escola; VII. Informar os pais e responsáveis sobre a freqüência e o rendimento dos alunos, bem como sobre a execução de sua proposta pedagógica. (LDB/96, art. 12).

Tais informações referem-se à escola comum, porém, sendo a classe hospitalar uma modalidade de atendimento da Educação Especial, legalmente reconhecida, também é necessário analisar o processo de elaboração e execução dos projetos pedagógicos. É imprescindível, nesse contexto de discussão, pontuar os objetivos orientadores dos projetos pedagógicos das classes hospitalares em estudo. O projeto pedagógico da classe hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pontua como objetivos:

Proporcionar à criança e ao adolescente hospitalizados a possibilidade de construir o conhecimento através do Programa de Apoio Pedagógico visando estabelecer, manter ou resgatar o vínculo com a instituição escolar, bem como garantir o previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente Hospitalizado; Enriquecer o contexto hospital/família/escola ampliando as possibilidades de interlocução entre os mesmos; Estabelecer, manter e

resgatar o vínculo com a instituição escolar, tendo em vista e reintegração social e escolar do paciente assim que clinicamente possível e sem prejuízo no processo de aprendizagem e viabilizar a continuidade dos estudos e a futura escolha profissional, evitando possível discriminação e evasão escolar; Proporcionar à criança e ao adolescente hospitalizado a possibilidade de construir o conhecimento através de atividades lúdico-produtivas, respeitando a faixa etária, os interesses, sempre que possível, adequados ao currículo escolar correspondente a série que frequenta, assim que clinicamente recomendado” (PROJETO: PROGRAMA DE APOIO PEDAGÓGICO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS, 2001).

Já o projeto pedagógico da classe hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria, tendo em vista sua realidade específica, postula o seguinte objetivo geral:

Delinear o espaço do aprender em situação hospitalar, evidenciando metodologias que privilegiem a socialização, o despertar da curiosidade tecnológica, o gosto pelo imaginário literário e, sem contudo, desconhecer a tarefa fundamental da escola que é a produção do saber (EDUCAÇÃO E SAÚDE: UMA PROPOSTA PARA O SERVIÇO DE HEMATO-ONCOLOGIA, 1995).

Por vez a classe hospitalar do Hospital Santa Terezinha de Erechim elenca seus objetivos:

Contribuir para prevenir o fracasso escolar de crianças hospitalizadas, devido ao afastamento da escola para internação; Manter o vínculo com a escola durante a hospitalização da criança, para que no seu retorno haja continuidade no processo de aprendizagem; Desenvolver projetos de colaboração entre alunos de diferentes licenciaturas para programar visitas e estágios no hospital, objetivando maior integração entre hospital e comunidade (PROJETO SALA DE RECREAÇÃO E APOIO PEDAGÓGICO HOSPITALAR, 2004).

Dessa forma, acredita-se que é necessário ampliar as discussões acerca da elaboração das propostas pedagógicas das classes hospitalares e de outras modalidades da educação que transcendem a escola, a exemplo das escolas itinerantes e demais alternativas de cunho educacional. Para tal, são utilizados os pressupostos elencados por Benincá (2002, p. 30), quando afirma que a proposta pedagógica “(...) é entendida como metodologia da práxis”. Na concepção desse autor, a ação pedagógica deve consistir em uma ação conjunta, entendendo a elaboração da proposta pedagógica como instrumento para orientar a ação e a

reflexão nas escolas. Diante disso, Benincá (2002) aponta uma sugestão auxiliadora na tarefa de elaborar a proposta pedagógica dos estabelecimentos de ensino, elencando alguns aspectos que merecem atenção, a saber: a problematização da realidade escolar, os objetivos da proposta pedagógica, a metodologia, o sujeito pedagógico da escola, a condução do processo pedagógico, a credibilidade nas relações sociais, a esperança e a utopia, o exercício do poder-serviço e a avaliação.

Vale destacar que tais aspectos não são considerados como estanques e isolados no entendimento de Benincá (2002), mas constituem uma possibilidade de orientar a elaboração da proposta pedagógica, entendendo-a como um processo dialético, e por isso, como ação política. Para Benincá (2002), a elaboração da proposta pedagógica começa pela problematização da realidade escolar, partindo do resgate da totalidade das relações sociais que perpassam o cotidiano da escola. Nas suas palavras “A problematização é uma forma de compreender a realidade educacional levando em consideração as contradições a ela inerentes e a totalidade na qual está inserida” (BENINCÁ, 2002, p. 31). Emerge, dessa forma a problematização da realidade educacional das classes hospitalares, entendendo-a como um processo constante de construção do conhecimento com base no cotidiano das relações pedagógicas.

Nesse sentido, aliado à realidade educacional da classe hospitalar, destaca-se a segunda Idéia Central da décima primeira pergunta “Desafio da implementação de um projeto pedagógico na instituição hospitalar”, revelado pela produção discursiva da coletividade: “O desafio maior, eu penso assim, é que o profissional não pode ser seduzido pela realidade e pelo discurso do hospital. O profissional de educação, que atua em classe hospitalar, tem que ter claro o seu ‘que-fazer’. Ele tem que saber que o seu estatuto é promover o ensino, tem que estar com isso claro para seguir a sua bandeira da educação sempre. Apesar de sentir que às vezes o espaço é adverso, que não vai conseguir concretizar aquela bandeira, ele tem que estar sempre com aquela meta. Eu acho que esse é um dos desafios. Claro que o contexto na entrada, não é tão propício porque é um discurso novo em uma ala que já está sedimentada. Há um discurso de saúde, de cuidados, de silêncios que já estão sedimentados dentro do hospital; quem entra novo, tem que se adequar. Então a educação tem que se adequar àquele espaço, mas ela não pode ferir os seus princípios de educação e nem ferir aquela aclamação que nós fizemos quanto à relação professor-aluno. Embora a saúde prega um certo distanciamento, nós da

educação temos que provar e apostar no contrário, na aproximação. A aproximação entre os pares, entre os alunos, entre a equipe; esses são os desafios que tange à prática da educação, tanto no discurso, quanto na ação”.

Nesse entendimento, a elaboração dos objetivos orientadores do projeto pedagógico das classes hospitalares deve considerar os desafios impostos pela realidade hospitalar. Acredita-se que a proposta pedagógica deva contemplar uma prática educativa que tenha suporte na garantia da qualidade de vida da criança em tratamento e no seu atendimento integral, viabilizada pela equipe multiprofissional. Esse contexto pedagógico diferenciado, requer que todos envolvidos na ação educativa sejam sujeitos do processo: alunos, professores, familiares e equipe de saúde que atuam no contexto da realidade hospitalar. Como referencia Benincá: “A epistemologia da pedagogia da práxis procura superar a dicotomia teoria/prática e sujeito/objeto, em busca de uma nova relação sujeito/sujeito, cuja prática pedagógica seja uma práxis social” (2002, p. 37). Nesse entendimento, a proposta pedagógica da classe hospitalar deve ser elaborada pelos diversos sujeitos inseridos nesse lócus, sem sobrepor os interesses de um aos demais. Conforme Benincá:

Reserva-se, portanto, essa denominação a um determinado modelo de proposta, cujo processo de produção se dá através da relação dialética que esses sujeitos estabelecem entre si e através da construção participativa, da qual o confronto dialógico é um critério, constituindo-se, também, num meio de torná-la dinâmica e enriquecedora. A proposta pedagógica, vista dessa forma, evidencia o caminho a ser assumido pelos sujeitos e o modo como será gerenciado o seu poder (2002, p. 42).

Logo, a proposta pedagógica embasada na dialética dos sujeitos envolvidos no processo, requer que haja gerenciamento do poder em todos os níveis da relação social e compromisso ético entre as pessoas da comunidade escolar. Parte-se, então, do pressuposto que a credibilidade entre pais, alunos-pacientes e equipe multiprofissional viabiliza o diálogo como estratégia para a ação coletiva em ambientes de ensino hospitalares.

A última pergunta constituinte da dimensão pedagógica das classes hospitalares do RS, a indagação décima segunda, sentenciada por “Como é a relação entre a classe hospitalar e a escola de origem do paciente-aluno? Como acontece esse procedimento?”, desvelou quatro Idéias Centrais, tais sejam: a) O vínculo entre a classe hospitalar e a escola acontece por telefone e por correio; b)

Dificuldade das escolas aceitarem a proposta no início do trabalho; c) Importância da integração entre a classe hospitalar e a escola e d) O vínculo entre a classe hospitalar e a escola acontece através dos pais.

A primeira Idéia Central “O vínculo entre a classe hospitalar e a escola acontece por telefone e por correio” aparece representada pelo seguinte discurso: “Por telefone. Sempre que o aluno chega ou que nós sabemos que no início do ano ele vai retornar, então nós já ligamos para todas as escolas e pedimos o plano de curso da escola por correio. E aí nós telefonamos para a escola. E nas crianças transplantadas, a gente faz um acordo com as escolas, pois às vezes elas ficam seis meses depois do transplante sem poder ir para a escola e perdem o ano escolar. Então as escolas arrumam uma maneira de levar as atividades até a criança, e depois no final do ano elas aplicam as provas. A gente tem tido uma boa experiência, um bom retorno. A ligação é feita em atitude de cobrança. Mas no momento que eu envio os documentos para as escolas, o setor já está mobilizado para a cobrança”.

Essas informações elucidam que a forma mais eficiente de manter vínculos informativos com as escolas comuns, adotadas pelas classes hospitalares do RS, é através de postagem dos conteúdos e materiais pedagógicos dinamizados e através de conversas entre as professoras das duas instituições de ensino – classe hospitalar e escola de origem do aluno-paciente – e por telefone.

É interessante, pois, remeter-se à questão dos recursos financeiros e materiais, já explicitados nessa análise, sem os quais não é possível manter articulações entre os trabalhos educacionais desenvolvidos nas classes hospitalares e nas escolas comuns. A esse respeito, o documento do Ministério da Educação (2002), que atribui as estratégias e orientações para a estruturação das classes hospitalares, enfatiza: “(...) a disponibilidade desses recursos propiciará as condições mínimas para que o educando mantenha contato com colegas e professores de sua escola, quando for o caso” (MEC/SEESP, 2002, p. 16). Ou seja, a denúncia quanto ao fato dos recursos serem restritos conduz a questionamentos da qualidade oferecida, mas, sobretudo, pode tornar-se uma ameaça para que haja a necessária vinculação entre a classe hospitalar e a escola comum, com vistas à inclusão do aluno hospitalizado.

“Dificuldade das escolas aceitarem a proposta no início do trabalho” consiste na segunda Idéia Central da pergunta décima segunda. Tal Idéia Central vem

representada pelo Discurso do Sujeito Coletivo: “Logo no início era difícil as escolas aceitarem. E com o tempo, com a gente conversando com as escolas, elas se sensibilizaram”. Esse conjunto discursivo da coletividade demonstra as resistências que as classes hospitalares enfrentaram no início da sua proposta educativa de trabalho, tanto pelas instituições hospitalares, como já referido, quanto pelas instituições escolares. Essa atitude pode ser justificada pelo desconhecimento dos objetivos da classe hospitalar e pela falta de maior veiculação da existência desses ambientes de ensino. Tais informações levam a concluir que o desconhecido, o receio em relação a uma nova proposta de trabalho podem levar à resistência no que tange à manutenção de vínculos e trabalho em parceria. No entanto, destaca-se que, no decorrer da pesquisa, esse desafio já é visto pelos profissionais da educação que atuam nas classes hospitalares do RS como um empecilho já superado, tanto que apenas destacam este aspecto referindo-se às dificuldades que encontram no início da implementação do trabalho.

A terceira Idéia Central “Importância da integração entre a classe hospitalar e a escola”, é nomeada tendo em vista a produção discursiva da coletividade evidenciada a seguir: “Eu acho que a gente tem uma integração bem grande com as escolas. Principalmente porque o projeto trabalha muito com a inclusão. Essas crianças doentes sempre eram excluídas dado o número de faltas que teriam dentro do regulamento da escola. Então como o projeto trabalha com a inclusão, que é o básico dele, então essa integração é muito importante e dá resultados. Por que a resolução 230 ela diz que a escola tem que mandar o professor na casa do aluno. Só que em vez de precisar ir o professor, nós já estamos dentro do hospital e fazendo esse trabalho. No momento em que a criança interna no hospital, eu sempre vou procurá-la, apresento-me enquanto professora, apresento o serviço para o paciente infantil e nós colocamos para a criança que é dado a oportunidade dela continuar estudando, apesar de estar hospitalizada. E mediante o aceite, se a criança quer continuar os estudos regulares, daí sim se processa um mecanismo de envio de correspondência para a escola de origem da criança. Porque a gente entende a realidade daquilo que está sendo apresentado para o pai, no momento de uma hospitalização, com toda a gama de preocupações, de informações referentes à saúde e a própria realidade do tratamento, nós entendemos que também tem que ser visto este lado, e a educação, automaticamente, não vai conseguir ser considerada como prioritária para os pais no momento que eles estão lidando entre

a vida e a morte. Então nós esperamos o momento oportuno. Quando o pai se sentir com garantias, percebendo que o tratamento vai evoluir, que o filho vai superar todo esse drama, automaticamente ele vai perceber que a educação vai ter que ser apresentada para o filho, porque o futuro vai se apresentar para o filho. Automaticamente a educação precisa estar junto”.

Em suma, de acordo com a produção discursiva anteriormente explicitada, a importância da integração entre a classe hospitalar e a escola é destacada tendo em vista a inclusão do aluno-paciente após a alta hospitalar. Quanto à inclusão, Sasaki afirma que:

Este movimento tem por objetivo a construção de uma sociedade realmente para todas as pessoas, sob a inspiração de novos princípios dentre os quais se destacam: celebração das diferenças, direito de pertencer, valorização da diversidade humana, solidariedade humanitária, igual importância das minorias, cidadania com qualidade de vida (1997, p. 17).

Ortiz e Freitas (2005) apontam a necessidade de observar e compreender o desafio que o retorno à escola representa para uma criança que estava hospitalizada. Conforme as autoras enfatizam: “Nestas circunstâncias, há que se atentar para que a continuidade da caminhada educacional não seja vista pela criança como um drama a ser superado, mas antes, um evento de adaptação à normalização da vida” (ORTIZ E FREITAS, 2005, p. 73). Sob esse prisma, é necessário que o professor da escola de origem da criança pós-hospitalizada promova um clima de amizade e receptividade, de aceitação das diferenças do colega que está reingressando à escola e garantia de bem-estar, buscando, evidentemente, maior compreensão quanto às condições clínicas da criança e informações específicas sobre o tratamento médico ou possíveis seqüelas. (ORTIZ E FREITAS, 2005).

“O vínculo entre a classe hospitalar e a escola acontece através dos pais” consiste na última Idéia Central da pergunta que pretende compreender como é a relação entre a classe hospitalar e a escola de origem do aluno-paciente. Dessa idéia central, configura-se o discurso apresentado: “Nós orientamos as mães para irem à escola e buscar o material para ele fazer. Os pais ajudam bastante, é integração. Então o elemento que leva a correspondência, é a mãe, previamente orientada, ou o pai, previamente orientado com a documentação. Aí estabelece-se o

vínculo com a escola e essa correspondência, esse vínculo dá conta de uma carta para a Diretora, dizendo que o infantil é paciente do hospital, vai um atestado médico, legitimando esses documentos todos, vai uma carta para a professora, explicando também os cuidados maiores que deve ter com a criança com esses tipos de patologias, e vai envelopado junto a cópia da Resolução 230, que consta os direitos da criança com relação ao ensino à distância. E a família vai amplamente sabedora dos direitos que tem, ela não vai com uma postura de submissão, ela vai consciente que tem um direito que a assiste, e que é um dever que as escolas também têm que cumprirem. Aí se estabelece o vínculo e a negociação para envio do material escolar para o hospital. O pai também está incumbido das suas responsabilidades, é ele que vai ser o portador da documentação, ele que irá cobrar da escola, trará o material e no momento que a escola não está cumprindo, quando ele esgotou o seu discurso, que não conseguiu o material escolar junto às escolas, ele vem para o setor, daí eu ligo para as escolas cobrando material escolar. Mas eles são os vigilantes, os mediadores e vigilantes. É aquela idéia sempre da relação hospital-família-escola”.

Observa-se um avanço significativo da prática educativa das classes hospitalares do RS, que não é referida no documento Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações (2002). Este aspecto diz respeito ao envolvimento dos pais nas atividades escolares dos filhos hospitalizados, superando a informação explicitada no documento que apenas se refere à importância dos pais estarem informados dos procedimentos médicos e terapêuticos.

Pode-se verificar que os pais assumem, em conjunto com os professores, a defesa pela escolarização dos filhos. Nessa prática, a classe hospitalar executa uma função política, já que busca informar os direitos e deveres à comunidade na qual está inserida. A classe hospitalar exerce o papel de informar os pais quanto aos direitos seus e dos filhos, buscando a garantia da educação e da saúde com qualidade, assegurando, nesse sentido, direitos constitucionais.

Na perspectiva de Sander (1981, 1995) a dimensão política engloba as estratégias de ação organizada dos participantes do sistema educacional. Nas suas palavras, “a importância da dimensão política radica nas responsabilidades específicas do sistema educacional e de suas escolas e universidades para com a sociedade” (SANDER, 1995, p. 62).

Nesse sentido, pode-se dizer que, nessa dimensão que opta por um critério essencialmente político, o sistema educacional deve buscar atender as necessidades e demandas sociais da comunidade a qual pertence. Logo, buscou-se compreender qual o papel político da classe hospitalar na sociedade a qual pertence, ou ainda de que forma esse ambiente de ensino articula suas ações para atender as necessidades da comunidade e em que medida essa comunidade participa do processo de gestão desse *lócus* de ensino e aprendizagem. Para tal, buscou-se compreender a dimensão política das classes hospitalares do RS através de perguntas que permitiram evidenciar a relevância das classes hospitalares para a comunidade do RS e a forma como estes ambientes de ensino articulam suas ações para atender as necessidades da comunidade a qual pertencem, a partir da consideração das características, valores e necessidades dos sujeitos.

A décima terceira questão, cujo enunciado é “Na sua opinião, qual a relevância da classe hospitalar para a sociedade?”, propiciou o desdobramento de três Idéias Centrais, apresentadas respectivamente: a) A classe hospitalar torna o período de hospitalização mais ameno; b) Rompimento de mitos; c) Inclusão e gosto pelo conhecimento.

Em relação à relevância da classe hospitalar para a sociedade, inter-relacionando as três Idéias Centrais, pode-se verificar que as classes hospitalares são imprescindíveis nas instituições de tratamento de saúde, pois auxiliam a criança na compreensão da sua dimensão existencial, tornando o período de hospitalização ameno, auxiliando também no que tange à continuação do contato com os conhecimentos sistematizados valorizados socialmente e, conseqüentemente, rompendo com pré-conceitos errôneos que permeiam a sociedade quanto à hospitalização. Ortiz e Freitas contribuem, nesse sentido, com a seguinte constatação:

Logo, a classe hospitalar precisa ser tomada como parâmetro de aperfeiçoamento pessoal e de desmarginalização da criança no retorno à rede escolar, tornando-se uma referência de mundo para a infância nos hospitais e fora dele. É, sem dúvida, uma abordagem de educação ressignificada como prioridade, ao lado do tratamento terapêutico (2005, p. 60).

A primeira Idéia Central, nomeada por “A classe hospitalar torna o período de hospitalização mais ameno”, permite concordância com Fonseca (2003, p. 7), ao

afirmar que: “(...) a dor, o medo, o mal-estar e a desconfiança são minimizados quando a criança tem a oportunidade de vivenciar a sala de aula dentro do hospital”. Tais aspectos são configurados através do discurso coletivo: “A hospitalização para criança se torna mais fácil. A auto-estima dessa criança cresce e ela não se sente desintegrada. Muda toda concepção, muda o isolamento; nesse caso, o isolamento é protetor. Na hora de ir embora, eles começam a diferenciar o comportamento, eles não estão querendo ir embora. É o medo de ir lá para fora. A classe, dentro do hospital é importante não só para a criança, mas é uma atenção que a gente dá para o nosso paciente, é um diferencial”.

“Rompimento de mitos” consiste na segunda Idéia Central da pergunta que versa sobre a relevância social da classe hospitalar. O discurso coletivo a seguir elucida esta temática: “Eles chegam para rever as professoras que estão trabalhando, então se cria um vínculo com o hospital que não é só aquela coisa negativa da doença, que demonstra que alguma coisa cativou. Na situação de romper com tabus, a educação mostrando que é possível estar situada junto com a necessidade terapêutica, acho que enfim, é o conhecimento mesmo que se apresenta. Nas questões da equipe de saúde a relevância da classe, além de mudar um pouco a aparência das relações, a facilidade com que a classe tem de aproximação com as crianças oportunizou que outras equipes também se sentissem a vontade em aproximarem-se dos pacientes, sem aquela cobrança interna de formação que o profissional vem. Serve também de exemplo para a equipe de saúde, porque a educação corporifica as Ciências Sociais e Humanas, então, é a invasão de um outro saber dentro da realidade das Ciências da Saúde. Então traz consigo toda uma abordagem, um discurso, uma prática vivenciada que sensibiliza certa ainda, rudeza, uma certa concretude que há sistematizada, uma sedimentação que há nas equipes de saúde, enquanto sociedade”.

Partindo destas informações, evidencia-se que a prática educativa das classes hospitalares do RS possibilitam o rompimento de mitos socialmente instituídos em relação ao hospital – anteriormente considerado somente como lugar de doença e agora visto também como ambiente de aprendizagem, convivência e amizade; o desmantelamento de entendimentos equivocados quanto à aprendizagem – já que permeava o entendimento que crianças doentes não podiam estudar e que deviam ficar resguardadas do ensino e da aprendizagem de conteúdos sistematizados visto que estavam hospitalizadas e a desconstrução de

concepções que sedimentaram historicamente as equipes de saúde – através da promoção de um discurso que defende a humanização das práticas de tratamento de saúde, através de ações multidisciplinares. Tais modificações no ambiente hospitalar que revelam a relevância social das classes hospitalares, podem ser relacionadas com as seguintes palavras de Fonseca:

O professor, com a participação do acompanhante e as contribuições dos profissionais de saúde, detém condições ótimas de demonstrar que o atendimento pedagógico-educacional no ambiente hospitalar em muito colabora para que a criança não se sinta presa no hospital e possa, além de melhorar a sua compreensão sobre o ambiente hospitalar em que está inserida, de alguma forma estabelecer, manter ou estreitar os seus laços com o mundo fora do hospital (2003, p. 31-32).

Por fim, a relevância da classe hospitalar também vem expressa por uma terceira Idéia Central, nomeada por “Inclusão e gosto pelo conhecimento”. Esta encontra-se explícita no feixe de informações que segue: “Mais uma vez eu acho que a inclusão. A relevância educacional da classe é trazer o gosto pelo conhecimento para uma criança que está com dificuldade de saúde, trazer a educação, não só o conteúdo pelo conteúdo, mas também a simbologia que há da educação mostrando o futuro da criança no momento em que ela está tão fragilizada, que parece que só a saúde que está sendo colocada para ela, e ela vê que há futuro, que tem possibilidade de crescimento. Eu acho que, para finalizar os vetores da classe hospitalar, a relevância é enquanto conhecimento mesmo, proporcionar conhecimento para a criança hospitalizada, conhecimento escolar. A classe, de uma certa forma, ela simboliza vida para eles, estimulação para a superação da doença para seguir a sua vida cotidiana. E a relevância também, dentro do aspecto social, é mostrar para a sociedade aquela situação da criança hospitalizada, sempre com as funções intelectivas a pleno vapor, que sai um pouco àquela idéia de hospital como um lugar de morte e apresenta sim, um lugar de vida, de crescimento pessoal, de valorização do ser humano e humanização da saúde, que eu acho que é a pauta maior”.

Observa-se que esse discurso coletivo relaciona-se intrinsecamente com o anterior, expressando com maior veemência a relevância social das classes hospitalares do RS, já que a defesa pelo conhecimento escolar é possível em função da quebra de preconceitos. Em suma, a relevância da classe hospitalar na

sociedade, expressa nas produções discursivas da coletividade que representa as classes hospitalares do RS, pode ser relacionada às seguintes palavras de Fonseca:

Também vemos a peculiaridade da educação no ambiente hospitalar como sendo a de assegurar a manutenção dos vínculos escolares, de devolver a criança para sua escola de origem com a certeza de que poderá reintegrar-se ao currículo e aos colegas sem prejuízos pelo afastamento temporário ou, ainda, de demonstrar, na prática, que o lugar da criança (mesmo com uma doença crônica, ou sob tratamento de saúde, ou uso de suporte terapêutico) é na escola, aprendendo e compondo experiências educacionais mediadas pelo mesmo professor que as demais crianças (2003, p. 8).

Na décima quarta questão buscou-se verificar: “De que forma a classe hospitalar articula as ações para atender às necessidades e demandas sociais da comunidade a que pertence?”. Tendo em vista a amplitude das ações de cunho político das classes hospitalares do RS, puderam-se destacar três Idéias Centrais: a) A classe hospitalar promove a defesa da escolarização das crianças hospitalizadas; b) A classe hospitalar se configura como um espaço de escuta; c) A classe hospitalar é articuladora do trabalho multidisciplinar.

O discurso produzido pela coletividade representativa das classes hospitalares do RS, referente à Idéia Central que afirma que a classe hospitalar promove a defesa da escolarização das crianças hospitalizadas, é exposto a seguir: “Dentro do viés social, a classe hospitalar procura, primeiro atender as necessidades que estão postas à classe hospitalar que é o encaminhamento dos filhos para a escola e promover a defesa da escolarização das crianças, cobrar o cumprimento das leis que protegem os alunos, tudo ligada mais àquela tarefa de escolarização”.

Este discurso coletivo pode ser associado à segunda Idéia Central, a classe hospitalar se configura como um espaço de escuta, enunciada através do discurso: “Havendo necessidades, não seriam bem financeiras, mas, na medida em que se percebe alguma necessidade de ordem econômica dos pais, por exemplo, quando eles têm carências alimentares ou carências financeiras, a classe procura auxiliar em campanhas arrecadando alimentos, já em vários casos nós fizemos isso. A classe não organiza, ela dá suporte para essa entrega de material, agrupar material para os pais, vestuário, utensílios domésticos para a alimentação, nunca dinheiro, só materiais. E ultimamente, o envolvimento da classe é no sentido de dar suporte para a estruturação da associação de pais e pacientes, que é um anseio, uma

necessidade crescente deles e a classe também não se furtou deste compromisso. Então está assessorando nessa parte. Também porque a classe, em tese, ela é um dos setores que mais se aproxima dos pacientes e faz a escuta pedagógica, a escuta oficial dos anseios dos familiares”.

Tais discursos entram em consonância com a proposta de “escuta pedagógica”, explicitada por Ceccim et al. (1997) e Ceccim (1999). Esta proposta permite tornar a prática da escuta em saúde como um agenciamento da vida, ou seja, pretende inserir no contexto hospitalar a escuta como instrumento estimulador da saúde, entendendo saúde como “aquele estado capaz de potencializar nossa capacidade humana (orgânica-intelectiva-afetiva) de estabelecer uma vida social de acordo com nossa necessidade de uma existência alegre e geradora permanente de transformações individuais e coletivas” (1997, p. 31). Nessa perspectiva, a escuta das necessidades da comunidade realizada pela classe hospitalar se refere à compreensão das expectativas e sentidos, da interpretação dos silêncios e dos gestos não considerados.

Dessa forma, pode-se afirmar que a “escuta” realizada pela classe hospitalar possibilita o conhecimento das necessidades da comunidade e viabiliza a concretização das ações e a resolução dos desafios através da promoção do trabalho multidisciplinar. Este aspecto, é claramente evidenciado na terceira Idéia Central, intitulada como “A classe hospitalar é articuladora do trabalho multidisciplinar”, finalizando a demonstração de como as classes hospitalares articulam as ações para atender as necessidades e demandas sociais da comunidade a qual pertence.

A tarefa desenvolvida pelas classes hospitalares do RS de articular o trabalho multidisciplinar transparece no discurso coletivo explicitado: “Quando há uma percepção que os pais precisam, ou os filhos, de um acompanhamento mais especializado, nós encaminhamos para o serviço social, para a nutricionista, para a psicologia ou a própria área da saúde, no sentido assim, área médica ou da enfermagem, quando eles precisam de uma orientação mais específica, nós encaminhamos. Então nós estamos como um radar estabelecido. No caso, de ser de periferia, que acontece muito, a questão da higiene e a questão dos maus tratos. Como que eu faço isso. Se eu vou trabalhar uma atividade, eu procuro focar isso na atividade. Então, por exemplo, essas questões de higiene, de maus tratos, eu consigo ver muito isso aqui dentro da sala. E sempre que eu posso, através de um

desenho, através de uma palestra, através de um profissional que não seja eu, por exemplo, um técnico de enfermagem. Eu sempre procuro ajudar, porque às vezes a pessoa não percebe, mas tem “n” fatores. Mas a gente sempre procura ver essas coisas e auxiliar na medida do possível. Eu nunca trabalho sozinha. Então eu sempre dou um “toquezinho” para alguém da enfermagem. A gente trabalha assim aqui na pediatria. Se eu estou vendo alguma coisa, eu comunico a assistente social, se eu estou vendo alguma coisa de errado com a mãe ou com a criança, encaminho para a psicóloga. Temos sempre uma equipe multidisciplinar”.

Sob este prisma, é pertinente evidenciar o pensamento de Ceccim et al. (1997), ao discorrer sobre a necessidade de considerar a cura “um processo maior com múltiplos determinantes que precisam ser ouvidos com bastante atenção, esta atenção (integral) pode ser agenciada pela equipe multiprofissional, trabalhando de modo interdisciplinar” (CECCIM ET AL, 1997, p. 32).

É nesse sentido que o professor da classe hospitalar assume tarefa fundamental de articulador da equipe multidisciplinar, pois a educação favorece o encontro de informações, o agenciamento da escuta e a articulação de diferentes saberes. Nesse sentido, a observação do cotidiano da realidade hospitalar permite a construção de saberes pedagógicos e experienciais imprescindíveis ao educador de classe hospitalar. Fonseca discorre nessa direção:

O ambiente hospitalar é para o professor uma fonte de aprendizagem constante por meio de escuta às informações de vida da criança com o seu conteúdo de representação da doença, do tratamento, da hospitalização e da equipe de saúde. Isso leva o professor a aperfeiçoar a assistência, de maneira a tornar a experiência da hospitalização um aspecto positivo para o crescimento e desenvolvimento da criança (2003, p. 31).

Por vez, o décimo quinto questionamento pretende esclarecer como procede a relação entre a classe hospitalar e os familiares e/ou acompanhantes das crianças hospitalizadas. Tal indagação revela uma Idéia Central, referida como “Os pais são sistematicamente convidados a participarem da gestão da classe hospitalar”. A representatividade dessa Idéia Central se configura a partir do discurso a seguir elencado: “As mães contribuem bastante, elas apóiam. E nós aprendemos muito com elas também. Por ser a classe, pela regra, pelo conceito que nós implementamos no dia-a-dia da classe, ela é considerada um lugar de encontros. Eu sempre digo, a classe hospitalar é um lugar de encontros, não só encontros de

saberes, mas também encontros de desejos, de sonhos, de planos. E por ser encontros, suscita também escuta. E nós da classe hospitalar, por ser um espaço de encontro é aberto à relação professor e família, ela não tem uma certa limitação que existe na escola ou nos outros ambientes. Então os pais são sistematicamente convidados a opinarem nas regras da classe, por isso que a gente faz as avaliações, para que haja um livre consenso e os pais são convidados a participarem das atividades. Atividades, tanto mais complexas como planejamento de uma oficina que os pais estejam juntos, quanto orientações, avaliações ou sugestões de regras para a classe também são colocadas, quanto para atividades mais simples, como auxílio no manuseio, auxílio para a colocação de um cartaz, por exemplo, enfeitar uma sala. Esse tipo de trabalho mais simples, sempre do mais simples ao mais complexo, tem um leque bem aberto de ofertas para eles. Os pais se envolvem bastante, as crianças estão aqui, se eu dou um trabalho para a criança, de repente, a mãe também quer. E passa a mãe, passa o pai aqui brincando, então a relação da classe com a família é muito boa. Eles participam das nossas festas, de todas as atividades que a gente propõe, eles participam efetivamente. Eles se integram, participam e dão opiniões, tiram as dúvidas. Tem valorização”.

Esta informação que anuncia que os pais participam efetivamente da gestão das classes hospitalares do RS difere significativamente de pesquisas realizadas no campo da educação, que referem que os pais pouco participam do processo de gestão das escolas comuns. Nesse sentido, cabe destacar o conceito de gestão explicitado por Lück:

Uma forma de conceituar gestão é vê-la como um processo de mobilização da competência e da energia de pessoas coletivamente organizadas para que, por sua participação ativa e competente, promovam a realização, o mais plenamente possível, dos objetivos de sua unidade de trabalho, no caso, os objetivos educacionais (2006, p. 21).

Na perspectiva de Lück, a gestão da escola requer essencialmente a participação dos pais, pois “os pais, quando aceitos, compreendidos e estimulados, participam da vida escolar e muito podem contribuir para a melhoria da qualidade de ensino” (2006, p. 85). Discorrendo acerca das formas de participação, Lück (2006) afirma que a participação tem sido exercida sob diferentes perspectivas: a participação como presença – quando o participante é membro de um grupo ou

organização independente de atuar nele; a participação como expressão verbal e discussão de idéias – quando as discussões, diálogos e idéias existem, mas não interferem nas ações adotadas posteriormente; a participação como representação – quando um representante é escolhido para traduzir os desejos, anseios e necessidades de uma coletividade; a participação como tomada de decisão – quando a participação para tomada de decisão fica limitada à questões operacionais e não aos significados das questões e desafios em si; e por fim participação como engajamento – entendido como o nível mais pleno da participação, pressupondo a atuação conjunta como forma de superar as expressões de alienação e passividade e autoritarismo e centralização. Nas palavras da autora:

Em suma, participação como engajamento implica envolver-se dinamicamente nos processos sociais e assumir responsabilidades por agir com empenho, competência e dedicação visando promover os resultados propostos e desejados. Portanto, é muito mais que adesão, é empreendedorismo comprometido (LÜCK, 2006, p. 47)

Tendo em vista as práticas que caracterizam a dimensão política das classes hospitalares do RS, pode-se dizer que o fato das classes hospitalares ter como causa a defesa do direito de escolarização para seus alunos-pacientes, envolvendo os pais na promoção dos vínculos com as escolas de origem, aliada à intenção dos pais em organizarem associações e de participarem efetivamente da gestão do trabalho pedagógico desenvolvido na classe hospitalar, incentiva a comunidade para avançar nesse estágio pleno de participação, a participação como engajamento, como referencia Lück (2006).

Considerando o diferencial dessa comunidade, no que tange à prática da participação como engajamento, sentiu-se necessidade de verificar de onde são provenientes as pessoas que participam da gestão da classe hospitalar, qual o motivo da escolha da instituição para tratamento de saúde, bem como conhecer quais são as suas características sociais. Tais informações foram adquiridas através da proposição das perguntas décima sexta e décima sétima, respectivamente pontuadas: “De onde provêm os alunos da classe hospitalar e que critérios definiram essa instituição hospitalar adequada para o tratamento de saúde?”; “Descreva os valores e as características sociais das crianças e familiares que participam da classe hospitalar”.

A décima sexta pergunta fomentou três Idéias Centrais: a) Os alunos da classe hospitalar provém de diferentes Estados do Brasil; b) O hospital é adequado para o tratamento de saúde pois é centro de referência; c) O hospital atende pelo SUS.

A primeira Idéia Central “Os alunos da classe hospitalar provém de diferentes Estados do Brasil” vem apoiada no discurso produzido coletivamente: “Atende de todo Estado e de todo Brasil. Então já vieram crianças do Amazonas, vem criança de Curitiba, Mato Grosso. Tem crianças do interior do Estado. O ingresso dos pacientes para a classe é estar em tratamento de saúde ou internado no hospital. São crianças oriundas do interior do Estado, de Santa Maria e vêm algumas crianças de Santa Catarina”.

A este discurso, pode-se, subsequente, associar a segunda Idéia Central, que leva o título de “O hospital é adequado para o tratamento de saúde pois é centro de referência”. Esta idéia é vislumbrada na produção discursiva a seguir: “O hospital é centro de referência, como da fibrose cística<sup>37</sup>. E dentro destes critérios de seleção, selecionaram o hospital que contemplou o maior número de itens, que foi o Hospital Universitário. Então ele ficou como um hospital de referência em câncer infantil<sup>38</sup>”.

A terceira Idéia Central, “O hospital atende pelo SUS”, ainda analisando a décima sexta pergunta, revela o Discurso do Sujeito Coletivo: “A maioria é pelo SUS. Tem os convênios, mas a maioria do SUS. E não tem diferença entre aquele atendimento que é de convênio e os do SUS. Todos têm as mesmas prioridades, o mesmo espaço. Então é o mesmo atendimento. A maioria deles vem de periferia. Quanto a ser adequada ao tratamento, é também porque a instituição é SUS. É o fato de ser SUS. Eles vão lá nas UBS, cada bairro tem a sua Unidade Básica de Saúde, o posto, e daí o médico do posto encaminha para internar aqui no hospital, porque é hospital SUS”.

Estas Idéias Centrais pontuadas demonstram a diversidade que caracteriza a população que participa do processo de gestão educacional das classes hospitalares do RS e conseqüentemente, do processo de acompanhamento pedagógico oferecido nesse local. Os alunos são oriundos de diferentes Estados do

---

<sup>37</sup> Esta informação remete-se especificamente ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

<sup>38</sup> Por vez, a informação que revela a instituição hospitalar que é referência no tratamento do câncer infantil, refere-se ao Hospital Universitário de Santa Maria.

Brasil, o que revela a coexistência de diferentes culturas no mesmo *lócus* de ensino, e a escolha do hospital é devido ao fato dos hospitais serem referência no tratamento de doenças infantis – fibrose cística e câncer -, o que pode induzir a necessidade da existência de classe hospitalar nos hospitais em estudo.

Outro aspecto destacado quanto aos critérios que definiram a instituição adequada para o tratamento de saúde, é o fato dos hospitais em estudo realizarem o tratamento de saúde pelo SUS, o que também pode dirigir ao entendimento de que as pessoas que participam do processo educacional das classes hospitalares do RS são desfavorecidas financeiramente. Logo, o deslocamento do Estado de origem e a procura por uma instituição que seja referência no tratamento de saúde da patologia das crianças e que atendam pelo SUS, revelam que seus familiares não possuiriam condições para arcar com as despesas de um tratamento particular.

Esse aspecto é pontuado de forma veemente nos discursos produzidos na décima sétima pergunta, intitulada “Descreva os valores e as características sociais das crianças e familiares que participam da classe hospitalar”. Desta pergunta, foi possível a identificação de duas Idéias Centrais: a) As famílias são desfavorecidas financeiramente; b) As famílias possuem baixo nível de escolaridade.

“As famílias são desfavorecidas financeiramente” pode ser verificada no discurso coletivo: “Vêm crianças com todos os tipos de valores e de classes sociais diferenciadas. Muitas delas vêm de uma classe muito baixa. Às vezes vem criança abaixo da linha da miséria. É muito comum acontecer no hospital da criança custar receber alta porque ela está em um estado delicado e ela vai voltar para um ambiente que ela está precisando de mais cuidado. Como é um Hospital do SUS, nós temos a clientela que se caracteriza por ser pacientes da classe baixa e média baixa, pois não é cobrado nada do paciente hospitalizado, ele tem o tratamento todo garantido pelo SUS. Eu percebo que são famílias numerosas, com muitos filhos, são muitas avós que vêm aqui com os netos, são muitas mães adolescentes. Elas vêm de vários casamentos, às vezes elas internam aqui com duas crianças, interna um e depois vem o outro. Nós temos o nosso papel social enquanto hospital, não pode ser só uma casa de saúde, onde eles vêm tratar a doença e depois vão embora. A gente não pode trabalhar aqui, e ver que as coisas acontecem, e deixar, não, só porque eu sou do hospital é só saúde. Então nós sempre encaminhamos para as outras instâncias sociais”.

Cabe destacar a segunda Idéia Central da mesma indagação, já que possuem relação intrínseca. A Idéia Central que indica que as famílias possuem baixo nível de escolaridade vem expressa do seguinte Discurso do Sujeito Coletivo: “Quanto ao nível cultural das famílias, no geral, a formação educacional é de nível de Ensino Fundamental Incompleto, a maioria estudou até quarta, quinta série. As profissões deles são profissões simples, as mulheres, a maioria são donas de casa, os esposos trabalham, não posso precisar uma média, mas são trabalhos simples, ou agricultor, ou trabalham de biscateiros, tem alguns papeleiros, alguns trabalham de comerciário; mas se caracterizam por serem uma classe que ocupa as posições mais simples na sociedade. Tem influência em relação à questão educacional da criança, à importância que eles dão ao atendimento pedagógico. Como eles não conseguiram a continuidade dos seus estudos enquanto pais, eles percebem que a vida se torna mais difícil, que os trabalhos são mais difíceis para aquele ser, para aquele cidadão que não estudou. Então eles atribuem um valor de mérito, e grande mérito, para a educação. E eles insistem para os filhos estudarem, cobram dos filhos e sistematicamente apresentam-me dificuldades quando a criança não está querendo ir à escola. Eles têm uma preocupação muito grande e recorrem até o setor”.

Quanto ao fato das famílias que participam do processo de gestão educacional das classes hospitalares do RS serem desfavorecidas financeiramente, pode ser estabelecida uma relação com a própria origem das instituições hospitalares na Modernidade e com a relação pobreza-hospital, como bem explicita Foucault (1979, 1980). A origem das fundações hospitalares na modernidade dirige-se à reclusão dos pobres com a função de substituir os cuidados da família e de exclusão destes da sociedade, tendo em vista a necessidade de conter a disseminação da doença e de conseqüentemente, proteger a sociedade produtiva. Mas deve-se destacar da mesma forma, que a intenção de reclusão é aliada ao favorecimento do controle desta população que pode vir a movimentar-se em oposição à ordem estabelecida.

Os discursos coletivos apresentados revelam que pode haver uma relação entre o fato da maioria das famílias que necessitam de tratamento de saúde nas instituições hospitalares em estudo ser desfavorecidas financeiramente e possuírem baixo nível de escolarização. Pode-se induzir que a falta de recursos, de conhecimentos e de condições quanto à própria higiene, alimentação e cuidados

com o infantil podem acentuar as probabilidades destas crianças virem a utilizar os serviços prestados pelos hospitais.

Deve-se destacar que, embora as classes hospitalares não tenham estabelecido ações de dimensão política nos Projetos Pedagógicos, com o sentido atribuído por Sander (1981, 1884, 1995), na prática educativa, essas ações são concretizadas. Aponta-se a impossibilidade de um projeto pedagógico contemplar a totalidade das ações políticas de um ambiente de ensino, mas deve-se destacar que, entendendo a educação como um processo que envolve a construção da cidadania, esta essencialmente constitui-se como ação política.

Assim, cabe ressaltar que o documento Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações (2002), em sua organização, não se remete ao envolvimento da comunidade na organização das classes hospitalares, apenas institui normas de como deve ser a implementação desse ambiente de ensino, portanto não vislumbra ações de cunho político, referindo-se apenas que essa modalidade de ensino constitui uma forma de garantir o direito à educação e à saúde, bem como o cumprimento das leis nacionais.

Enfim, a pretensão de analisar os dados detendo-se na dimensão política, é a necessidade de demonstrar que as classes hospitalares do RS, mais do que oferecer o acompanhamento pedagógico às crianças hospitalizadas, envolvem-se com a sociedade, os problemas, as dificuldades dos pais, as reivindicações sociais e tornam-se, portanto, fomentadoras de opiniões e posturas políticas, processo esse, que se encontra cristalizado em algumas escolas comuns.

Para compreender a dimensão cultural da classe hospitalar, deve-se partir do pressuposto que esta dimensão envolve os valores e as características filosóficas e sociais das pessoas que participam do sistema educacional e de sua comunidade (SANDER, 1995). No entendimento desse autor:

Nessa perspectiva, a relevância cultural é o critério básico de um paradigma de administração da educação comprometido com a promoção da qualidade de vida e do desenvolvimento humano. Portanto, a administração será relevante na medida em que oferecer condições propícias para promover a qualidade de vida humana no sistema educacional, em suas escolas e universidades e na sociedade como um todo (SANDER, 1995, p. 65).

Logo, buscou-se compreender como as classes hospitalares do RS, sendo consideradas ambientes de ensino inseridas em instituições hospitalares,

coordenam as ações dos participantes do processo educacional desses *lócus* para promover a qualidade de vida humana coletiva. O bloco de questões referentes a dimensão cultural foi constituída por indagações que pretendiam desvelar as características culturais dos sujeitos envolvidos na organização das classes hospitalares do RS, detendo-se também na investigação sobre as concepções da equipe de saúde acerca do fazer pedagógico em ambiente hospitalar e por fim, permitindo verificar, segundo o entendimento dos professores responsáveis pelas classes hospitalares entrevistados, que aspectos da gestão desses ambientes merecem ser melhor atentados.

A décima oitava questão deteve-se na tarefa de verificar “Que aspectos culturais da família você considera que auxiliam a criança no tratamento de saúde e no acompanhamento pedagógico realizado na classe hospitalar? Quais dificultariam o processo?”. Desta indagação foram identificadas duas Idéias Centrais que destinaram-se a demarcar os fatores culturais que auxiliam ou não no tratamento de saúde das crianças hospitalizadas que freqüentam os serviços prestados pelas classes hospitalares do RS em estudo. As Idéias Centrais são: a) Famílias bem estruturadas e a religiosidade auxiliam a criança no tratamento de saúde e b) A falta de higiene, a cultura alimentar e o fato das famílias não serem alfabetizadas dificultam o processo de acompanhamento pedagógico realizado na classe hospitalar.

A primeira Idéia Central tem sua representatividade demarcada pelo seguinte Discurso do Sujeito Coletivo: “Se a família é bem estruturada, o tratamento é bem melhor. Nós observamos a forte influência religiosa, enquanto cultura, a religiosidade das famílias. Isso reverte na criança, na esperança, em ser um ser esperançoso no tratamento”.

Prosseguindo o processo de desvelamento dos fatores culturais que auxiliam ou não o tratamento da criança hospitalizada, pode-se destacar a segunda Idéia Central, nomeada com a sentença “A falta de higiene, a cultura alimentar e o fato das famílias não serem alfabetizadas dificultam o processo de acompanhamento pedagógico realizado na classe hospitalar”, é ilustrado pelo discurso produzido coletivamente a seguir exposto: “O acompanhamento pedagógico é mais difícil em uma família desestruturada, quando tem violência na família. Então, tu vês que tudo se torna mais difícil, o tratamento, o acompanhamento pedagógico, tudo se torna mais difícil. E também quando a família não é alfabetizada e não tem um interesse

em conhecimento. Então o tratamento fica muito difícil e tudo é mais difícil na inclusão. Inclusive em relação ao problema de higiene. Muitas vezes eles são banhados lá na unidade mesmo. E a própria alimentação, ela tem que ser ensinada. É aquela situação que eu falei, são pessoas que estão abaixo da linha da pobreza. A equipe até pede auxílio para a classe hospitalar, é a questão da cultura alimentar que os pais trazem. Não entendem essa proposta que é implementada no hospital do cuidado com o manejo do alimento, que tange mais à área da nutrição, do porquê que aquele alimento tem de ser cozido, porquê que não pode a ingestão de alimentos crus. Então a dificuldade que os pais têm em entenderem esses porquês na nutrição atual, dessa nutrição movida pelos rigores da saúde. E às vezes é nesse entendimento que o pessoal da saúde pede para nós intervirmos, nós fazermos uma tradução daquela orientação, a tradução pedagógica para que eles entendam. Então parece que a equipe, ela reconhece o nosso papel, um papel educador, muito além de uma educação escolar, mas uma educação de postura, até como um elemento que vai beneficiar a própria saúde”.

Pode-se evidenciar, segundo as produções discursivas produzidas coletivamente, o apontamento de que famílias bem estruturadas e a religiosidade auxiliam a criança no processo de tratamento de saúde. No entanto, o processo de hospitalização e acompanhamento pedagógico das crianças provenientes de famílias desfavorecidas financeiramente, é apontado como mais difícil pelo fato destas famílias não serem alfabetizadas e não possuírem os hábitos de higiene e cultura alimentar recomendados pelas equipes de saúde.

Há dois apontamentos que merecem ser destacados: o fato de que os hospitais em estudo atendem famílias carentes, o que já apareceu explicitamente na pesquisa, e o papel educativo que a classe hospitalar assume, que deve ser orientado justamente para a democratização dos conhecimentos escolares ou não, vinculando a sua proposta educativa aos familiares do aluno-paciente. Ou seja, o fato das famílias serem carentes e analfabetas ocasiona a falta de informação sobre os hábitos saudáveis, decorrendo desse processo a hospitalização com maior frequência ou o acometimento de doenças que exigem tratamento prolongado.

Deve-se destacar, nesse contexto de análise, a consideração que, embora a cultura diferenciada das famílias carentes seja considerada como um empecilho que dificulta o tratamento de saúde das crianças hospitalizadas e sua inclusão escolar, é esse mesmo aspecto que reafirma a necessidade de existência das classes

hospitalares. Logo, é a classe hospitalar, através do seu papel educativo, que deve ser auxiliadora da equipe de saúde, possibilitando o acesso aos conhecimentos formais para a promoção da qualidade de vida da coletividade. Da mesma forma, a tarefa educativa da classe hospitalar pressupõe o envolvimento das famílias carentes com intuito de demonstrar que o conhecimento pode ser auxiliador na qualidade de vida. Pode-se fazer referência a Paro (2000), quando afirma que as instituições que se destinam à prática educativa, para desempenhar sua função com êxito “(...) precisa ter presente a continuidade entre a educação familiar e a escolar, buscando formas de conseguir a adesão da família para sua tarefa de levar os educandos a desenvolverem atitudes positivas e duradouras com relação ao aprender e ao estudar” (2000, p. 306).

Já a décima nona questão dedicou-se a tarefa de verificar como os profissionais da saúde percebem a classe hospitalar e de que forma participam no desenvolvimento organizacional desse espaço de ensino. De tal pergunta, foi possível desmembrar três Idéias Centrais nomeadas como: a) Os profissionais da saúde valorizam e participam na organização da classe hospitalar; b) A classe hospitalar possibilitou a mudança de concepções acerca do espaço hospitalar e do tratamento de saúde e c) Há aceitação do trabalho da classe hospitalar pela equipe da saúde, na busca por uma prática interdisciplinar.

A primeira Idéia Central “Os profissionais da saúde valorizam e participam na organização da classe hospitalar” propiciou a construção do Discurso do Sujeito Coletivo: “Como foi iniciativa dos próprios profissionais, eles começaram, na pediatria, a valorizar bastante o atendimento pedagógico. Tanto que, quando o hospital foi projetado, não existia uma sala para isso. Existia uma sala projetada para recreação, mas não existia para o atendimento pedagógico. Agora, nós percebemos que os médicos participam bastante, tanto que auxiliam quando a gente organiza essas instruções de cada patologia enviando para as escolas. No início foi difícil, porque às vezes o linguajar é difícil e a gente não entende. Mas eles tentam se adaptar também à equipe multidisciplinar e aí a gente aprende bastante. Tanto que a gente aprende sobre a doença também. Agora tem uma boa aceitação, tanto que eles dizem assim: ‘Já não se concebe mais a pediatria sem o atendimento pedagógico’”.

Esta Idéia Central reafirma que as classes hospitalares tiveram sua origem a partir da percepção dos profissionais da saúde da necessidade de articular um

trabalho de cunho pedagógico/educacional para as crianças hospitalizadas e revela que há valorização e participação nesta proposta.

Por vez, a segunda Idéia Central sentenciada por “A classe hospitalar possibilitou a mudança de concepções acerca do espaço hospitalar e do tratamento de saúde”, tem sua sustentação no discurso produzido coletivamente pelas classes hospitalares do RS: “No momento em que eu entrei, o conceito que se tinha era que o espaço do hospital era um espaço de silêncios, de ‘brancos’, é um espaço asséptico, bem aquela postura hospitalar. Quando nós entramos, nós trouxemos aquele outro olhar, é já o oposto, é o contraditório daquilo que é o discurso aqui dentro. É a presença do colorido, dos cheiros variados, das experiências variadas, da não aceitação do que está posto. A criança tem opção de dizer que não quer e dizer por quê. Foi dado um espaço para a escuta para eles, não que não era dado, mas a gente disponibilizou mais. O barulho, nós fomos trazendo uma outra visão e isso assustou o pessoal. Primeiro houve um não entendimento geral, ninguém entendia o que era o meu estatuto aqui dentro. Tive que fazer vários discursos, várias reuniões para mostrar qual era nossa abordagem, que status era esse de ser professor do hospital. Depois, na medida em que eles foram entendendo a nossa proposta, foi necessário implementar essa proposta e que tivesse o aceite deles, entender na prática, como funciona e eles foram aceitando. E à medida que a gente foi percebendo o avanço do nosso discurso sendo legitimado, não causando mais aquela estranheza, nós percebemos que as relações foram mudando. Os profissionais também se sentiram mais a vontade de se exporem mais para as crianças, para as famílias. É um discurso mais solto, mais flexível, sem aquelas amarras da formação da saúde que se tinha antigamente. Acho que isso é a grande contribuição da classe”.

“Há aceitação do trabalho da classe hospitalar pela equipe de saúde, na busca por uma prática interdisciplinar”, consiste na terceira Idéia Central da décima nona questão. Tal Idéia Central é reconhecida no discurso a seguir: “Hoje, o que é proposto pela classe, praticamente tudo é aceito pela equipe de saúde. Já não há mais estranheza, eles sabem, já está legitimado, eles sabem que há um por quê que fundamenta todas essas atividades aqui dentro. Nós trazemos os saberes da saúde para dentro da prática pedagógica da classe. Eu acho assim, não estamos no ideal, uma interdisciplinaridade ainda não existe. Estamos a meio caminho, muito mais evoluído, estamos próximo de um discurso legítimo de interdisciplinaridade. Não

estamos ainda dentro porque ainda há feudos, há corporativismos, minoritário ainda, mas na grande maioria das equipes já não há mais corporativismo, já notamos que estamos sendo incluídos como equipe também, de saúde. E há uma compreensão pelos profissionais da saúde da importância desse trabalho da classe hospitalar para o tratamento da criança. Então quer dizer, há na prática um respeito pelo trabalho que é feito, um reconhecimento e um respeito. Não estamos no ideal, mas o real já é muito aproximado do ideal, mas não de todas as equipes, a maioria das equipes”.

Estes discursos levam ao entendimento que gradativamente a classe hospitalar está auxiliando na superação da fragmentação implantada no ambiente hospitalar decorrente da forte influência dos pressupostos da Modernidade no tratamento de saúde e na construção do conhecimento sobre o homem basilaros em pressupostos tecnicistas.

A esse respeito, Pitta (1994) analisa o trabalho realizado no hospital a partir do referencial de Taylor, que propõe a racionalização científica para a divisão do trabalho, decorrendo desse processo a fragmentação e a especialização das tarefas, facilitando o controle e a vigilância por um sistema hierárquico. Nesse sentido, há a denúncia da implementação de um processo de tripla divisão, que seria a divisão do modo operatório, a divisão do organismo entre órgãos de execução e órgãos de concepção intelectual e a divisão dos homens compartimentados. Nessa perspectiva, há o apontamento pela autora que tal processo ocasiona a perda da responsabilidade do trabalhador na sua relação com a tarefa elementar, desencadeando estranhamento e alienação (PITTA, 1994).

Por fim a vigésima pergunta “Que aspectos da gestão da classe hospitalar você considera que merecem mais atenção? Justifique”, pretendeu traçar um panorama-síntese das necessidades das classes hospitalares do RS a partir do depoimento das professoras responsáveis pelas classes hospitalares em estudo. Tal pergunta propiciou a constituição de quatro Idéias Centrais: a) Necessidade de ampliar a proposta da classe hospitalar; b) Vinculação das classes hospitalares às Secretarias de Educação; c) Formação e concursos específicos para professores de classe hospitalar e d) Gestionar junto à Direção do Hospital recursos financeiros, materiais e humanos.

A primeira Idéia Central da vigésima pergunta, intitulada por “Necessidade de ampliar a proposta da classe hospitalar”, é amparada no discurso: “A gente está tentando fazer essa abrangência via administração, governantes. O exemplo que

temos, passar para os outros hospitais. São crianças também de cirurgias de tempo prolongado. E a maioria dos hospitais tem só recreação. A gente tem necessidade de profissional, necessidade de tentar abrir outros espaços. Existem “n” hospitais com a mesma necessidade e que não estão tendo esse trabalho”.

Esta produção discursiva relata a necessidade observada pelos profissionais da educação que atuam em classe hospitalar em expandir esta modalidade de atendimento, tendo em vista a significativa demanda e a relevância social de promover a continuidade do contato com a educação sistematizada para as crianças hospitalizadas.

A ampliação desta proposta educativa pode ser viabilizada através da segunda Idéia Central da vigésima questão, “Vinculação das classes hospitalares às Secretarias de Educação”, que é apoiada na construção discursiva, exposta: “O que eu acho importante frisar, que eu acho relevante dentro das reivindicações, é que deveria acontecer, para que esses locais pudessem implantar, que sempre fosse vinculado à Secretaria de Educação. Eu acho que uma das coisas que forçosamente eu vou ter que ir mais avante, é estabelecer vínculos com as redes públicas para termos um agenciamento de educação mais permanente dentro do hospital. Com o voluntariado, nós temos aquele caráter da provisoriedade. Se nós tivermos vínculo, torna-se efetivo”.

Por vez, a terceira Idéia Central “Formação e concursos específicos para professores de classe hospitalar”, apresenta o seguinte Discurso do Sujeito Coletivo: “Por que se existe uma lei que coloca essa obrigatoriedade da criança doente ter um atendimento, de ter esse direito, eu acho que ficaria muito mais fácil se tivessem professores e a questão da formação também. Professores preparados para trabalhar nessa área e tivesse concursos específicos para que essas pessoas pudessem ingressar nesse serviço. Nós temos um problema grande de pessoal para trabalhar no programa de apoio pedagógico. Tem sido muito difícil conseguir pessoal especializado. É que assusta, hospital assusta, doença assusta. Tem que ter formação, tem que ter um curso de capacitação. Não pode chegar um professor, entrar em uma sala e achar que vai dar aula para aquela criança sem ter um conhecimento da doença dela. Afinal de contas, estar dentro do hospital não é como estar na escola. Então isso tudo é um aprendizado”.

Percebe-se claramente que a vinculação das classes hospitalares do RS às Secretarias de Educação e a promoção de concursos e de formação docente

específicos para atuação em contexto hospitalar demarcam dois aspectos que merecem atenção prioritária na gestão destes ambientes de ensino.

Deve-se destacar que as políticas públicas que dão embasamento para a organização das classes hospitalares apontam a função destes ambientes de ensino, a exemplo da Política Nacional de Educação Especial (1994) e as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (2001). Quanto à questão da vinculação das classes hospitalares às Secretarias de Educação, esta normativa está explícita no documento Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações (2002). No entanto, não há nenhum apontamento quanto à forma de ingresso dos professores através de concurso específico, há apenas a informação, no documento anteriormente referido, que compete às Secretarias da Educação atender à solicitação dos hospitais quanto à contratação e capacitação dos professores (MEC/SEESP, 2002). Há uma evidente lacuna no que tange à formação docente do profissional da educação para atuar em classe hospitalar.

Enfim, a última Idéia Central da vigésima pergunta, identificada pelo título “Gestionar junto à Direção do Hospital recursos financeiros, materiais e humanos”, aparece no Discurso Coletivo descrito: “Em caráter mais de financiamento, deve-se tentar gestionar junto à Direção do Hospital uma linha, não seria assim uma linha de crédito, mas uma possibilidade de nós termos mais recursos para implementar com mais riqueza o trabalho. Para não ficar, o profissional encarregado da classe, como um profissional que está sempre pressionado pela carência. Eu acho que não há necessidade de estar sempre pressionado pela carência, tem que ter uma possibilidade de ganhos ali dentro que possa fazer o profissional agir com certa leveza, sem ter aquela preocupação que vai faltar material. Então eu acho que essa parte financeira precisaria. Com certeza isso é uma lacuna de política pública, apesar de estar instituída na Resolução 2 a obrigatoriedade dos hospitais em terem um atendimento educacional. O próprio Estatuto da Criança hospitalizada, Resolução 41, que diz que toda criança tem direito à educação, o ECA, também aborda o atendimento escolar às crianças, mesmo assim os hospitais ainda não cumprem isso que é uma obrigatoriedade. Em toda uma rede pública de hospitais nacionais, nós termos um número tão reduzido de classes hospitalares, é sinal que as políticas públicas não estão atendendo. Não estão dando conta daquilo que está no texto legal, no texto concreto, na prática não está havendo. Não estamos assim com o ideal de uma sala, nós precisaríamos de um espaço muito maior para atender

essa complexidade que é um atendimento educacional. Para atender as várias facetas, os vários interesses das crianças o ideal seria uma sala ampla, que se disponibilizasse atendimento para quem quer ler, até como princípio de estabelecer autonomia, livre decisão, atender as necessidades das crianças, decidir o que fazer. Isso não tem. E os recursos pedagógicos, por exemplo, nós não temos um datashow, um retroprojeto. Nós temos que pedir para a assessoria do hospital. O hospital sempre empresta, não há problemas, mas nós não temos uma sala de reuniões, para que possa ser feito uma discussão por equipe ali próximo à sala. Esses detalhes assim físicos, também dificultam o trabalho”.

Este discurso coletivo, em síntese, convida as instituições hospitalares a assumirem a manutenção dos recursos físicos e materiais com maior empreendimento, já que tais instituições sediam as classes hospitalares, que estão formalmente regulamentadas. No mesmo sentido, reivindica pela atenção que deve ser despendida pela administração das instituições hospitalares às especificidades do trabalho educativo e dos recursos necessários para oferecer um serviço educacional de qualidade.

Destaca-se que os projetos pedagógicos das classes hospitalares do RS analisados e o documento Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações (2002), não contemplam a perspectiva cultural das ações desenvolvidas em ambientes de ensino inseridos nos hospitais. Nesse sentido que se buscou demonstrar que as classes hospitalares do RS assumem uma posição de relevância na sociedade e exercem atividades e ações que se preocupam com a qualidade de vida da população a qual atende, garantindo os direitos das pessoas envolvidas e solidificando a cidadania.

## **Considerações Finais**



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo não tem a pretensão de encerrar a discussão sobre o objeto de pesquisa, nem tampouco pretende constituir uma resposta definitiva acerca da problemática exposta. Ao contrário, pretende elencar os indicativos que caracterizam o desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS com o objetivo de ampliar a discussão sobre esta modalidade de atendimento da Educação Especial, na busca pelo aperfeiçoamento das diretrizes que sustentam esta proposta diferenciada de ensino.

Nesse sentido, a pesquisa buscou analisar os pressupostos que afloraram na Modernidade e configuraram uma transformação na forma de conhecer o ser humano e de sistematizar conhecimento científico sobre este, trazendo a discussão ao encontro da proposta educativa da classe hospitalar como uma alternativa de superação desta fragmentação e como um elemento auxiliador na tarefa de humanização do processo de tratamento de saúde.

No que tange a esses aspectos, a pesquisa revela que as instituições hospitalares estudadas estão passando por um processo de transição, tanto em relação a sua forma de organização, quanto na busca de ações diferenciadas que se preocupam com a integralidade do aluno-paciente, com a promoção de uma educação preventiva promovida pelas equipes multiprofissionais e com a inclusão social da criança hospitalizada. No entanto, embora sejam observados estes aspectos, que são defendidos e viabilizados pela existência das classes hospitalares nas instituições de tratamento de saúde, ainda é predominante a concepção que hospital é lugar de cura de enfermidades e de atuação especificamente da equipe de saúde.

Em relação ao segundo bloco de discussão teórica, que pontua a classe hospitalar como iniciativa para considerar a complexidade da criança hospitalizada, pode-se afirmar que as classes hospitalares constituem o espaço de encontro dos hospitais, historicamente caracterizados pelo isolamento de sujeitos. O Discurso do Sujeito Coletivo das classes hospitalares do RS revela que estes ambientes de

ensino promovem a escuta pedagógica, ou seja, a escuta dos anseios, necessidades, do desejo de aprender e da preocupação com o futuro dos alunos-pacientes e dos seus familiares. Esse processo de encontro e escuta promovido pelas classes hospitalares favorece as condições para o estabelecimento de uma prática de tratamento de saúde humanizadora, para um cuidado que restabelece não somente a saúde, mas a dignidade e a cidadania daqueles que passam pela instituição hospitalar.

Com base nos pressupostos teóricos apresentados no terceiro capítulo, que versa sobre a administração da educação e a tentativa de configuração de um paradigma multidimensional de gestão, afrontados com a produção discursiva da coletividade que representa as classes hospitalares do RS, três dimensões conclusivas merecem destaque.

A primeira dimensão conclusiva diz respeito à questão da formalidade que caracteriza a prática educativa das classes hospitalares do RS. Embora a classe hospitalar seja uma modalidade de atendimento da Educação Especial que pauta sua proposta na educação formal, sustentada legalmente pelo Ministério da Educação do Brasil e que visa o acompanhamento pedagógico dos conhecimentos sistematizados dos alunos-pacientes, a pesquisa demonstra que para as instituições hospitalares essa proposta educativa não está formalizada. Esse entendimento é verificado a partir da análise do Discurso do Sujeito Coletivo das classes hospitalares do RS estudadas, que indica que as instituições hospitalares – com exceção do Hospital Santa Terezinha de Erechim – não assumiram a manutenção dos recursos materiais, humanos e financeiros de acordo com as necessidades dos ambientes de ensino que sediam. Ademais, as instituições hospitalares não contemplam no seu organograma o Setor Educacional. Portanto, há contradições nesse sentido, pois embora a pesquisa aponte que as equipes de saúde das instituições hospitalares do RS que possuem classes hospitalares não concebem mais o hospital sem o apoio pedagógico, simultaneamente as instituições hospitalares não assumem as questões financeiras e materiais.

A esta problemática pode ser relacionado a segunda dimensão conclusiva da discussão, ou seja, a tentativa de configuração de um paradigma multidimensional de gestão educacional. A esse respeito pode-se afirmar que as classes hospitalares, mesmo não explicitando em seus projetos pedagógicos ações das quatro dimensões em análise – econômica, pedagógico, política e cultural -, no cotidiano de suas

práticas educativas assumem as características organizacionais destas quatro dimensões. Pode-se afirmar que as classes hospitalares estão direcionando seus fazeres pedagógicos e organizacionais para configurar uma prática multidimensional de gestão, mas ainda não atingiram esse estágio em sua plenitude em virtude de fatores restritivos e pelo fato de estarem inseridas em instituições hospitalares que ainda pautam sua administração em moldes fragmentadores e hierárquicos.

Face a esse contexto, vale destacar a terceira dimensão conclusiva, que se dirige a cultura organizacional das classes hospitalares do RS. A coletividade representativa das classes hospitalares do RS indica a dificuldade de aceitação no início da proposta do trabalho pedagógico pela equipe de saúde. Verifica-se que a dificuldade das classes hospitalares em estabelecer suas bases organizacionais diante das adversidades do contexto hospitalar. Dessa forma, ressalta-se que a aprendizagem do fazer pedagógico/organizacional cotidiano dos profissionais responsáveis pelas classes hospitalares do RS possibilitaram o estabelecimento de uma memória e uma cultura organizacional específicas destes ambientes de ensino, que auxiliaram a afirmação do estatuto da classe hospitalar dentro da instituição de tratamento de saúde e configuraram o papel do professor de classe hospitalar nesse contexto.

Referindo-se ao objetivo específico da pesquisa que consiste em identificar os aspectos que condizem à dimensão econômica das classes hospitalares do RS, atentando para os recursos financeiros, humanos e materiais, estruturas e normas burocráticas, pode-se afirmar que esta dimensão aparece permeada por diversas dificuldades.

As classes hospitalares surgiram da parceria estabelecida entre a saúde e a educação e tendo em vista a necessidade, observada no contexto hospitalar, de oferecer acompanhamento pedagógico às crianças hospitalizadas com o objetivo de evitar defasagem na aprendizagem dos alunos-pacientes, repetência e evasão. Especificamente tratando-se da questão da implantação do acompanhamento pedagógico, verifica-se que as classes hospitalares do RS enfrentaram dificuldades para implementar seu trabalho pela falta de apoio dos órgãos públicos educacionais, tanto Estaduais quanto Municipais, aspecto este que contrapõe-se ao que é previsto no documento Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações (2002).

Quanto aos aspectos evidenciados na pesquisa relativos à manutenção da estrutura das classes hospitalares do RS, observa-se que as classes hospitalares buscam manter sua estrutura através de parcerias – com escola, projetos ou doações da comunidade – já que os hospitais somente dispõem o espaço físico e os recursos que são utilizados para o funcionamento específico da instituição hospitalar. Nesse sentido centra-se uma das reivindicações dos profissionais que atuam nas classes hospitalares do RS, que os hospitais assumam seu compromisso com a proposta educativa nos diferentes âmbitos.

Cabe destacar que as classes hospitalares do RS também enfrentam desafios em relação aos recursos financeiros, humanos e materiais. As classes hospitalares do Estado pesquisadas não recebem apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Educação, não há financiamento para atender as necessidades pedagógicas destes espaços de ensino e não há provimento de recursos humanos. Esta consiste em uma das reivindicações centrais das classes hospitalares em estudo: estabelecer vinculação com as Secretarias de Educação e promover formação docente e concursos específicos para profissionais da educação interessados em atuar em classe hospitalar.

Tendo em vista a inserção de um ambiente de ensino na instituição hospitalar, as normas burocráticas e os mecanismos de coordenação das classes hospitalares do RS são adequadas à rotina hospitalar, reiterando a necessidade do trabalho multiprofissional no hospital e da articulação das diferentes áreas do conhecimento para o atendimento integral das pessoas hospitalizadas.

Constata-se, portanto, que as classes hospitalares enfrentam acentuadas dificuldades no que tange à dimensão econômica, decorrente das lacunas existentes na implementação das ações das políticas públicas que embasam a organização desta modalidade de atendimento da Educação Especial e da falta de empreendimento dos órgãos governamentais em relação à educação das crianças hospitalizadas. Destaca-se a necessidade urgente de estabelecimento de diretrizes legais relacionadas aos aspectos econômicos das classes hospitalares, pois estes estão intrinsecamente relacionados com o efetivo desenvolvimento das dimensões pedagógica, política e cultural.

Buscando responder ao objetivo que destinou-se a tarefa de verificar quais pressupostos são postulados na dimensão pedagógica, entendendo-a como conjunto de princípios e estratégias comprometidas com a consecução dos objetivos

educacionais, vale destacar que as classes hospitalares do RS seguem as tendências educativo-escolar e lúdico-educativo, de acordo com as especificidades do aluno-paciente. O trabalho pedagógico das classes hospitalares abrange os alunos internados e os ambulatoriais, estando em consonância com as políticas públicas, promovendo o acompanhamento individualizado e em grupo.

Destaca-se as oficinas pedagógicas como alternativa para trabalhar com a diversidade do grupo e valorizar as diferenças culturais, cognitivas e psicossociais. Tendo em vista a opção metodológica adotada pelas classes hospitalares do RS, evidencia-se a necessidade de atentar para as questões de ordem material, ou seja, conforme reivindicações dos profissionais da educação entrevistados, de que os hospitais assumam o fomento de materiais pedagógicos. O atendimento dessa reivindicação consiste em garantia de qualidade ao acompanhamento pedagógico oferecido e facilita a articulação de meios promotores de inclusão escolar e social.

Em relação ao projeto pedagógico, todas as classes hospitalares apresentam sua proposta estruturada apresentando consonância com os discursos produzidos. O Discurso do Sujeito Coletivo das classes hospitalares do RS revela que foi um desafio implementar um projeto pedagógico em uma instituição de saúde, que continuamente os profissionais estão buscando novos conhecimentos para auxiliar no aperfeiçoamento do projeto pedagógico e da prática educativa. Nesse sentido, sugere-se a necessidade das classes hospitalares do RS demarcarem com melhor clareza os pressupostos teóricos da educação que direcionam o agir pedagógico nestes ambientes de ensino. Esse aspecto somente foi compreendido na análise das informações obtidas através da entrevista semi-estruturada.

Pode-se destacar que as classes hospitalares buscam realizar o vínculo com as escolas de origem dos alunos-pacientes através de diferentes meios: correio, telefone e/ou familiares. Nesse sentido, ressalta-se a importância do provimento dos recursos materiais para viabilizar a interação escola - classe hospitalar. O fato dos pais participarem efetivamente do processo de gestão da classe hospitalar e na vinculação entre esse espaço de ensino e a escola de origem apresenta interessantes indicativos na dimensão política das classes hospitalares do RS. Nessa discussão, a dimensão política é entendida como as estratégias de ação organizada dos participantes do sistema educacional para atender as demandas e necessidades sociais da comunidade, seguindo o pensamento de Sander (1981, 1884, 1995).

Na dimensão política pode-se verificar que as classes hospitalares são relevantes para a comunidade a que pertencem pois tornam o período de hospitalização mais ameno, possibilitam o rompimento de mitos acerca da criança hospitalizada e promovem a inclusão dos alunos-pacientes, assim como incentivam o desejo de conhecimento. Nesse sentido, as classes hospitalares do RS articulam as ações para atender as necessidades da comunidade através da defesa dos direitos civis das crianças – especialmente o direito à educação - , através de uma prática de escuta pedagógica e com a promoção de um trabalho articulado entre a equipe multiprofissional. A pesquisa demonstra que as classes hospitalares exercem uma atividade educativa que transcende o espaço físico da sala de atendimento pedagógico, mas que abarca a totalidade do espaço hospitalar, enfraquecendo gradativamente concepções sedimentadas e práticas desumanizadoras.

O fato dos pais e acompanhantes serem sistematicamente convidados a participar da gestão das classes hospitalares do RS atribui a esses ambientes de ensino o papel de formador de opinião, de disseminador de conhecimentos e de articulador de práticas democráticas. Estes aspectos revelam que, se oportunizados espaços de participação para os pais nos ambientes educacionais que possibilitem a estes o entendimento de seu papel social e os encaminhem a um processo de conscientização e clareza da relevância da educação para seus filhos, há o acolhimento e engajamento participativo desejado pelos professores que trabalham numa perspectiva democrática.

Referindo-se aos resultados caracterizantes da dimensão política, pode-se destacar que as famílias que participam do processo de desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS são desfavorecidas financeiramente na sua maioria, por isso optam pelo tratamento dos seus filhos nas instituições hospitalares estudadas, pois estas atendem pelo SUS e são referência no tratamento de enfermidades infantis. O fato de serem famílias carentes, de certa forma, favorece a mobilização das classes hospitalares em ações de cunho social, a exemplo de campanhas para arrecadação de material que envolve a comunidade hospitalar e movimentos no sentido de atender as reivindicações e os direitos dos familiares dos alunos-pacientes.

Dessa forma, essas ações sociais implementadas pelas classes hospitalares do RS favorecem a formação da criticidade e possibilitam que os familiares assumam uma postura política ao participarem ativamente na organização de um

ambiente educacional, já que estes estão inseridos no hospital durante o tratamento de saúde dos filhos. Ou seja, os familiares afastam-se da organização do grupo social das cidades e comunidades de origem e passam a constituir uma nova organização social que é a comunidade hospitalar.

Na dimensão cultural verifica-se que o fato das famílias serem desfavorecidas financeiramente e possuírem baixa escolarização acarreta algumas dificuldades no tratamento de saúde das crianças hospitalizadas, a exemplo da falta de higiene, da cultura alimentar inadequada e na dificuldade dos pais em acompanharem os estudos dos filhos, já que vários são analfabetos. No que tange a esse aspecto, há a referência que as equipes de saúde buscam a classe hospitalar para auxiliar nessa tarefa de educação alimentar e educação para a saúde. Embora os profissionais das classes hospitalares do RS afirmem que atualmente o trabalho educacional está sendo mais reconhecido e há maior participação das equipes de saúde, também revelam que ainda as práticas em contexto hospitalar não atingiram a interdisciplinaridade.

Vale destacar que a existência das classes hospitalares no Estado do RS também auxilia na modificação de concepções equivocadas acerca da aprendizagem da criança hospitalizada que permeavam a cultura da população. É com base nesta e em outras contribuições já pontuadas, que se justifica a necessidade de ampliação da proposta educativa sediada em classe hospitalar.

Merece destacar que as políticas públicas e normativas que embasam a existência das classes hospitalares no Brasil, não contemplam as questões de cunho político e social dessa organização educacional na sociedade. Apenas referem-se à dimensão política de forma superficial, entendendo-a como a garantia do direito à educação aos pacientes infantis hospitalizados. Esse constitui um dos méritos dessa investigação, demonstrar à comunidade acadêmica a repercussão e os papéis políticos e sociais desenvolvidos pelas classes hospitalares do RS. Como sugestão, destaca-se a necessidade de atentar para as ações governamentais e institucionais no que tange ao cumprimento das políticas públicas que embasam a existência das classes hospitalares, propondo uma vinculação efetiva com as Secretarias de Educação, a fim de consolidar as bases para a promoção de um acompanhamento pedagógico de qualidade às crianças e adolescentes hospitalizados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- ALARCÃO, I. **Escola reflexiva e nova racionalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. O psicólogo no hospital. In: TRUCHARTE, F.A.R. et al. **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira, 1995, p. 15-28.
- BENINCÁ, E. (org.). **Formação de professores: um diálogo entre a teoria e a prática**. Passo Fundo: UPF, 2002.
- BOLÍVAR, A. A escola como organização que aprende. In: CANÁRIO, R. **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto, 1997.
- BARROSO, J. Formação, projeto e desenvolvimento organizacional. In: CANÁRIO, R. **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto, 1997.
- BRASIL. **Decreto-Lei n. 1044**, de 21 de outubro de 1969. Dispõe sobre o tratamento excepcional para os alunos portadores de afecções.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Imprensa Oficial, 1988.
- BRASIL. **Declaração Mundial sobre Educação para Todos de Jomtien**. 1990. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/legislação](http://www.planalto.gov.br/legislação)>. Acesso em: 10 out. 2005.
- BRASIL. Lei n. 8.069/90. **Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil**. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/legislação](http://www.planalto.gov.br/legislação)>. Acesso em: 10 out. 2005.
- BRASIL. **Política Nacional de Educação Especial**. Brasília: MEC/SEESP, 1994. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/legislação](http://www.planalto.gov.br/legislação)>. Acesso em: 10 out. 2005.
- BRASIL. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais**. Brasília: MEC/SEESP, 1994. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/legislação](http://www.planalto.gov.br/legislação)>. Acesso em: 10 out. 2005.
- BRASIL. **Declaração dos Direitos da Criança e Adolescente Hospitalizados**. Resolução n. 41 de 13 de outubro de 1995. Brasília: Imprensa Oficial, 1995.
- BRASIL. **Lei n. 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/legislação](http://www.planalto.gov.br/legislação)>. Acesso em: 10 out. 2005.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica.** Secretaria de Educação Especial - MEC/SEESP, 2001. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/legislação](http://www.planalto.gov.br/legislação)>. Acesso em: 10 out. 2004.

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

CAIADO, K. R. M. O trabalho pedagógico no ambiente hospitalar: um espaço em construção. In: RIBEIRO, M. L. S. (org.). **Educação Especial: do querer ao fazer.** São Paulo: Avercamp, 2003.

CAMBI, F. **História da pedagogia.** São Paulo: UNESP, 1999.

CARDOSO, F. G. Desenvolvimento e crises do padrão fordista-taylorista e os desafios contemporâneos. **Revista Universidade e Sociedade.** Ano XI, n. 25, p. 106-118, 2001.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta a vida.** Porto Alegre: UFRGS, 1997.

CECCIM, R. B; FONSECA, E. S. da. Classe hospitalar: buscando padrões referenciais de atendimento pedagógico-educacional à criança e ao adolescente hospitalizados. **Revista Integração**, v.21, p. 31-40, 1999.

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

CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração.** 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisas em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 1998.

CORRÊA, M. L.; PIMENTA, S. M. Teorias da administração e seus desdobramentos no âmbito escolar. In: OLIVEIRA, M. A. M. (org.). **Gestão educacional: novos olhares, novas abordagens.** Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

FONSECA, E. S. da. **Atendimento escolar no ambiente hospitalar.** São Paulo: Memnon, 2003.

FONSECA, E. S. da. (org.) Home page sobre classe hospitalar. **Estudos e pesquisas sobre atendimento em classe hospitalar.** Disponível em: <<http://www.2uerj.br/~escolahospitalar>>. Acesso em: 22 de mai. 2005.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso.** São Paulo: Edições Loyola, 1970.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1980.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. Primeira conferência. In: FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: PUC; NAU, 1996.

FOUCAULT, M. **Resumo dos cursos do Collège de France**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1997.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

FUNGUETTO, S. S. **A doença, a morte e a escola para a criança com câncer: um estudo através do imaginário social**, RS. 1998. 90f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1998.

JAPIASSÚ, H. A crise das ciências humanas. In: FAZENDA, I. C. A. (org.). **A pesquisa em educação e as transformações do conhecimento**. São Paulo: Papirus, 1995.

KANT, I. **Sobre a pedagogia**. Piracicaba: Unimep, 1996.

KISHIMOTO, T. M. **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.

LIBÂNEO, J. C. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994.

LIBÂNEO, J. C. **Organização e gestão da escola: teoria e prática**. Goiânia: Alternativa, 2001.

LIBÂNEO, J. C. (org.). **Educação escolar: políticas, estrutura e organização**. São Paulo: Cortez, 2005.

LINDQUIST, I. **A criança no hospital: terapia pelo brinquedo**. São Paulo: Página Aberta, 1993.

LÜCK, H. **A gestão participativa na escola**. Petrópolis: Vozes, 2006.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MASINI, E. F. S. Enfoque fenomenológico de pesquisa em educação. In: FAZENDA, I. C. A. **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1997.

MATOS, E. L. M. **O desafio ao professor universitário na formação do pedagogo para atuar na educação hospitalar**, PR. 1998.145f. Dissertação (Mestrado em Educação). Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 1998.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2002.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.

MORIN, E. **Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem no erro e na incerteza humana**. São Paulo: Cortez, 2003.

NOVAES, L. H. V. S. **Brincar é saúde: o alívio do stress na criança hospitalizada**. Pelotas: EDUCAT, 1998.

NÓVOA, A. Para uma análise das instituições escolares. In: NÓVOA, Antonio (org). **As organizações escolares em análise**. Rio de Janeiro: Dom Quixote, 1995.

NUCCI, N. A. G. **Criança com leucemia na escola**. São Paulo: Livro Pleno, 2002.

ORTIZ, L.C.M. **Classe hospitalar: reflexões sobre a sua práxis educativa**, RS. 2002.117f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2002.

ORTIZ, L.C.M.; FREITAS, S.N. Classe hospitalar: um olhar sobre sua práxis educacional. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**. Brasília, v. 82, n.200/201/202, p. 70-77, jan/dez, 2001.

ORTIZ, L.C.M.; FREITAS, S.N. Classe hospitalar: espaço de possibilidades pedagógicas. **Cadernos de ensino, pesquisa e extensão**. Universidade Federal de Santa Maria/ CE. Santa Maria: LAPEDOC, n. 54, 2003.

ORTIZ, L.C.M.; FREITAS, S.N. **Classe hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação**. Santa Maria: UFSM, 2005.

PARO, V. H. **Administração escolar: introdução crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1987.

PARO, V. H. A gestão da educação ante as exigências de qualidade e produtividade da escola pública. In: SILVA, L. H. (org.). **A escola cidadã no contexto da globalização**. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

PERRENOUD, P. **A pedagogia na escola das diferenças: fragmentos de uma sociologia do fracasso**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

PLANK, E. **El cuidado psicológico del niño enfermo en el hospital**. Buenos Aires: Paidós, 1966.

RIO GRANDE DO SUL. **Projeto Lei 229/2003**, que Dispõe sobre a garantia do direito da criança e do adolescente ao atendimento pedagógico e escolar na internação hospitalar em Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul – SUS/RS.

ROUANET, S. P. **As razões do Iluminismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

SANDER, B. **Administração da educação no Brasil**: evolução do conhecimento. Fortaleza, Edições UFC; Associação Nacional de Profissionais de Administração da Educação, 1981.

SANDER, B. **Consenso e conflito**: perspectivas analíticas na pedagogia e na administração da educação. São Paulo: Pioneira, 1984.

SANDER, B. **Gestão da educação na América Latina**: construção e reconstrução do conhecimento. São Paulo: Autores Associados, 1995.

SANDER, B. **Políticas públicas e gestão democrática da educação**. Brasília: Líber, 2005.

SANTOS, B. S. **A construção multicultural da igualdade e da diferença**. Palestra proferida no VII CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, Rio de Janeiro, set./1995.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, B. S. **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Afrontamento, 2002.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 2005.

SASSAKI, R. K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SERINO, F. Aspectos psicosociales de la hospitalización en los niños. **Revista Niños**, v. XXV, p. 27-49, n. 71, Jul-Dic./1990.

SILVA, C. T. Câncer infantil e educação: a escuta da criança e da família. In: CECCIM, R. B. e CARVALHO, P. R. A. **Criança hospitalizada**: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997.

SHULTZ, T. **O capital humano**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1973.

SNYDERS, G. **Pedagogia progressista**. Coimbra: Livraria Almedina, 1974.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

TAYLOR, F. W. **Princípios de administração científica**. São Paulo: Atlas, 1985.

TEIXEIRA, M. C. S. Alternativas organizacionais: um estudo do redimensionamento das questões educacionais e administrativas. In: FISHMANN, R. (org.) **Escola Brasileira: temas e estudos**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLE, E. R. M. **Câncer infantil: compreender e agir**. São Paulo: Psy, 1997.

VASCONCELOS, S. F. **Clínica do discurso: a arte da escuta**. Fortaleza: Premium, 2005.

VIEIRA, S. L. (org.). **Gestão da escola: desafios a enfrentar**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

ZABALA, A. **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A – Modelo do Ofício/convite para as instituições hospitalares****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Santa Maria, 01 de setembro de 2006.

De: Sinara Pollom Zardo – Acadêmica do Curso de Mestrado em Educação da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM  
Para: Classe Hospitalar do Hospital Santa Terezinha de Erechim  
Assunto: Pesquisa de Mestrado sobre Classe Hospitalar

Diante do contexto atual da educação brasileira que clama por modificações que promovam sua qualidade e acesso à todos os cidadãos e da complexidade dos sistemas de ensino face a sua organização e atendimento às diferenças, emerge a necessidade de discutir as ações políticas organizacionais de ambientes e instituições educacionais diferenciadas, levando o debate para além da escola comum.

A proposta desse trabalho parte do direito constitucional de todos à educação e à saúde, e sobretudo busca aliar estes na promoção da qualidade de vida à sociedade e da humanização da assistência hospitalar. É a partir destes princípios que propõe-se a classe hospitalar como alternativa para o atendimento integral, promovendo o acompanhamento educacional à crianças e jovens durante o período de hospitalização. Com base nesse entendimento, as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica conceitua Classe Hospitalar como “serviço destinado a prover, mediante atendimento especializado, a educação escolar a alunos impossibilitados de freqüentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar ou atendimento ambulatorial” (2001, p. 51).

Diante disso, venho por meio deste solicitar informações referentes ao trabalho pedagógico desenvolvido nessa instituição hospitalar. Sou aluna do Mestrado em Educação da Universidade Federal de Santa Maria, e sob orientação da Professora Dr<sup>a</sup>. Soraia Napoleão Freitas, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “*O desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do Rio Grande do Sul: uma análise das dimensões econômica, pedagógica, política e cultural*”. Essa pesquisa tem como objetivo geral “*compreender como se articula o processo de desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS*”.

Para realização deste trabalho e definição das instituições que serão estudadas, utilizamos como base a pesquisa realizada pela Professora Eneida Simões da Fonseca, disponível no site “Estudos e pesquisas sobre atendimento escolar hospitalar” (<http://www2.uerj.br/~escolahospitalar/estudos.htm>), onde na pesquisa “Escolas hospitalares no Brasil”, com dados atualizados em 2003, há o apontamento de que, no Estado do Rio Grande do Sul, existem quatro hospitais que

oferecem atendimento escolar que são: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Porto Alegre), Hospital da Criança Santo Antônio (Porto Alegre), Hospital Universitário de Santa Maria (Santa Maria) e Hospital Santa Terezinha (Erechim).

Nesse sentido, solicitamos a contribuição da instituição, retornando com a informação sobre a existência ou não de classe hospitalar. Caso haja oferecimento de acompanhamento pedagógico no hospital, entraremos em contato para agendar uma entrevista com a professora responsável pela classe hospitalar da sua instituição. Desde já, agradecemos a contribuição e a atenção dispensada.

---

Sinara Pollom Zardo  
Mestranda em Educação

---

Soraia Napoleão Freitas  
Professora Dr<sup>a</sup>. do Departamento de Educação Especial  
da Universidade Federal de Santa Maria/ Orientadora da Pesquisa

## APÊNDICE B – Entrevista semi-estruturada

- Data:

- Professora responsável:

- Instituição que atua:

- 1) Quando e como ocorreu a implantação da classe hospitalar? De quem foi a iniciativa?
- 2) Quem é responsável pela manutenção da estrutura da classe hospitalar?
- 3) De onde provêm os recursos financeiros e materiais?
- 4) E os recursos humanos? Como se estrutura o quadro de profissionais que atuam na classe hospitalar?
- 5) Como são instituídos as normas burocráticas e os mecanismos de coordenação da classe hospitalar?
- 6) Descreva o ambiente da classe hospitalar (móveis que a compõem, bem como necessidades).
- 7) De uma forma geral, comente o aspecto econômico da classe hospitalar (dificuldades, facilidades e reivindicações).
- 8) No que tange à prática educativa, que concepções/tendências pedagógicas orientam o trabalho desenvolvido na classe hospitalar?
- 9) Como acontece o acompanhamento pedagógico destinado às crianças e adolescentes hospitalizados?
- 10) Que recursos, métodos e técnicas são utilizados para desencadear a aprendizagem dos educandos?
- 11) A classe hospitalar possui projeto pedagógico? Que ações estão previstas nesse documento?
- 12) Como é a relação entre a classe hospitalar e a escola de origem do paciente-aluno? Como acontece esse procedimento?
- 13) Na sua opinião, qual a relevância da classe hospitalar para a sociedade?
- 14) De que forma a classe hospitalar articula as ações para atender às necessidades e demandas sociais da comunidade a que pertence?

- 15) Como procede a relação entre a classe hospitalar e os familiares e/ou acompanhantes das crianças hospitalizadas?
- 16) De onde provêm os alunos da classe hospitalar e que critérios definiram essa instituição hospitalar adequada para o tratamento de saúde?
- 17) Descreva os valores e as características sociais das crianças e familiares que participam da classe hospitalar.
- 18) Que aspectos culturais da família você considera que auxiliam a criança no tratamento de saúde e no acompanhamento pedagógico realizado na classe hospitalar? Quais dificultariam o processo?
- 19) E os profissionais da saúde, como percebem a classe hospitalar e de que forma participam no desenvolvimento organizacional desse espaço de ensino?
- 20) Que aspectos da gestão da classe hospitalar você considera que merecem mais atenção? Justifique.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Documento base para a definição das classes hospitalares em estudo



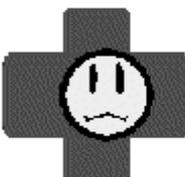
### *Estudos e pesquisas sobre atendimento escolar hospitalar*



Os resumos de pesquisas (assim como esta home page) são partes integrantes do PROGRAMA DE PESQUISAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS VOLTADAS PARA OS DIREITOS E NECESSIDADES EDUCACIONAIS DAS CRIANÇAS E JOVENS HOSPITALIZADOS (Fonseca, 1995) que conta atualmente com 10 projetos nesta área específica.



Este PROGRAMA tem como objetivo-fim contribuir para com a consolidação de políticas, diretrizes e ações pedagógicas nesta área não apenas para fortalecer a atuação dos profissionais, mas para que esta se reflita num melhor atendimento pedagógico-educacional das crianças e jovens hospitalizados.



Para facilitar o intercâmbio com profissionais de outros países, esta home page está sendo veiculada também em Inglês. Estudos e pesquisas aqui divulgados:



- O comportamento da criança pequena durante exames médicos
- Escola hospitalar: uma modalidade válida de atendimento
- Atendimento pedagógico:educacional hospitalar: realidade nacional
- Escolas hospitalares nos países de língua espanhola
- A criança pequena na escola hospitalar e seu atendimento pedagógico-educacional. (fevereiro-março/99)
- Escolas hospitalares no Brasil
- Pesquisa Escolas Hospitalares: atualização de dados



O comportamento da criança pequena durante exames médicos. (janeiro/92-julho/95)

Esta pesquisa apresenta uma série de estudos com o objetivo de compreender o comportamento infantil durante exames radiológicos. Um modelo multifatorial foi proposto como suporte teórico às variações no

comportamento da criança durante os exames. A testagem deste modelo foi feita considerando-se a contribuição relativa de uma série de variáveis que podiam contribuir para o tipo de comportamento apresentado pela criança durante o exame.

O primeiro estudo (34 crianças) foi implementado para obter uma visão geral e entendimento dos diversos exames aos quais as crianças pequenas eram submetidas no Departamento de Radiologia de um hospital infantil de Londres. Este estudo envolveu 12 exames diferentes.

O estudo piloto (48 crianças) teve como objetivo acessar, de forma sistemática, os padrões de comportamento apresentados por crianças pequenas que se submetiam a exame de ultrassom e, identificar e refinar a estrutura dos instrumentos utilizados para a coleta de dados durante um estudo posterior, de intervenção.

O propósito do estudo de intervenção (213 crianças) foi o de verificar se um método que envolvia ensaio prévio do exame e a participação ativa e estruturada do familiar e da criança durante o exame era efetivo na redução dos distúrbios de comportamento apresentados pela criança durante o exame. Neste estudo dois exames foram utilizados: o cistograma urinário e o ultrassom.

Os resultados demonstraram que o exame de ultrassom, que não envolve dor ou desconforto causava tanto distúrbio no comportamento da criança quanto o exame de cistograma urinário que, ao menos, causava um certo desconforto. A preparação do familiar-criança para o exame não foi efetiva nem na prevenção nem na redução dos distúrbios de comportamento das crianças.

O objetivo do estudo sobre o examinador (41 crianças) foi o de mostrar se o comportamento apresentado por este profissional contribuía para a redução ou não dos distúrbios da criança durante os exames. Este estudo envolveu apenas o exame de ultrassom.

Constatou-se que o comportamento do examinador durante a fase inicial do exame era um importante fator na reação apresentada pela criança quando examinada. Estes dados contribuíram para um melhor entendimento do desenvolvimento infantil assim como acrescenta informações significativas para a educação destas crianças (incluindo-se aí a preparação para exames médicos), para o treinamento dos profissionais de saúde e para a política de humanização do ambiente hospitalar.

Parte dos resultados desta pesquisa foi apresentada no 36º Congresso Científico do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ, Rio de Janeiro (Fonseca, 1998c).

Escola hospitalar: uma modalidade válida de atendimento? (outubro-

dezembro/95)

Este estudo buscou explorar empiricamente a hipótese da relevância do atendimento de uma escola hospitalar para a problemática de saúde e de desenvolvimento geral das crianças que, enquanto hospitalizadas, vivenciavam as atividades pedagógico-educacionais oferecidas por esta modalidade de atendimento da Educação Especial.

Os resultados demonstraram que o atendimento escolar sistemático proporcionado às crianças hospitalizadas contribui para um melhor desenvolvimento delas. A possibilidade de saída do leito, bem como a proposição de atividades motivadoras e a observação de que outras crianças também vivenciam estas experiências, contribui para uma performance mais assertiva destas crianças, se comparadas com aquelas que não são atendidas sistematicamente e que, por conseguinte, tem seu campo motivacional muito mais restrito.

O atendimento pedagógico-educacional que é desenvolvido na escola hospitalar contribui para uma mais rápida recuperação da saúde das crianças que participam do mesmo. Sendo assim não podemos ignorar a possível validade e significância desta modalidade de atendimento na redução do tempo de internação das crianças.

Dados desta pesquisa foram apresentados no V Seminário Brasileiro de Pesquisa em Educação Especial realizado na Universidade Federal Fluminense (Fonseca, 1996). O relatório final da mesma foi publicado na revista *Temas sobre Desenvolvimento* (Fonseca & Ceccim, 1999).

**Atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados: realidade nacional (julho/97-março/98)**

O presente estudo foi o primeiro do gênero a fazer um levantamento dos Estados brasileiros que oferecem o atendimento escolar hospitalar e as formas como o mesmo é ministrado.

Quando da conclusão desta pesquisa em março/98, no Brasil havia 30 hospitais com atendimento escolar para seus pacientes hospitalizados, distribuídos e em funcionamento em 11 unidades federadas (10 Estados e o Distrito Federal). Na atualização feita em agosto/99, computou-se um total de 39 escolas hospitalares em 13 unidades federadas (12 estados e o Distrito Federal).

Este tipo de atendimento decorre, em sua maioria, de convênio firmado entre as Secretarias de Educação e de Saúde dos Estados.

Oitenta professores atuavam nessa modalidade de ensino atendendo a mais de 1500 crianças/mês na faixa etária entre 0 e 15 anos.

**Há diversidade na política e/ou diretrizes de Educação/Educação Especial seguidas pelas escolas em ambiente hospitalar, o que não diz respeito apenas às adequações regionais específicas.**

**As escolas hospitalares foram unânimes no que diz respeito a seu objetivo: dar continuidade aos processos de desenvolvimento psíquico e cognitivo das crianças e jovens hospitalizados através de propostas voltadas para as necessidades pedagógico-educacionais e direitos à educação e à saúde desta clientela em particular etapa de vida quanto ao crescimento e desenvolvimento físico e emocional.**

**Partes específicas dos resultados desta pesquisa foram apresentadas respectivamente na 50ª Reunião Anual da SBPC (Fonseca, 1998a), na Jornada Científica Comemorativa do 63º Aniversário do Hospital Municipal Jesus (Fonseca, 1998b) e na 21ª Reunião Anual da ANPED (Fonseca, 1998d).**

**Alguns dos resultados desta pesquisa foram apresentados no III Congresso Íbero-Americano de Educação Especial realizado em Foz do Iguaçu/Paraná (Fonseca, 1998e; Fonseca e Ceccim, 1998).**

**O relatório final desta pesquisa foi publicado pelo INEP em sua Série Documental: textos para discussão (Fonseca, 1999e).**

**Uma atualização desses dados foi publicada pela Revista Educação e Pesquisa da Faculdade de Educação da USP (1999g).**

**Escolas Hospitalares nos países de língua espanhola. (outubro/98-fevereiro/99)**

**Este estudo compara a realidade brasileira de escolas hospitalares com a apresentada pelos países de língua espanhola, visando uma melhor compreensão das características e peculiaridades do atendimento pedagógico-educacional de crianças hospitalizadas.**

**Apenas o Brasil, a Argentina, o Chile e a Espanha oferecem atendimento pedagógico-educacional para crianças hospitalizadas. O Uruguai conta com iniciativas isoladas nesta área e sem vinculação direta com os respectivos órgãos de Educação que, por isso, não dispõem de dados oficiais sobre esta modalidade.**

**Semelhante ao que acontece no Brasil, estas escolas hospitalares situam-se em hospitais de grandes centros urbanos com uma demanda por tratamento mais especializado como no caso do câncer. Não foi possível obter dados precisos sobre o número de professores que atuam nessa modalidade nem sobre o quantitativo de alunos atendidos.**

**Ficou clara a diversidade na política norteadora deste tipo de modalidade**

educacional e a necessidade de se definir critérios e estratégias para uma atuação mais adequada às necessidades e interesses da criança ou adolescente hospitalizados. Isto levaria também à uma melhor definição das características e formação necessárias a estes profissionais e de seu papel junto ao alunado.

Este estudo abriu a possibilidade de intercâmbio pedagógico-educacional, na área específica de escola hospitalar, entre o Brasil e os países de língua espanhola, principalmente aqueles pertencentes ao Mercosul num contexto de atenção à diversidade.

Os resultados desta pesquisa referentes aos países membros do MERCOSUL (Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai) incluindo-se também a Bolívia e o Chile foram apresentados da 51ª Reunião Anual da SBPC (Fonseca, 1999d).

**A criança pequena na escola hospitalar e seu atendimento pedagógico-educacional. (fevereiro-março/99)**

Este estudo objetivou verificar a adequabilidade de um kit de brinquedos e brincadeiras para crianças até 2 anos de idade (Pérez-Ramos & Pera, 1995) a um grupo de 32 crianças de educação infantil de uma escola hospitalar e a contribuição deste material para o planejamento, desenvolvimento e avaliação das atividades propostas à esta clientela específica. Para tal, os dados do registro de desempenho das crianças quando da alta hospitalar foram analisados e comparados qualitativa e quantitativamente com registros de anos anteriores.

Os resultados mostraram que o kit: (a) demonstra ser adequado às necessidades e interesses das crianças hospitalizadas, inclusive aquelas portadoras de necessidades especiais, (b) auxilia o professor em seu planejamento e no registro de desempenho das crianças e (c) facilita o envolvimento do acompanhante nas atividades propostas às crianças hospitalizadas.

Resumo dos resultados desta pesquisa foi publicado no Boletim da Academia Paulista de Psicologia (Fonseca, 1999b). O estudo completo foi publicado na Revista Temas sobre Desenvolvimento (2000a).

**Escolas Hospitalares no Brasil. (dados atualizados em dezembro/2003)**

Nos últimos cinco anos a oferta de atendimento pedagógico educacional em ambiente hospitalar teve 175% de aumento.

Quando da primeira pesquisa que mapeou as escolas hospitalares (1997), estávamos em apenas 30 hospitais espalhados pelo Brasil. Hoje estamos

num total de 85 hospitais distribuídos por 14 estados e no Distrito Federal.

Além disso, o doente que não esteja hospitalizado mas que se encontre impossibilitado de freqüentar a escola regular, pode contar com o atendimento pedagógico domiciliar que tem sido oportunizado por 11 estados da Federação.

Os hospitais com atendimento escolar no Brasil são:

**- Região Norte**

**Acre:** Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre, Fundação Hospitalar do Acre, Lar dos Vicentinos, Hospital Colônia Souza Araújo e Hospital Infantil Yolanda Costa e Silva.

**- Região Nordeste**

**Bahia:** Hospital Sarah de Salvador e Hospital Infantil Martagão Gesteira, Hospital da Criança (Obras Irmã Dulce), Hospital de Clínicas Edgard Santos (UFBA), Hospital Roberto Santos, Centro Pediátrico Hosanah de Oliveira e Hospital Manoel Novaes (Itabuna).

**Sergipe:** Hospital João Alves Filho

**Ceará:** Hospital Infantil Albert Sabin, Instituto do Rim e Hospital do Coração

**Maranhão:** Hospital Sarah de São Luís

**- Região Centro-Oeste**

**Distrito Federal:** Hospital de Base de Brasília, Hospital Regional Asa Sul (Materno Infantil), Hospital de Reabilitação Asa Norte, Hospital de Apoio (Oncologia), Hospital Regional de Braslândia, Hospital Regional do Gama, Hospital Regional de Ceilândia, Hospital Regional de Taguatinga e Hospital Sarah de Brasília

**Goiás:** Hospital de Clínicas (UFGO), Hospital Araújo Jorge, Hospital de Doenças Tropicais de Goiânia, Hospital Materno-Infantil e Centro Integrado de Saúde Mental Emanuel.

**Mato Grosso do Sul:** Hospital Santa Casa de Campo Grande, Hospital Universitário de Campo Grande (Be-a-Ba do HUMS), e Hospital Regional de Mato Grosso do Sul Rosa Petrossian e Hospital São Julião.

**- Região Sudeste**

**Espírito Santo:** Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

**Minas Gerais:** Hospital Sarah de Belo Horizonte, Hospital Universitário de Juiz de Fora, Hospital Municipal de Governador Valadares, Hospital Vital Brasil (Timóteo) e Hospital Márcio Cunha (Ipatinga).

**Rio de Janeiro:** Hospital Municipal Jesus, Hospital São Zacarias, Hospital Cardoso Fontes (Jacarepaguá), Hospital da Lagoa, Hospital de Bonsucesso, Instituto Nacional do Câncer, Hospital dos Servidores do Estado, Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (HEMORIO), Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (UFRJ), Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF), Hospital Getúlio Vargas Filho e Hospital Municipal Desembargador Leal Junior (Itaboraí) e Hospital em Petrópolis.

**São Paulo:** Hospital da Santa Casa, Hospital Pênfigo Foliáceo, Hospital do Câncer (A.C. Camargo), Hospital de Clínicas de São Paulo (UNIFESP), Hospital Municipal Vereador José Storópolli (Vila Maria - UNICAPITAL), Hospital Estadual Infantil Darcy Vargas, Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto, Hospital da SOBRAPAR (anomalias craniofaciais), Hospital Boldrini, Hospital de Clínicas de Campinas (UNICAMP), Hospital Mário Gatti, Hospital de Clínicas e Hemocentro (Marília), Hospital de Base de São José do Rio Preto, Hospital Municipal de Paulínia e Instituto do Coração.

#### **- Região Sul**

**Paraná:** Hospital Infantil Pequeno Príncipe, Hospital Erasto Gaertner, Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Hospital de Clínicas (UFPR) e Hospital Santa Casa (Cornélio Procópio).

**Santa Catarina:** Hospital Infantil Joana de Gusmão, Hospital Universitário de Santa Catarina (UFSC), Hospital Infantil Seara do Bem, Hospital Hélio Anjos Ortiz, Hospital Regional Alto Vale, Hospital Regional de Chapecó e Hospital UNIMED de Joinville.

**Rio Grande do Sul:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UFRGS), Hospital da Criança Santo Antônio, Hospital Universitário de Santa Maria (UFSM) e Hospital Santa Terezinha (Erechim).

Se você tem conhecimento de alguma escola hospitalar que não conste desta listagem, ficariamos gratos por sua informação. Entre em contato através do e-mail [escolahospitalar@uerj.br](mailto:escolahospitalar@uerj.br)

**Escolas Hospitalares: atualização de dados**

Esta pesquisa decorreu da realização do 1º Encontro Nacional sobre Atendimento Escolar Hospitalar onde tivemos a oportunidade de obter informações sobre as escolas hospitalares em funcionamento e

confirmamos que algumas delas não tinham sido incluídas na pesquisa realizada por Fonseca em 1998.

Nosso objetivo foi e é estar sempre atualizando os dados sobre a realidade das escolas hospitalares no Brasil. Também estamos buscando informações sobre os termos constantes dos convênios firmados entre as Secretarias de Educação e Saúde dos hospitais que contam com esta modalidade de atendimento, assim como obter dados sobre os professores e sua formação e o ambiente físico para o desenvolvimento do trabalho, dentre outros. Estudo semelhante foi desenvolvido nos Estados Unidos com vistas a uma comparação posterior com os dados da realidade brasileira.

Todos os participantes do Encontro em julho de 2000 receberam, junto com os Anais do evento, o formulário desta pesquisa assim como estão sendo convidados a dela participar. Agradeceríamos se pudessem contatar colegas, no sentido de agilizar o preenchimento do formulário assim como verificar se os demais atendimentos escolares de que têm conhecimento, receberam o referido formulário de pesquisa.

Sua colaboração não apenas contribuiu para que a pesquisa seja mais completa mas também para que possamos cumprir os prazos de coleta de dados. Dessa forma disponibilizamos o formulário de pesquisa nesta página.

**Participe!**

A carta e o formulário desta pesquisa na seção Atualização de dados das Escolas Hospitalares desta home page.

Após preenchimento, remeta o formulário o mais rápido possível para o seguinte endereço:

**Profa. Dra. Eneida Simões da Fonseca**

**Rua São Francisco Xavier, 643**

**Maracanã - Rio de Janeiro, RJ**

**CEP 20550-011**

**Ou e-mail: [escolahospitalar@uerj.br](mailto:escolahospitalar@uerj.br)**

Em caso de dúvidas, entre em contato pelo telefone (21) 2587-7791 às 3as ou 5as feiras das 07 às 11 horas ou através do e-

mail acima.

*Agradecemos desde já!*

Mais informações sobre estudos e pesquisas em  
atendimento escolar hospitalar?

E-mail [escolahospitalar@uerj.br](mailto:escolahospitalar@uerj.br)

fax: (21) 2264-5329

---

**ENGLISH VERSION**



Melhor visualizada com Netscape®

Home Page Escola Hospitalar  
Atualizada em dezembro/2003

**ANEXO B – Termo de Consentimento Livre Informado****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO****Mestranda:** Sinara Pollom Zardo**Orientadora:** Soraia Napoleão Freitas**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Sinara Pollom Zardo, Pedagoga e acadêmica do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Maria, desejo por meio deste, informar-lhe que estamos realizando um trabalho de pesquisa intitulado: “O desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS: uma análise das dimensões econômica, pedagógica, política e cultural”.

Esta pesquisa objetiva compreender como se articula o processo de desenvolvimento organizacional das classes hospitalares do RS nas dimensões econômica, pedagógica, política e cultural, justificada pela necessidade de aprimoramento e expansão destes ambientes de ensino, com vistas a atender o direito de acompanhamento pedagógico às crianças hospitalizadas com qualidade.

A fim de que essa pesquisa se efetive, necessitamos da colaboração dos professores responsáveis pelas classes hospitalares. Por esta razão, solicitamos a sua cooperação para este estudo.

Informamos que a sua participação neste estudo é livre. Caso queira participar, fique ciente que esta pesquisa consta de uma entrevista semi-estruturada, onde constarão perguntas sobre o desenvolvimento organizacional da classe hospitalar. Outro instrumento de coleta de dados será a análise de documentos da classe hospitalar, ou seja, seu projeto pedagógico.

Deixamos claro o total sigilo e privacidade da identificação dos sujeitos (professores), evidenciando que este estudo visa, sobretudo, trazer benefícios

para a comunidade, as classes hospitalares, escolas regulares, os professores, alunos e familiares.

Os resultados e conclusões obtidas na pesquisa além de serem publicados na Dissertação de Mestrado poderão ser apresentados em forma de artigo ou de resumo em Congressos, Seminários e publicados em diferentes meios.

Por fim, eu \_\_\_\_\_, ciente do que me foi exposto, concordo com os procedimentos que serão realizados participarei da pesquisa, bem como autorizo que sejam feitas entrevistas e gravações, apenas para a coleta de dados, não permitindo a minha identificação.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do professor (sujeito da pesquisa)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da mestranda

\_\_\_\_\_  
Assinatura da orientadora