

# *Revista da Graduação*

---

Vol. 4

No. 1

2011

34

---

**Seção: FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS – CAMPUS  
URUGUAIANA**

Título: A inclusão escolar de crianças pós-  
hospitalizadas na Barra do Quaraí

Autor: Grazielle Silva Maciel

Este trabalho está publicado na Revista da Graduação.

ISSN 1983-1374

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/8849/6193>



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PUCRS - CAMPUS URUGUAIANA  
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS  
DEPARTAMENTO DE FUND. E ESTUDOS ESPECIALIZADOS EM EDUCAÇÃO

GRAZIELLE SILVA MACIEL

**A INCLUSÃO ESCOLAR DE CRIANÇAS PÓS-HOSPITALIZADAS NA BARRA DO  
QUARAÍ**

Uruguaiana

2010

GRAZIELLE SILVA MACIEL

**A INCLUSÃO ESCOLAR DE CRIANÇAS PÓS-HOSPITALIZADAS NA BARRA DO  
QUARAÍ**

Trabalho de conclusão apresentado à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Campus Uruguaiana, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Licenciatura em Pedagogia.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Lígia Mezzomo**

**Prof<sup>a</sup>. Marilda Pötter**

Uruguaiana

2010

GRAZIELLE SILVA MACIEL

**A INCLUSÃO ESCOLAR DE CRIANÇAS PÓS-HOSPITALIZADAS NA BARRA DO  
QUARAÍ**

Trabalho de conclusão apresentado à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Campus Uruguaiana, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Licenciatura em Pedagogia.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>a</sup>. Lígia Mezzomo (Orientadora – PUCRS)

Prof<sup>a</sup>. Marilda Pötter (Orientadora – PUCRS)

---

---

Dedico esse trabalho, com muito amor, carinho e admiração ao meu irmão Rafael que, aos três anos de idade, sofreu de um câncer e hoje, após dez anos, está curado. Que muito ensinou a mim e a minha família, unindo-nos cada vez mais. E que me proporcionou experienciar um novo sentido da inclusão escolar. Também dedico este trabalho a minha mãe, que por muitos momentos pensou não ter mais forças para continuar, mas que nunca desistiu e seguiu lutando pela vida de seu filho.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, devo agradecer a Deus que jamais me abandonou e que sempre está presente nas minhas conquistas. Mesmo quando tudo parecia estar perdido, era o Senhor quem me dava forças e ânimo para seguir nessa caminhada. Se um dia alguém me disse que para Deus nada é impossível, hoje tenho a certeza disso, pois mesmo quando chegar à universidade para mim era um sonho distante, foi o Senhor quem me provou eu ser capaz de ter uma formação superior.

Não posso deixar de mencionar o grande respeito e admiração que tenho pela minha avó, Marina, que foi quem me ensinou a ser quem sou, e que me mostrou os valores que devia seguir. Agradeço também aos meus demais familiares que me apoiaram e incentivaram em todas as minhas decisões.

A pessoa que hoje sabe de mim mais do que eu mesma, também merece um agradecimento. Ao meu marido, Fabiano, que acompanhou toda a minha trajetória na faculdade e na minha carreira profissional, que presenciou todos os momentos de crescimento e satisfação, ou ainda, àqueles momentos de angústia e desespero por não conseguir cumprir todas as tarefas acadêmicas e pelas ajudas incansáveis: o meu amor, a minha vitória.

Também é preciso agradecer a todos os mestres que de uma maneira ou de outra contribuíram para minha formação profissional e pessoal, oferecendo-me sabedoria e conhecimento. A todos os professores que estiveram comigo desde o primeiro semestre, nas tardes preguiçosas de sábado, nas noites frias de inverno, ou nas noites quentes de verão. Agradecendo a professora Marisa Crivelaro, fundamental na orientação para a realização dos estágios, e as professoras orientadoras Lígia Mezzomo e Marilda Pötter, nas incansáveis orientações para a realização desta pesquisa monográfica, agradeço todos os professores em geral, e ressalto teoria e prática que muito aprendi nesta instituição.

Agradeço a todas as pessoas (educadores, pais e alunos) que participaram, de uma maneira ou outra, nesta etapa de minha vida, tanto na pesquisa de campo para a pesquisa monográfica, quanto nos estágios, incentivando-me e oferecendo-me a oportunidade de vivenciar a realidade da prática docente.

Gostaria de agradecer a equipe diretiva e pedagógica da Escola Municipal de Ensino Fundamental 22 de Outubro, a Diretora Ramona Moraes, a Vice-diretora

Graciana Pavanatto, a Supervisora Silvia Ziani e a Orientadora Educacional Maria do Carmo Vizzotto, pois muito contribuíram para que eu pudesse realizar tanto a pesquisa de campo quanto os estágios. Obrigada por abrirem as portas desta instituição e por me acolherem tornando-me parte deste grupo. Além de confiarem no meu trabalho e oportunizarem o meu crescimento profissional a cada dia. Muito obrigada!

Também se faz necessário agradecer o incentivo de Leodi Ortiz. Esta pedagoga e mestre em Educação, que coordena o Setor Educacional do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) foi fundamental no embasamento teórico de meu trabalho. Além de oferecer suporte pedagógico ao meu irmão, no momento do enfermar, ajudou-me diretamente enviando-me materiais de apoio que nortearam essa pesquisa.

E, finalmente aos meus irmãos, Viviane e Rafael, e minha mãe Vera. Que ao vivenciar uma experiência dolorosa vivida por nós, o adoecimento do *Rafa*, me proporcionou experimentar um novo olhar da educação inclusiva.

Enfim, agradeço a todas às pessoas que estiveram presentes durante essa longa e maravilhosa jornada da minha vida contribuindo para conquista desse sonho.

*“Se procurar bem, você acaba encontrando não a explicação (duvidosa) da vida, mas a poesia (inexplicável) da vida”.*

Carlos Drummond de Andrade

## RESUMO

A presente pesquisa monográfica buscou investigar um tema desafiante e desconhecido que é a inclusão escolar de crianças pós-hospitalizadas. Com isso, objetivou-se verificar nas escolas da rede regular de ensino do município da Barra do Quaraí, como ocorre a reinserção de ex-pacientes no ambiente escolar. A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa de cunho etnográfico, uma vez que foram utilizados como procedimentos metodológicos entrevistas semi-estruturadas bem como observações diretas. Foram constatados dois pontos relevantes com relação ao problema da pesquisa: o processo de inclusão escolar na perspectiva dos pais dos alunos pós-hospitalizados e os cuidados com a saúde e as preocupações com a aprendizagem no que se refere às ações desencadeadas na escola, no trato com a criança pós-hospitalizada. Através da análise dos dados investigados, buscou-se refletir sobre como está ocorrendo a inclusão dos alunos pós-hospitalizados, a fim de que se possa redirecionar a prática educativa nas instituições escolares para um melhor trato deste aluno especial em sua reinserção na sociedade.

**Palavras-chave:** Adoecimento. Criança pós-hospitalizada. Aprendizagem. Inclusão escolar.

## **ABSTRACT**

This research monograph investigates a theme which is unknown and challenging the inclusion of school children after hospitalization. Thus, we aimed at verifying the schools of the regular school system of the municipality of Barra do Quaraí, as is the reintegration of ex-patients in the school environment. The methodology used was qualitative research of ethnographic, since they were used as methodological procedures semi-structured interviews and direct observation. We found two important points regarding the research problem: the process of school inclusion in the perspective of parents of students post-hospitalized, and; the health care and concerns about learning in relation to actions carried out in school, dealing with children in post-hospitalized. Through analysis of the data studied, we attempted to reflect on how you're going to include students post-hospitalized, so that we can redirect the educational practice in schools for a better treatment of this special student in their reintegration into society.

**Keywords:** Illness. Child post hospitalized. Learning. School inclusion.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 RELEVÂNCIA DO ESTUDO .....	11
1.2 OBJETIVOS .....	13
<b>1.2.1 Objetivo geral .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>13</b>
1.3 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	14
<b>2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS .....</b>	<b>15</b>
2.1 ADOECIMENTO E HOSPITALIZAÇÃO: Primeiro desafio.....	15
2.2 A CRIANÇA E O PROCESSO DE APRENDIZAGEM .....	20
<b>2.2.1 A aprendizagem e Os Estágios Cognitivos Segundo Piaget.....</b>	<b>20</b>
<b>2.2.2 O processo de aprendizagem na abordagem de Vygotsky .....</b>	<b>23</b>
2.3 A INCLUSÃO ESCOLAR: Do querer ao fazer.....	25
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>31</b>
3.1 ABORDAGEM DA PESQUISA.....	31
3.2 QUESTÕES NORTEADORAS.....	32
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	32
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	33
<b>3.4.1 Entrevistas semi-estruturadas .....</b>	<b>33</b>
<b>3.4.2 Observações diretas .....</b>	<b>34</b>
3.5 TRATAMENTO DOS DADOS .....	34
<b>3.5.1 Processo de Análise .....</b>	<b>34</b>
<b>3.5.2 Etapas da análise de conteúdo .....</b>	<b>35</b>
<b>3.5.3 Categorias emergentes.....</b>	<b>36</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
4.1 ESCOLA E FAMÍLIA: A Inclusão Escolar na perspectiva dos pais dos alunos pós-hospitalizados.....	37

4.2 DOS CUIDADOS COM A SAÚDE ÀS PREOCUPAÇÕES COM A APRENDIZAGEM: As ações desencadeadas na escola no trato com a criança pós-hospitalizada. ....	42
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A presente pesquisa monográfica surgiu de uma experiência vivida por mim e por meus familiares: o adoecimento do meu irmão ainda pequeno, vitimado por um câncer. Felizmente, depois de quase quatro anos de muito tratamento, internações, medicações, quimioterapias, crises respiratórias gravíssimas, pneumonias, comas, Rafael superou a doença. Mas precisou enfrentar outro desafio: a inserção no âmbito escolar. A inclusão escolar de crianças pós-hospitalizadas surgiu em minha vida pelo desejo de compreender, não apenas empiricamente, mas teoricamente e por que não cientificamente como o aluno que sofreu de alguma patologia e passou por internação, reingressa no ambiente escolar.

Esta interlocução científica diz respeito à reflexão acerca do tema desafiante e desconhecido que é a inclusão escolar de crianças pós-hospitalizadas. Para tanto, tal estudo objetiva investigar como é experienciado pela criança portadora de patologia crônica o retorno à escola na modalidade de ensino regular.

Deste modo, é preciso compreender por que crianças pós-hospitalizadas também necessitam de trato especial no momento da alta.

Assim, o presente texto busca elucidar questões acerca do tema Inclusão Escolar. Num contexto histórico onde é uma constante a discussão sobre a importância de incluir as crianças especiais no espaço escolar regular, é preciso também repensar quais fatores tornam uma criança *especial*.

Neste caso, torna-se necessário perceber como *especial* não somente aquela criança que possui alguma deficiência de ordem mental ou física, como geralmente é entendida, mas como *especial* todo aquele indivíduo que necessita de um olhar diferenciado. Assim, a criança pós-hospitalizada (após longas internações), é alguém que também precisa ser incluída e merece cuidado especial, mesmo que temporariamente. Pela óptica da autora

A proposta de inclusão educacional escolar contempla a aproximação não exclusivista dos portadores de deficiência, mas também alunos com altas habilidades/superdotados, alunos com dificuldades de aprendizagem, crianças hospitalizadas ou com problemas de saúde e outras representações infantis excluídas (ORTIZ, 2008, p.154)

Assim, esta pesquisa faz uma incursão em dois universos aparentemente distintos: Saúde e Educação. Busca-se refletir, então, sobre os efeitos causados pela internação hospitalar nos processos de desenvolvimento e aprendizagem, pós a alta hospitalar, quando do reingresso no âmbito escolar e como a escola atua nesta situação.

A criança que teve sua identidade diluída em um momento de internação, vendo-se em uma realidade diferente da sua vida cotidiana, é vitimada pela dor, pela solidão e dramas incomuns para sua idade. Assim, ela deve ter seus direitos garantidos conforme está exposto no Estatuto da Criança e do Adolescente Hospitalizado, criado em 1995.

Porém, o ato do enfermar vem acompanhado pelo impacto emocional provocado pela terapêutica. Freitas e Ortiz (2005) evidenciam que isso pode afetar não somente o psicológico, mas também o cognitivo, uma vez que o paciente pode desistir do papel de construtor de sua história, negando seu potencial de aprendizagem.

Desta forma, segundo Carvalho citado por Ortiz (2008, p.154) quando se pensa no tema inclusão escolar é preciso “[...] refletir sobre a remoção de barreiras para a aprendizagem e para a participação de todos”. Em resumo, a internação hospitalar provoca danos na criança, uma vez que ela é impossibilitada de freqüentar a escola, sua rotina é voltada para exames, medicações e diagnósticos. Com isso vale verificar que “[...] a hospitalização, em determinadas situações, constitui um risco igual ou maior que aqueles da própria doença que a originou” (BIERMANN apud CARVALHO E CECCIM, 1997) já que prejudica o processo de desenvolvimento do paciente infantil, uma vez que a socialização da criança é totalmente abalada, onde a ruptura que ela sofre em relação à escola pode ocasionar graves problemas psicopatológicos.

Após estas considerações, é importante pontuar que o estudo objetivou investigar como a escola regular inclui uma criança pós-hospitalizada, uma vez que a problemática desta pesquisa esta pautada nas ações realizadas na escola ao lidar com esta clientela. Também é válido ressaltar que foi preciso delimitar o campo de

pesquisa, deste modo, buscou-se analisar as questões relativas ao problema de estudo em escolas na cidade da Barra do Quaraí.

Os principais autores que embasaram a presente pesquisa monográfica foram: Freitas e Ortiz (2005) no que se refere ao processo de adoecimento e hospitalização, bem como algumas considerações sobre o trato com o ex-paciente na ambiente escolar; Piaget (1973) com a teoria da aprendizagem e os Estágios Cognitivos do Desenvolvimento; Vygotsky (1984) na contribuição com o processo de aprendizagem Sócio-Interacionista. E no embasamento teórico sobre inclusão escolar, buscou-se apoio legal na legislação vigente, bem como algumas idéias defendidas por Mantoan (2003) e Paniagua (2007).

De acordo com esta realidade, justifica-se este estudo acerca da importância do educador no retorno deste ex-paciente à escola, no período em que a criança se encontra em fase de ser motivada, quando está ávida por novidades. Estimulando, então o processo educativo que por sua vez poderia ficar estagnado.

Assim, para integralidade desta pesquisa pontua-se como perspectiva compreender como está acontecendo à inclusão escolar da criança pós-hospitalizada, uma vez que se buscou investigar como a escola recebe este aluno, a fim de que se possa redirecionar a prática educativa nas instituições escolares para um melhor trato deste aluno especial em sua reinserção na sociedade.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

- Investigar como a escola inclui uma criança pós-hospitalizada no ensino regular.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Refletir sobre a questão da inclusão de crianças pós-hospitalizada
- Analisar como se configura a prática pedagógica do professor em relação à criança pós-hospitalizada;
- Avaliar o ambiente escolar e sua interferência na inclusão da criança pós-hospitalizada;
- Verificar como o professor organiza os conteúdos e como procede a avaliação da criança pós-hospitalizada;
- Averiguar como ocorre a adaptação da criança pós-hospitalizada quando do retorno ao ambiente escolar;
- Entender as relações estabelecidas entre escola e família no processo de adaptação da criança pós-hospitalizada.

### 1.3 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

- Como a escola age ao lidar com crianças pós-hospitalizadas?

## 2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

### 2.1 ADOECIMENTO E HOSPITALIZAÇÃO: Primeiro desafio

O adoecimento faz parte da vida. Porém, algumas patologias, agudas ou crônicas, que não podem ser tratadas em caráter ambulatorial, levam à hospitalização, e muitas vezes são prescritas urgentemente. Esse evento afeta a vida das pessoas por certo período de tempo. O caso torna-se ainda mais preocupante quando o paciente em questão é uma criança, isso porque a fragilidade física acarreta o prejuízo do estado psicológico e emocional, queimando assim a etapa mais importante da vida: a infância.

A criança portadora de enfermidade crônica torna-se especial, pois de imediato tem seu cotidiano profundamente desajustado. Freias e Ortiz (2005) retratam que vitimada pela dor, pela solidão e dramas incomuns, a criança sofre o primeiro impacto ao se deparar com o estranho e asséptico ambiente hospitalar: paredes brancas; médicos; enfermeiros e demais profissionais da saúde vestindo uniformes também brancos. Deste modo, o mundo da criança que era multicolorido passou a ser monocromático.

Assim, “[...] 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 em estado de permanente ameaça” (FREITAS E ORTIZ, 2005, p.27). Neste momento, ocorre uma situação caótica para a criança: além das mudanças físicas decorrentes do tratamento médico realizado, há também conflitos de ordem emocional, uma vez que a criança está em constante contato com a figura da morte.

Primeiramente, o evento da hospitalização traz insegurança à criança, pois ela deve incorporar em seu mundo o universo do desconhecido. A estrutura do medo é acrescida pelo próprio desconforto da dor resultante do tratamento. Em meio ao sonho da possível cura existe todo um aparato terapêutico necessário aos procedimentos médicos como exames bioquímicos, equipamentos cirúrgicos, punções, internações invasivas, amputações, etc, muito embora alguns desses aparatos sejam para amenizar a dor. Também a rotina da internação privilegia,

primeiramente, a preocupação com a erradicação da patologia, deixando para um segundo momento a questão psicossocial do paciente infantil.

A preocupação com o combate da doença é acompanhada de situações desagradáveis, porém necessárias à cura. Esses sintomas incômodos, quando o quadro clínico for câncer, por exemplo, são explicitados pelo autor:

A criança também vive uma situação desagradável do ponto de vista físico. Sente dores com a quimioterapia e com outros procedimentos terapêuticos, sua pele muda de cor e geralmente perde os cabelos, além de emagrecer bastante. Do ponto de vista emocional, é comum a manifestação do medo, ansiedade, irritabilidade, angústia, depressão, agressividade, sensação de abandono, etc. (NASCIMENTO apud ORTIZ, 2000, p.25-26)

Quando já instalada na unidade de tratamento, a criança além de já ter sido molestada pelas más sensações corporais, precisa enfrentar a separação repentina dos pais e também do ambiente familiar, que lhe é tão favorável ao pleno desenvolvimento infantil. A hospitalização produz a quebra desse convívio, uma vez que não é permitida a permanência de muitos familiares junto ao leito hospitalar devido às condutas normatizadas.

Também Freitas e Ortiz (2005) destacam a importância da qualidade do relacionamento familiar do pequeno paciente, não somente durante a hospitalização, mas antes e após o ato do enfermar. Isso porque, caso haja algum tipo de transtorno nestas relações, o risco nocivo do enfermar poderá prejudicar ainda mais o desenvolvimento integral deste paciente infantil.

Também é motivo de preocupação a questão do luto e da quebra de vínculos afetivos. Isso ocorre uma vez que a criança está imersa em um ambiente de dor e de morte, assim ela pode se deparar com situações de perdas de amigos também em tratamento. Conforme Freud (1917) citado por Besset (2007) “[...] O luto é, em regra geral, a reação frente à perda de uma pessoa amada”. O significado dado à morte pela criança varia de acordo com alguns fatores, entre os quais o primeiro a ser considerado é a idade, ou melhor, o momento de seu desenvolvimento psicológico. Assim que a criança tiver idade suficiente para se vincular, pode ter consciência da possibilidade de perder a pessoa amada, de ter os vínculos rompidos.

Outro fator agravante quanto à dificuldade de aceitação da hospitalização ratificada por Freitas e Ortiz (2005) é a certa imobilidade forçada pela qual a criança passa. Isso ocorre devido à privação das brincadeiras de força e movimento em

razão da fadiga e desgaste provocados pela agitação natural do ato do brincar, que certamente são prejudiciais aos próprios procedimentos terapêuticos. Assim, “[...] O movimento é uma fonte de prazer, porém, o tolhimento desta atividade motora transforma-se em uma das maiores dificuldades a serem enfrentadas pela hospitalização.” (FREITAS E ORTIZ, 2005, p. 32). Tal dificuldade ocorre devido à importância do brincar para o desenvolvimento infantil. Conforme Dantas citado por Costa e Piazero (1998) o brincar socializa o indivíduo, principalmente a criança, na busca de mecanismos favoráveis ao seu amadurecimento auxiliando a vida emocional e proporcionando condições para o desenvolvimento mental. A terapia estabelecida pelo brincar também estimula a liberdade do aprender, seja com palavras, com letras, ou com o computador.

O paciente infantil também precisa encarar situações de transitoriedade, ou seja, por vezes demonstra uma postura de conformidade, por vezes apresenta um comportamento rebelde. Por esta razão, a passagem da criança pelo espaço hospitalar requer atenção também aos aspectos emocionais e espirituais, conforme o indicado: “[...] A atenção à saúde da criança implica não só na ênfase aos ‘cuidados biológicos’, mas inclui também ‘cuidados não médicos’[...] É um olhar pautado para a assistência integral do paciente” (FREITAS E ORTIZ, 2005, p.35). Esse olhar especial se faz necessário, uma vez que se não for bem conduzido o processo de hospitalização, o paciente-aluno poderá desencadear uma série de sintomas e efeitos colaterais prejudiciais ao desenvolvimento físico-emocional. Conforme Freitas e Ortiz (2005) esses são apenas alguns dos sintomas apresentados pelo paciente infantil ao experimentar traumáticamente o evento da hospitalização: distúrbios de conduta e do sono, problemas no controle dos esfíncteres, depressão, ansiedade, mutismo, sintomas histéricos, entre outros. É sempre válido destacar que tais sintomas e perturbações não são uniformes e podem variar de criança para criança.

Outro fator que determina a resposta do enfermo frente ao evento do adoecer é o tempo de duração da hospitalização. “[...] Quanto maior o período do isolamento hospitalar, maior serão os riscos de surgirem prejuízos ao livre desenvolvimento normal da criança.” (FREITAS E ORTIZ, 2005, p.39)

Quando em idade escolar, o paciente-aluno que superou a problemática da hospitalização depara-se com outro desafio a ultrapassar: a entediante rotina hospitalar, uma vez que quase não encontra desafios intelectuais. Além do mais,

precisa superar a frustração e a ansiedade de ver seus companheiros de internação tendo alta hospitalar, sentindo-se assim, novamente na solidão.

Há que se lembrar que as reinternações do paciente infantil portador de doença crônica, após festivas altas, geram ainda mais insegurança, uma vez que o retorno contínuo ao âmbito hospitalar é visto pela criança como a possibilidade de ineficácia do tratamento e da aceitação da provisoriedade de sua vida.

É neste momento que surge para o enfermo a sensação de ser diferente das demais crianças que não necessitaram de internações hospitalares.

Uma das interrogações mais urgentes que se apresenta no momento da internação da criança enferma (em idade escolar), não diz respeito somente à doença em si, ou da necessidade de restabelecimento do próprio corpo, mas sim com a ruptura escolar. Assim, conforme Ortiz (2000), o paciente-aluno poderá sentir-se como estrangeiro, forasteiro e exilado do mundo do conhecimento.

Esse afastamento escolar temporário implica no distanciamento dos colegas, de professores, das brincadeiras, etc. Também outros fatores tornam-se agravantes, pois, “[...] a criança que não frequenta a escola, além de não aprender muitos conceitos e estratégias complexas, também tem mais dificuldade para generalizar para um outro ambiente um conceito ou princípio aprendido” (ZACARON apud MUNHÓZ E ORTIZ, 2001, p.22). Isso significa que o afastamento escolar pode prejudicar o rendimento desse paciente-aluno, uma vez que o processo de internação poderá acarretar uma série de dificuldades de aprendizagem futuras.

O bombardeio medicamentoso prescrito nas terapêuticas e a ausência de desafios cognitivos decorrentes das contingências da reclusão hospitalar podem promover regressão de várias áreas do sistema nervoso central, como na memória, concentração, coordenação motora fina, linguagem e inteligência, causando, com isso, distúrbios de aprendizagem. (FREITAS E ORTIZ, 2005, p, 42-43)

É preciso, pois, procurar diminuir o abismo existente entre o ambiente hospitalar e o ambiente escolar. E uma das formas preventivas encontradas para minimizar os efeitos do afastamento escolar temporário, é a assistência escolar oferecida pela classe hospitalar, que passa a ser considerada como fator essencial ao tratamento terapêutico, deixando de ser vista como apenas uma ocupação para o enfermo e/ou ação atenuante dos traumas da internação.

Deste modo “[...] Tanto a educação não é elemento exclusivo da escola, quanto saúde não é elemento exclusivo do hospital” (Fontes, 2005, p.121). Além do

mais a definição do Ministério da Saúde apud Fontes (2005, p.121), para o hospital é também um centro de educação:

Hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhes supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente. (BRASIL, 1977, p. 3.929)

Deste modo, é possível considerar o hospital também como uma agência educativa, de maneira a oportunizar aos pacientes situações não formais de ensino, além de tornar-se um auxílio na superação do evento da hospitalização e da sensação de morte.

Fonseca e Ceccin (1999) apud Fontes (2005) defendem a prática pedagógica em classes hospitalares. Assim, de acordo com o Ministério da Educação (MEC), Classe Hospitalar é definida como: “[...] Um ambiente hospitalar que possibilita o atendimento educacional de crianças e jovens internados que necessitam de educação especial e que estejam em tratamento hospitalar”. (BRASIL, 1994, p. 20).

Transpondo a fala de Ortiz (2000), a classe hospitalar também passa a ser vista como um refúgio que oferece proteção a situações de solidão e moléstia do tratamento terapêutico, excedendo sua principal intenção de realizar a aproximação da criança enferma com os estudos. Também a Classe Hospitalar exerce uma função importantíssima quando do regresso do paciente-aluno à sala de aula do ensino regular. Tal idéia é ratificada: “[...] Ela [a classe hospitalar] assume, também uma postura cidadã no momento que remete as crianças para o ensino regular já de posse da legislação educacional que ampara os alunos em processo de tratamento hospitalar.” (ORTIZ, 2000, p. 98)

É preciso compreender que o ensino em ambientes hospitalares não só favorecem o rendimento escolar das crianças, mas também as auxilia no regresso escolar após a alta.

Ao adoecer gravemente e sofrer longas internações, a criança é introduzida forçosamente ao estranho e asséptico mundo que é o hospital. Em compensação, quando ela é libertada deste mundo, assinalada pela alta hospitalar, dispara o medo do enfrentamento da condição de normalidade.

Nesta ocasião, a escola toma sobre si papel importantíssimo na reinserção desta criança na vida extra-hospitalar e no seu regresso ao mundo do conhecimento.

Do mesmo modo que a criança-paciente é cuidada e tratada ao ingressar no hospital, no momento do enfermar, deve ser retomada no momento da alta hospitalar. Por se tratar do desapego de um momento muito crítico, Serino apud Freitas e Ortiz (2005) indica que

En estos casos el niño debe ser informado de que va a salir del hospital y cómo será su vida de allí en adelante. La preparación anterior da oportunidad para que el paciente elabore la situación de alta y el apego al ambiente hospitalario, los amigos hospitalizados, o el equipo médico y de enfermeras. (Serino apud Freitas e Ortiz, 2005, p.71)

No momento da alta confirma-se o sonho da cura e certo afastamento da figura de morte. Mas, embora o entusiasmo decorrente de uma vitória e de um obstáculo superado é necessário encarar a reinserção na sociedade e na vida escolar.

Portanto, surge a necessidade da inclusão deste paciente no ambiente escolar. Assim, a criança não deve mais ser vista como um ser doente, mas sim, como uma pessoa que precisa recuperar o tempo perdido.

Assim, ao finalizar esta interlocução, reafirma-se a necessidade da investigação sobre os aspectos relacionados ao papel exercido pela escola ao receber uma criança pós-hospitalizada. Certos de que a inclusão deste tipo de *especial* tem como base proporcionar experiências otimistas no retorno à sociedade e à vida normal, é preciso que a escola não o rejeite e principalmente, mostre-lhe que a educação se confunde com o ato de respeito à vida.

## 2.2 A CRIANÇA E O PROCESSO DE APRENDIZAGEM

### 2.2.1 A aprendizagem e Os Estágios Cognitivos Segundo Piaget

O ser humano está em desenvolvimento constante, num processo contínuo e cumulativo. Esse processo ocorre durante toda a vida do sujeito e está

diretamente ligado a fatores internos (biológicos) e externos (ambientais) e da inter-relação entre eles.

Nesta relação entre os fatores internos e externos destacam-se as três áreas do conhecimento. São elas: área cognitiva, área sócio-afetiva e área psicomotora.

Na perspectiva construtivista de Jean Piaget (1973), o início do desenvolvimento cognitivo se dá ao nascer e tem seu término na vida adulta, podendo ser comparado ao crescimento orgânico. Considerando que o corpo humano está em desenvolvimento até alcançar um nível relativamente estável, através do crescimento e da maturação, também a cognição se desenvolve até, finalmente, atingir um equilíbrio adulto.

É através da ação do sujeito sobre o objeto que se dá o conhecimento, isto é, o conhecimento humano se constrói no processo de interação do homem com o meio e do sujeito com o objeto. Conhecer significa operar sobre o real e transformá-lo a fim de compreendê-lo, assim, é o resultado da ação do sujeito sobre o objeto de conhecimento. O ato de conhecer se constrói nas trocas com o objeto de estudo, organizando-se constantemente através da adaptação ao objeto. É na organização que o organismo escolhe que estímulo e/ou sensação irá organizar como forma de estrutura.

O processo de adaptação predispõe dois mecanismos distintos, embora totalmente complementares que permitem o pleno desenvolvimento: a assimilação e a acomodação. Segundo Piaget (1973) o conhecimento é o equilíbrio entre assimilação e acomodação, isto é, entre o indivíduo e o objeto de mundo.

A assimilação é a junção das informações da realidade nos esquemas que o sujeito dispõe, ou seja, é o sistema que permite que idéias, pessoas e costumes sejam reunidos à atividade do sujeito. A criança ao aprender a falar assimila as informações que ouve, incorporando ao seu conhecimento. A acomodação é a transformação dos esquemas para assimilar novos dados, isso significa que antes que a criança fale corretamente ela necessita balbuciar em resposta aos estímulos de seu ambiente, acomodando gradualmente os sons que emite àqueles que ouvem.

Considerando o desenvolvimento sócio-afetivo do ser humano, é válido destacar o início das relações sócio-afetivas do sujeito, isto é, o elo afetivo entre a mãe o bebê. Nesta fase a criança demonstra comportamento distinto, obtendo um significado de mundo a partir das trocas estabelecidas com as pessoas de seu meio.

Já em idade escolar a criança apresenta consideráveis transformações em relação à personalidade, tornando-se cada vez mais rica e distinta.

No que se refere ao desenvolvimento psicomotor, devem ser considerados alguns aspectos muito importantes, neste caso, a ordem e a velocidade da evolução. A ordem é igual para todas as crianças, estando relacionada à maturidade, porém, a velocidade da maturação e desenvolvimento depende diretamente das experiências vividas e das características individuais de cada ser humano. Deste modo, o desenvolvimento psicomotor é um processo longo e contínuo, que se desenvolve no decorrer de toda a vida do sujeito.

Para Jean Piaget (1973), o desenvolvimento intelectual constrói-se espontaneamente de acordo com as potencialidades e com a interação do sujeito com o ambiente. Esse processo é vagaroso e se desenvolve através de classificações sucessivas em quatro estágios: Sensório-motor; Pré-operatório; Operações-concretas e Operações-formais.

No estágio do desenvolvimento humano que se refere ao período que vai do zero aos dois anos, o estágio *Sensório-motor*, a criança é caracterizada basicamente por comportamento motor. Ela ainda não é capaz de representar internamente e também não consegue pensar conceitualmente. Assim, a construção dos esquemas de ação começa a ser constituídos no bebê a partir de reflexos neurológicos básicos a fim de assimilar mentalmente o meio, tornando-se assim, uma inteligência essencialmente prática. O contato com o ambiente externo é direto e imediato e não há representação ou pensamento, tornando a interação mais complexa.

Durante o estágio *Pré-Operatório*, que se configura entre dois e sete anos, é que surge a capacidade de substituir um objeto ou fato por uma representação conceitual, ou seja, por imagens mentais, além do desenvolvimento da linguagem. O pensamento desta criança é puramente representacional, isto é, simbólico. Este período, então, é caracterizado pela fantasia e pelo faz de conta, bem como pelo animismo, em que o indivíduo dá vida aos objetos.

No início deste período, a linguagem é adquirida muito rapidamente e em seu comportamento prevalece o egocentrismo, isso significa que é a percepção é muito centrada em si mesmo, não conseguindo colocar-se no lugar do outro. É preciso ressaltar que a atividade sensório-motora ainda está presente, embora mais

desenvolvida, pois há uma progressiva melhora com relação à aprendizagem, possibilitando que a criança explore melhor o meio.

O estágio *Operatório-concreto*, que varia entre sete e onze anos, é o período em que o indivíduo amplia a capacidade de aplicar o pensamento lógico a problemas concretos. É neste período que há uma transição entre o pensamento pré-operatório e o pensamento formal.

Nesta fase, um aspecto importante a destacar é a capacidade da reversibilidade, isto é, a competência de representar uma ação no sentido inverso a uma anterior. É importante salientar que, para que se aproprie do conceito de número é preciso desenvolver duas operações mentais, a seriação e a classificação. Além disso, o pensamento da criança que se encontra no período operatório-concreto não é mais egocêntrico, já consegue colocar-se no lugar do outro e sua linguagem é comunicativa e social.

E, finalmente, o *estágio das Operações Formais*, correspondente à idade dos onze anos em diante, onde as estruturas cognitivas atingem o grau mais elevado de desenvolvimento intelectual, em que o indivíduo torna-se capaz de aplicar o raciocínio e a lógica necessária à solução de todas as classes de problemas.

Ao final deste período, as transformações das aptidões mentais, no que diz respeito às estruturas e operações lógicas, deixam de ser qualitativas e tornam-se quantitativas. Assim, a qualidade do raciocínio que um indivíduo é apto a realizar não mais se desenvolve depois deste estágio, mas o conteúdo e a função da inteligência são capazes de evoluir. O desenvolvimento é percebido como um processo contínuo e cumulativo, no qual cada novo estágio é construído a partir do estágio anterior, integrando-se a eles.

Para Piaget apud Wadsworth (1996) “[...] a aprendizagem é um processo que está em constante evolução”. Ou seja, as estruturas do indivíduo estão sendo organizadas e reorganizadas continuamente de maneira que cada nova informação que se organiza acrescenta à anterior e assim, auxilia no processo de construção da aprendizagem.

### **2.2.2 O processo de aprendizagem na abordagem de Vygotsky**

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

Conforme Vygotsky (1989) “[...] interação social é origem e motor da aprendizagem e do desenvolvimento intelectual”. Deste modo, a interação social constitui-se como um fator primordial no desenvolvimento cognitivo e toda função no desenvolvimento cultural de um sujeito aparece primeiro no nível social, entre pessoas (interpessoal), e depois no nível individual, dentro dele próprio (intrapessoal). Assim, a aprendizagem nada mais é do que um processo no qual o indivíduo contribui para a vida cognitiva daqueles que dividem o mesmo ambiente. Também argumenta Vygotsky (1989) que o aprendizado e desenvolvimento estão inter-relacionados desde o primeiro dia de vida da criança.

Vygotsky também afirma que a criança gerada num meio social, neste caso a família, tem as suas primeiras relações de linguagem estabelecidas na interação com os familiares. Nas trocas ocorridas no dia-a-dia, a mediação acontece de maneira natural neste sistema de uso da linguagem, no contexto das situações imediatas.

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

Para Vygotsky a aprendizagem é necessária ao desenvolvimento do ser humano e essa aprendizagem depende da relação daquele que aprende e daquele que ensina, podendo ele progredir além de seu desenvolvimento atual, se tiver ajuda de outros indivíduos. Por isso descreveu o desenvolvimento da criança em três etapas que são:

*O Nível Desenvolvimento Real* que pressupõe todo o conhecimento que já foram adquiridas pelo sujeito, tornando-o capaz de solucionar problemas e desafios do cotidiano de forma autônoma e independente, ou seja, as etapas já conquistadas. Ou seja,

O nível de desenvolvimento das funções mentais da criança que se estabeleceram como resultados de certos ciclos de desenvolvimento já *completados*. (VYGOTSKY, 1989, p. 95)

Já o que se refere ao *Nível de Desenvolvimento Potencial*, é tudo o que diz respeito ao que o indivíduo poderá adquirir e construir com a ajuda de outras pessoas. Assim, o nível de desenvolvimento potencial, conforme o autor “[...] é determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes”. (VYGOTSKY, 1989, p. 97)

É baseado nesses dois primeiros níveis de desenvolvimento que Vygotsky determina a Zona de Desenvolvimento Proximal: “[...] Ela é a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas” (Vygotsky, 1989, p. 97).

Também é válido ressaltar que

A zona de desenvolvimento proximal define aquelas funções que ainda não amadureceram, mas que estão em processo de maturação, funções que amadurecerão, mas que estão presentemente em estado embrionário (VYGOTSKY, 1989, p. 97)

Isso significa que é um nível intermediário entre o nível real (que já atingiu) e o potencial (que poderá atingir). Assim, a abordagem da teoria vygotskyana é de relevância à prática pedagógica do professor já que se caracteriza pela construção do conhecimento nas relações interpessoais. Isso significa que, uma vez que o docente reconheça o conceito de zona de desenvolvimento proximal, pode mediar, estimular e incentivar o trabalho colaborativo, potencializando o desenvolvimento cognitivo de seus alunos.

### 2.3 A INCLUSÃO ESCOLAR: Do querer ao fazer

Partindo da definição dada pelo *Dicionário Aurélio* dos termos a que se refere este capítulo, entende-se por *Inclusão*, a ação ou efeito de incluir que, por sua vez quer dizer inserir num ou tornar parte de um grupo e, ainda estado de uma coisa incluída. Quanto ao termo *Escolar*, significa o que diz respeito à escola. Assim, inclusão escolar em outras palavras, quer dizer, inserir tornando alguém parte de um

grupo ou ambiente escolar. Esse termo, hoje, é usado referindo-se a incluir no ambiente escolar pessoa portadora de necessidades educacionais especiais.

Recorrendo à legislação brasileira, a Constituição Federal de 1988 trouxe grandes avanços no que se refere à educação. Isso por que respalda e propõe significativos benefícios para a questão educacional, pois apresenta objetivos fundamentais que são a dignidade e a cidadania, bem como a promoção do bem de todos sem qualquer distinção ou preconceito, além de garantir o direito de igualdade e o direito a igualdade de condições ao acesso e permanência na escola.

Assim, está preconizado na Constituição Federal:

A educação é direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. (1988, art. 205)

Esta lei tornou-se um marco na educação brasileira, pois somente após entrar em vigor as instituições de ensino passaram a repensar a educação com um direito inegável, independente de condições físicas ou mentais do aluno. Mas foi a partir de 1996 com a lei 9.394/96, a LDBEN (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) que a educação passou a ter uma lei exclusiva que, além de garantir o acesso e permanência dos educandos na escola, ainda responsabiliza o Estado em promover esse acesso. Com esse entendimento, percebe-se que vivemos hoje um novo momento no que se refere à inclusão escolar e à educação especial.

A inclusão escolar não se trata de apenas uma tendência ou um modismo educacional, mas sim a possibilidade de ampliar a participação dos estudantes nas instituições de ensino regular. Significa uma reorganização da cultura, da prática e da política existente na escola. É a reestruturação do ensino regular que, tomando como base este novo paradigma, considera a diversidade humana e respeita acima de tudo, o sujeito aprendente na sua singularidade, buscando, principalmente, contribuir na promoção da aprendizagem e do desenvolvimento pessoal, possibilitando a construção de um ser em sua totalidade.

Mas somente a lei que garante a matrícula para todos os alunos não assegura que a inclusão seja realmente efetivada. As instituições educacionais precisam reorganizar sua estrutura organizacional, abrindo mão de burocracias, redefinindo as grades curriculares, preocupando-se com a formação humana dos professores e investindo na relação da família e da escola nesse processo. Mas,

para isso, é preciso oferecer uma prática pedagógica coletiva, dinâmica e flexível. Esta inclusão escolar pressupõe uma nova realidade que ultrapassa os portões da escola até uma sociedade inclusiva.

A estrutura organizacional da educação está alicerçada no pressuposto seletista, pois divide alunos normais de deficientes e geralmente não considera a questão subjetiva, o aspecto afetivo e desrespeita a diversidade que caracteriza a espécie humana. A educação inclusiva respeita as deficiências e as diferenças, percebendo todos como seres únicos, diferentes entre si. As instituições de ensino e os paradigmas de educação ultrapassados devem ser modificados para atender às necessidades individuais de todos os alunos, independentemente de apresentarem algum tipo de necessidade especial ou não. Deste modo, assim profere o autor “[...] Temos o direito à igualdade, quando a diferença nos inferioriza e direito à diferença, quando a igualdade nos descaracteriza” (SANTOS apud MANTOAN, 2003, p.34). Isso significa que as diferenças não tornam as pessoas inferiores. Elas apresentam diferenças e igualdades, porém, entre elas nem tudo deve ser igual, da mesma maneira que nem tudo deve ser diferente.

Assim, se não nos propusermos primeiramente conhecer este novo paradigma, e a querer assegurar este princípio certamente não conseguiremos ultrapassar velhas barreiras e fazer a transformação que a inclusão escolar se propõe.

Se pretendermos que o sistema educacional seja inclusivo, é preciso realmente que se perceba o aluno como um ser humano a partir de suas potencialidades e não de suas limitações. Pois se partirmos do princípio de que todos podem aprender, é necessário que se reconheçam as diferenças, sejam elas de idade, de cor, de raça, de sexo, ou de inabilidades e que, principalmente, essas diferenças sejam respeitadas num sistema de ensino que atenda suas necessidades.

Almejar um processo que contemple a todos sem distinção, abrangente, dinâmico e flexível, adaptando-se sempre que necessário, não significa abarrotar de alunos as salas de aula, nem limitar o trabalho do professor por falta de recursos adequados. Se quisermos que essa educação seja de fato inclusiva, é urgente a necessidade de uma reestruturação de planos e metas, buscando fazer uma escola para a cidadania, desprovida de preconceitos e que não só se reconheças, mas que valorize as diferenças.

É preciso considerar a importância do papel do professor no processo de inclusão, pois é ele o quem de fato realiza esse processo. Porém, esses docentes sentem dificuldade em repensar sua prática pedagógica, uma vez que estão acostumados a trabalhar em prol da homogeneidade, e não da diversidade. O foco do trabalho do professor geralmente está no déficit do aluno, já que se pretende alcançar resultados quantitativos. Deste modo, a tendência é falar do fracasso escolar, da hiperatividade, do déficit de atenção e das deficiências, centrado na incompetência do aluno.

Assim, referenda a autora “[...] Qualquer criança com uma incapacidade ou com dificuldades tem muito mais de criança do que de ‘incapacitada’ ou ‘problemática’.” (PANIAGUA, 2007, p.12)

É preciso salientar a grande diferença entre os termos *integração* e *inclusão*. O primeiro refere-se ao aluno integrado na escola, de modo a ter que se adaptar ao ambiente além de tudo depender de seu próprio esforço. Enquanto que o segundo, trata o aluno especial de forma singular, preparando-se para recebê-lo e buscando adaptar-se a ele.

Recorrendo aos documentos que defendem a educação inclusiva, a Declaração de Madri (2002) estabelece os parâmetros para a construção da sociedade inclusiva que tanto desejamos, bem como os direitos das pessoas com deficiência, aspectos legais, entre outros: “[...] O que for feito hoje em nome da questão da deficiência terá significado para todos no mundo de amanhã”.

No que se refere à educação inclusiva, a Declaração de Salamanca (1994) tornou-se um marco histórico. A Conferência Mundial Sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade, realizada pela Unesco na Espanha, apresentou como princípio fundamental “[...] todos os alunos devem aprender juntos, sempre que possível, independente das dificuldades e diferenças que apresentem”.

Também esta declaração esclarece o conceito de necessidades educativas especiais, como segue:

A expressão “necessidades educativas especiais” refere-se a todas as crianças e jovens cujas necessidades decorrem de sua incapacidade ou de suas dificuldades de aprendizagem. Muitas crianças experimentam dificuldades de aprendizagem e têm, portanto, necessidades educativas especiais em algum momento de sua escolarização. (DECLARAÇÃO DE SALAMANCA, 1994, p. 18)

É comum que gestores e professores apresentem certa resistência para com o atendimento a alunos especiais. A maioria sente-se despreparada para lidar com essa clientela, uma vez que tem uma imagem de aluno ideal diferente do aluno que acaba encontrando. Assim, julgam-se incapazes de receber e atender essa demanda, sentindo-se despreparados e impotentes diante dessa realidade que é ainda mais grave quando há falta de recursos adequados, bem como o apoio administrativo.

A autora defende que:

A sala de aula inclusiva conta necessariamente com um professor que é reflexivo, que revê a sua prática, que trabalha de maneira sistemática, porém, flexível, que 'acompanha' as crianças em seu desenvolvimento [...] Trata-se de um profissional que enfrenta as novidades e as incertezas sem a pretensão de saber tudo, confiando no fato de que já sabe muito e de que pode continuar aprendendo. (PANIAGUA, 2007, p.13)

A reforma da instituição escolar que se pretende alcançar deve começar na transformação interna, isto é, é preciso reformar a mente das pessoas, isso por que vivemos uma crise de paradigmas. A inclusão gera medo, insegurança, incerteza e, ainda preconceito. Mas a proposta é de um momento de ousadia para realmente se atingir a tão desejada mudança.

Porém, é valido destacar o pensamento da autora:

Não basta uma atitude acolhedora com as diferenças: as escolas inclusivas põem em prática aquilo que durante décadas se vem defendendo na educação: uma organização em que crianças diferentes façam diferentes no mesmo momento, em que haja alternativas para todos [...] em que se valorize e que se aproveite efetivamente a relação social e a vida cotidiana como fontes de aprendizagem e em que se procure colaborar com a família, respeitando as diversas formas de educar. (PANIAGUA, 2007, p.13)

Essa transformação da prática educativa requer que os profissionais da educação façam à diferença a partir da busca de novas informações para a construção de um processo de ensino-aprendizagem significativo, calcado na afetividade e na superação de limites, a fim de que também as crianças aprendam a respeitar as diferenças em sala de aula, preparando-se para o futuro em sociedade, na vida e no mercado de trabalho. Cultivando uma experiência inclusiva na infância, é possível que na vida adulta sejam pessoas mais solidárias não pratiquem ações discriminatórias.

A busca pela educação inclusiva, muito embora tenha provocado medo e seja contestada pela comunidade escolar, requer uma transformação de hábitos e

atitudes e nos exige a reflexão, compreendendo que se trata de um posicionamento social, garantindo a vida digna pautada no respeito às diferenças.

Mesmo que a iniciativa da comunidade escolar e da sociedade seja acanhada, é sim possível que ocorra a construção da escola para um novo tempo. A autora ressalta que

As escolas inclusivas são aquelas que dão forma a velhos ideais de proporcionar uma educação realmente personalizada, fazendo com que essa qualificação não se reduza à palavras vazias e gastas do discurso da educação [...] obviamente, isso não é uma tarefa fácil e, por isso, não pode ser uma tarefa individual. (PANIAGUA, 2007, p. 13)

É necessário, pois, estarmos imbuídos de boa vontade e de responsabilidade, além é claro de espírito de equipe. Pois a inclusão que almejamos não poderá jamais ser feita sozinha, mas sim coletivamente. Se todos se comprometerem com este luta, certamente conseguiremos desenferrujar essa máquina chamada educação.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 ABORDAGEM DA PESQUISA

Após definirem-se os objetivos da pesquisa, adotou-se a abordagem qualitativa, de cunho etnográfico, porque melhor auxiliaria o estudo. Segundo Chizzotti (1998, p.104)

A pesquisa qualitativa objetiva, em geral, provocar o esclarecimento de uma situação para uma tomada de consciência pelos próprios pesquisados dos seus problemas e das condições que os geram, a fim de elaborar os meios e estratégias de resolvê-los.

A pesquisa baseada na etnografia tem sido mais utilizada na área da educação, dando a possibilidade do pesquisador estar em contato direto com os participantes para compreender os fatos e, a partir daí tirar suas conclusões, pois segundo a concepção de Werner e Schoepfe (1987), citado por Hébert e Goyette (1990, p. 100), *“o investigador chegaria ao campo não com uma teoria sobre ‘o quê’, mas sim o ‘como’ da investigação”*.

Com a pesquisa qualitativa, tem-se a oportunidade de participar do processo de coleta de informações, havendo maior relação entre o pesquisador e o pesquisado. De acordo com Chizzotti (1998, p.82)

O pesquisador não se transforma em mero relator passivo: sua imersão no cotidiano, a familiaridade com os acontecimentos diários e a percepção das concepções que embasavam práticas e costumes supõem que os sujeitos da pesquisa têm representações parciais, incompletas, mas construídas com relativa coerência em relação a sua visão e as suas experiências.

Assim, é possível afirmar a validade da escolha deste tipo de pesquisa, uma vez que as informações extraídas nas investigações permitem a reflexão de uma situação, em que, a partir daí, se pode transformar positivamente esta realidade.

### 3.2 QUESTÕES NORTEADORAS

Foram elaboradas algumas questões norteadoras que serviram para auxiliar a condução da pesquisa, focalizando os objetivos e o problema.

Conforme Chizzotti (1998, p.55) “[...] o pesquisador deve ter claramente as informações que busca, o objetivo da pesquisa e de cada uma das questões, o que e como pretende medir ou confirmar suas hipóteses”.

Diante disso foram elaboradas as seguintes questões:

- Como acontece a inclusão de crianças pós-hospitalizadas?
- Como se configura a prática pedagógica com relação à criança pós-hospitalizada?
- Como o ambiente escolar interfere na inclusão da criança pós-hospitalizada?
- Como o professor organiza os conteúdos e como procede a avaliação da criança pós-hospitalizada?
- Como acontece a adaptação da criança pós-hospitalizada quando retorna ao ambiente escolar?
- Que relações se estabelecem entre escola e família no processo de inclusão da criança pós-hospitalizada?

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Barra do Quaraí. Para tanto, foram convidadas a participar as duas escolas municipais (de ensino fundamental): uma na sede do município (denominada na pesquisa como E1) e outra na zona rural (E3). Também participou da pesquisa uma escola estadual de ensino médio (E2).

Para a realização da pesquisa, primeiramente buscou-se saber se na clientela, a escola possuía algum aluno pós-hospitalizado. Após, intencionalmente

convidou-se os entrevistados a participar, marcou-se hora e local para serem entrevistados.

Foram entrevistados, intencionalmente, na escola municipal da sede: uma gestora com formação superior em Pedagogia e especialização em Orientação Educacional denominada na pesquisa como G1 e uma professora regente de classe com formação em Magistério e Pedagogia, denominada como P1. Na Escola Estadual de Ensino Médio, foram entrevistadas uma gestora com formação superior em Pedagogia e pós-graduação em Psicopedagogia, identificada como G2 e uma professora regente de classe com formação inicial em Magistério e Pedagogia (S.I.) chamada como P2. Já na escola da zona rural, foram entrevistadas: uma gestora com formação superior em Letras denominada como G3 e uma professora regente de classe com formação em Letras e pós-graduação em Metodologia da Linguagem, denominada como P3. Também participaram da pesquisa três mães de alunos pós-hospitalizados, identificadas como M1, M2 e M3.

### 3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados procedeu-se em dois momentos. Primeiramente, foi realizada uma entrevista com os participantes, em hora e local marcado anteriormente.

Depois, foram realizadas observações nos locais de atuação desses participantes, para colher dados sobre suas ações pedagógicas. Os registros foram realizados em um diário de campo.

#### 3.4.1 Entrevistas semi-estruturadas

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, ou seja, caracterizadas por um “[...] discurso livre orientado por algumas perguntas-chaves” (CHIZZOTTI, 1998, p. 45) com a finalidade de atingir os objetivos definidos e esclarecer o que os entrevistados pensam sobre o tema da pesquisa.

Lüdke (1986) ressalta que: “[...] a entrevista representa um dos instrumentos básicos para a coleta de dados, dentro da perspectiva de pesquisa, é uma das principais técnicas de trabalho em quase todos os tipos de pesquisa utilizados nas ciências sociais.”

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador, com a devida autorização das pessoas entrevistadas. O tempo de duração variou entre sete a dez minutos cada. Após a gravação, os dados apresentados foram transcritos para serem analisados posteriormente.

### **3.4.2 Observações diretas**

A pesquisa ainda contou com a observação da pesquisadora, possibilitando estar em contato direto com os participantes, para observar suas ações no contexto onde elas acontecem. Portanto, foram realizadas observações diretas no ambiente escolar que freqüentam as crianças pós-hospitalizadas, para verificar a interação entre os alunos, professores e demais presentes na escola, nas atividades que tais crianças são incluídas ao cotidiano, pois assim, conforme Lüdke (1986):

A observação direta permite também que o observador chegue mais perto da “perspectiva dos sujeitos”, um importante alvo nas abordagens qualitativas. Na medida que o observador acompanha *in loco* as experiências diárias dos sujeitos, pode tentar apreender sua visão de mundo, isto é, o significado que eles atribuem à realidade que os cerca e suas próprias ações.

Os registros das observações foram realizados em diário de campo e foram utilizados na descrição das categorias onde aparecem como: Nota de Campo.

## **3.5 TRATAMENTO DOS DADOS**

### **3.5.1 Processo de Análise**

O processo de análise dos dados da pesquisa utilizado foi a análise de conteúdo das informações obtidas nas entrevistas. Assim, a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que busca interpretar o que está claro e o que está subjacente nas “falas” dos participantes. Em outras palavras, busca-se “[...] *inferir acerca da estrutura profunda a partir dos elementos explícito-discursivos de um texto*” (BARDIN, 1977 apud APPOLINÁRIO, 2004, p. 27-29-30).

A análise de conteúdos da pesquisa é importante, pois é uma técnica para analisar as informações obtidas durante a pesquisa. Conforme Bardin, (1977), citado por Chizzotti (1998, p. 98) a análise de conteúdo “[...] *é um conjunto de técnicas de análise de comunicação que contém informação sobre o comportamento humano atestado por uma fonte documental*”.

### **3.5.2 Etapas da análise de conteúdo**

A Análise de Conteúdo nesta pesquisa foi estruturada, segundo Bardin (1997) com adaptações em Engers (1987). Essa análise obedeceu as seguintes etapas, conforme Mezzomo (2003, p.46):

- Leitura exaustiva e repetida das entrevistas para a impregnação de seus significados;
- Análise vertical: leitura de cada item para cada entrevistado, assinalando as idéias-chave;
- Análise horizontal: trabalhou-se cada questão para todos os participantes entrevistados;
- Síntese das idéias-chave e a interpretação dos significados;
- Por fim, após a exploração intensa de todo o material da síntese surgiram as categorias.

### 3.5.3 Categorias emergentes

Após a realização da análise de conteúdos, surgiram duas categorias que serão apresentadas a seguir:

- ESCOLA E FAMÍLIA: A inclusão escolar na perspectiva dos pais dos alunos pós-hospitalizados.
- DOS CUIDADOS COM A SAÚDE ÀS PREOCUPAÇÕES COM A APRENDIZAGEM: As ações desencadeadas na escola no trato com a criança pós-hospitalizada.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 ESCOLA E FAMÍLIA: A Inclusão Escolar na perspectiva dos pais dos alunos pós-hospitalizados

Esta categoria apresenta qual entendimento os pais têm sobre o processo de inclusão escolar. Também expõe como ocorre a relação entre família e escola nesse processo e, principalmente, como percebem a reinserção de seus filhos (pós-hospitalizados) no ambiente escolar e as ações nele desencadeadas.

Quando a criança pós-hospitalizada se vê diante de um novo desafio a superar, o retorno à sala de aula, a família assume uma postura preocupada e assustada. Toda a família se vê perturbada, pois muitas expectativas são evidenciadas e novos medos vêm à tona. Os traumas vividos durante a hospitalização surgem novamente e desperta a sensação de desajustes e de superproteção, já que esta situação influencia o bem-estar da criança. Assim, a autora ratifica:

O adoecer configura-se em um fator provocador de desajustes na criança e na sua *família*, precipita um reconhecimento da limitação e ataques a seu corpo, ameaçando os aspectos vitais e remontando suas experiências a partir de um novo contexto situacional. (FREITAS E ORTIZ, 2005, p.36).

Assim, também é preciso reconhecer o esforço realizado pelos pais que sempre mantiveram uma conduta especial de cuidado e zelo para que o seu filho pudesse ser reabilitado para voltar ao mundo extra-hospitalar.

Após, essa primeira luta, há que se lembrar que há uma outra ainda maior além do hospital: o regresso à sala de aula. Por isso Ortiz recomenda que

Para o retorno ao universo escolar seja sentido e vivido com prazer pelo enfermo, é preciso que a família defenda o direito à escolarização como um bem necessário para a saúde intelectual, psicológica e social de seus filhos, os professores compreendam que o espaço da sala de aula é um *locus* de construção de identidades e convivências com as diversidades dos alunos e, por fim, cabe à equipe de profissionais da saúde desmistificar o adoecimento e estabelecer as aproximações necessárias. (ORTIZ, 2008, p. 152)

Durante a realização das entrevistas, todas as mães participantes ressaltaram que o início desse processo foi muito difícil, tanto para o seu filho,

quanto para a escola. Assim, M1 afirma que “O início na escola foi muito difícil, ele acabava de sair de um tratamento intenso e nós não estávamos preparados para a vida escolar. Eu também, né, por que eu ia acompanhar ele. Eu tinha muito medo. Não sabia qual ia ser sua reação levando uma vida ‘normal’, entre aspas, junto com os colegas e professora”.

Por essa razão, é válido destacar as palavras de Ortiz (2008) que confirmam o depoimento de M1, quando caracteriza a escola como sendo identidade no mundo infantil, isto é, sugerindo certo status de igualdade entre as demais. Assim, a criança que saiu de tratamento, sabedora desse signo deseja pertencer a este seletivo grupo. Além, disso, conforme Nucci (2002) apud Ortiz (2008) “[...] A oportunidade de interagir com adultos fora da família e com colegas favorece o desenvolvimento da identidade pessoal e o estabelecimento de valores próprios”.

É importante pontuar que há certa apreensão no primeiro contato da criança pós-hospitalizada com o ambiente escolar, principalmente, com os professores e colegas de classe. Há um sentimento de ansiedade, angústia e medo pelo desconhecido. A participante M3 relata este sentimento “Fomos recebidos muito bem pela equipe, mesmo que todas estavam nervosas. Mas elas fizeram nos sentir muito a vontade, até mesmo por que todas já eram minhas conhecidas. Acho que isso ajudou bastante. Todas foram ótimas, teve muito afeto, carinho mesmo. Todo mundo se esmerou”.

Do mesmo modo, a mãe participante M2 disse em sua fala que: “A escola sempre se mostrou disposta a inserir meu filho na escola, receberam ele com carinho. Eu fiquei muito feliz e tranqüila, sabe, qualquer coisa elas me ligam, ou me chamam na escola. A gente conversa bastante sobre o que ele tem de dificuldade”.

Conforme referenda Freitas e Ortiz (2005) a sensação de bem-estar é garantida pela receptividade vinda por parte dos colegas e dos professores. Também é da mesma autora a idéia de que

A experiência em âmbito escolar, para ter significação prazerosa para o aluno que esteve hospitalizado, implica em dizer da necessidade de se estabelecer relações carinhosas, consoante a adaptação, preparo de técnicas educacionais adequadas e conhecimento por parte dos docentes quanto às informações específicas sobre as seqüelas do tratamento médico. (FREITAS E ORTIZ, 2005, p. 73)

Desta forma, é preciso levar em consideração a preocupação da família frente a esta nova etapa, e isso se confirma quando perguntada sobre os medos no

momento do retorno à escola, M3 responde que “sentia medo que ele adoecesse. Ele teria que enfrentar uma tarde inteira numa cadeira dura, já que ele ficava muito tempo deitado. Também tinha medo que ele chorasse quando interagisse com as outras crianças, quando dissessem não pra ele”. Ainda M3 diz que “tive muito medo que ele não se adaptasse psicologicamente as regras da escola, principalmente aos horários, de entrada, de saída, era um estar diferente no estar dentro da sala de aula novamente”.

Já as preocupações de M2 referem-se aos cuidados durante as atividades físicas: “Tinha medo, tinha medo nas recreações, que ela quebrasse um braço, uma perna. Ela era muito frágil perto dos outros colegas”.

Percebe-se que as preocupações mais freqüentes apresentadas pelas famílias se referem ao bem-estar físico e emocional das crianças, uma vez que priorizam a saúde considerando em segundo plano a aprendizagem.

Quando indagadas sobre como foram feitos os primeiros encaminhamentos na escola para com os alunos que sofreram hospitalização, M1 comenta que “em termos afetivos tudo, mas nada em especial, né, no trabalho educativo. Apenas nos fizeram sentir a vontade na escola, e mais nada, mas nenhum preparo especial. A equipe ficou preocupada em ajudá-lo, mas também não fez nenhuma ação específica, sabe”.

Também M2 confirma o despreparo da escola no trato com pós-hospitalizados: “A escola não estava preparada para receber ele, nada foi adaptado para ele. Ele foi se adaptando aos poucos né, por que tinha que cumprir as datas de provas. Nada foi adaptado para as suas necessidades, inclusive uma psicóloga, que na época não tinha. Ele nunca teve esse atendimento, e eu acho que precisava”.

Nesse sentido, a autora defende:

A instituição educativa, muitas vezes, vê-se desaparelhada para assegurar o tranqüilo retorno deste educando: desconhece os principais efeitos provocados pela terapêutica; exige freqüências e acompanhamento curricular; não respeita o ritmo próprio de aprendizagem do aluno novo; tem dificuldade de trabalhar com as diferenças; o trabalho é pautado para a homogeneidade e não para o atendimento da singularidade e, finalmente, apresenta reações contrárias às medidas que visem reorganizar seus planejamentos, espaços físicos, e melhor qualificação dos profissionais para atender às necessidades especiais dos aprendentes. (FREITAS E ORTIZ, 2005, p. 74)

O principal encaminhamento feito pela equipe diretiva e pedagógica denunciada pelas participantes foi segundo M3, “a conversa com os colegas de sala

de aula, alertando de alguns cuidados que ele precisava. E até as crianças ajudavam a cuidar dele. E isso era interessante, né”. Mas isso não significa que a escola preocupou-se em planejar a chegada desse aluno e o espaço físico. Mas sim, deteve-se em ações voltadas ao cuidado e zelo com o bem-estar físico do ex-paciente.

Além disso, é importante ressaltar que todos que na escola trabalham são responsáveis pela educação na escola. Isso se evidencia na fala de M1 “não tenho queixa de nenhum, de ninguém que trabalha na escola, inclusive dos funcionários que limpam a escola, pois cuidavam dele e pelo compromisso de educar foi o fator principal desenvolvido por eles”.

Conforme o relato das mães participantes há uma expectativa quanto ao rendimento escolar do ex-paciente. Porém, essa expectativa foi superada positivamente, já que a aprendizagem ocorreu tranquilamente nas interações sociais em sala de aula. Isso se confirma na fala de M2 “Dentro da sala de aula foi bom, melhor do que nós esperávamos. Ele ficava nervoso. Na verdade tinha momentos de nervos. Mas conseguiu participar bem das atividades e aos poucos foi se entrosando e realizando as atividades”.

A participante M3 também perguntada sobre o rendimento de seu filho, expôs em sua fala que “ele sempre aprende facilmente, na verdade eu sempre achei ele muito rápido no pensamento, me surpreendeu, pois achava que ele ia ter problema na aprendizagem, por causa de todo o medicamento que usou, né”.

É importante destacar um aspecto interessante que surgiu na fala de participantes. As mães, em geral, acreditam que os filhos poderão desenvolver dificuldades de aprendizagem devido ao bombardeio medicamentoso. Tal afirmação é evidenciada na fala de M1 “Dentro do hospital o pensamento de todas as mães (de crianças hospitalizadas) seria de que eles não tivessem, né, não conseguissem acompanhar os outros, que fossem mais lerdos, pelas próprias condições de quimioterapias, e os que eu conheço têm bom aproveitamento, é o que sei, pois todos que converso, me dizem que não tem dificuldade”.

Porém, o que pode dificultar ainda mais o rendimento e aprendizagem do aluno é o formato da avaliação tradicional. Isso por que o rigor na aplicação de trabalhos e provas impõe um clima de insegurança e medo. Essa situação é exemplificada pela fala de M1 “Na primeira prova que ele fez, depois da doença, ele

chorou. É ele chorou, ficou com medo. Ficou até vermelho, assim, no rosto e teve febre. É muita pressão num momento só, pra uma criança que não ta acostumada”.

Essa idéia é ratificada pela autora:

Outro entrave que obstaculiza o processo de reintegração na carreira acadêmica é o rigor burocrático da administração de ensino que excede no controle do número de faltas à aula e na exigência de datas de entregas de trabalhos e provas. (FREITAS E ORTIZ , 2005, p. 75)

Conforme M1, só após sua intervenção o aluno sentiu-se mais à vontade para realizar a avaliação. “Foi quando eu comecei a falar para ele que respondesse somente o que ele sabia, e que eu não ia brigar com ele, nem me decepcionar também... aí ele ficou mais tranqüilo e as coisas começaram a ficar bem”.

No que se refere ao fator determinante para um resultado positivo no processo de reinserção da criança pós-hospitalizada, as participantes elencaram como principal o seguinte fator: presença da mãe e da família na escola (acompanhamento). Assim, M1 destacou: “acho que o principal foi eu estar presente na escola todos os dias, passando segurança. Ele tinha um ponto de referência. E a professora também. Mesmo eu ficando com medo às vezes por ele, eu tentei sempre ajudar a professora. E também não ficava cobrando ela, pressionando, sabe”.

A inclusão escolar de crianças pós-hospitalizadas requer cuidados especiais. Deste modo, a autora pontua que:

São cuidados médicos e não médicos que referendam o conceito de atenção integral à saúde infantil e fortalecem o paciente no momento de transpor as barreiras entre o mundo asséptico e o seu mundo real. Só assim, ele deixará de ser paciente, para ser percebido como aluno. (ORTIZ, 2008, p.152)

Portanto, pode-se constatar que o processo de reinserção escolar de crianças pós-hospitalizadas não é tarefa fácil. Pois, enganam-se os que pensam que o reingresso escolar seja um momento simples na vida de uma criança que enfrentou o evento de adoecimento e hospitalização. O ato do enfermar deixa marcar (visíveis ou não), sendo marcas de preconceitos, limitações físicas, inseguranças ou dificuldades sociais e/ou intelectuais.

Desta forma, a partir das falas das participantes, entende-se que a inclusão é feita pela comunidade escolar em geral e não apenas pelos professores e/ou gestores, mas sim deve ser uma preocupação da sociedade como um todo. Tratando-se de um momento difícil, denota-se, então, a importância que a aliança entre escola e família possui. Assim, afirma a autora: “[...] A aliança hospital-família-

escola é uma idealização impulsionada pelo desejo de manutenção escolar da criança.” (ORTIZ, 2008, p.78).

#### 4.2 DOS CUIDADOS COM A SAÚDE ÀS PREOCUPAÇÕES COM A

APRENDIZAGEM: As ações desencadeadas na escola no trato com a criança pós-hospitalizada.

Esta categoria coloca em questão as principais preocupações da escola no momento em que recebe o ex-paciente e agora aluno. Tais preocupações desencadeiam ações de cuidado para com a saúde e aprendizagem da criança pós-hospitalizada que aqui serão relatadas.

Quando a criança, que agora é pós-hospitalizada, se vê desafiada diante do regresso aos bancos escolares, tem diante de si uma nova etapa a vencer: retomar tudo o que foi perdido e enfrentar a vida extra-hospitalar.

Uma das implicações na administração da cura, não mais somente física, mas psicossocial é o cuidado no trato da criança pós-hospitalizada no momento do reingresso ao ambiente escolar. A criança deve ser percebida como alguém a partir de seus potenciais e aptidões e não das dificuldades e limitações enfrentadas por ela.

Deste modo, a criança pós-hospitalizada também é especial e necessita ser incluída no espaço escolar regular. Isso é ratificado no Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (2001, p. 23):

parte do pressuposto da própria natureza da escola comum, segundo a qual todos os meninos e meninas de uma comunidade têm o direito de estudar juntos na mesma escola (...) Escola inclusiva é aquela ligada à modificação da estrutura, do funcionamento e da resposta educativa que se deve dar a todas as diferenças individuais, inclusive as associadas a alguma deficiência.

Tal enfrentamento desafiador pode impulsionar os alunos portadores de condições especiais de saúde a responder com reações diferentes dos demais. Isso porque, alguns ao retornarem aos estudos demonstram satisfação e euforia, entregando-se de corpo e alma, outros, porém, tornam-se mais uma vez, vítimas da insegurança, timidez e ainda correm o risco de desenvolver dificuldades de aprendizagem.

Por estas razões, é preciso auxiliar a criança a perceber a retomada dos estudos como um fenômeno que contribuirá para a reorganização de sua vida, e não simplesmente como um obstáculo a ser ultrapassado. Muito embora seja preciso assumir riscos que crianças sadias desconhecem, estes são imprescindíveis para que a criança pós-hospitalizada possa reconstruir sua vida.

A criança pós-hospitalizada quando incluída no Ensino Regular sente-se novamente igual às demais, uma vez que a escola tradicional sugere certo “status” entre os escolares. Tal afirmação é sinalizada pela autora quando se refere: “[...] Para o paciente, o reingresso escolar é uma garantia de tornar-se senhor de sua vida, tornar-se igual aos outros. É a superação de um estágio um tanto quanto conflituoso” (ORTIZ, 2000, p. 98).

Surge então, a necessidade deste aluno, visto agora como alguém também especial, de integrar-se a um grupo social, podendo igualar-se ao ser recebido por este grupo. A conquista desta aceitação social traz à tona o fortalecimento da auto-imagem. Porém, é preciso ressaltar que o paciente que superou o evento da hospitalização sofre o risco de tornar-se alguém com instabilidade emocional quando do regresso à escola, isso porque há certa inquietação pelo cuidado que deve ter no trato pós a doença, que é diferente dos demais colegas de sala de aula. Portanto, somente a receptividade vinda dos companheiros, professores e demais funcionários da escola é que promoverão satisfação e tranquilidade à criança.

Neste caso, quando retorna, a criança é recebida primeiramente pela equipe administrativa e pedagógica (direção, supervisão e orientação escolar) que realiza os primeiros encaminhamentos. *Isso aconteceu com um aluno que foi recebido no horário de entrada pela vice-diretora, que conversou com ele e seus pais carinhosamente, e foi encaminhado para a professora.* (NOTA DE CAMPO)

Percebe-se, na fala da Gestora participante G1, portanto, que a primeira preocupação que escola tem é receber este aluno de maneira carinhosa e afetuosa: “A criança quando retorna pra escola e... primeiro é falado com o professor que essa criança foi afastada por uma hospitalização e que no seu retorno os colegas a recebam com carinho, com afetividade que é muito importante, inclusive para a recuperação e para o reingresso dessa criança, desse jovem ou desse adolescente”.

Isso é assinalado pela autora quando diz que:

A sensação de bem-estar será garantida pela receptividade vinda por parte dos colegas e dos professores (...) A experiência em âmbito escolar, para

ter significação prazerosa para o aluno que esteve hospitalizado, implica em dizer da necessidade de se estabelecer relações carinhosas, consoante à adaptação. (ORTIZ, 2002, p. 20)

É da mesma autora (Freitas e Ortiz, 2005, p.67) a idéia de que “[...] A prática docente é fortemente marcada pelas relações afetivas, servindo de reforço para que a criança não desista da luta por saúde e se mantenha esperançosa em sua capacidade de esforço”. Ou seja, são as relações afetivas que auxiliam o expaciente a superar o ato do enfermar, pois são sinônimo de estímulo e incentivo ao retorno à normalidade de vida, bem como a ultrapassagem desse momento conflituoso.

Assim, essas palavras vão de encontro com o pensamento da autora “[...] A acolhida da criança é um fator que potencializa o sentimento de familiaridade, ou seja, sentir-se em casa, fato este que marcou o vínculo escolar em ambiência de alegrias, amizades e liberdades.” (ORTIZ, 2008, p. 162).

As ações desencadeadas para com o aluno pós-hospitalizado são primeiramente de acolhimento e, logo em seguida, cuidados para com a saúde e bem estar físico da criança. Isso se confirma na fala da professora participante P3 quando diz: “A minha preocupação é com a saúde dele primeiro... ainda mais quando mexe com a cabeça, né... Tudo da dor de cabeça. Então eu me preocupo é com a saúde dele, em primeiro lugar. Claro, com o aprendizado também, mas em primeiro lugar com a saúde”.

Assim, se repete esse discurso já que a professora entrevistada P2 se refere: “já sabe que essa criança esteve já hospitalizada ela já vem pra nós um pouquinho mais fragilizada do os outros a gente não faz assim um tratamento diferenciado até por que acredito que não precisa né, lógico que a gente tem alguns cuidados assim ó, na hora do recreio, dependendo também de qual problema for, qual tipo de problema de saúde né, ai a gente tem um pouquinho mais de cuidado”.

Constatou-se a veracidade na preocupação com o bem estar físico da criança pós-hospitalizada, já que na escola E2 *durante o recreio as professoras se revezam no cuidado desses alunos especiais, pois a monitora estaria de licença-gestante. E o maior cuidado é de que não se machuquem, pois eles brincam normalmente com os demais se relacionando amigavelmente com todos.* (NOTA DE CAMPO)

Outra questão levantada durante a coleta de dados, foi sobre o possível sentimento de proteção para com este aluno especial. Ou seja, o fato de se ter mais cuidado predispõe a idéia de que o aluno sendo tratado de maneira diferente realize ou não as atividades previstas no planejamento. Essa idéia é defendida por Freitas e Ortiz (2005) quando se refere “[...] Talvez por instinto maternal, as professoras tendem a superprotegerem o escolar em questão, assumindo uma postura assistencial e impedindo o reconhecimento deste como aluno normal”.

Assim, a professora entrevistada P2, deixa claro que procura não cometer esse erro, uma vez que diz que: *“a gente tem um pouquinho mais de cuidado, mas não que a gente vai fazer dela uma criança que vai ficar numa bolha, por exemplo, não, acho que não, a gente trata normal como os outros”*. Isso por que além de impedi-lo de obter seus próprios avanços, poderá ocasionar certa acomodação. Tal afirmação é assinalada por Gonçalves e Valle (1999, p.284) citados por Freitas e Ortiz (2005, p. 75)

Por outro lado, as professoras percebem que a criança, sabendo que é superprotegida, se beneficia dos ganhos secundários à doença que acabam por deixá-la em uma situação cômoda, já que passa a ser mimada, poupada de situações difíceis e absolvida de todas as faltas.

Também é preocupação da escola, ou seja, da equipe pedagógica e diretiva, bem como do professor a aprendizagem desse aluno especial. Assim, ocorre, pois todos os participantes, tanto gestores quanto professores, relataram em suas entrevistas essa preocupação, tal como segue: professora participante P1: “[...] A aprendizagem? Retomar sempre o conteúdo que ele perdeu, sabe... os dois alunos que se internaram, eu copiava no caderno deles e passava atividades pra eles, colava a folhinha, tudo como se ele estivesse na aula, e quando ele retornava aos poucos eu ia explicando o conteúdo pra ele, enquanto os outros faziam alguma atividade eu ia pra mesa dele e ai eu ia explicando aos poucos pra ele... pra ele não perder o norte da aula, pra ele não ser prejudicado nessa função, agora não precisa mais”.

Já a professora participante P2 comenta que “A nossa preocupação é com que ele aprenda né, é pra isso que ele tá na escola, que se socialize, que aprenda e aí, conforme as limitações dele, a gente vai trabalhando”. E, a professora entrevistada P3 expõe que “preocupação é que sempre o aprendizado assim que ele vai ficar um pouquinho pra trás. A gente vai ter que voltar pra retornar a explicação.”

Assim, este aluno é agora uma responsabilidade do professor regente de sua turma. Deste modo, ele é visto como principal agente da inclusão dessas crianças. Isso é confirmado, quando perguntada se o ambiente interfere na inclusão dessas crianças a entrevistada G1 comenta que “[...] Totalmente... se ele é acolhido, se ele integrado né, pela, pelo, pelos colegas, mas o principal, ator é o professor, e ele faça a inclusão faça esse acolhimento junto com os colegas, junto com a turma”.

Essa fala da gestora participante só reforça a idéia de que o agente principal deste processo de inclusão é o professor, que está em contato direto com o pós-hospitalizado dentro da sala de aula. Parafraseando Freitas e Ortiz (2005), na maioria dos casos, este docente se vê com limitações pessoais e técnicas que dificultam muito, e quando às vezes impede, a inclusão deste educando. Tais limitações são: o desconhecimento de temas como doença, sofrimento e morte, que em geral não são experienciados nas escolas; há carência de informações sobre a doença e o tratamento.

É o professor que está diretamente em contato com o aluno pós-hospitalizado, por isso é preciso que ele que seja o estimulador cauteloso, solícito e atento, reinventando novas formas de desafios no que se refere às tarefas escolares e vencendo mais essa etapa. É ele quem será o mediador entre o aluno e o objeto de conhecimento, bem como será o incentivador das relações amigáveis, favorecendo então, o processo de reintegração à escola.

Vygotsky (1989) já afirmava a importância das interações sociais e do processo de mediação na aprendizagem e no desenvolvimento humano. Esse processo será facilitado no ambiente de sala de aula através das trocas entre professor e alunos e entre os próprios alunos. E, no caso do aluno que precisou retirar-se desse ambiente certamente obteve perdas no que se refere às interações de sala de aula, prejudicando, em parte sua aprendizagem.

Muito embora os professores mostrem-se empenhando no processo de inclusão de crianças pós-hospitalizadas, as palavras da autora evidenciam uma grande preocupação dos profissionais da educação no trato com o aluno pós-hospitalizado:

Ainda há despreparo dos docentes para proceder ao ensino-aprendizagem para os alunos que possuem ou possuíram problemas de saúde. Fato este grave, pois o professor corresponde ao hífen, ao elo que ligará a cultura escola aos ávidos anseios do aprendiz, pois a comunicação estabelecida

entre ensinante-aprendente é que garantirá a obtenção do *status* de normalidade de vida (Ortiz, 2008).

Isso se evidencia na fala da gestora entrevistada G3: “Ah, ah, eu encontrei como diretora certa resistência entre os professores no preparo dessas, da, da, dos conteúdos e adequação eu achei. Eu encontrei há... essa resistência por parte dos professores, eu fiquei tranqüila porque eu achei que tavam fazendo, mas a mãe me ligou, entrou em contato comigo e, e me disse que não tavam enviando o material pra essa criança. Então agora falei com os professores, fiz uma ata, ta registrado e os professores começaram a... a mandar o conteúdo de forma adequada né, porque o aluno vai, ter que ter em casa”.

Os professores, além de demonstrarem-se surpresos pela pesquisa desse tema, também evidenciaram certo despreparo no trato deste paciente, já que se observou o não cumprimento do envio das tarefas para casa do aluno, bem como certa receio ao lidar com esta clientela quando retornam da internação.

Assim, após coletar os dados na pesquisa percebeu-se que os professores buscam acolher esta criança de maneira carinhosa e com muita afetividade, preocupados com a saúde e também com a aprendizagem. Os professores manifestam preocupação de falhas na sua formação, o que se pode notar na fala da participante P3 quando diz: “Nós somos preparadas pro normal... na faculdade. A gente não tá preparada pra um caso real. Até se pode falar na faculdade, nos casos que podem vir a acontecer, mas a gente só vai ver essa dificuldade quando se depara com ela. Aí que vem o susto. Quando tu pega uma criança que é especial, ou quando acontece tipo assim... desse menino, né que tá doente, é só no momento que tu vai começar a deparar e vai ser preocupar e vai buscar ajuda, pra ver como que tu vai desenvolver melhor a tua aula”.

Essas preocupações denotam seriamente a falha que há nas instituições escolares e no preparo dos educadores para o trato com este ex-paciente. Assim, torna-se necessário ter cautela e saber respeitar o ritmo de adaptação do educando ao seu próprio mundo e maneira de viver, livre do mundo branco que é o hospital.

Além disso, outro fator que interfere negativamente no reingresso a ambiência escolar é a intransigência burocrática no que se refere ao sentido administrativo do ensino. Isso porque há uma intolerância quanto às faltas à aula e controle nas datas de entrega de trabalhos e realização de provas.

A escola muitas vezes encontra-se desguarnecida para oferecer um reingresso tranquilo a este estudante: não tem conhecimento sobre quais são as principais seqüelas deixadas pelo tratamento, impõe a freqüência e acompanhamento curricular, geralmente tem dificuldade de respeitar o ritmo do aluno, e por fim, não se empenha quando necessita de medidas de reorganização de planejamento e espaço físico.

A prática desta reinserção de criança pós-hospitalizada em ambiência escolar, para ter uma resposta satisfatória para a criança que teve internação necessita de programas e planejamentos formais de inclusão. O que segundo a fala da professora participante P1 não vem acontecendo “(Ações?) Que a escola se prepare? Bom a escola não tem nenhuma ação que seja voltada. A escola acolhe a criança, o jovem, o aluno, como... sabe, até por que a gente entende... todo mundo... nós ficamos doentes... mas a escola não tem uma ação própria pra isso, mas em sala de aula o que... que a gente faz, a gente atende ele, dá uma atenção especial, uma atenção maior pelo fato de ter saído da sala de aula, ficado alguns dias, ou talvez até um mês afastado, pra isso, pra que ele não perca tipo... o ano por que ele teve um problema de saúde, teve que ficar afastado por motivo de doença”.

Neste caso, ao retornar para a escola, esta criança que foi retirada do convívio de seus colegas e amigos, forçosa e abruptamente, vai aos poucos ao seu ambiente habitual. A escola é um lugar que para a criança representa certo status, como já foi dito anteriormente, além do mais ao retornar pra escola ele se vê novamente na sua normalidade, assinalando a alta hospitalar.

Deste modo, o ambiente escolar só tende a interferir positivamente. Isso pode ser comprovado com a fala de participante G2, quando perguntada sobre o assunto: “[...] só vejo de forma positiva sabe, porque, é, hã... a gente vê que eles acabam esquecendo as dificuldades que tem aqui na escola, na interação com os outros [...] só vê coisas positivas né, inclusive quando não quer ir pra um tratamento que antes era prazeroso, porque a equoterapia é também uma coisa prazerosa né, prefere vir até a escola então não tem como ser mais positivo do que isso”.

Segundo Freitas, “[...] A escola é vista como identidade no mundo infantil, e a criança em tratamento de saúde, sabedora desse signo corresponde à normalidade do ciclo de vida, aspira pertencer a este grupo seletivo”. Também Nucci apud Ortiz (2002, p. 48) coloca que “[...] a oportunidade de interagir com adultos fora

da família e com colegas favorece o desenvolvimento da identidade pessoal e o estabelecimento de valores próprios”.

Estas palavras colocam muito bem as falas dos entrevistados, uma vez que se o aluno é bem recebido na escola, bem acolhido, pode ocorrer uma inclusão positiva.

A partir das falas das participantes pode concluir que o professor percebe o aluno pós-hospitalizado a partir de suas limitações e não das possíveis potencialidades. Relatam encontrar dificuldades no trabalho com essas crianças especiais. É uma prática pedagógica pautada nas dificuldades dos alunos. Possivelmente uma educação seletista, buscando um grupo homogêneo, considerando o aluno no todo, e não na sua individualidade.

Por esta razão, é válido trazer o pensamento de Monte e Santos (2004, p. 12) apud Ortiz (2008) “[...] A escola deve buscar refletir sobre a sua prática, questionar seu projeto pedagógico e verificar se está voltado para a diversidade”. Isso significa que há uma necessidade em repensar a prática educativa apresentada pelas escolas, refletindo sobre o porquê e o como da inclusão, revendo pontos fundamentais no projeto político pedagógico, que é a cerne do ideário da escola.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa monográfica foi extremamente gratificante, principalmente, por que se trata do trabalho de conclusão de curso, que é o resultado da aprendizagem que tivemos, das experiências vividas e da soma do nosso crescimento profissional e pessoal. Um trabalho que, em meio a compromissos acadêmicos, exigiu dedicação, interesse e, também autonomia. Foi preciso desenvolver com muito cuidado, olhar atento na pesquisa e imparcialidade na análise dos dados levantados. Esta pesquisa proporcionou perceber e conhecer a educação através de novos ângulos.

Após analisar os dados pode-se chegar a algumas conclusões sobre o problema investigado na pesquisa que pretendia compreender: *“Como a escola age ao lidar com crianças pós-hospitalizadas?”*.

Investigar esse problema foi um desafio, porque o tema me instigou a compreender, primeiramente, os aspectos relacionados ao adoecimento e a hospitalização, e então, como se dá o processo de inclusão das crianças pós-hospitalizadas no ambiente escolar. Porém, no decorrer do trabalho percebi a necessidade de ir além, na compreensão de outros aspectos que mais tarde seriam importantes para a análise dos dados. Assim, também foi estudado o processo de aprendizagem e as teorias de desenvolvimento cognitivo de Vygotsky e Piaget, bem como a inclusão escolar e/ou educação inclusiva.

Ao iniciar a pesquisa, motivada por uma experiência vivida por mim e por minha família (o adoecimento de meu irmão), meu conhecimento sobre a questão “inclusão escolar” era insuficiente (no que se refere aos aspectos legais e pedagógicos), compreendia apenas de uma maneira superficial. Mas isso apenas não era necessário. Outros questionamentos foram surgindo, e foi possível entender que esse tema faz parte da nossa realidade, do nosso cotidiano, porém, a inclusão de crianças pós-hospitalizadas ainda não é pensada e planejada nas escolas.

Falar em inclusão escolar pressupõe direito à igualdade de acesso e permanência à escola, como está assegurado na legislação brasileira vigente. Esse processo não é um modismo educacional, a oportunidade de ampliar a participação dos alunos nas escolas regulares. E vai mais além, pois se trata de uma reorganização da cultura, da prática e da política existente na sociedade.

Esse novo paradigma considera a diversidade humana, e respeita acima de tudo, o sujeito aprendente na sua singularidade, enfocando nas suas potencialidades e não nas suas limitações ou deficiências.

Porém, antes de tudo, é válido ressaltar que embora seja uma constante a discussão sobre o tema, é preciso repensar os fatores que determinam uma criança especial. Isso significa que é uma criança especial também àquela que precisa de um atendimento diferenciado, mesmo que sua deficiência ou limitação seja temporária. E esse é o caso da criança pós-hospitalizada.

Ao delimitar a área de estudo, os objetivos da pesquisa, as questões de entrevista e os participantes, foi preciso ir a campo. E ao chegar às escolas, um dos dados mais relevantes foi a surpresa com que os participantes receberam o tema. Tanto os gestores quanto às professoras demonstraram-se surpresos, pois as preocupações apresentadas por eles com relação à inclusão desses alunos ocorrem apenas no momento em que essas crianças chegam à escola. Isso confirma a hipótese de que não há uma preparação prévia para este processo.

No que se refere à perspectiva dos pais dos alunos ex-pacientes quanto à inclusão de seus filhos no ambiente escolar, percebeu-se que esse processo envolve e abala a família como um todo. O medo e a insegurança atingem não só as crianças, mas aos pais também. Esses sentimentos também são sentidos pela equipe diretiva e pedagógica da escola. Há uma sensação de cuidado absoluto em torno da criança pós-hospitalizada.

Assim, a mãe tomada pela insegurança teme pela própria saúde do filho, já que a criança ainda corre o risco de uma recaída (com relação à doença). Prioriza os cuidados para com o bem estar físico da criança em detrimento da aprendizagem, que fica para segundo plano. Outro fator levantado pela família foi o despreparo apresentado pela escola no trato com o ex-paciente infantil. Embora admita que o empenho da escola fosse fator facilitador no processo de inclusão.

Por fim, e não menos importante é a presença da mãe e participação da família no processo de inclusão escolar das crianças pós-hospitalizadas. Isso por que admitem que o acompanhamento familiar oferecido à criança durante a escolarização auxilia na superação desse estágio conflituoso.

No que diz respeito às ações desencadeadas na escola no trato com a criança pós-hospitalizada, foram pontuadas pelos participantes da pesquisa, no segmento gestores e professores, a questão do cuidado com a saúde e as

preocupações com a aprendizagem. Desta forma, o aluno quando retorna é percebido como alguém que precisa de cuidados especiais, pois pode apresentar dificuldades de aprendizagem e problemas nas relações interpessoais.

O olhar ao aluno especial, tanto do gestor quanto do professor, está focado nas limitações que ele apresenta e no que (ainda) não pode realizar, devido à própria patologia. Percebe-se, assim, que o processo de ensino-aprendizagem dessas instituições ainda carece de esclarecimentos, já que o ideal é que fosse centrado nas potencialidades do aluno, isto é, desenvolver mais as áreas que ele tem facilidade.

Há que se pontuar aspectos comuns aos participantes da pesquisa no que se refere ao processo de inclusão de crianças pós-hospitalizadas de modo geral. O receio e a ansiedade no início do processo, sentido por ambas as partes. Como toda a situação “nova” provoca certo medo pelo desconhecido, esta não seria diferente. Mas isso não significa fracasso, pelo contrário. A busca e a vontade por fazer acontecer a tão sonhada inclusão social impõe o enfrentamento ao desconhecido e a concretização de uma prática pedagógica ideal.

Para finalizar, concluo afirmando que o fato que se coloca é sério: o retorno de ex-pacientes à aula requer um esforço coletivo, pois é necessária a ação conjunta da família, da escola e da equipe de saúde. Só unindo forças, cada um na sua área de atuação, poderemos cumprir nossa função eficazmente, mostrando ao aluno pós-hospitalizado que sua vivência escolar é uma experiência de saber e de vida.

## REFERÊNCIAS

AURÉLIO, Novo Dicionário. 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

\_\_\_\_\_. **Declaração de Salamanca** e linha de ação sobre necessidades educativas especiais, 1994.

\_\_\_\_\_. **Lei 9.394**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, 1996.

\_\_\_\_\_. **Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil: Estratégias e Orientações para a Educação de Crianças com Necessidades Educacionais Especiais**, 2001.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

FONTES, Rejane de S. **A escuta pedagógica à criança hospitalizada**: discutindo o papel da educação no hospital. Revista Brasileira de Educação, n. 29, p.119-138, mai/ago, 2005

FREITAS, Soraia Napoleão; ORTIZ, Leodi Conceição Meireles. **Classe Hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação**. Santa Maria: Ed. UFSM, 2005.

HÉBERT M., GOYETTE, G. **Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

LÜDKE, Menga, ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MANTOAN, Maria Tereza Eglêr. **Inclusão escolar: o que é? por quê? Como fazer?** São Paulo: Ed. Moderna, 2003.

MUNHÓZ, Maria Alcione; ORTIZ, Leodi Conceição Meireles. **Um estudo da aprendizagem e desenvolvimento de crianças em situação de internação hospitalar**. Educação, n. 1, p. 65-83, jan./abr., 2006.

ORTIZ, Leodi Conceição Meireles. **Construindo Classe Hospitalar**: Relato de uma prática educativa em clínica pediátrica. Revista **Reflexão e Ação**, v. 8, n. 1, jan./jun., 2000.

ORTIZ, Leodi Conceição Meireles. **A Inclusão Escolar Experienciada, Sentida e Verbalizada por Crianças Hospitalizadas**. in FREITAS, Soraia Napoleão. Tendências contemporâneas de inclusão. Santa Maria: Ed. HUSM, 2008.

PANIAGUA, Gema. **Uma Resposta Educativa A Diversidade**. Pátio – Educação Infantil Ano V Nº 14 Jul/Out 2007

VYGOTSKY, Levs. **A formação Social da Mente**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1989.

WADSWORTH, Barry. **Inteligência e Afetividade da Criança**. 4. Ed. São Paulo, 1996.

BRASIL. Resolução CNE/CEB Nº 2, de 11 de setembro de 2001. <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>

BRASIL. Resolução 41/95 Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Estatuto da criança e do adolescente hospitalizado**, 1995. Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/conanda.htm> (Acesso em 01/12/2008).

CARVALHO E CECCIM (1997), in FIGHERA Tiziane Muniz. **Pedagogia hospitalar: o paciente frente a uma nova abordagem de ensino**. Disponível em <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=1039> .

COSTA, Kelly Custódio da; PIAZERA, Quenia. **A Importância Do Brincar No Desenvolvimento Psicomotor**. Disponível em [www.icpg.com.br/hp/revista/download.exec.php?rpa\\_chave=b0363a7aed484e5c786](http://www.icpg.com.br/hp/revista/download.exec.php?rpa_chave=b0363a7aed484e5c786) (Acesso em 01/12/2008 às 20h25min).

DECLARAÇÃO DE MADRI. **A não-discriminação e a ação afirmativa resultam em inclusão social**, 2002. Tradução Romeu Kazumi Sasaki. Disponível em <http://www.bancodeescola.com/madri.htm> (Acesso em 27/10/2010 às 19h).

FREUD, Sigmund (1917). *In* BESSET, Vera Lopes. **Luto e angústia: questões em torno do objeto**, 2007. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-3582007000200006&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-3582007000200006&script=sci_arttext)

ORTIZ, **Considerações acerca da Inclusão Escolar de Crianças Pós-Hospitalizadas**. *In* Cadernos de Educação Especial, n.20, Santa Maria, 2002. Disponível em <Http://Coralx.Ufsm.Br/Revce/Ceesp/2002/02/A7.Htm> (Acesso em 08/10/10 às 21h15).

SANTOS, Mário Santos. **A entrevista semi-estruturada**. Disponível em <http://mariosantos700904.blogspot.com/2008/04/entrevista-semi-estruturada.html> (Acesso em 01/12/2008 às 21h05min).

TAFNER, Malcon. **A construção do conhecimento SEGUNDO PIAGET** <http://www.cerebromente.org.br/n08/mente/construtivismo/construtivismo.htm> (Acesso em 27/10/2010 às 17h35min).