

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Departamento de Sociologia

XI Curso de Mestrado em Sociologia

Área de Especialização:

Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável



O Apoio Pedagógico e Educacional a Crianças e Jovens  
Hospitalizados – A Escola nos Hospitais

Dissertação de Mestrado apresentada por: Susana Isabel Metrogos Coelho

Orientador: Professor Doutor Francisco Martins Ramos

*“Esta Dissertação já inclui as críticas*

*e sugestões feitas pelo Júri”*

Évora  
2009

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Departamento de Sociologia

XI Mestrado em Sociologia

Área de Especialização:

Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável



688 69K

O Apoio Pedagógico e Educacional a Crianças e Jovens  
Hospitalizados – A Escola nos Hospitais

Dissertação de Mestrado apresentada por: Susana Isabel Metrogos Coelho

Orientador: Professor Doutor Francisco Martins Ramos

*“Esta Dissertação já inclui as críticas*

*e sugestões feitas pelo Júri”*

Évora  
2009

**Esta Dissertação de Mestrado foi apoiada pela  
Fundação Eugénio de Almeida.**

## Agradecimentos

Quero expressar a minha gratidão a todos aqueles que, da sua forma peculiar, contribuíram para a realização da presente Dissertação.

Este processo de crescimento pessoal e profissional não foi isolado. Sofreu a interferência positiva de vários actores, entre os quais não poderia deixar de destacar todos aqueles que directa ou indirectamente contribuíram para o desenvolvimento e conclusão desta investigação. Deixo aqui a minha manifestação de enorme agradecimento a todos aqueles que me acompanharam nesta minha jornada de que tanto me orgulho.

Assim, dirijo os meus agradecimentos:

- Ao meu orientador científico Professor Doutor Francisco Martins Ramos, a quem muito agradeço pelo incansável e rigoroso contributo científico em todas as áreas desta dissertação, pelo seu interesse pelo tema que eu sempre quis estudar, pelas discussões construtivas e pelo apoio e incentivo pessoal que se tornou fundamental ao longo do desenvolvimento da minha investigação;

- À Fundação Eugénio de Almeida, pelo apoio que me foi dado para a realização deste estudo;

- Aos Hospitais:

- Aos Conselhos de Administração do Hospital do Espírito Santo de Évora EPE e ao Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, assim como às suas respectivas unidades de Pediatria, que me proporcionaram as condições necessárias para a elaboração desta investigação;

- Aos Directores e Chefes de Enfermagem dos Serviços de Pediatria dos referidos Hospitais;

- A todos os profissionais de Educação e de Saúde de ambos os hospitais, com especial gratidão à Educadora Ana do Hospital do Espírito Santo de Évora e às professoras Ana Margarida Castro, Magda Magalhães e Maria José Semedo pela enorme colaboração, ajuda, interesse e empenho indispensáveis a este estudo;

- A todas as crianças com as quais contactei, assim como os seus familiares pelo seu interesse e motivação que sempre me transmitiam;

- Ao Centro de Avaliação em Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (CANTIC), pelo apoio e disponibilidade;



- Às pessoas mais importantes da minha vida, que mais amo: os meus pais e irmão por todo o seu amor e apoio incondicional, preocupação, incentivo e curiosidade;
- Aos meus amigos e amigas que sempre se mostraram muito interessados e preocupados com o meu trabalho, para além de o admirarem e apoiarem;
- À pessoa especial que, quando ler esta frase, com certeza absoluta se identificará.

A todos quero deixar o meu sincero agradecimento.

Tendo, ou não, noção do que possam ter feito por mim, acreditem, foram um grande incentivo e ficar-vos-ei eternamente grata.

O meu sincero agradecimento. Muito Obrigado.

*"Posso ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado algumas vezes, mas não esqueço de que minha vida é a maior empresa do mundo. E que posso evitar que ela vá à falência. Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver, apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise. Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e se tornar um autor da própria história. É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar um oásis no recôndito da sua alma. É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida. Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos.*

*(...)*

*Pedras no caminho? Guardo todas, um dia vou construir um castelo..."*

*"Ser Feliz"*

*Fernando Pessoa*

## **Resumo**

O presente estudo teve como objectivo, partindo de uma análise comparativa entre dois hospitais, descrever e identificar aspectos que pudessem comprovar que as actividades escolares desenvolvidas no contexto hospitalar podem contribuir para amenizar o sofrimento de crianças hospitalizadas assim como contribuem para o seu desenvolvimento integral.

As bases de assistência à criança hospitalizada têm vindo a modificar-se nas últimas décadas derivado aos resultados de pesquisas nas áreas das ciências médicas, humanas e sociais.

Tendo estas concepções como base, criam-se então, perspectivas de como apoiar melhor a criança no processo de hospitalização que tem de enfrentar, esclarecendo e auxiliando também os profissionais que têm como objectivo primordial o bem-estar da criança, a todos os níveis: físico, pedagógico, social, afectivo e psicológico.

A inserção da escola nos hospitais, adequada às necessidades e situação de cada criança, recupera a socialização desta por um processo de inclusão, dando continuidade à sua escolarização e valorizando as suas novas aprendizagens.

Para a realização desta investigação, muito contaram as participações, tanto do Instituto de Português de Oncologia de Lisboa, como do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, que me deram acesso aos seus respectivos serviços de Pediatria, assim como permitiram o meu contacto com todos os actores envolvidos.

Foi realizada uma análise qualitativa tanto da recolha bibliográfica como das comunicações recolhidas através das entrevistas realizadas e das observações efectuadas nos contextos de pesquisa. Obtive consideráveis informações que me permitiram ratificar a considerável importância e eficácia das actividades pedagógicas e educacionais no desenvolvimento da criança em situação de hospitalização, permitindo assim também amenizar esta fase menos boa da vida destas crianças.

**Palavras-Chave:** educação, saúde, hospitalização, apoio pedagógico e educacional, crianças e jovens, inclusão.

## **Abstract**

### **The Pedagogical and Educational support to hospitalized children – the school in hospitals**

This study aims to, by way of a comparative analysis between two hospitals, describe and identify aspects that are able to prove that the school activities developed in hospitals can help to ease the suffering of hospitalized children as well as contribute to their full development.

Over the last decades, the type of support given to hospitalized children has been changing due to the influence of studies conducted in the medical, human and social sciences fields. With these conceptions as a basis, perspectives have been created regarding how to provide better support to children during their stay at the hospital, clarifying and helping the professionals whose fundamental goal is the child's welfare at all levels: physical, pedagogical, social, emotional and psychological.

Within the hospital walls, a classroom suited to the needs and situation of each child greatly benefits their socialization recovery through a process of inclusion, thereby permitting a continuation of the learning process.

In carrying out this research, the participation of the Portuguese Institute of Oncology and of the Évora Hospital was essential, wherein I was granted access to their paediatric services and to all the persons involved in this context.

A qualitative analysis was conducted using data extracted from bibliographic research as well as from speeches gathered during interviews performed within the research framework. The substantial amount of information allows me to ratify the considerable importance and success of the pedagogic and educational activities in the development of hospitalized children, allowing, as was said before, to ease this difficult stage of children's.

**Key-words:** education, health, hospitalization, pedagogical and educational support, children and young people, inclusion.

## Índice Geral

Resumo .....	7
Abstract .....	8
Índice Geral .....	9
Índice de Figuras .....	13
Índice de Quadros .....	14
Índice de Tabelas.....	15
Introdução.....	16

### CAPÍTULO I

#### Introdução à problemática de estudo e Enquadramento Teórico

1- Justificação do tema .....	22
2- O problema e o objecto de estudo .....	26
2.1- A criança/jovem e a situação de doença.....	26
2.2- A criança hospitalizada e a hospitalização.....	29
2.3- Necessidades e desejos das crianças e dos jovens hospitalizados.....	32
3- <i>The State of Art</i> .....	36
4- Fundamentação teórica do estudo .....	41
4.1- O Desenvolvimento Humano .....	41

### CAPÍTULO II

#### Novos espaços: a escola no hospital: trabalho de humanização imprescindível

1- A realidade escolar e a realidade hospitalar .....	46
1.1- A escola e a sua complexidade .....	46
1.2- O hospital e a sua complexidade .....	48
1.3- A Escola e o Hospital como Instituições e como Organizações .....	53
1.3-1. Escola e Hospital como Instituições .....	53
1.3-2. Escola e Hospital como Organizações .....	54
2- O surgimento da escola no hospital .....	57
2.1- Perspectiva histórica da hospitalização da criança .....	60
3- O papel do professor no hospital .....	65
3.1- A Pedagogia/Educação nos dias de hoje.....	66
3.2- A importância do professor em contexto hospitalar .....	68

3.3- Necessidades de formação a, nível docente, para trabalhar em contexto hospitalar .....	70
4- Escola no hospital: factor de Humanização .....	75
5- Os espaços pediátricos estudados: caracterização dos serviços.....	78
5.1- O serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE).....	78
5.2- O serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPO) .....	83

### **CAPÍTULO III**

#### Educação Especial e Inclusão

1- Breve histórico da Educação Especial .....	89
1.1- A génese da Educação Especial.....	91
1.2- Marcos históricos na Educação Especial .....	95
2- A criança hospitalizada e as suas necessidades específicas de educação .....	99
2.1- Legislação .....	99
3- Inclusão das crianças e jovens hospitalizados .....	101
3.1- As TIC e a inclusão digital como promoção da inclusão social.....	101

### **CAPÍTULO IV**

#### Metodologia

1- Metodologia geral.....	105
1.1- Natureza do estudo: opções teóricas e metodológicas.....	105
1.1.1- “Estudo de Caso” .....	109
1.2- Problema de investigação e objectivos .....	112
1.2.1- Problema de investigação.....	112
1.2.2- Objectivo Geral.....	113
1.2.3- Objectivos Específicos .....	113
1.2.4- Relevância da pesquisa .....	117
1.3- Plano de investigação .....	118
1.4- Abrangência do estudo .....	122
1.4.1- População/Amostra de investigação.....	123
1.4.2- Contextos de estudo .....	125
1.5- Técnicas e procedimentos de recolha de dados .....	126
1.5.1- Etapa 1 – Documental/Recolha Bibliográfica.....	127
1.5.2- Etapa 2 – Observação directa participante.....	128
1.5.3- Entrevistas.....	130
1.6- Processos/Técnicas de análise de dados .....	136

1.7- Preocupações de natureza ética .....	141
1.8- Limitações do estudo .....	143

## **CAPÍTULO V**

### Apresentação, Tratamento e Análise dos dados

1- Apresentação, Tratamento e Análise dos dados.....	145
1.1- Breves considerações iniciais.....	145
1.2- Apresentação e Análise dos dados .....	147
1.2-1. Tema 1- Que formas de educar são possíveis num hospital? .....	147
1.2.1.1- É possível pensar o hospital como um espaço educacional? .....	147
1.2.1.2- Como contribui a educação para a saúde das crianças e jovens hospitalizados? .....	149
1.2.1.3- O trabalho educação/saúde leva a uma garantia de excelência, numa perspectiva de política de humanização do hospital? .....	151
1.2.2. Tema 2- Dimensão Pedagógica: Operacionalização do apoio escolar a crianças e jovens hospitalizados? .....	153
1.2.2.1- Como se processou a implementação da escola no hospital? .....	153
1.2.2.2- As instalações e os meios técnicos são adequados e suficientes? .	154
1.2.2.3- Como se processa a gestão e manutenção da escola (responsáveis, recursos, coordenação)? .....	155
1.2.2.4- Os recursos pedagógicos, de saúde e sociais são suficientes? .....	157
1.2.2.5- A criança hospitalizada tem algum artigo/decreto-lei que regulamente o seu apoio pedagógico, ou apenas tem o que, no geral, regulamente as necessidades educativas especiais? .....	159
1.2.2.6- A escola possui um Projecto Pedagógico? Que acções (gerais) estão previstas neste documento?.....	161
1.2.2.7- Quais as concepções que orientam o trabalho pedagógico das professoras? .....	163
1.2.2.8- A tecnologia, na escola do hospital, é considerada como estando em prol da inclusão? .....	166
1.2.2.9- Como é a escola vista pelos pais das crianças?.....	168
1.2.2.10- Como percebem os profissionais de saúde a escola no hospital e como é o seu envolvimento? .....	171
1.2.2.11- Qual a relevância da escola no hospital para a sociedade?.....	172
1.2.2.12- Os professores recebem algum tipo de formação dirigida ao seu trabalho específico?.....	174
1.2.2.13- É considerada necessária uma formação pedagógica específica, a nível de corpo docente, para trabalhar na escola do hospital? ....	177

1.2.2.14- Quais os limites e possibilidades do professor neste <i>locus</i> de actuação? .....	178
1.2.3. Tema 3- Viabilidade e adaptação de um Programa de apoio pedagógico e educacional em unidades com menor tempo de internamentos – Caso específico do Hospital do Espírito Santo de Évora.....	180
1.2.3.1- O número de crianças internadas na unidade de Pediatria do HESE tem aumentado? .....	180
1.2.3.2- Os recursos e o espaço disponíveis para as actividades de recreio são adequados às necessidades do quotidiano?.....	181
1.2.3.3- Está prevista a constituição de um apoio pedagógico e/ou educacional para as crianças hospitalizadas no Serviço de Pediatria do HESE? .....	182
1.2.3.4- Que instalações existem, de momento, que poderiam ser adaptadas a uma estrutura de apoio pedagógico e/ou educacional? .....	183
1.2.3.5- Como deveria ser constituída uma equipa de apoio integral à criança e aos jovens hospitalizados? .....	184
1.2.3.6- Qual a sensibilidade dos profissionais de saúde do HESE para um projecto desta natureza?.....	185
1.2.3.7- Como é avaliada a importância de um projecto deste tipo no HESE? .....	186
<b>Considerações Finais</b> .....	189
<b>Bibliografia</b> .....	194
<b>Anexos</b>	
<b>Anexo I- Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado</b>	
<b>Anexo II- Declaração de Salamanca</b>	
<b>Anexo III- Carta da Criança Hospitalizada</b>	
<b>Anexo IV- Decreto-lei 319/91</b>	
<b>Anexo V- Decreto-lei 3/2008</b>	
<b>Anexo VI- Guiões das Entrevistas</b>	
<b>Anexo VII- Matrizes</b>	



## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> – Sala de Recreio do HESE.....	78
<b>Figura 2</b> – Sala de Recreio do HESE .....	78
<b>Figura 3</b> – Sala de Recreio do HESE .....	78
<b>Figura 4</b> – Sala de Recreio do HESE .....	78
<b>Figura 5</b> – Sala de Recreio do HESE .....	78
<b>Figura 6</b> – Escola do IPO Lisboa .....	82
<b>Figura 7</b> – Escola do IPO Lisboa .....	82
<b>Figura 8</b> – Escola do IPO Lisboa .....	83
<b>Figura 9</b> – Escola do IPO Lisboa .....	83
<b>Figura 10</b> – Escola do IPO Lisboa.....	83
<b>Figura 11</b> – Escola do IPO Lisboa.....	84

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1 – Cronograma .....</b>	<b>118</b>
<b>Quadro 2 – Operacionalização das fases de recolha de dados.....</b>	<b>119</b>
<b>Quadro 3 – Amostra entrevistada .....</b>	<b>122</b>
<b>Quadro 4 – Temas explorados nas entrevistas.....</b>	<b>132</b>
<b>Quadro 5 – Dimensões e categorias de apresentação e de análise dos dados relativos às entrevistas .....</b>	<b>138</b>

## **Índice de Tabelas**

**Tabela 1** – Questões do processo de recolha de dados: tema 1..... 112

**Tabela 2** – Questões do processo de recolha de dados: tema 2 ..... 113

**Tabela 3** – Questões do processo de recolha de dados: tema 3 ..... 113

## Introdução

Nos últimos anos têm-se modificado as bases de assistência à criança hospitalizada, em decorrência de pesquisas nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais. Torna-se então necessária uma nova visão acerca dos diversos aspectos ligados à hospitalização da criança/jovem.

Apesar de já terem sido feitas algumas modificações no âmbito da saúde, o que é facto é que, infelizmente, muitos profissionais ainda consideram hoje em dia que a doença deve ser entendida somente no campo físico, biológico. Esta concepção, ao falarmos do desenvolvimento integral da criança, está errada. Num estado menos bom da vida da criança, como é o caso da doença, devemos incluir a experiência social e intelectual. A criança continua a desenvolver-se independentemente do seu estado de saúde e considerar apenas o tratamento médico, deixando de lado todos os restantes elementos que compõem o ser humano significa retardar a cura.

A saúde é um processo contínuo de adaptação do organismo, envolvendo actividade e mudança, e que reflecte a nossa resposta criativa aos desafios ambientais. Quando adoecemos damos conta de nossa fragilidade, vulnerabilidade e deparamo-nos com angústias físicas e psicológicas que, por força da situação, emergem.

A presente proposta de investigação dá resposta a uma exigência do Curso de Mestrado em Sociologia da Universidade de Évora – área de especialização de Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável – e consubstancia, ao mesmo tempo, um desejo tanto profissional como pessoal.

Este estudo é necessário para fornecer dados à área do desenvolvimento da criança e no sentido de poder incentivar a criação e inserção de projectos, que tenham como finalidade actividades de cariz pedagógico e educacional para promover o bem-estar biopsicossocial da criança hospitalizada em todas as instituições hospitalares que tenham contacto com a infância/adolescência.

Assim, a pesquisa teve como objecto de estudo as crianças internadas do Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPO) e o Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), uma Instituição que já dispõe do tipo de apoio referido atrás, e outra Instituição que apenas

---

possui um espaço de recreio para as crianças e que deveria dispor de um apoio deste tipo, pois por menor que seja o tempo de internamento de uma criança ou jovem, estes têm sempre direito a ter presentes todas as condições que permitam o seu desenvolvimento integral que continua independentemente da sua situação, seja ela prolongada ou provisória em termos de hospitalização. O porquê de ter decidido pelo Hospital de Évora e pelo Instituto Português de Oncologia de Lisboa deve-se ao facto de, em relação ao primeiro, se localizar na minha terra natal e daí o meu interesse em contribuir para a sua melhoria e, em relação ao IPO de Lisboa, decidi fazer nesta Instituição o meu estudo pois o tempo dos internamentos é, infelizmente, muito mais prolongado do que numa unidade de carácter distrital como é o Hospital de Évora. Também porque os internamentos que ocorrem no IPO são de natureza dramática, mas real e, não descurando as outras enfermidades que fazem com que crianças e jovens tenham de permanecer no hospital, mas são internamentos devido a uma doença que é considerada “doença do século” que, infelizmente, leva mais vezes a um fim trágico e que a maior parte das pessoas pensa: “não devia acontecer a ninguém, mas a uma criança muito menos”...

Deste modo, a intenção foi investigar a efectividade das actividades de carácter pedagógico e educacional como contribuintes para a saúde das crianças e dos jovens, irrefutáveis no que diz respeito à atenção, cuidados e direitos das crianças em situação de internamento, assim como amenizadoras do sofrimento da criança hospitalizada.

Neste estudo, procuro dar resposta às seguintes questões de investigação: - Que formas de educar são possíveis num hospital; como se processa o apoio escolar às crianças e jovens hospitalizados; que viabilidade e adequação da implementação de um programa de apoio pedagógico e educacional no HESE?

Quero referir que o meu interesse em realizar este estudo prende-se com motivações académicas, mas também pessoais e profissionais. Desta forma, o facto de ser professora do 1º ciclo do ensino básico eleva o meu interesse relativamente a todas as questões que se relacionem com aspectos deste nível de ensino, para além de que, através da minha exploração acerca deste tema, tem-me levado a reflectir sobre a educação das crianças em contextos especiais, especificamente em contexto hospitalar e sobre o seu papel crucial em termos de humanização tanto da escola como do hospital, que através desta atenção aos alunos-pacientes, está a dar largos passos para tal.

---

Para além deste aspecto sou também movida pela motivação científica, já que, quando comecei a explorar bibliograficamente acerca deste assunto, constatei que, na nossa realidade nacional, embora haja alguns estudos no âmbito da hospitalização da criança, a importância dos aspectos de escolarização e sua contribuição para a qualidade de vida das crianças tem sido muito pouco, arrisco-me mesmo a dizer, quase inexplorada, no âmbito de dissertações de mestrado e de teses doutoramento.

Realizei então um estudo das duas unidades de Pediatria, IPO e HESE, das quais o primeiro proporciona a realização de actividades pedagógicas e educacionais para as crianças hospitalizadas, e o segundo tem apenas actividades lúdicas. Procurei avaliar de que forma as actividades de apoio escolar efectivadas no contexto hospitalar (IPO), pela equipa de professoras, favorecem a criança e podem amenizar o sofrimento das mesmas, enquanto que no caso do Hospital de Évora, para além de fazer também uma observação do serviço, procurei saber a opinião dos profissionais de saúde em relação ao assunto, para depois reiterar ou refutar as minhas convicções, que embora estejam comprovadas cientificamente por quem já estuda e trabalha este assunto há mais tempo, é sempre necessário e relevante saber a perspectiva dos profissionais que actuam no ambiente em questão. Para além deste conhecimento acerca da Instituição, foi minha intenção também deixar registado a mais valia que seria/é para o HESE possuir um apoio deste cariz no seu serviço de Pediatria, pois para além das opiniões dos actores de todo o processo, que muito contribuem para a (re)organização do espaço hospitalar, a instituição estará dando resposta ao desenvolvimento integral da criança e do jovem hospitalizado, que tem os seus direitos instituídos e o apoio em termos educacionais é um deles. O HESE é uma estrutura que dá apoio a nível distrital, daí também fazer todo o sentido o hospital dar resposta a tamanha necessidade de nível pediátrico. Para além do referido, não é possível omitir a referência à humanização hospitalar que está envolta em todos estes aspectos e que assume carácter muito importante na actualidade. O respeito pela criança no seu todo é um passo para a excelência em termos de humanização, embora a perfeição seja muito difícil de atingir, as atitudes e os comportamentos levam a mudanças que, bem estruturadas e orientadas, traçam caminhos para resultados muito bons.

Para além do já referido como benéfico para a instituição em termos do seu papel social, mais importante são as crianças que vão usufruir desse tipo de apoio e é por elas e para elas que tanto me empenhei neste trabalho de reconhecimento deste tipo de necessidade, de o dar a conhecer e mostrar a sua extrema importância pois considero que esta temática, a sua

pertinência, ultrapassa o último nível que a extrema importância possa ter. Estamos a falar de crianças, da sua qualidade de vida.

Este trabalho estrutura-se então em torno de cinco capítulos, partindo da parte teórica para parte empírica, embora as duas se cruzem e interpelem de forma mútua ao longo de todos os capítulos.

Assim, os dois primeiros capítulos referem-se ao enquadramento teórico, sendo o primeiro direccionado para a problemática e o objecto de estudo e o segundo, para os novos espaços educativos e para quem neles actua.

Desta forma, no primeiro capítulo, partindo da justificação do tema, dou a conhecer o problema e o objecto do meu estudo, fundamentando-o teoricamente nos ditos de Levy Semenovitch Vygotsky assim como fazendo um mosaico das reflexões de alguns autores acerca deste tema.

No segundo capítulo, centro-me nas duas realidades que, juntas, prestam este tipo de apoio, focando também os profissionais de educação que neste ambiente educativo actuam, assim como aspectos que correspondem à sua formação específica para trabalhar neste contexto. Através de um olhar sobre os aspectos de humanização do atendimento que é feito às crianças e jovens, numa perspectiva de qualidade de vida e de política social das instituições envolvidas, defendo que os aspectos de escolarização, enquanto produtores de conhecimento formal e informal, assim como agentes promotores do bem-estar geral destes alunos-pacientes, são indubitavelmente favoráveis à recuperação das crianças, contribuindo assim para a sociedade dinâmica e complexa em que estamos inseridos. Isto remete também para o desenvolvimento estratégico de cada contexto educativo.

Posteriormente, no terceiro capítulo, depois de explicitar a matriz teórica que serve de referencial ao meu estudo, considere importante abordar a temática da educação especial e da inclusão, já que o apoio pedagógico e educacional nos hospitais é um apoio especial, pois realiza-se em contexto específico e actua numa perspectiva de inclusão e (re)integração das crianças e dos jovens hospitalizados.

Seguidamente, no quarto capítulo debruço-me sobre a fundamentação metodológica da investigação realizada. Desta forma, começo por delinear a natureza do meu estudo, especificando depois, os objectivos que o orientaram. Faço uma breve referência ao plano

de investigação e especifico os procedimentos utilizados para a definição da amostra, fazendo, de seguida, a sua caracterização. Defino, mais tarde, as técnicas e os procedimentos utilizados na recolha e análise dos dados e finalmente sintetizo tanto as preocupações éticas que tive, como as limitações deste estudo.

Finalmente, em termos de capítulos, no quinto capítulo, ao mesmo tempo que apresento os dados recolhidos através dos mecanismos metodológicos apresentados, analiso-os, interpreto-os e reflicto sobre eles, sempre à luz das matrizes teóricas da investigação. Deste modo, a partir das percepções dos diferentes actores educativos e de saúde entrevistados acerca da prática escolar no hospital, organizo os dados em torno dos temas e das categorias, procurando discutir e confirmar ou refutar as minhas convicções.

Termino o meu trabalho com algumas reflexões finais, fazendo sempre uma articulação entre os pressupostos iniciais, o quadro teórico da investigação, os dados recolhidos e a sua operacionalização e desenvolvimento. Por fim quero também referir que este trabalho inclui um conjunto de anexos que serão referenciados ao longo do corpo do trabalho, os quais considereei pertinentes para uma melhor compreensão dos objectivos deste estudo.



## **CAPÍTULO I**

---

### **INTRODUÇÃO À PROBLEMÁTICA**

---

## 1- Justificação do Tema

“O apoio pedagógico e educacional a crianças e jovens hospitalizados” é um trabalho que surge do enorme interesse e curiosidade que sempre tive em explorar a área da saúde e da educação, “irmanando-as”.

Já tem lugar afirmado o facto de a educação e a saúde necessitarem sempre de uma atenção muito especial das diversas instituições e entidades responsáveis por elas neste país. Em termos de união entre educação e saúde, mais concretamente no que respeita ao apoio escolar que pode ser oferecido nos Hospitais, ele é ainda muito desconhecido (situa-se num patamar algo incógnito) e por isso parece não ter o devido valor na realidade portuguesa, o que pode acarretar situações muito difíceis no que respeita ao desenvolvimento cognitivo e social das crianças e jovens que passam por situações de hospitalização.

É certo que este tipo de apoio já se pratica na nossa realidade nacional, mas certo é também que, em termos de formação específica para os profissionais de educação, que trabalham nesta realidade, ela também se revela inexistente, o que também avoluma, não só a dificuldade de colocar em prática este apoio, pois é muito específico e complexo como também o desconhecimento sobre o mesmo em termos de comunidade académica, o que faz com que muitos futuros profissionais de educação que tenham interesse nesta área específica de ensino e queiram dar apoio escolar numa realidade hospitalar, não tenham uma vertente direccionada para o ensino em Hospitais que possam abraçar.

Pretendo estudar esta temática, numa Instituição onde as crianças e jovens necessitem de permanecer durante um período de tempo alargado, e posteriormente, estender o meu estudo à cidade de Évora, pois, independentemente do seu período de permanência na Instituição, a criança necessita de sentir-se no “seu mundo”, tem necessidades tanto sociais como educativas e tem direito a ter apoio neste sentido.

Trata-se de um tema de interesse académico e sociológico, e de grande pertinência social, uma vez que poderá contribuir para um processo educativo mais global e para a melhoria da saúde e da educação dos nossos jovens e suas famílias, ou seja para um Alentejo mais saudável e desenvolvido em termos de recursos humanos.

Este é um assunto muito pertinente que merece, ou deveria merecer, muita atenção visto que, e segundo os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, ponto n.º 9, crianças e adolescentes têm direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programa de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante a sua permanência hospitalar. (Anexo I, ponto n.º9).

O estudo que desenvolvo é, para mim, de extrema importância na medida em que, como Professora de 1.ºCiclo, penso que todas as crianças têm necessidades educativas e direito à educação seja ela num ambiente formal ou não formal. A capacidade de estudar e de aprender não desaparece devido à doença e independentemente do período de permanência na instituição ou de outro factor qualquer, a criança tem necessidades educativas, onde se inclui a escolarização.

Para além deste meu interesse como Professora, devo dizer que este provém muito também, sem dúvida, da minha preocupação já de há “longa data”, no que diz respeito às crianças, particularmente hospitalizadas, ao seu dia a dia, aos seus interesses, pensamentos, desejos, necessidades, ...o que fazer e como fazer para atenuar nem que seja só por instantes, a situação difícil, frágil por que estão a passar.

Deixar de ser um colega de sala e passar a ser um colega de hospital tem grande repercussão na vida das crianças, assim como os saberes não se restringem ao ambiente escolar formal. A inserção da escola nos hospitais tem como objectivo uma pedagogia socializadora que reconhece o potencial humano de todos os indivíduos sem que as diferenças e fragilidades sejam consideradas. A escola presente em contexto hospitalar pretende recuperar a socialização da criança através de um processo de inclusão, dando continuidade à sua escolarização e valorizando a sua aprendizagem.

O primeiro contacto que tive com o pertinente assunto que aqui desenvolvo remonta então à Licenciatura em Ensino Básico 1ºCiclo que conclui nesta mesma Academia, onde decidi prolongar a minha formação académica. Nas aulas da disciplina de NEE (Necessidades Específicas da Educação), ministradas pelo Professor Américo Peças, pelo qual também tenho grande admiração e ao qual agradeço vivamente pelo facto de as suas aulas serem tão interessantemente conduzidas e abordarem temáticas tão pertinentes, de entre as quais a temática a que aqui me dedico. Após ser despertada para este assunto, a intenção de me

dedicar ao mesmo começou a ser cada vez maior. Quando dispunha de tempo, fazia algumas pesquisas sobre o assunto, sobretudo na Internet e as obras que encontrava eram Brasileiras e, como as possibilidades económicas não eram muitas, não podia ainda adquirir algumas obras que ansiava ler. As leituras que faziam acerca do referido tema causavam em mim algum impacto, o que levou a que o meu interesse e curiosidade fossem progredindo.

Quando conclui a minha Licenciatura, decidi então prolongar a minha formação numa área que, também, sempre me despertou interesse, a Sociologia, inscrevendo-me no Mestrado em Sociologia, na área de especialização de Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável, pois a minha intenção, e atrevo-me a dizer vocação, sempre foi agir perto das pessoas e para as pessoas e, de alguma forma, tentar actuar no sentido de contribuir para um desenvolvimento social harmonioso, com base em valores sólidos e de carácter e que respeitassem a pessoa de forma íntegra. Comecei a dar “forma” a esta minha intenção através da Licenciatura que tirei, ansiando conduzir as crianças no caminho da educação, como Professora.

Actualmente o conceito de Desenvolvimento Sustentável é definido como “o desenvolvimento que procura satisfazer as necessidades da geração actual, sem comprometer a capacidade das gerações futuras de satisfazerem as suas próprias necessidades, significa possibilitar que as pessoas, agora e no futuro, atinjam um nível satisfatório de desenvolvimento social e económico e de realização humana e cultural”. Com base nesta simples, mas consistente definição justifico, mais uma vez, o meu interesse pela variante do Mestrado que escolhi (<http://www.solvay.pt/sustainabledevelopment/>).

O Desenvolvimento Sustentável, conceito adoptado Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CMMAD), da Organização das Nações Unidas, em 1987, pela Primeira-Ministra da Noruega, Gro Harlem Brundtland, no seu relatório *Our Common Future*, busca o equilíbrio entre os três eixos, “pilares interdependentes e mutuamente sustentadores” em que assenta: o ambiental, o social e o económico (Cascais, 2005). Este paradigma reconhece as questões críticas como o crescimento populacional, a saúde e os direitos humanos, entre outros. É no sentido de contribuir para este desenvolvimento que também enquadro a minha investigação. Pretendo contribuir para o estudo deste problema, pois é algo que altera a vida das crianças e conseqüentemente, das suas famílias, logo é um problema social e para que se promova e respeite um desenvolvimento sustentável no eixo



social, é necessário que as necessidades das crianças e dos jovens sejam auscultadas e atendidas através de estratégias que consigam responder a estas mesmas necessidades. Neste sentido a escola no hospital é um “instrumento” extremamente importante para o desenvolvimento integral das crianças e jovens, no sentido em que as suas necessidades pedagógicas e educacionais são atendidas no meio hospitalar, tendo as crianças oportunidade de desenvolver as suas capacidades.

Assim, como implicitamente já referi foi, desde o primeiro momento, minha intenção desenvolver uma investigação no campo da educação para as crianças e jovens em situação de hospitalização. Os primeiros passos que dei na área curricular do referido mestrado abriram-me novos horizontes e começaram, definitivamente, a fazer-me concentrar ainda mais a minha atenção no meu tema de eleição. Então, naturalmente, optei por investigar acerca das Escolas nos Hospitais para preparar a minha Dissertação de Mestrado.

Um outro aspecto que também me levou a enveredar por uma pesquisa neste campo foi o facto de a educação para crianças e jovens hospitalizados ser recente na nossa realidade nacional e carecer de aperfeiçoamento em termos de estudos. Tal como refere Paula, “a construção de referenciais teóricos está relacionada com a actuação dos profissionais da área, seus olhares, percepções e o contacto com diferentes actores sociais onde se mesclavam aspectos subjectivos e objectivos na construção de saberes ” (Paula, 2004: 61).

É com todas estas convicções que, humildemente, me proponho iniciar o meu trabalho de investigação e de contribuição para a qualidade de vida das crianças e jovens, tendo noção que os contributos que aqui deixo são muito pertinentes mas que, pela extrema importância e carácter social que esta temática suporta, carecem de ser estudados, de ter continuidade, noutras latitudes científicas.

## 2- O problema e o objecto de estudo

### 2.1- A criança/jovem e a situação de doença

“Adoecer faz parte da vida. Todavia algumas doenças levam à hospitalização afectando a vida das pessoas durante um determinado período da vida. O caso torna-se mais grave quando o paciente em questão é uma criança e quando a causa da internação, além de ser alguma debilidade física, traz a marca da discriminação sócio-económica de nossa sociedade e, por esta razão, acaba se tornando crónica, prejudicando uma das etapas mais importantes da vida: a infância” (Paula, 2004: 122).

Existem várias noções de doença. Centremo-nos nesta: “Doença é o estado de alteração da saúde física ou mental sob efeito de agentes perniciosos originados dentro ou fora do organismo. Pode ter graus variados de intensidade, podendo apresentar-se em qualquer pessoa, sem distinção, e em qualquer época da vida”. (Santos, 2002: 14).

**A** doença é definida como uma desarmonia orgânica ou psíquica, que, através da sua manifestação, quebra a dinâmica de desenvolvimento do indivíduo como um ser global, gerando “desarmonização” da pessoa; compreende-se esse desequilíbrio como um abalo estrutural na sua condição de ser (Santos, 2002: 37).

A doença é então um factor de desajustamento social porque provoca, antecipa ou agrava desequilíbrios psicológicos tanto no indivíduo como na família e particularmente ou principalmente nos pais.

As doenças crónicas têm sido definidas como perturbações de saúde que persistem por longos períodos de tempo, que se podem prolongar ao longo de toda a vida (Eiser, 1990). Estas doenças podem ser controladas no intuito de diminuir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos doentes, porém na maioria dos casos não são completamente curadas e as hospitalizações extensivas, mesmo no período de diagnóstico, são frequentes.

A revisão da literatura mostra consistência em termos de doenças crônicas na infância, indicando que essas crianças possuem maiores riscos de apresentarem um desajuste emocional, comportamental e social (Castro e Piccinini, 2002).

As doenças crônicas infantis incluem, entre outras, a asma, a paralisia cerebral, os defeitos do coração, a diabetes, a espinha bífida, a insuficiência renal, a epilepsia, o cancro... A incidência de neoplasias na infância é muito mais baixa do que na idade adulta. Porém, nas crianças estas patologias assumem uma maior complexidade e um maior dramatismo por se tratar de um ente cuja vida ainda se está a iniciar. A ninguém parece justo, mas trata-se de um ser humano mas muito mais frágil.

Segundo Piaget, a concepção de saúde e doença está intimamente ligado ao desenvolvimento cognitivo de cada indivíduo. A criança com menos idade, até mais ou menos uns cinco ou seis anos de idade, costuma acreditar que ficou doente porque alguém (por vezes ela própria) fez, pensou ou desejou isso. Após esta fase, costumam apontar os vermes como agentes causadores da doença, pois já têm alguma informação que é passada na escola e, por volta do início da adolescência, já conseguem ter noção de que a responsabilidade não é, necessariamente, dos factores externos e sim que as doenças podem acontecer devido a factores e em consequências diversificadas e que elas podem fazer algo para evitá-las. Então, em termos de desenvolvimento, a criança evolui sistematicamente e acaba por ter capacidade para compreender informação que lhe é facultada, no sentido de a preparar para a hospitalização e/ou intervenção cirúrgica, tendo sempre presente aquilo que podem assimilar nas diferentes idades, verifica-se uma consciencialização que progride com a idade (Piaget, 1979).

Normalmente as crianças gostam muito de ser surpreendidas, novos acontecimentos nas suas vidas, novas presenças, novas mudanças, mas quando são surpreendidas por algo que lhes é estranho, incomodativo e que lhes retira parte do seu ambiente social, esse acontecimento deixa, obviamente, de ser uma surpresa no bom sentido da palavra, não pode ser caracterizado como tal. “ As crianças e os adolescentes quando são cometidos por uma doença na infância ou juventude alteram, de certa forma, seus padrões de interacção como o mundo.

Quando são assoladas por uma doença que lhes retira parte do seu meio, as crianças partilham algumas experiências similares apesar das diferenças dos sintomas e da gravidade dos problemas. Estas experiências passam pela dor e incómodo, por um crescimento e

desenvolvimento insuficientes, pelas idas frequentes a médicos e hospitais, pela necessidade de cuidados médicos diurnos e têm menos oportunidades de brincar com outras crianças.

Para a família, a doença crónica de uma criança pode frustrar os sonhos que tinham para ela. A criança doente necessita de tanta atenção que, por vezes, os pais não têm tempo suficiente para os outros filhos. Existem outros problemas, como o aumento dos gastos, um sistema complexo de cuidados, perda de oportunidades (por exemplo, quando um dos pais não pode voltar a trabalhar) e o isolamento social (*Biblioteca Médica Online* <http://www.manualmerck.net>).

A realidade da criança, actualmente, é extremamente diferente comparando com a realidade de há 20 ou 30 anos atrás. Os aspectos cognitivos da doença constituem hoje um marco fulcral nesta. Quando nos referimos às crianças, temos sempre presente a importância da interacção criança/profissionais, assim como os tratamentos a que vai ser submetida, estabelecendo-se uma comunicação efectiva, que medeia os dois pontos de vista: o da criança e o dos profissionais. A comunicação é muito importante para um conhecimento das ideias das crianças que mais facilmente podem ser esclarecidas.

Na criança, os efeitos da doença e o impacto que esta tem sobre a criança podem ser variados e não podem ser vistos numa perspectiva uniforme, dada a diversidade de factores envolvidos, desde as características psicossociais da criança, aos aspectos relacionados com a doença (Redondeiro, 2003: 45). “A doença tem então uma dimensão psicossocial, isto é, a sua importância como construção social, até certo ponto, influencia o desenvolvimento social da criança” (Redondeiro, 2003: 46).

Assim, segundo Martinez, o conhecimento da doença numa perspectiva biopsicossocial influencia o desenvolvimento da criança “face à empatia e à compreensão dos diversos papéis e actividades a que a obriga, assim como à sua conduta e à sequência de actos que vai desenvolver perante os médicos e enfermeiros” (Redondeiro, 2003: 43). Este é então um aspecto social da doença e que é parte integrante do desenvolvimento da criança na hospitalização, uma vez que “o conhecimento social e biológico impera e condiciona a atitude da criança” (Redondeiro, 2003: 43).

Sendo a doença uma situação não normal na vida normal da criança, face ao funcionamento fisiológico e/ou psicológico, pode levar ao conhecimento e à tomada de



consciência da dimensão biológica da pessoa. “O fenómeno da doença e os seus procedimentos médicos de diagnóstico, cura e prevenção fazem parte da experiência da criança” (Redondeiro, 2003: 45).

## **2.2- A criança hospitalizada e a hospitalização**

O processo de hospitalização é complexo: “ O evento hospitalização traz consigo a percepção da fragilidade, o desconforto da dor e a insegurança da possível finitude...” (Ortiz e Freitas, 2005:27).

Consideremos atentamente: se para uma pessoa adulta o fenómeno da hospitalização já é “desestruturante”, causador de medo e de novos pensamentos, há que ter muita atenção quando este fenómeno abrange crianças e jovens.

A hospitalização é então um acontecimento que pode gerar na criança efeitos que podem prejudicar o seu desenvolvimento psicológico, emocional e social. O primeiro facto que devemos considerar é que a hospitalização provoca intensas modificações na vida da criança, pois ela sofre com a doença, é afastada da família, da escola, dos amigos e dos objectos pessoais, perdendo grande parte de suas referências. Quando se trata de hospitalização infantil devemos entender que o ambiente é novo, assim como a doença, as suas consequências e o modo de agir a partir de então.

O fenómeno da hospitalização traz então consigo inúmeras mudanças e quando se trata de uma hospitalização pediátrica, este facto causa uma mudança significativa no que concerne ao desenvolvimento cognitivo e emocional da criança. Esta fica cercada por um ambiente que lhe é estranho e a sua vida social é completamente alterada, o que, emocionalmente, não é saudável.

O adoecer provoca um rompimento, mesmo que temporário, com o mundo da criança e a adaptação ao meio hospitalar é sempre difícil, o medo em relação aos procedimentos médicos, as alterações corporais, que , mais cedo ou mais tarde se começam a fazer sentir, a adaptação à rotina hospitalar... Segundo Ribeiro e Ângelo, a criança hospitalizada fica “duplamente doente” aquando de uma hospitalização, pois além da doença física, ela sofre

a doença da hospitalização que, se não for convenientemente tratada poderá deixar marcas no seu desenvolvimento (Ribeiro e Angelo, 2004: 392).

Sentimentos como medo, dor, sensação de culpa invadem a vida das crianças e podem resultar em reacções inadequadas durante o internamento. Segundo Longo, algumas pesquisas afirmam que a hospitalização “produz um aumento de condutas como: choro excessivo, birra, agressividade, podendo provocar experiências desconfortáveis e reacções emocionais desadaptativas como o stress, a ansiedade e o medo (Longo, 2008). Ainda segundo a mesma autora, baseada em Prebianchi e Soares, a hospitalização é uma condição extremamente complexa para a criança, com exposição a materiais médicos e procedimentos invasivos, causando a perda da autonomia e do próprio controlo (Longo, 2008).

A realidade hospitalar é nova e desconhecida para a maioria das crianças e esta situação dificulta o ajustamento da mesma ao contexto, pois, para além de lhe ser desconhecido ela não se consegue adaptar facilmente, devido a não estar na posse de todas as suas qualidades em termos físicos e também em termos sociais as condições, na maior parte dos hospitais, não são as melhores. Embora alguns hospitais tenham apoios que respeitam o desenvolvimento integral da criança em situação de hospitalização e que vão certamente contribuir para o seu bem-estar e desenvolvimento biopsicossocial, o novo ambiente gera sempre fantasias e temores na criança e também na sua família. A exploração da nova realidade exige a mobilização de recursos internos para uma adaptação que se acaba por tornar necessária.

A comunicação e a informação são então elementos estratégicos fundamentais na preparação, adaptação e recuperação do paciente e que devem ser passados às crianças e aos seus familiares pois, através do esclarecimento, principalmente os processos que tenham que ver com procedimentos médicos.

Esta comunicação e informação podem ser feitas/transmitida através do lúdico e assim a criança poderá assimilar com maior facilidade o que tem de fazer ou o que lhe vão fazer. Assim, a qualidade de vida da criança continua a ser preservada pois recorre-se a algo que a faz sentir bem, a brincadeira.

O ambiente hospitalar deveria propiciar a humanização do atendimento prestado às crianças e adolescentes, mas o hospital é um lugar paradoxal, onde a doença e a saúde estão

ligadas. Daí o ambiente hospitalar ser um espaço que ainda hoje, muitas vezes, é visto como pertencente aos profissionais de saúde, podendo assim tornar-se difícil a articulação entre profissionais de educação e de profissionais de saúde.

É hábito dizer-se que “a morte é a única certeza que temos”. Esta representa a impossibilidade de estar no mundo em que estamos agora, de ter contacto com os outros, de pensar e de agir. No ambiente hospitalar, a presença da morte é inelutável, mas busca-se a cura, a saúde. O paradoxo está assim presente.

A criança é um ser social independentemente do meio físico e social em que está inserida, assim como das condições físicas e psicológicas que possa apresentar. Como ser humano que é, vai construindo o seu conhecimento ao longo da vida e a forma de se relacionar com o meio em que está inserido é particular dadas as mudanças que ocorrem ao longo da sua vida, assim como do conhecimento que vai adquirindo.

Devido à doença, muitas vezes a criança fica distante do seu meio, o que significa que não tem contacto com elementos que todos os dias faziam parte da sua vida. Por mais que se possa querer amenizar e contornar, o que é facto é que esta situação para a criança é um choque. É com base neste facto que se verifica o quanto é importante a presença e o trabalho do profissional de educação no hospital, junto das crianças hospitalizadas, dado que ao trazer as actividades escolares para o hospital, o professor (re)insere as crianças na comunidade, mesmo que à distância (Fonseca, 1997).

É certo que a criança, estando hospitalizada, tem uma certa privação nos estímulos que são fundamentais ao seu desenvolvimento, por, geralmente, não usufruir, de actividades que tenham em consideração as questões sociais, emocionais e motoras da criança. Quanto maior é o tempo de internamento, se a criança não tiver suporte no que diz respeito aos aspectos educacionais, menor é o seu desenvolvimento, já que os tratamentos exigem uma permanência considerável em ambiente hospitalar e, independentemente do ambiente em que se encontre, ela continua a desenvolver-se e é recíproca.

### 2.3- Necessidades e desejos das crianças/jovens hospitalizados

“O mundo fere todas as pessoas, mas depois,  
muitas se tornam fortes nos lugares feridos”

Ernest Hemingway

A criança, como é evidente, sente necessidades e estando hospitalizada, essas necessidades fazem-se sentir “a dobrar”. Assim, interessa também realçar as necessidades e os desejos das crianças em situação de hospitalização.

Segundo González (2000), para além das necessidades de saúde “as crianças hospitalizadas apresentam outras para as quais requerem respostas especiais e acções interdisciplinares: a carência afectiva devida à separação do meio familiar, a adaptação à Instituição, a preparação para se integrar, quando saia do hospital, na família, na escola, no meio social” (Redondeiro, 2003:57).

Os profissionais que trabalham neste ambiente devem conseguir arranjar estratégias adaptativas para melhora a qualidade de vida de vida das crianças e jovens e assim elevar as concepções de humanização do Hospital, pois a preocupação com a qualidade de vida em contextos médicos contribuiu para a sensibilização dos aspectos positivos do funcionamento do indivíduo.

Ainda em termos de amenização do sofrimento da criança, em termos de ambiente das infra-estruturas, isto é, a arquitectura e a decoração do hospital, também podem interferir no estado emocional da criança. O espaço em que a criança se encontra não deve ser um espaço sem decoração, pois esta pode ajudar na distração da criança, para além de dar um aspecto mais normal a um ambiente não habitual para a criança. A decoração pode passar por “desenhos de personagens televisivas distribuídos pelas paredes sendo estes de cores também atractivas” (Redondeiro, 2003:57).

Ainda em termos de distrações para as crianças, é importante que os espaços lúdicos, as já conhecidas salas de recreio, estejam contempladas no ambiente hospitalar pois as crianças delas necessitam. Jogos, bonecos, televisão, computador devem estar presentes no espaço destinado às brincadeiras das crianças. É certo que os jovens, com uma idade mais

avançada, mas que ainda se enquadram no ambiente pediátrico, podem não se sentir muito bem num ambiente que se pode manifestar mais infantil derivado aos materiais que tem e à presença de crianças com menor idade. Assim é importante que neste espaço lúdico, também se contemplem aspectos que sejam dirigidos a jovens, como é o caso do computador, consolas de vídeo e alguns jogos, assim como livros de contos que se enquadrem em tais idades.

Estes são aspectos que contribuem para o bem-estar da criança, é uma forma de a mesma não estar a pensar sempre no sofrimento, na dor e é também uma forma de acalmar a sua possível impaciência. Através da Internet, por exemplo, o jovem pode expressar e transmitir as suas opiniões e emoções para o exterior, o que alivia, por momentos que sejam, a sua carga emocional.

Hospital significa “pessoas de bata branca”, imagem transmitida pelos profissionais de saúde e que é encarada por muitas crianças com angústia por pensarem na dor. É importante que os profissionais de saúde desmistifiquem estas ideias que surgem por parte das crianças. O facto de terem nas suas fardas bonecos, flores, algo que chame a atenção quando se olhe para ele/ela é muito significativo pois a criança é distraída por tal objecto. Por exemplo, no caso dos dois hospitais estudados, estes “enfeites” eram “da praxe”. Os profissionais de saúde, assim como as professoras e educadoras, que já é hábito usarem, tinham sempre nas suas fardas algo engraçado que chamava a atenção, o seu nome gravado numa base diferente, uma flor ou uma cara de um palhaço presas na farda, ... Estes são aspectos que são relevantes e que ajudam a que a aproximação e a comunicação aconteçam com mais naturalidade.

Aspecto também não menos importante é o facto de já se encontrarem, em alguns hospitais, nas próprias unidades de pediatria, o gabinete de serviço social e psicológico, a que as famílias podem recorrer. É importante para a criança pois tem que ver também com as suas condições a nível de acção social, mas é também muito importante para as famílias, pois é um apoio que, para além de dar suporte em termos sócias e emocionais às famílias, está disponível no próprio espaço e a qualquer momento a ele podem recorrer.

Perante um mundo desconhecido, afastada da família, amigos, escola... são aspectos pelos quais a criança passa durante a hospitalização. Perante este novo mundo desconhecido, é

extremamente importante que a criança continue a manter o contacto com a sua realidade, ela necessita manter a continuidade, quer em termos de socialização, quer em termos de educação, tendo em vista a sua qualidade de vida, uma vez que quando deixar a realidade em que se encontra no momento, ela ir-se-á deparar com a sua própria realidade, regressa ao seu ambiente.

Um outro aspecto em termos de necessidades da criança tem que ver com a presença dos pais, que é pois, muito importante durante este processo de hospitalização. A sua presença em determinados momentos, principalmente os mais dolorosos é muito importante e mostrou-se “benéfica, quer no tratamento, quer na recuperação (Redondeiro, 2003:57). A presença assim como o contributo dos pais em termos de recolha de informação dos aspectos psicossociais da criança, as rotinas diárias, hábitos de higiene, alimentares e de estudo, relações familiares, relações com os pares são indispensáveis, uma vez que contribuem para a sua recuperação e restabelecimento, pois, como afirma Redondeiro, parte-se do pressuposto que “os pais são quem melhor conhece os seus filhos, quem consegue compreendê-los e dar resposta às suas necessidades essenciais” (Redondeiro, 2003: 57).

Face à doença é necessário ter um cuidado em termos de comunicação e relacionamento, especialmente com as crianças. Neste sentido, Redondeiro afirma que uma comunicação efectiva, isto é, uma comunicação que passa por uma explicação correcta acerca do tratamento, suas fases, situação clínica, apoio emocional, entre todos os actores que preenchem o ambiente hospitalar “ é factor determinante da vivência emocional durante a hospitalização (Redondeiro, 2003: 59).

É muito importante que a equipa de saúde tenha atitudes terapêuticas, centradas na criança/família sendo esta a razão fulcral da reabilitação da criança, pois é necessário “a existência de uma certa cumplicidade e um relacionamento positivo, uma confiança mútua entre pacientes e enfermeiros que são constantemente interpelados, quer pelos familiares, quer pelos utentes, acerca do seu diagnóstico, prognóstico e até da sua futura qualidade de vida” (Redondeiro, 2003: 60).

Em ambiente pediátrico, o trabalho tem de ser de todos e para todos, um trabalho conjunto que tem como objectivo “minorar os efeitos nefastos que a hospitalização

acarreta à criança/família, independentemente da idade, sexo, raça, extracto social...” (Ceccim, 1997).

Com vista a uma reabilitação e integração total e social na sua comunidade, para onde voltará certamente, tanto da criança, como da sua família, é então importante que esteja sempre presente o esclarecimento, a aprendizagem, o desenvolvimento, o contacto com a sua realidade, considerando sempre, claro, as condições em que a criança se encontra, respeitando-as.

Infelizmente a verdade é que as situações de hospitalização de crianças e jovens, por diversos motivos, acontece cada vez mais e não é um fenómeno fácil de ser encarado, principalmente pelos familiares. Perante isto é necessário agir de forma mais eficaz possível, de forma a sabermos “para onde se deve dirigir a acção educativa, para que a mesma contribua, dentro das limitações lógicas de situações extraordinárias, para a melhor qualidade de vida da criança hospitalizada” (Redondeiro, 2003: 65).

### 3- The State of Art

O acesso a publicações sobre o tema aqui desenvolvido é consideravelmente difícil. As obras analisadas e que aqui me auxiliam a fazer um resumo do estado do conhecimento acerca deste tema chegaram até mim vindas do Brasil depois de longa pesquisa em motores de busca que, na sua maioria, fornecem artigos sobre o tema e que muito me ajudaram e esclareceram.

No Brasil, onde esta temática já é estudada e desenvolvida há algum tempo, considera-se que a escassez de obras sobre o assunto ainda é bem considerável, tal como afirma Eneida Simões da Fonseca quando faz o prefácio de uma das obras que aqui analisarei. Afirma então que esta mesma obra “Classe Hospitalar: caminhos pedagógicos entre educação e saúde”, da autoria de Ortiz e Freitas, é uma contribuição de qualidade para o preenchimento desta lacuna.

Nas minhas pesquisas sobre bibliografia acerca deste tema, enviei também correspondência, via e-mail a uma das grandes estudiosas deste assunto no Brasil, que já tinha referido, Eneida Simões da Fonseca, que foi muito atenciosa e confirmou as palavras que proferi anteriormente acerca do desenvolvimento deste tema na nossa realidade, assim como referiu as dificuldades na sua própria realidade:

*“Prezada Susana,*

*Agradeço pelos cumprimentos embora aqui no Brasil também tenhamos muitas dificuldades, uma vez que a educação, como um todo, só tem valor para os discursos políticos. Na prática a realidade é bastante complexa. Não tenho conhecimento da publicações portuguesas sobre o assunto... Votos de sucesso,*

*Eneida Simões da Fonseca”*

Dentro da referida escassez de literatura, considero que muito já se faz e muita importância já se dá a este tema no Brasil, assim como em mais países, basta dizer que este apoio já se pratica em 85 hospitais, no Brasil. Em termos nacionais, das pesquisas realizadas, não encontrei obras académicas que se referissem especificamente a este assunto, encontram-se



sim, artigos que abordam mais a face psicológica que, claramente, também não pode ser descurada e que está preciosamente e forçosamente ligada ao assunto que aqui desenvolvo.

Leodi Ortiz e Soraia Freitas, na sua obra “Classe hospitalar: caminhos pedagógicos entre educação e saúde” pretendem dar a conhecer esta temática através da sua própria experiência e de estudos que efectuaram, fomentando assim a discussão sobre a educação possível de se proporcionar e de acontecer para lá do espaço de ensino convencional, ou seja, em instituições sociais onde é possível promover o ensino não formal, como é o caso específico das escolas nos hospitais. Nestas escolas as aprendizagens continuam para que não sejam cortados os laços com a vida escolar e assim evitar uma situação de exclusão tanto escolar como social.

Nesta sua obra, as autoras reafirmam o facto de a hospitalização ser um momento de enorme conturbação para a vida das crianças e afirmam que, embora havendo um cuidado visível por parte das equipas de saúde em acolher o melhor possível as crianças, à criança ainda não é dada a devida importância e muitas vezes, em alguns hospitais, a criança é ainda olhada como “um número, uma patologia, um protocolo médico, ...”. Existe assim uma carência de estímulos, de desenvolvimento cognitivo, psíquico e sensorio-motor (Ortiz e Freitas, 2005: 29).

As autoras deixam bem claro que o “quadro” em que se encontra a criança aquando da doença e da hospitalização: “é uma altura de fragilidade total, a criança depara-se como o medo da morte, com restrições corporais, muitas vezes quer fazer e não consegue ou não pode, enfrenta uma situação de separação da família, tem de se adaptar ao ambiente desconhecido que a passa a rodear, enfrenta todos os dias a dúvida se estará melhor ou pior, deixa de ser uma criança autónoma” (Ortiz e Freitas, 2005: 29). Neste sentido afirmam que é necessário que seja lançado um novo olhar para o fenómeno da hospitalização da criança, que “vise uma intervenção preventiva de traumas” (Ortiz e Freitas, 2005: 30).

A criança adoece mas mantém as suas capacidades intelectuais que não se podem deixar desvanecer. Assim o apoio escolar não é uma ocupação mas sim algo essencial ao desenvolvimento da criança. Planear a escola e tornar a escola no hospital uma realidade que atende aos desejos da criança e que a acompanha e dá resposta a todas as suas

necessidades, biopsicossociais é, segundo Ortiz e Freitas “fundamental no desejo que a sociedade ocidental pleteia. O acesso e permanência da escolarização na infância. O ensino nos espaços da saúde protegem o desempenho escolar bem-sucedido das crianças, reintegrando-as à escola após alta” (Ortiz e Freitas, 2005: 46).

Em relação ao papel do professor na escola do hospital, estas autoras referem também a sua elevada pertinência, afirmando que ele é um pilar para atingir os objectivos a que a escola no hospital se propõe, daí também a sua formação necessitar ser mais ampla.

Ainda em termos de autores acerca deste tema, uma outra obra a que tive acesso foi “Pedagogia Hospitalar”, de Elizete Matos e Margarida Mugiatti, também dosi grandes nomes que sempre encontrei durante as minhas pesquisas. Estas autoras nesta obra referem também a postura dinâmica do professor nas escolas presentes nos hospitais, afirmando que ele constrói conhecimentos para abrir novos horizontes e que este trabalho é realmente complexo e desafiante. Nesta mesma obra, estas duas autoras fazem referência também ao aspecto da humanização, que leva a uma transformação social significativa.

É também importante referir que, em termos legislativos, o Departamento de Defesa dos Direitos da Criança da Sociedade Brasileira de Pediatria, através dos participantes na 27.<sup>a</sup> Assembleia Ordinária do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, ocorrida em Brasília em 17 de Outubro de 1995, elaborou um documento aprovado por unanimidade e transformado em Resolução n.º 41. De entre os 20 itens que se referem aos direitos da criança e do adolescente hospitalizados, encontra-se, no ponto n.º 9, como já foi referido, e que faz referência ao direito que a criança tem de acompanhamento pedagógico – educacional. (Anexo I, ponto n.º 9).

Daniela Patti do Amaral (2001), uma outra investigadora destes aspectos, realizou a sua Dissertação de Mestrado em Educação no Rio de Janeiro. Esta autora realizou um a pesquisa em 4 classes hospitalares do município do Rio de Janeiro com nove professoras participantes. Os resultados indicaram um enorme desejo, por parte destas, de acesso a formação mais consistente ao nível de especialização.

Para atender às necessidades dos alunos hospitalizados são necessários conhecimentos sobre a rotina hospitalar, medicamentos, práticas que não constituem a rotina de um professor(a) da escola “regular” e nem sempre fazem parte do currículo académico.

Muito pouco se divulga sobre classes hospitalares no contexto universitário e durante a formação académica não se tem conhecimento desta alternativa de prática docente. Em termos da nossa realidade nacional o relatado é exactamente igual.

Nesta linha a autora acrescenta então, que uma formação voltada para a área pedagógica – hospitalar será o ideal e uma vez que as professoras desenvolvem importantes iniciativas no sentido de adequar o currículo às necessidades dos seus alunos.

Passando a outro estudioso acerca deste tema, Cristófilo R. Ceccim (1997), no seu trabalho “Escuta Pedagógica à criança hospitalizada”, datado de 1997, refere que poder-se-ia questionar a modalidade desta prática educacional, uma vez que considerável percentagem de internos não excedem uma semana de internamento. Refere então que “...não se pode desconsiderar que aprendemos a todo e em diversos momentos. Até mesmo uma permanência curta e de poucos dias ou algumas horas no ambiente de classe hospitalar pode ter sentido bastante relevante para o processo de aprendizagem da criança ...”. Ou seja, dispor de atendimento de classe hospitalar, mesmo que por um tempo mínimo, tem um carácter importantíssimo para a criança, uma vez que esta pode trabalhar as suas necessidades e desvincular-se, nem que seja por momentos, da problemática da saúde. Para este autor, a educação está constantemente presente nas nossas vidas, até mesmo nos momentos mais difíceis e tensos.

Finalmente quero referir Eneida Simões da Fonseca (1998), que afirma, depois de um estudo, que é muito importante a reflexão crítica sobre a realidade das crianças hospitalizadas e que os métodos e técnicas aplicados pelos professores são bastante benéficos para as crianças, contribuindo para o seu desenvolvimento e aprendizagem, envolvendo também, de forma muito saudável, a família, corpo médico e pessoal auxiliar.

Estes métodos e técnicas são específicos para as crianças, consoante as suas necessidades o professor adapta as actividades às necessidades da criança e com a experiência, embora

todos os casos tenham as suas particularidades, o professor adapta na hora a actividade ao aluno que, da sua maneira, pelo seu processo próprio, apreende o que ali for transmitido.

## 4- Fundamentação teórica do estudo

### 4.1- O Desenvolvimento Humano

O desenvolvimento humano, desde há muito tempo, é alvo da atenção de muitos estudiosos que se debruçam sobre este conjunto de características próprias de cada ser humano: cada pessoa tem as suas características próprias, o seu ritmo de desenvolvimento próprio, que as torna únicas e especiais.

Em termos de evolução do ser humano, certo é que, por mais estudos que se desenvolvam, o desenvolvimento do ser humano não é linear e a ele estão sempre aliados imprevistos. É através desta singularidade que se processam as mudanças, os avanços...o progresso: “é o desequilíbrio que gera o desenvolvimento, pois este, é uma equilibração progressiva, uma passagem contínua de um estado de menos equilíbrio para um estado de equilíbrio superior” (Rabello e Passos s/d: 3).

Presente tem sempre também de estar a consciência de que o desenvolvimento não é algo que se baseie apenas em processos de maturação biológicos ou genéticos. A sociedade, a cultura, as práticas e as interações, ou seja, o meio, tem carácter de excelência no desenvolvimento do ser humano. É através das interações sociais que aprendemos a agir no contexto cultural complexo em que estamos inseridos.

Apesar dos imprevistos e incertezas que assinalam o desenvolvimento humano, alguns investigadores estabelecem fases em termos de desenvolvimento que, embora variem em relação ao factor idade e em relação às características do indivíduo, são semelhantes e válidas para todos. A evolução do ser humano é gradual e contínua e as várias dimensões da maturidade, nível de desenvolvimento em que a pessoa se encontra em comparação com a maioria das pessoas da sua idade, estão interligadas e são critérios de avaliação do grau de desenvolvimento do indivíduo. A maturidade ramifica-se então em quatro dimensões principais: emocional, social, física e intelectual (Coelho, 2000).

Em termos de perspectivas sobre o desenvolvimento humano, temos, na Psicologia do Desenvolvimento, alguma diversidade. Segundo estudo feito por Rabello e Passos, tendo como suporte académico os escritos de Ribeiro (2005), para Skinner e Watson, teóricos

ambientalistas, as crianças nascem como tábuas rasas que vão aprendendo tudo no ambiente em que se encontram. Apresenta-se também a visão de desenvolvimento Psicanalítica, tendo como seus representantes Freud, Winnicott, Klein e Erikson, que entende o desenvolvimento humano a partir de motivações conscientes e inconscientes da criança. Por seu lado Chomsky, teórico Inatista, as crianças já nascem com tudo o que é necessário, na sua estrutura biológica, para se desenvolverem. As aprendizagens não são feitas no ambiente (Rabello e Passos s/d: 4).

Seguindo no leque de perspectivas sobre o desenvolvimento humano, apresenta-se a perspectiva Evolucionista, influenciada pela teoria de Fodor, que afirma que o desenvolvimento humano se processa no desenvolvimento das características humanas e variações individuais como resultado de uma interação entre mecanismos genéticos e ecológicos. Para Piaget, o desenvolvimento é construído através de interações que se dão entre o biológico e as aquisições da criança no meio (Coelho, 2000: 8).

#### **4.2- A perspectiva de Levy Vygostsky**

Finalmente, no leque das perspectivas anteriormente apresentadas, encontra-se também Vygostky que considera que o desenvolvimento ocorre ao longo da vida, não estabelece fases e para ele o sujeito não é activo nem passivo, é interactivo. Segundo este investigador, a criança usa as interações sociais como formas privilegiadas de acesso a informações. A aquisição de conhecimentos é feita pela interação do sujeito com o meio (Coelho, 2000; Rabello e Passos).

Este estudioso do desenvolvimento humano, foi por mim reservado para o final desta exposição sobre as ópticas que se construíram acerca do desenvolvimento humano, pois considero totalmente pertinentes, não descurando as anteriormente referidas, os seus ditos e aqui fundamento teoricamente o meu estudo: o sujeito é interactivo, pois adquire conhecimentos a partir de relações intra e interpessoais e na sua relação com o meio. Ora vejamos.

Tanto Vygostky Como Piaget reconhecem a importância da relação entre o indivíduo e a sociedade, mas depois desta base, estes estudiosos colocam ênfase em aspectos diferentes. Vejamos então: Piaget refere que a aprendizagem produz-se através da interação do

indivíduo com os objectos da realidade, sendo esta interacção directa que gera o desenvolvimento dos esquemas mentais. Por sua vez, Vygostky refere que a relação entre o indivíduo e a sociedade determina o seu desenvolvimento. A aquisição de conhecimentos faz-se através da interacção da pessoa com o meio, sendo que esta interacção social é determinante para o desenvolvimento cognitivo que é produzido pelo processo de interiorização da interacção social com “materiais fornecidos pela cultura, sendo que o processo se constrói de fora para dentro”, do plano social para o plano individual, interno (Zacharias s/d, <http://www.centrorefeducacional.com.br>).

Assim o indivíduo não é apenas activo, mas interactivo, pois “forma conhecimentos e se constitui a partir de relações intra e interpessoais”, ou seja, é através das interacções da pessoa com ela própria e com os outros que se vão interiorizando os conhecimentos, os papéis e as funções sociais, o que leva à formação da própria consciência e do conhecimento. Diz-se então que Vygostky tem uma visão sócio-construtivista do desenvolvimento, dando especial ênfase ao ambiente social no desenvolvimento e na aprendizagem, sendo que a aprendizagem é feita entre as crianças e também com os adultos, que “fazem a mediação no processo de aprendizagem das crianças” (Zacharias s/d, <http://www.centrorefeducacional.com.br>).

É então a partir destes ditos que fundamento o meu estudo: invoquei Vygostky pois considero que, conforme referido e provado pelo investigador e professor, o desenvolvimento das crianças e jovens que se encontram em situação de hospitalização não pode ser comprometido devido ao seu estado de saúde. Pelo contrário, o seu desenvolvimento continua e as interacções que se estabelecem no meio onde a criança agora se encontra, em muito influenciará as suas vidas e o seu conhecimento e desenvolvimento. A aprendizagem é feita em todo o contexto e através de interacções com os outros. Sendo esta interacção vital para o desenvolvimento das crianças e jovens, tal não lhes pode ser retirado, tem de acontecer também em contexto hospitalar. A criança/jovem forma a sua bagagem intelectual e social por meio de interacções com o meio em que está inserido, ela é um ser interactivo. A aquisição de conhecimentos faz-se realmente através de processos internos, mas também e não menos importantes, através de processos que envolvem a criança e os outros, o social está, indiscutivelmente, sempre presente nos processos de desenvolvimento do ser humano.

Em termos de hospitalização da criança e do jovem, são extremamente importantes tanto as relações que ali se processam como a qualidade das mesmas. Se a aquisição de conhecimentos se efectua pelos processos já referidos, é totalmente pertinente a presença de um apoio pedagógico e educacional nos hospitais. As crianças e jovens encontram-se numa situação muito frágil onde praticamente tudo lhes é retirado. Se o conhecimento se processa através das referidas relações, estas têm de estar presentes, volto a referir, também em ambiente hospitalar pois as crianças, apesar de estarem numa situação particularmente delicada, continuam a desejar adquirir conhecimento e têm todo o direito a ele. Intelectualmente e socialmente os conhecimentos podem ser transmitidos em ambiente hospitalar e adquiridos pelas crianças e jovens.

Ainda em termos de fundamentação de uma outra parte muito pertinente deste estudo, que diz respeito ao papel e importância do professor na escola em contexto hospitalar, Vygostky também afirma que a aprendizagem referida é feita através da acção dos adultos, que actuam como mediadores, ou seja, no caso da escola, o professor, pessoa que “ajuda a criança a alcançar um desenvolvimento que ela ainda não consegue atingir sozinha”. Nestes termos, o professor actua como “mediador”, sendo uma pessoa competente para ajudar os alunos na resolução e reflexão sobre os problemas, “desenvolvendo estratégias para que pouco a pouco ele possa resolvê-las de modo independente” (Zacharias s/d, <http://www.centrorefeducacional.com.br>).

O ser humano cresce em interacção com o outro e com o meio, logo, o meio hospitalar tem de estar provido de qualidade para permitir que não hajam interrupções no desenvolvimento das crianças e jovens: profissionais que estimulem e motivem os alunos-pacientes, tanto em termos de conhecimentos sociais e intelectuais, como em termos de relações pessoais, que tocam o afecto. Não desprezando nunca os profissionais da área da saúde, refiro-me particularmente aos profissionais de educação, que permitem que os referidos campos de conhecimento entrem em consonância e tenham sucesso.

Em termos sociais, embora eles já estejam a ser trabalhados com o auxílio anteriormente referido, a escola no hospital faz com que as crianças e os jovens continuem e adquiram conhecimentos formais e informais, através da escolarização e da convivência social, que vão evoluindo para conhecimentos sistemáticos, adquiridos, precisamente, através do ensino.



## **CAPÍTULO II**

---

### **NOVOS ESPAÇOS: A ESCOLA NO HOSPITAL**

---



## **1- A realidade escolar e a realidade hospitalar**

### **1.1- A Escola e a sua complexidade**

No que diz respeito à escola, as questões e as análises são sempre muitas, mas as respostas e as considerações são sempre insuficientes. A escola não pode ser isolada do meio e da sua missão, que lida com o factor humano: alunos, professores e intervenientes da comunidade escolar. Se o fizesse, não seria difícil apresentar conclusões/respostas para as suas questões.

A complexidade da escola é visível e está comprovada. A escola lida com mentalidades e culturas particulares, com contrastes, tornando-se muitas vezes muitas vezes num veículo de imposição e uniformidade cultural, mas cumprindo sempre os seus princípios vitais de respeito pela diversidade. O ensino não deve ser direccionado somente para os resultados escolares, no sentido tradicional do termo, pois a atenção apenas para esta vertente fará com que as disparidades sociais sejam acentuadas, criando assim adversidades e, naturalmente, gerando separações, o que não vai de encontro aos valores da democracia. Neste sentido quero também destacar o papel do professor no sentido de controlar e, se necessário, inverter esta orientação, tendo como objectivo uma sociedade justa, mais humana, onde haja e se prime pela qualidade de vida.

Em termos históricos, até aos anos 70, a escola não era encarada como algo social. Começou a ser tratada pelos profissionais da sociologia da educação como se fosse uma “caixa preta”. Estes profissionais não questionavam acerca da sua organização ou acerca dos efeitos da organização escolar no sucesso educativo das crianças e adolescentes.

No que diz respeito a aspectos nacionais, através do Ministério da Educação Nacional, o Estado Novo controlava os estabelecimentos de ensino. No que respeita a organização e funcionamento, o “modelo liceal” é então estendido a todo o ensino secundário. Através deste modelo o reitor é nomeado pelo Ministro e tem uma posição de relevo. A palavra *democratização*, da escola, do ensino, da sociedade começa a ganhar terreno com a reforma de Veiga Simão (Lei nº 5/73, de 25 de Junho de 1973), onde a escolaridade obrigatória é alargada, o número de escolas é aumentado e em relação a oportunidades de acesso, esta política é “alimentada por uma concepção liberal e meritocrática de igualdade de oportunidades que deveria permitir o acesso dos melhores a níveis mais elevados de escolarização, incluindo universidade”. Em 1986, com a entrada de Portugal na

comunidade Europeia, inicia-se a reforma educativa e surge a Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86, de 14 de Outubro de 1986, entretanto alterada pela Lei nº 115/97, de 19 de Setembro de 1997) (Graça, 2000: 70-76).

Através do Sistema Educativo, o direito à educação, consagrado na Constituição, é garantido, e deve favorecer o “desenvolvimento global da personalidade, o progresso social e a democratização da sociedade”, assim como o Sistema Educativo deve compreender a educação pré-escolar, os ensinos básico, secundário e superior e a educação extra-escolar (formação profissional).

Relativamente à referida Lei de Bases do Sistema Educativo, com base em Teixeira (1995), Graça refere o conteúdo desta Lei, mencionando os grandes objectivos da escola enquanto Organização, que também será analisada, posteriormente, como Organização em conjunto com o hospital. Assim, Graça refere que enquanto organização a escola deve: *instruir*, ou seja, ministrar conhecimentos e promover a formação dos seus alunos; *educar*, promovendo a formação integral dos seus alunos, assim como promover aptidões nas áreas artísticas, desenvolver atitudes de cooperação, participação e intervenção cívica, assim como promover a capacidade de trabalho individual e em grupo e apoiar e orientar os jovens na escolha do seu futuro profissional. Finalmente a escola como organização deverá intervir no meio, directamente, por acção dos professores ou através da formação que dá aos alunos e que estes depois vão utilizar para actuar sobre o meio (Graça, 2000: 78-80).

A escola é o segundo agente de socialização, por excelência, sendo que a família se encontra em primeiro lugar. A família é uma unidade social, uma instituição social, não se trata de uma organização formal, como o é a escola pois esta rege-se por um corpo de normas, regras e procedimentos que estão formalmente instituídos e que têm como objectivo atingir determinados fins, mas que devem ser auxiliados e prosseguidos, principalmente, pela família mas também por outros agentes de socialização.

As investigações mais recentes acerca do papel social, ideológico e económico da escola, segundo Graça, apontam então para três actividades essenciais da escola: a *acumulação*, “as escolas assistem no processo de acumulação de capital ao proporcionar algumas das condições necessárias para recriar uma economia desigualmente responsiva, por exemplo, através da selecção dos alunos pelo talento”, a *legitimação*, pois as escolas fazem parte de uma “complexa estrutura através da qual se faz a legitimação dos grupos sociais mas também a produção e reprodução das ideologias”, e finalmente em relação à terceira

actividade essencial, apresenta-se a *produção*, pois "o aparelho educativo como um todo constitui um conjunto importante de agências para a produção" (Graça, 2000: 81).

Para finalizar, importa referir que a escola não contempla apenas os aspectos formais referidos anteriormente, ela contempla também relações informais que se estabelecem entre os profissionais e auxiliares de educação, pais e restante comunidade, nas palavras de Graça, "à semelhança do *iceberg*, a escola tem uma parte imediatamente não visível (ou manifesta)". Estas relações estão por detrás da imagem da escola, mas são também a base da sua estrutura, que carece também destes tipos de relação para ser sustentável (Graça, 2000: 82).

## 1.2- O Hospital e a sua complexidade

"O hospital público, muito mais que a escola pública, manteve-se, até há muito pouco tempo, fora do campo social (...). Mas os tempos mudaram. O campo social alargou-se consideravelmente. A saúde pública torna-se objecto do cálculo económico e da análise sociológica (...) Não, o que leva o sociólogo ao hospital não é a evolução das técnicas, mas os problemas da organização. Mesmo se a medicina não é a mesma coisa que a indústria, a gestão de um hospital não deixa de ter relação com uma fábrica ou um organismo público. Nem tudo, na vida de um hospital, tem a ver com a sacralidade com que alguns quereriam rodear o acto médico"

Touraine, 1974

"O surgimento do hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, datada do final do séc. XVIII" (Salto (s/d): 3).

À "história do hospital" está anexado um percurso social, cultural, religioso e económico que a sociedade foi assimilando e reforçando ao longo dos tempos.

As funções curativas, e não só, que hoje o hospital que conhecemos tem, não eram as que estavam presentes na Idade Média, nos hospitais que funcionavam na Europa.

Com a vinda e implementação do capitalismo, com o conjunto de mudanças que este instaura na sociedade, esta é levada a instaurar mecanismos, liderados, claro, pelos governantes que necessitavam então de instituir mecanismos de protecção/controlar para a nova fortuna trazida pelo capitalismo. Estes mecanismos incluem também instituições tais como as escolas e os hospitais, instituições psicológicas, que têm como função “corrigir as virtualidades dos indivíduos” a que Foucault apelida de “ortopedia social”, pois para ele regista-se uma forma de poder de uma sociedade que considera de disciplinar e de controle social. Este mesmo autor considera que o corpo foi “socializado”, foi dada ênfase a uma medicina “colectiva”, pois tudo assenta no corpo, na força do homem para levar ao capital, princípio base da sociedade capitalista. A medicina é então uma “estratégia bio-política” pois o homem tem de estar completamente apto para o rendimento (Zardo, 2007: 39-41).

No final do séc. XVIII os hospitais começam a firmar-se como “máquinas de curar”, mas estas máquinas só se tornam eficazes do ponto de vista terapêutico na segunda metade do séc. XIX, com as descobertas de Pasteur, que balizam a existência do hospital moderno. A fase posterior, da pré-história dos hospitais caracteriza-se, não só pelo tratamento de doentes carecidos, como pelo albergue e ajuda à pobreza e onde o pessoal do hospital era “curativo, religioso ou leigo, que estavam ali para fazer a caridade que lhe assegurasse a salvação eterna” (Salto (s/d): 4).

Também a intervenção do médico na doença era em torno na “noção de crise”, o saber hospitalar não tinha uma organização e hospital e medicina permanecem então independentes até meados do séc. XVIII.

A partir da segunda metade do séc. XVIII ocorreram transformações significativas. Os hospitais começaram a valorizar o indivíduo, tentando evitar a morte, procurando a cura. Em relação ao espaço, o hospital foi transportado para a periferia com a finalidade de afastar da região urbana as mortes e os contágios, que em nada favoreciam a sociedade em crescente industrialização. Ocorreram também transformações relativamente à organização interna do espaço e em relação ao sistema de poder no interior do hospital. Em relação ao espaço, o hospital passou a ter um espaço individualizado para cada doente, procurando assim dar mais atenção no que respeitava ao corpo do doente. No que concerne ao sistema de poder, o qual era detido pelos religiosos, passa então a ser comandado pelo médico.

A introdução de mecanismos disciplinares começa então a fazer-se necessária para que haja uma organização do hospital. A organização do espaço hospitalar e a transformação do saber e prática médica levam à formação de uma medicina hospitalar, ou seja, a uma ciência médica. O hospital é então concebido como um instrumento de cura e o médico é o responsável pela sua organização. Assim, também o saber médico começa a ter o seu lugar nos hospitais, “a formação normativa de um médico deve passar pelo hospital”, quando anteriormente este saber se localizava somente nos livros. O hospital não se torna só um lugar de cura, mas sim também um lugar de formação de médicos. O “advento do poder médico” dá-se então quando o médico é seguido por toda a hierarquia, por exemplo, quando visitava o doente no seu leito e era seguido por outros médicos assistentes, alunos, enfermeiros (Zardo, 2007: 44).

O hospital torna-se assim, seguindo esta disciplina, um aparelho social de observação constante do doente. O paciente passa a uma situação de exame prolongado e exame, segundo Foucault (1987) entendido como o sujeito ser constantemente e atentamente observado, analisado. Este “exame” contribui para o avanço da instituição hospitalar, pois a observação, descrição e análise do indivíduo, que é documentada, permite que os conhecimentos se estruturam, estabelecendo a medicina enquanto ciência (Zardo, 2007: 49).

A atenção que era dirigida ao indivíduo/paciente tinha como objectivo a construção de um saber e era então caracterizada como fazendo parte de um processo desumano, pois a “atenção” que lhes era dada tinha como objectivo profundo o estabelecimento da medicina enquanto ciência através da observação e registos contínuos. Deste modo, Zardo afirma que é importante dar a conhecer os mecanismos que definiram os princípios de organização, gestão e estruturação do ambiente hospitalar, assim como as relações de controle pois o conhecimento destes factos, desde cedo, leva a que se pense e se discuta a implementação de alternativas que levem a uma desestruturação desta desumanização (Zardo, 2007: 49).

Sendo então o hospital caracterizado, desde cedo, por práticas desumanizadoras, a intenção de estudar a escola no hospital tem também como base norteadora a humanização do hospital. A qualidade de vida que aqui defendo, a superação do isolamento, da exclusão, pode ser entendida através do conhecimento e compreensão da organização de um

ambiente deste tipo, assim como dos seus óptimos resultados em termos biopsicossociais, não falando só da própria criança/jovem, mas de toda a comunidade. O objectivo que se pretende atingir, e que se alcança realmente, é um tratamento de saúde com atenção integral à criança e que se desenvolve em pilares que têm como base a inclusão.

O hospital é concebido como um lugar de sofrimento, mas há, evidentemente que assinalar que nos hospitais se processam uma multiplicidade de situações, interacções e comportamentos que tornam esta Instituição, tanto para as pessoas que necessitam dos serviços, como para os profissionais que nela trabalham, bastante complexa.

O Hospital é, por excelência, um território altamente profissionalizado, onde se encontram diferentes profissionais com diferentes posições hierárquicas, havendo assim uma divisão própria do trabalho, poderes e estatutos. Esta organização, embora consensual, tem de enfrentar as diferentes ideologias e práticas face aos cuidados médicos, uma vez que tem entre mãos uma multiplicidade de identidades profissionais. “O Hospital encontra-se no cruzamento de vários tipos de relações entre indivíduos e instituições. É por excelência um lugar de negociação frequente entre doentes, médicos, administradores e pessoal sub alterno. Observam-se aí interacções diversas (autoridade de tutela, segurança social, organismos de prevenção investigação científica)” (Redondeiro, 2003: 31).

O “hospitalocentrismo”, que caracterizava o hospital até aos anos sessenta, começa então a ser substituído por mudanças políticas assentes numa filosofia de “prevenção e promoção da saúde e no esforço de organização dos órgãos e dos serviços vocacionados para os cuidados primários” (Redondeiro, 2003: 32). As actividades e assistência do hospital consolidam-se então numa política única de saúde que requer o reconhecimento e intervenção do Estado pois esta política única de saúde reconhece o direito à saúde de todos os cidadãos e tenta responder à procura das populações, contornando assim as assimetrias sociais e possibilitando o acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos, numa perspectiva de globalização orientada (Carapineiro, 1998: 20).

Em termos de funcionamento, segundo Carapineiro, o hospital possui duas lógicas de organização e funcionamento que têm que ver com o tipo de poder ou autoridade burocrática médica, convergindo ou divergindo da autoridade administrativa, conflito dual este que, segundo Redondeiro (2003), acarreta dois tipos de problemas: a dicotomia que se forma entre autoridade administrativa como autoridade arbitrária e a autoridade com origem na especialização técnica e no poder profissional que são autoridades

funcionalmente neutras e produtoras de adesões e consentimentos (Carapinheiro, 1998: 23).

Quando se está perante uma organização social que tenha debaixo de seu tecto vários profissionais, com elevado estatuto, tanto profissional como social, são esses profissionais que “detêm a autoridade, em detrimento da autoridade administrativa” (Redondeiro, 2003: 32). Perante *tias factos* Redondeiro (2003) vai ainda buscar as palavras de Friedson que afirma que, muitas vezes, a inadequada coordenação dos serviços de saúde deve-se mais à sua organização profissional do que às suas características burocráticas (Redondeiro, 2003: 33).

Enquanto espaço sociológico, onde crianças, pais, profissionais se movimentam, o hospital tem também anexado a si diferentes formas de negociação que se processam entre quem trabalha/convive neste ambiente e que levam a um constante reajustamento das práticas e das regras. Carapinheiro (1998) quando fez a caracterização sociológica dos serviços hospitalares portugueses teve em consideração os componentes característicos do hospital que passam pelo modelo de produção de cuidados, os processos, e, claro, pela posição estrutural dos diversos actores. Assim a autora recorreu ao conceito de “ordem negociada”, introduzido por Strauss (1978). Esta teoria de “negociação” quer-nos explicar que a sociedade encontra-se permanentemente em processo de organização e reorganização produzidos pelos indivíduos envolvidos nos processos. Segundo Lopes, esta negociação é então entendida como uma forma de os indivíduos concretizarem os seus objectivos e é um meio necessário para articulação/entendimento entre as regras formais e as práticas dos diversos autores (Redondeiro, 2003: 33).

O paradigma de negociação, segundo Strauss, assenta em três postulados básicos referidos como “propriedades estruturais necessárias e propícias ao decurso das negociações e cujas alterações suportam as variedades do contexto de negociação” (Carapinheiro, 2003: 64). Assim, segundo Carapinheiro, que faz a análise destas “propriedades estruturais necessárias”, elas englobam não só o “número de negociadores, como a sua experiência de negociação; quem está a representar; o tipo de negociação; o relativo equilíbrio de forças exibido pelas partes envolvidas na negociação; a natureza dos respectivos interesses na negociação; a sua visibilidade, em termos das suas características serem manifestas ou latentes; o número e a complexidade dos problemas em negociação; a clareza da legitimidade dos limites dos problemas negociados; as opções tomadas para evitar ou interromper a negociação” (Carapinheiro, 1998: 64).



Assim, como muito bem afirma Redondeiro (2003), toda a ordem social, numa organização, é negociada, as pessoas interagem pois a organização tem regras específicas e claras e, na organização, é através de múltiplos processos de negociação que os actores concretizam as suas acções. Estas negociações vão “para além da reprodução da ordem estabelecida”, fazendo assim com que se vá produzindo uma “nova ordem social ou organizacional” (Redondeiro, 2003: 34).

### **1.3- A Escola e o Hospital como Instituições e como Organizações**

#### **1.3.1- Escola e Hospital como Instituições**

Considero necessário clarificar alguns conceitos, assim como fazer uma análise sobre a posição da Educação e da Saúde perante a sociedade. Assim, segundo Nericí “*Educação* é o processo que visa desenvolver as capacidades cognitivas, afectivas, psicomotoras e sensoriais e as competências sociais dos indivíduos por forma a que estes se possam relacionar positivamente com o meio, modificando-o quando necessário” (Navarro 2000: 17).

Por outro lado, Déjours afirma que “*Saúde* para cada homem, mulher ou criança é a capacidade de criar e por um projecto de vida pessoal e original, em direcção ao bem-estar” (Navarro 2000: 18).

É óbvio que a educação é o principal instrumento para a fundamentação de programas de saúde pública, no sentido de combater as doenças e da melhoria do bem-estar social. Existe uma conexão real entre estes dois conceitos, embora sejam de áreas completamente distintas e estratégicas da sociedade: A Educação e a Saúde.

No que diz respeito ao desempenho de funções, a saúde e a educação são, segundo Graça “por excelência, instituições, isto é, conjuntos de ideias, crenças, valores e normas de comportamento propostos (e muitas vezes impostos) ao indivíduo numa dada sociedade.” (Graça, 2000: 86).

Considerar a escola e o hospital como Instituições, é falar em termos macro, ou seja, estas áreas da sociedade, para além de desempenharem funções técnicas, a transmissão de conhecimentos e a cura da doença, respectivamente, desempenham também um papel

*social, económico, ideológico e político*, articulando-se assim com diferentes sistemas de acção que o modelam e legitimam (poder legislativo, executivo e judicial, protecção social, passando pelo mercado de trabalho, empresas, ... em suma, com o *sistema societal* mais vasto de que faz parte (Estado e sociedade civil). Por outro lado, dizer que a escola e o hospital são instituições significa que têm uma base jurídica e material que lhe é dada, em última análise, pelo Estado (Graça, 2000: 86; Cascais, 2005: 3-7).

Desta forma, como Instituições, a escola e o hospital são legitimados pelo poder político e “pelo jogo das relações sociais que, em cada época, lhe impõem determinadas missões ou finalidades, valores, regras e normas ...” (Graça, 2000: 87).

Estas áreas vitais da sociedade não podem analisadas estritamente pelas suas funções, ou seja, a escola não pode ser “reduzida ao ensino”, assim como o hospital não pode “reduzido à medicina e ao poder médico enquanto resposta à doença e ao seu tratamento”, pois, como muito bem Graça continua a afirmar através dos ditos de Touraine, “nem tudo o que diz respeito à vida do hospital participa da pretensa sacralidade com que durante muito tempo se quis rodear o acto médico”. Ainda segundo o mesmo autor, acerca desta última consideração sobre o hospital, refere que uma visão do tipo referido, reduzida à medicina e ao poder médico, seria uma visão *iatrocêntrica*, ou seja, uma visão não sociológica da medicina, limitada ao acto médico ou resultante do progresso das ciências médicas (Graça, 2000: 89).

### **1.3.2- Escola e Hospital como Organizações**

Vamos atender às seguintes definições de Organização: “ As organizações são estruturas sociais criadas por indivíduos grupos ou classes, deliberadamente, e com o propósito expresso de atingir objectivos”, podendo ser formais ou informais (Silva, 2003: 2). Segundo Graça, como uma Organização deverá “entender-se uma unidade social (ou agrupamento humano) intencionalmente construída e reconstruída, a fim de atingir objectivos específicos” (Graça, 2000: 89).

Enquanto que considerar a Escola e o Hospital como Instituições é falar em termos macro, considerar estas mesmas áreas vitais enquanto Organizações é situá-las a um nível de análise micro, ou seja, é considerar o seu sistema de acção interno, os seus actores e as suas relações, para além de ser uma unidade definida no tempo e no espaço, possuindo “normas e um aparelho de autoridade/poder” (Cascais, 2000: 5).

Segundo Silva, com base em Charles Perrow, as organizações diferem umas das outras na forma como são dirigidas, em função dos serviços que prestam e “não haverá uma melhor maneira de dirigir as organizações. A melhor maneira acaba por ser de maneiras diferentes pois, o que funciona em um tipo, não funciona em outro” (Silva, 2003: 4).

Em termos de características básicas das organizações, segundo Graça, estas estão definidas pela existência de uma divisão de tarefas (“princípio fundador da organização e da diferença entre grupos estruturados e não estruturados”), uma divisão de papéis (“divisão social do trabalho”), um sistema de autoridade (por forma a cumprir os objectivos definidos), um sistema de comunicação e um sistema de contribuição-remuneração. No entanto esta clássica definição é considerada redutora e simplista pois não se apercebe da dinâmica interna ou mesmo das variáveis externas que condicionam o desenvolvimento organizacional (Cascais, 2005: 6; Graça, 2000: 80).

No que diz respeito à escola, ela é, antes de mais, uma *organização*, ou seja, é uma unidade social criada e estruturada para realizar fins específicos: a educação, o ensino, a formação dos cidadãos. A escola é considerada como uma relevante organização formal e “cujos principais beneficiários são, à partida, os alunos, isto é, “com quem e para quem [os] seus membros trabalham” (Silva, 2003: 5).

Sendo Organizações, na escola e no hospital encontram-se diferentes pessoas e diferentes grupos que estabelecem relações entre si, tanto de trabalho como pessoais, que são alvo de análise sociológica. Neste sentido Graça afirma que, mesmo assim, “não se pode falar de uma sociologia do hospital ou sociologia da escola com um objecto teórico próprio, mas sim de estudos da organização hospitalar ...” ou falar da sociologia da escola como algo “autonomizado da sociologia da educação” (Graça, 2000: 81).

Falando nestas duas áreas vitais como Instituições e como Organizações, é então também possível fazer uma “análise comparativa em diferentes contextos históricos, encontrando características comuns”. Assim, no que diz respeito à escola e ao hospital, como organizações, têm tido em cada época uma *missão ou finalidade própria*, qualquer que seja o seu sistema de financiamento ou o seu estatuto jurídico-legal (laico ou religioso, público ou privado, etc...); são também *locais de trabalho* de grupos socioprofissionais muito particulares, directamente afectos ao processo educativo (professores, pedagogos, psicólogos, médicos, enfermeiros, pessoal auxiliar); possuem um *sistema de poder e de*

*autoridade*, embora diferentes de outras organizações, como as empresas, dada a importância e o peso do seu *staff* profissional; possuem também um *sistema técnico e organizacional de trabalho* diferente de uma empresa que transforma matérias-primas em produtos acabados, uma vez que o seu *objecto de trabalho* são seres humanos; finalmente têm uma *cultura muito própria*, ligada à ideologias e estratégias profissionais dos professores, no caso das escolas e ligada às questões da vida, da dor e da morte, relativamente ao hospital, tendo diferentes representações sociais da saúde/doença e do papel da medicina (Graça, 2000: 84).

A escola e o hospital são organizações que têm um papel específico na sociedade, são organizações especializadas, tendo também pessoas especializadas para cumprir a sua missão, sendo assim também estruturas formais onde pode ser aplicado o conceito “weberiano de burocracia”. Para Weber, a burocracia representaria o “*tipo-ideal da racionalidade legal*”, caracterizada por Graça como tendo: “Um alto grau de especialização, um sistema hierárquico de autoridade, regras explícitas definindo a responsabilidade de cada membro da organização, o conteúdo dos diferentes papéis e a coordenação das diferentes tarefas, a exclusão das considerações de ordem pessoal nas decisões administrativas, a imparcialidade no tratamento dos problemas dos profissionais e dos utentes, a selecção de especialistas e, portanto, o critério da competência técnica, a existência de carreiras profissionais, etc.” (Graça, 2000: 86).

## 2- O surgimento da Escola no Hospital

"Quando é que me desato dos laços que me dei? Quando serei um facto? Quando é que me serei?"

Fernando Pessoa

"A criação de classes escolares em hospitais é resultado do reconhecimento formal de que crianças hospitalizadas, independentemente do período de permanência na instituição ou de outro factor qualquer, têm necessidades educacionais e direitos de cidadania, onde se inclui a escolarização" (Zardo, 2004: 55).

O apoio escolar que é prestado nos hospitais emergiu do estudo deste problema e de resoluções políticas que tiveram em consideração as necessidades das crianças que, devido a problemas de saúde, tinham de permanecer hospitalizadas. Este tipo de apoio, no Brasil, é prestado às crianças independentemente do seu tempo de internamento, seja ele de meses ou de semanas.

Segundo Fonseca e Ceccim foi a partir da segunda metade do século XX que se observou, na Inglaterra e nos Estados Unidos da América, que os orfanatos, asilos e instituições, que prestavam assistência a crianças, não respeitavam alguns aspectos básicos do seu desenvolvimento emocional pois não prestavam um atendimento completo.

Assim, em 1935, Henri Sellier, inaugura, nos arredores de Paris, a primeira Escola para crianças com dificuldades em termos de enfermidade. Seguindo este exemplo, a Alemanha, toda a França e Estados Unidos criam estes espaços educacionais para suprir dificuldades escolares de crianças com tuberculose. Devido aos problemas decorrentes da 2ª Guerra Mundial, marco em termos de apoio escolar nos hospitais, surgem as escolas nos Hospitais. O grande número de crianças e adolescentes atingidos pela guerra, mutilados e impossibilitados de ir à escola, fez criar um engajamento, sobretudo dos médicos, que hoje são defensores da escola em seu serviço.

Chegou-se então à conclusão que as lacunas no atendimento infantil, o “desrespeito” pela condição total da criança, teriam consequências na vida adulta da então criança, que poderiam evoluir até para doenças psiquiátricas, daí a iniciativa de implementar experiências educativas para crianças e jovens internados em instituições hospitalares. Com o passar do tempo, essa iniciativa também foi implementada em hospitais brasileiros, com o mesmo objectivo.

O C.N.E.F.E.I. – Centro Nacional de Estudos e de Formação para a Infância Inadaptadas de Suresnes é criado em 1939, e tem como objectivo a formação de professores para o trabalho em institutos especiais e em hospitais e, também em 1939, é criado o Cargo de “Professor Hospitalar” junto ao Ministério da Educação na França.

O C.N.E.F.E.I. tem como missão, até hoje, mostrar que a escola não é um espaço fechado. Este Centro promove estágios em “regime de internato” dirigido a professores e directores de escolas, a médicos de saúde escolar e a assistentes sociais, sendo que a duração da formação dos Professores para atendimento escolar hospitalar, tem duração de dois anos e desde 1939, o C.N.E.F.E.I. já formou 1000 professores para as classes hospitalares, cerca de 30 professores a cada turma.

Em 1945, Spitz deu especial ênfase aos distúrbios, tanto somáticos como psíquicos, formulando daí o conceito de “*hospitalismo*”. Estes distúrbios eram desenvolvidos por crianças hospitalizadas que eram privadas dos laços afectivos.

Em 1950, no Brasil, criou-se este espaço de suporte educacional no Hospital Municipal Jesus. Mas, considerando o atendimento educacional específico para pessoas portadoras de dificuldades, as chamadas “deficiências”, a história iniciou-se no Brasil em 1600, com a criação do atendimento escolar à pessoa “deficiente física”, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Zardo, 2004: 56). Fonseca, através de pesquisa realizada em hospitais brasileiros, verificou que as classes hospitalares que informaram o ano de início de suas actividades se situavam na região Sudeste (Fonseca, 1999).

Ainda seguindo um a linha em termos temporais, em 1958, Bowlby teve como objectivo despertar especial atenção para o facto de que a criança estabelece um vínculo com quem cuida e interage com ela de forma sistemática. Nesta mesma época, também Robertson

defendeu que o desenvolvimento emocional da criança é gravemente afectado quando afastada das pessoas com que mantém contacto frequentemente.

No Brasil, a legislação reconheceu através do **Estatuto da Criança e do Adolescente Hospitalizado**, através da Resolução nº. 41 de Outubro de 1995, no item 9, o “Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar”. A proposta na Lei de Directrizes e Bases da Educação Nacional, Brasil (1996) é a de que “toda criança disponha de todas as oportunidades possíveis para que os processos de desenvolvimento e aprendizagem não sejam suspensos” (Zardo, 2004: 57).

Ainda no Brasil, em 1999, já havia 30 hospitais com classes hospitalares. Segundo pesquisas de Vivian Rachman e Neide Noffs, apresentadas no artigo “Psicopedagogia e Saúde”, da revista *Psicopedagogia*, edição 74, a Lei 10.685, de 30/11/2000, suporta o acompanhamento educacional da criança e adolescentes internados (Zardo, 2004: 57).

Em 2002 o Ministério da Educação, por meio de sua Secretaria de Educação Especial (SED), elaborou um documento de estratégias e orientações para o atendimento nas classes hospitalares, assegurando o acesso à educação básica. Em Santa Catarina, a SED estabeleceu uma Portaria que “Dispõe sobre a implantação de atendimento educacional na Classe Hospitalar para crianças e adolescentes matriculados na Pré-Escola e no Ensino Fundamental, internados em hospitais” (Portaria nº. 30 de 05/ 03/2001). Assim, todos os alunos que frequentam a “classe hospitalar” possuem um registo com os dados pessoais, de hospitalização e da escola de origem. Assim, no final de cada aula o professor regista nesta os conteúdos que foram trabalhados e outras informações que considere necessárias.

No caso de um aluno que frequente a classe hospitalar por três dias ou mais, é então estabelecido contacto telefónico com a sua escola de origem, sendo transmitido ao seu professor (da escola regular) a sua participação na classe hospitalar. Este contacto tem também como objectivo obter informações referentes aos conteúdos que estão a ser trabalhados, no momento, na turma da criança/jovem. Quando a criança tem alta hospitalar, é enviado um relatório descritivo das actividades que realizou na escola do hospital, onde, para além das actividades realizadas, descreve-se também o seu desempenho, o seu comportamento e as dificuldades apresentadas.

A Associação Brasileira de Psicopedagogia (ABPp), com 27 anos de existência, organizou em Novembro de 2007, um Simpósio Internacional, cujo tema principal foi a Psicopedagogia, a Neurociência e a Psicanálise. Neste evento percebeu-se claramente que o trabalho na interface desses conhecimentos é riquíssimo e indispensável para o mundo globalizado.

Como se pode constatar, as crianças e jovens que necessitam de permanecer hospitalizados, forma tendo os direitos a uma “protecção integral” reconhecidos, através de estudos realizados que foram dando origem a novos conhecimentos que em muito têm contribuído para dar respostas adequadas e atempadas às necessidades das crianças e jovens.

A importância deste tipo de apoio está realmente reconhecida e no Brasil, por exemplo, bem estruturada e definida conforme foi exposto. O reconhecimento das necessidades das crianças está bem explícito nas directrizes que este país definiu e fez aplicar, o que é realmente de louvar. Em termos da nossa realidade nacional, os organismos que encabeçam a educação deveriam seguir este exemplo, uma vez que em termos de realidade portuguesa, as crianças hospitalizadas não têm nenhum decreto-lei que regulamente os seus direitos, que os especifique e faça cumprir. As crianças e jovens hospitalizados estão incluídos no Decreto-Lei 3/2008 que regulamenta os apoios específicos para as crianças com necessidades educativas especiais, mas está apenas implícito na alínea que refere as crianças com dificuldades permanentes...

### **2.1- Perspectiva Histórica da Hospitalização da Criança**

Atentemos então a um breve apontamento acerca do percurso e evolução da assistência às crianças doentes, uma vez que é em situação de doença que aqui são focadas.

As pesquisas sobre hospitalização infantil em muito têm contribuído para mudanças no sentido de melhoria das condições para o doente, para as famílias e para as equipas de saúde. Os cuidados de saúde têm evoluído no sentido de uma perspectiva holística e a hospitalização infantil tem sido amplamente estudada, embora ainda existam muitas arestas por limar neste sentido. A área da saúde vem-se modificando e tem vindo a tentar criar



condições para o trabalho interdisciplinar, que vai para além do médico e do enfermeiro, o que revela uma preocupação imperiosa com o doente.

Até ao séc. XVI às crianças não eram reconhecidas necessidades especiais, tinham um tratamento igual aos adultos, eram colocados em qualquer espaço e sujeitas às mais diversas circunstâncias (Ariés, 1978).

Foi a partir do séc. XVIII que o trabalho sobre a criança começou a ser considerado pela Medicina. A Medicina começou a preocupar-se com a “conservação” das crianças, pois, nesta época, a mortalidade infantil era alta e a quantidade de homens constituía a riqueza do país.

As primeiras enfermarias pediátricas surgiram através de acordo harmonioso entre as famílias e as instituições hospitalares, sendo que o ambiente destas enfermarias era muito familiar, os pais estavam presentes como se de um ambiente doméstico se tratasse, e o pessoal de saúde, médicos e enfermeiros, vestiam-se com as suas roupas comuns. Com o avanço do conhecimento, mais propriamente Pasteur, a partir do séc. XIX, o ambiente familiar que se processava nas enfermarias pediátricas foi alterado pois o conceituado cientista aponta os micróbios como causadores das doenças e começam então a surgir as “normas de internação” (Paula, 2004: 109).

Começam então a mudar as rotinas nos hospitais e, aos poucos, as enfermarias pediátricas tornaram-se ambientes higiénicos e assépticos, as regras em relação ao vestuário dos profissionais mudaram e a entrada de coisas pessoais das crianças nas enfermarias também foi restringida. Embora a agora Pediatria se estivesse a tornar num sítio disciplinado em termos de higiene, em termos de relações sociais este ambiente começou a ser considerado como frio e pouco acolhedor, pois as crianças eram separadas em “boxes” e não tinham contacto físico nem com as outras crianças nem com os pais, o que levou a que se considerasse o ambiente das enfermarias pediátricas como “artificial e antibiológico”, pois a doença fazia com que a criança ficasse privada do seu meio social, por mais restrito que, no momento, fosse (Paula, 2004: 110).

Assim sendo, as questões de socialização das crianças, os seus aspectos afectivos e cognitivos estavam a ser descurados, o que fazia com que a recuperação da criança fosse

mais demorada, segundo os entendidos. Esta falta de contacto social foi denominada de “hospitalismo” pela Psicologia e, segundo Barros (1993), os internamentos prolongados das crianças e jovens levava a diferentes implicações como perturbações físicas, de contacto social e até mesmo no desenvolvimento da inteligência (Paula, 2004:98). Por seu lado, também Torres (1990), no âmbito dos internamentos prolongados, afirmou que as consequências eram diversas, desde a degradação do próprio sujeito que, entrando no hospital passava a ser um sujeito passivo, a ataque à sua própria identidade, pois a doença provocava alterações à sua organização corporal (Paula, 2004: 100).

Foi então no séc. XIX que foi criado, em Paris, o primeiro hospital para crianças, em 1802 (Redondeiro, 2003). Com os movimentos higienistas que geraram mudanças nas sociedades, logo, também nos hospitais, a criança passou a ter uma atenção especial surgindo a Puericultura. Com as descobertas de Pasteur, a concepção oficial de doença mudou radicalmente, e nos hospitais o sistema mudou completamente e passou a basear-se na assepsia, isolando com vista à saúde pois as causas das doenças foram depositadas em agentes externos ao organismo. Com todos estes cuidados às crianças surge então a já referida Puericultura e por sua vez, o médico passa a ter o conhecimento sobre a saúde e o desenvolvimento da criança, e não mais os pais e a família.

Paralelamente à criação da Puericultura desenvolve-se a Pediatria como especialidade da Medicina, criando-se então, os primeiros hospitais infantis na Europa. Em Paris, o primeiro hospital foi direccionado ao atendimento de crianças pobres, pois as que possuíam melhores condições económicas eram tratadas nas suas próprias casas, pelo Médico de Família (Gabarra, 2005: 8).

Em termos de estudos na área da hospitalização infantil, estes centraram-se no facto de a ausência da figura materna causar efeitos no desenvolvimento emocional das crianças, destacando-se os trabalhos de Renée Spitz (1949) e Bowlby (1957) na década de 40 e 50. Através destes estudos, os profissionais de saúde tiveram de reavaliar o processo de hospitalização da criança no sentido de buscar soluções para o então apontado problema que comprometia o desenvolvimento da criança. Foi então que se pensou acerca da presença dos pais junto dos filhos para o seu correcto desenvolvimento emocional e é a partir deste momento que a criança começa a ser olhada como um ser complexo, com necessidades fisiológicas mas também psicológicas (Gabarra, 2005: 7).

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde publicou, em 1951, uma monografia de Bowlby, onde abordava a “ problemática da carência dos cuidados maternos e a sua repercussão no desenvolvimento infantil, alertando também para a necessidade que a criança tem de estabelecer uma relação profunda com a mãe, uma vinculação, não devendo ser separada dela” (Redondeiro, 2003: 47).

A implementação dos factores emocionais não foi rápida e diferiu de país para país. Em termos nacionais, em Portugal o Hospital “Dona Estefânia”, inaugurado em 1877 foi o primeiro hospital de crianças, seguindo-se, no Porto, o Hospital “Maria Pia”. As mudanças em termos de presença dos familiares junto às crianças foram então tomando lugar e a ideia de isolamento como meio de protecção da criança doente foi desaparecendo e em 1990, o interesse centrou-se nas crianças “ doentes portadoras de leucemia e/ou gravemente queimadas (Redondeiro, 2003: 45).

Segundo Gabarra, no Brasil, esta atenção à criança, em termos emocionais, tornou-se oficial na década de 90, quando foi regulamentado o “Estatuto da Criança e do Adolescente” (Brasil, 1991), onde o Artigo 12 estabelecia que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (Gabarra, 2005: 7). Assim, as crianças hospitalizadas passam a ter regulamentado o direito ao acompanhamento durante a hospitalização, fazendo este aspecto com que as mudanças se comesçassem a notar. Variados estudos apontaram no sentido de que as crianças, estando acompanhadas por um familiar, tinham menos tendência a chorar, a ter febres, vômitos, infecções, ... para além também da redução na agressividade, no medo e problemas de sono (Gabarra, 2005: 7).

Segundo Redondeiro, em Inglaterra, o Relatório de Platt surge de uma comissão derivado às “crescentes preocupações com a exponencial da hospitalização das crianças” e o conceito central do relatório “visava medidas urgentes para o melhor bem-estar emocional e psicológico da criança hospitalizada”. Assim, as medidas iam no sentido de que: as crianças deviam ser admitidas em hospitais pediátricos ou enfermarias só destinadas a crianças; as enfermeiras deveriam receber preparação específica para trabalhar com as crianças; os pais deveriam poder visitar as crianças em qualquer hora do dia ou da noite; a

união entre mãe e filho deveria ser mantida e em cada enfermaria deveriam ser implementadas actividades recreativas para as crianças (Redondeiro, 2003: 47).

É certo que o referido relatório gerou grandes mudanças na altura mas, como também afirma a mesma autora, este relatório não fazia ainda referência à “possível interacção enfermeiro/pais/educadores”.

Voltando a falar em termos nacionais, em Portugal “a sociedade portuguesa de pediatria realizou algumas reuniões com o objectivo de sensibilizar os pediatras, outros técnicos de saúde e a comunidade para o problema da criança no hospital” (Acta Pediátrica Portuguesa: 656, Redondeiro, 2003: 48).

Os objectivos em termos de prestação de cuidados às crianças eram então no sentido de enfatizar os aspectos emocionais como factores que não podiam ser desligados da criança em situação de hospitalização e que eram decisivos para a sua recuperação e bem-estar.

É uma realidade, e está bem presente, que existem casos em que os pais têm situações de trabalho que não lhes permitem permanecer o tempo desejado com os seus filhos. Embora não se encontrem muitos casos em que as crianças estão completamente sozinhas, sem alguém da família que as acompanhe durante o dia, o que é facto é que acontece, acabando as crianças por permanecer alguma/grande parte do tempo sozinhas no hospital, passando muito tempo nas salas de recreação ou na Escola, que estão ali também para tal fim, como é evidente e é um ambiente que, para além de prestar o devido apoio no que toca a aspectos cognitivos, também tem como objectivo um apoio social, lúdico e afectivo.

O que é facto é que ainda hoje o atendimento que é dado à criança centra-se muito nos cuidados físicos, que indubitavelmente devem ter prioridade, mas também se nota, por parte das equipas de saúde um interesse e valorização nos cuidados que, para além dos físicos, se devem ter em relação à criança hospitalizada, algo que pude constatar nas duas realidades que conheci e estudei. Os profissionais de saúde interagem constantemente com as crianças no sentido de a motivar e saber como se encontra, para além do aspecto biológico. Certo é que, embora consideráveis mudanças já se sintam, em termos de humanização dos serviços de saúde, no geral, ainda há muito caminho a percorrer e muitas arestas a limar.

### 3- O papel do professor no Hospital

O espaço presente nos hospitais que se destina ao desenvolvimento das capacidades das crianças e jovens e que prima pela sua qualidade de vida, é um espaço muito dinâmico e muito frequentado diariamente. A “sala de aula”, tal como afirmam Ortiz e Freitas, é “legitimamente pleiteada como um espaço que gravitam conciliatoriamente duas dimensões: o social e o individual” (Ortiz e Freitas, 2005: 65).

Para a dinamização deste espaço, a figura do professor é preciosa, não descurando as demais presentes no contexto hospitalar claro, para além do que, o trabalho de educação das crianças é feito em equipa, professores e profissionais de saúde, nunca isoladamente.

O professor oriente esta dinâmica hospitalar sempre no sentido do sucesso dos alunos-pacientes, promovendo o seu sucesso escolar assim como estimulando intelectualmente as crianças e jovens, a sua função não é manter as crianças ocupadas, o professor está na escola do hospital para “estimulá-las através do uso de seu conhecimento das necessidades curriculares de cada criança. Por causa desse conhecimento, pode o professor agir como catalizador e interagir com as crianças proporcionando condições para a aprendizagem” (Fonseca, s/d: 4).

Para além do referido, é também muito importante mencionar a importância do professor no hospital como sendo uma pessoa de ligação ao padrão normal da vida das crianças e dos jovens. Quando é internada a criança/jovem, adopta uma postura de “espectador, desconfiado e calado. Observa seu entorno, procurando eleger alguém, dentro desse estranho mundo asséptico, com quem possa sentir-se seguro e amparado em sua necessidade de falar de si e de seus mistérios pessoais”. O professor dá então resposta a “dois mundos” da criança, o escolar e o hospitalar e “opera na vertente psicossocial de não-isolacionismo da criança na condição de doente” (Ortiz e Freitas, 2005: 66). Este aspecto é de elevada importância e, em minha opinião, reflecte, para além dos aspectos anteriormente referidos, o papel do professor no hospital.

Considero muito importante fazer referência a estes aspectos, assim como os aspectos que se seguem e que dão seguimento a este ponto que pretendo desenvolver. Farei uma breve

reflexão sobre a pedagogia/educação na actualidade, enriquecendo depois esta abordagem feita ao papel do professor com alguns aspectos sobre a sua importância em contexto hospitalar, assim como a importância/necessidade de formação específica para trabalhar em contexto hospitalar.

### 3.1- A Pedagogia/Educação nos dias de hoje

Importa fazer a distinção entre Pedagogia e Educação, uma vez que estes dois conceitos também estão na base do meu estudo. Neste sentido, segundo Ghiraldelli, o termo Educação, “nada mais designa do que a prática social que identificamos como uma situação temporal e espacial determinada na qual ocorre a relação ensino-aprendizagem, formal ou informal”, ou seja, este acto é algo social e que não é possível realizar duas vezes da mesma maneira, é um fenómeno “intersubjetivo de comunicação que se encerra em seu desdobrar”, é único (Ghiraldelli, 2007: 2).

O termo pedagogia está ligado, na antiguidade, à Grécia antiga. O “pedagogo” era um escravo que levava a criança para o local da relação ensino-aprendizagem, “não era exclusivamente um instrutor, ao contrário, era um condutor, alguém responsável pela melhoria da conduta geral do estudante, moral e intelectual, (...) tinha a norma para a boa educação”. Em termos de concepção, a pedagogia é a parte “normativa do conjunto de saberes que precisamos adquirir e manter se quisermos desenvolver uma boa educação” (Ghiraldelli, 2007: 4).

Assim, é sempre possível educar e, transportando agora para o assunto aqui tratado, a educação está sempre presente em qualquer actividade que se realize no hospital, seja ela lúdica, mais escolarizada, mais virada para questões de saúde, ensina-se sempre algo, contribui-se para o aspecto individual das crianças e jovens e para o aspecto social. Quando se trata de transmitir conhecimentos escolares, mais formais, é necessário ter o método para o fazer bem, com qualidade. O apoio às crianças e jovens hospitalizados que aqui apresento e defendo, apresenta-se então nestas duas vertentes: pedagógica e educacional.

Em ambiente hospitalar transmitem-se conhecimentos escolares, mais formais, e educa-se a todo o momento, tanto quando se trata da parte escolar, como quando se trata de aspectos ligados ao saber das crianças e jovens relativamente a alguma questão de saúde, que lhe é

esclarecida pelo(a) professor(a) ou pelos restantes profissionais presentes na respectiva unidade de pediatria.

Actualmente, tal como já há muito tempo é, a transmissão de conhecimentos, a instrução, é sempre alvo de crítica, tanto positivas como negativas que têm que ser ambas encaradas como construtivas e devem sempre ser canalizadas para uma “divisão” dentro do tema que diga respeito às mudanças e que tem como objectivo primordial aprimorar a arte de educar, que “tem, até hoje, a preocupação com os meios, com as formas e maneiras de levar o indivíduo ao conhecimento” (Martins, s/d, [http://www.santamarina.g12.br/faculdade/revista/artigo\\_5](http://www.santamarina.g12.br/faculdade/revista/artigo_5)).

O nobre conhecimento de como educar passou por fases muito restritas, em que a informação era “racionada”, apenas o professor era detentor do conhecimento e os alunos assimilavam o que o Mestre dizia e a opinar não tinham qualquer direito. O trilhar de novos caminhos, a exposição de novas ideias, a inovação nunca foi tarefa simples nem dócil. As mudanças requerem comprometimento de um novo fazer e agir e quando destes dois saberes se trata, as resistências fazem-se sentir. Os modelos estão enraizados, mas o conhecimento necessita fluir e flui através daqueles que não ficam parados perante a sua insatisfação: actuam.

Os paradigmas foram sofrendo modificações, os velhos sistemas foram desafiados e hoje tanto o educador como o aluno têm uma posição pró activa na educação: são ambos agentes de mudanças e como refere Paulo Freire, “ensinar exige pesquisa”, e esta pesquisa será tanto da parte do professor como do aluno, pois o professor fomenta a curiosidade dos seus alunos aí mesmo, na curiosidade, na pesquisa, está um ensinamento muito importante que assenta na não estagnação dos conhecimentos, mas sim uma procura sempre activa (Martins, s/d, [http://www.santamarina.g12.br/faculdade/revista/artigo\\_5](http://www.santamarina.g12.br/faculdade/revista/artigo_5)).

O conhecimento, como afirma Paulo Freire, não finda, o homem não tem todas as informações, e deve sempre actuar no sentido de o buscar, partilhando-o depois com o outro para troca de informação: no outro pode estar novo ponto de partida para novos conhecimentos.

Perante a velocidade do avanço do conhecimento, o educador é promotor da mudança no caminho do conhecimento: “do professor há que se exigir uma retomada do seu papel na sociedade, e que, como educador, além da competência intelectual e a competência técnica, tenha também a competência política” (Matos e Mugiatti, 2006: 24). Nesta linha os profissionais de educação têm de ter voz e não podem ser “omissos” pois “os alunos pedem uma posição desses profissionais sobre os problemas sociais (...) como alguém que tem opinião formada sobre os assuntos mais emergentes e que está disposto ao diálogo, ao conflito, à problematização do seu saber”. É o não ter receio de expor, de transmitir, de suscitar, de opinar, de promover a consciência crítica, social e política no sentido de clarificar. O objectivo é pois a qualidade da educação das crianças e dos jovens, assim como a qualidade das relações interpessoais.

O professor deve entender a realidade do aluno, saber para que ensina e quem ensina, motivar e fazer com que aluno tenha sempre vontade de aprender e que queira participar com o objectivo de desenvolver os seus conhecimentos e de dar o seu contributo em termos sociais. É neste sentido que aqui se introduz a pertinente presença do professor no hospital: agente de mudanças e promotor da humanização.

### **3.2- A importância do professor em contexto hospitalar**

O professor que actua nos hospitais é um profissional que, segundo Medeiros e Gabardo (2004), “faz um elo entre a realidade hospitalar e a vida cotidiana da criança internada, avaliando, acompanhando e intervindo no processo de aprendizagem da mesma”, para além disto, o professor reflecte também com o aluno, ajudando-o a compreender os processos que se passam naquele ambiente, esclarecendo-o em relação à sua doença (Medeiros e Gabardo, 2004: 66). Se a criança se encontra em estado de grande fragilidade, num ambiente totalmente desconhecido e se é na sua relação com o ambiente que a criança aprende, as respostas que lhe são fornecidas nesse mesmo ambiente têm de ser potenciadoras de respostas atempadas, de actividades e ensinamentos adaptados, assim como têm que promover o desenvolvimento tanto intelectual como social: “A importância do professor que atua em classe hospitalar é inquestionável, pois, ele faz um laço entre o dia a dia da criança internada e a realidade de um ambiente hospitalar, acompanhando o processo de aprendizagem, fornecendo subsídios não somente de conteúdo didático, mas de compreensão dos procedimentos médicos ali realizados para garantir-lhe o



restabelecimento da saúde à normalidade ou próxima dela, elaborando na criança um processo de conscientização” (Martins, s/d: 3).

O professor age de forma flexível, pois considera o desempenho dos alunos e altera as suas respostas em função desse mesmo desempenho, proporcionando ao aluno hospitalizado actividades que o estimulem. Segundo Fonseca e Ceccim, referindo-se ao papel do professor nos hospitais, afirmam que os professores deverão ter “destreza e discernimento para actuar com planos e programas abertos, móveis, mutantes, constantemente reorientados pela situação especial e individual de cada criança ou adolescente sob atendimento” (Ceccim e Fonseca: 1998: 35), assim como Martins afirma que “tal profissional precisa estar psicologicamente preparado, possuir autocontrole, ser um co-terapeuta e ter, logicamente, conhecimentos didáticos para adequar as práticas pedagógicas à diversidade” (Martins, s/d: 3). Ainda neste contexto, Paula afirma que “o trabalho do professor no hospital requer capacidade para lidar com as diferenças, respeito às condições culturais e existenciais das pessoas sem discriminá-las” (Paula s/d: 14).

Assim, é necessário que o professor actue individualmente perto do aluno: o professor vai conhecendo a realidade com a qual o aluno está habituado a lidar, por meio da sua convivência com ele, vai conhecendo como é o seu desempenho e a partir daí vai sabendo como agir e “será capaz de compreender a relação entre o que o aluno faz e a realidade em que o faz ” (Medeiros e Gabardo, 2004: 67). Com isto o professor orientará a natureza das suas decisões sobre os objectivos que são necessários atingir: como desenvolvê-los para os atingir, permitindo-lhe assim ter o seu plano de actividades/ensino organizado e orientado para cada caso específico pois ele é aquele que “conhece as possibilidades do aluno, levando-as em consideração ao planejar as condições adequadas para uma aprendizagem eficiente e sem dificuldades” (Martins, s/d: 3).

Considero também sempre muito importante referir as informações recolhidas no terreno, durante esta investigação, acerca dos aspectos aqui abordados e acerca deste aspecto quero destacar novamente a opinião do CANTIC: “ Considero importante a criação de um despacho com a abertura de vagas específicas para o contexto hospitalar. Em termos de formação, o problema é que não temos ninguém que se pudesse responsabilizar por isso. É muito importante que esta experiência fosse transmitida. Não há nada no sentido de formar professores para actuar em contexto hospitalar. Para além da formação é necessário um

determinado perfil, é necessário ver as coisas num sentido, como falei, transversal, as crianças precisam de apoio mais a nível escolar do que curricular” (CANTIC).

### **3.3- Necessidade de formação, a nível docente, para trabalhar em contexto hospitalar**

Uma escola, uma sala reservada ao desenvolvimento e aos conhecimentos, no hospital, é um espaço onde se revêem, procuram, assimilam e onde se transmitem conhecimentos. Os conhecimentos são transmitidos numa sala geralmente pequena fisicamente, pois normalmente o espaço que existe para ceder para estes objectivos não é muito, mas enorme em termos de humanização. Este espaço é um espaço diferenciado de promoção da educação: ensina-se com a presença da doença, é a realidade. Os alunos que se encontram nestas salas são alunos que não estão de perfeita saúde e que se encontram limitados por este facto, mas que têm vontade de aprender e querem continuar a sua caminhada nas aprendizagens: desafio, coragem e força são palavras demasiado “pequenas” para a descrição desta vontade. Basta dizer que são crianças que lutam pela vida mas que querem continuar o seu desenvolvimento, as suas aprendizagens.

O direito das crianças à educação, enquanto hospitalizadas, é um direito que os assiste. Para que este direito se concretize é necessário que esteja presente uma pessoa que os saiba encaminhar, um profissional de educação, que possa satisfazer as suas necessidades nestes termos.

A escola é um espaço onde a criança/jovem pode adquirir os conhecimentos escolares necessários, onde pode também desenvolver os seus aspectos sociais, através das vivências tanto dentro como fora da escola, logo, retirar este envolto de vivências às crianças e jovens que se encontram hospitalizados pode-se tornar muito penoso para as mesmas e causar ainda mais danos, por vezes irreparáveis (Ceccim, 1999: 41-44; Fonseca e Ceccim, 1999: 31-40). Neste sentido, para que se dê continuidade às referidas vivências, é necessário ter em atenção a sua vida escolar e o professor destacado para exercer funções pedagógicas e educacionais, vitais no hospital. O professor é então o promotor deste processo: assegura o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, assim como a sua inclusão escolar e social, tendo em vista o sucesso educativo em todas as suas vertentes. A função do professor está também “convencionada à promoção da saúde pelo desenvolvimento e pela

aprendizagem, apresentado acções que transcendem o viés meramente ocupacional ou “tarefeiro” e recreacionista, para a consecução do pluralismo de acções educativas em âmbito hospitalar” (Ortiz e Freitas, 2005: 62).

No que diz respeito a este aspecto de formação específica dos professores para exercer funções em ambiente hospitalar, a realidade é que tal facto não acontece: os profissionais de educação que exercem funções nas escolas dos hospitais não têm formação específica para exercer funções em contexto hospitalar, não tiveram qualquer formação académica para estes fins, que simplesmente não está contemplada nos currículos académicos. Apenas uma vez, quando pesquisava na Internet acerca deste facto, encontrei referência a uma Pós Graduação, no Instituto Piaget de Macedo de Cavaleiros (<http://www.ipiaget.org>), em Pedagogia Hospitalar da Infância. Entrei em contacto, via e-mail, com este Instituto e solicitei informações acerca desta formação, ao que me foi respondido o seguinte: *“Relativamente à Pós-Graduação em causa, posso dizer-lhe que se trata de uma PG que nunca abriu por falta de alunos, o que significa que se houver mais candidatos interessados na área como a Dr.ª Susana, poderemos finalmente ter o Curso a funcionar. Caso assim aconteça, abriremos candidaturas para uma edição entre Setembro/Outubro de 2008. Aconselho-a, portanto, a estar atenta ao site ou a solicitar novas informações nessa altura, pois de momento não disponho de qualquer outra indicação que a possa ajudar. Agradecemos o interesse e estamos à disposição para qualquer outro esclarecimento que considere pertinente.”*

Continuei a consultar a página deste Instituto, mas a referência a esta Pós Graduação foi retirada da página, o que quer dizer que provavelmente foi retirada do plano de Pós Graduações do Instituto. É certo que nem todos os(as) docentes têm condições psicológicas para trabalhar em ambiente hospitalar pois é um trabalho muito exigente e complexo, e que toca em aspectos muito sensíveis do ser humano no geral e principalmente quando este trabalho envolve crianças, daí muitos docentes não terem interesse em trabalhar neste contexto, mas arrisco a dizer também que, por exemplo, a falta de inscrições numa formação avançada deste tipo, pode revelar também o desconhecimento acerca deste tipo de apoio escolar, o não ser referido na formação académica de base, a nível de licenciatura, pode ter alguma influência, como foi no meu caso. A minha atenção para este apoio foi despertada durante a Licenciatura, mas poderão haver casos em que esta referência não é feita.

Relativamente a formação que se realize, actualmente, para os docentes que exercem funções em contexto hospitalar, “ de vez em quando fazemos formações porque temos uma plataforma para os hospitais, a plataforma Moodle, mas também a nível de criação de actividades específicas para trabalhar no computador, nas TeleAulas. Também temos reuniões de trabalho onde partilhamos experiências, contribuindo assim para enriquecer a nossa prática. Fazemos duas reuniões anuais, dependendo das nossas capacidades, depois temos reuniões de projectos, todos nós do CANTIC e também as professoras do hospital. Ainda neste sentido, também reunimos consoante as necessidades das professoras. Depois também tem que ver com questões do foro médico, seria importante também haver formação neste sentido, mas não temos feito pois não temos apoio, já avançamos com um projecto nesse sentido, mas não temos respostas, precisamos de apoio financeiro para fazer essas formações, para requisitar profissionais da área da saúde que tenham experiência com a problemática e não temos” (CANTIC).

Em termos de Licenciaturas de Ensino, estas não têm no final da formação, uma área de especialização que contemple esta vertente. Este aspecto também é muito interessante de ser estudado, pois a formação para este apoio escolar específico poderia começar a partir daqui: as Universidades que ministram cursos de ensino, terem, nos seus planos de estudos, a possibilidade de especialização, por exemplo, o último ano da licenciatura, ou o último semestre, a limite, ser especificamente direccionado para a vertente pretendida, no caso, a vertente pedagógica hospitalar. Isto implicaria uma investigação no sentido de fazer um levantamento dos aspectos necessários para uma formação de professores completa e de qualidade, pois o trabalho futuro destes profissionais é realmente muito complexo, delicado, muito direccionado e acima de tudo, de elevada pertinência para a vida das crianças e adolescentes e para a sociedade em geral.

No que diz respeito às actuais formações em Educação Especial, estas não contemplam os aspectos anteriormente referidos e em termos de formação “Não existe um curso de formação inicial em Educação Especial. A formação dos docentes de educação especial faz-se em duas fases: numa primeira fase, há que concluir uma licenciatura que habilite para a docência (Educação de Infância, Professor do 1.º, 2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico e Professor do Ensino Secundário). Numa segunda fase, e após cinco anos de serviço docente, deverão candidatar-se a um curso de pós-graduação em Educação Especial, nas suas variantes existentes, definidas em três áreas de intervenção: Deficiência Mental,

Deficiência Motora, Multideficiência, Comportamentos de Risco, Autismo; Deficiência Auditiva e Problemas de Comunicação e Linguagem; ou Deficiência Visual – Cegos e Baixa Visão” (Docentes de Educação Especial, s/d, <http://psicologia.esc-joseregio.pt/wp-content/uploads/2008/10/docente-de-educacao-especial.pdf>).

Fazendo uma análise da realidade actual no que diz respeito ao número de crianças hospitalizadas e tendo também em conta o insuficiente número de docentes especializados para a educação especial, no geral, assim como a “crescente preocupação das sociedades na elaboração de políticas sociais e educativas de combate à exclusão e promoção da integração social de todos os indivíduos”, poder-se-á vir a assistir a uma oferta diferente em termos de formação especializada, mas para tal é necessário que exista disponibilidade em muitas vertentes que têm que ver com políticas de gestão e decisão, superiores (Docentes de Educação Especial, s/d, <http://psicologia.esc-joseregio.pt/wp-content/uploads/2008/10/docente-de-educacao-especial.pdf>).

Quero referir ainda que, embora tenhamos um longo caminho a percorrer no sentido de aprimorar este assunto nos seus vários aspectos, encontram-se algumas referências às escolas nos hospitais: “ Por outro lado, o conceito de educação especial parece caminhar no sentido de abarcar outras áreas também relacionadas com necessidades educativas especiais. É o caso, por exemplo, do trabalho directo em hospitais ou centros de saúde (ensino e apoio de alunos que necessitam de internamentos prolongados), (...) ou do apoio a alunos com doenças ou distúrbios que manifestamente afectam o seu percurso escolar (epilepsia, diabetes, hemofilia, anorexia, etc.). A evolução tecnológica poderá, ainda, proporcionar o desenvolvimento de outras modalidades, como o ensino à distância através da Internet, a utilizar, por exemplo, com alunos impossibilitados de se deslocarem aos estabelecimentos de ensino”. Assistimos aqui, através desta citação, ao que já se passa na escola do IPO, assim como em algumas outras, que realizam todas as semanas as TeleAulas.

Importa referir também que, na opinião de Ortiz e Freitas, que o diálogo na relação horizontal que se estabelece é um “veículo de compreensão das alteridades culturais e concepções do mundo (...) garantindo o desejo de aprender na criança enferma” (Ortiz e Freitas, 2005: 62). Assim o conhecimento é construído também em pilares de comunicação que promovem a curiosidade, a pergunta e, sendo certo que tal leva à busca de

conhecimento, o professor vai também aperfeiçoando os seus métodos e técnicas através destas vivências.

Confirma-se então a elevada pertinência da presença do professor nos hospitais e note-se que este (a) profissional necessita ter “a habilidade de exercitar a docência atentando para a provisoriedade dos planos e da clientela, criatividade para reorientar as actividades e o talento para manejar o saber teórico e prático com vistas a ser um veículo de orientação educativa” (Ortiz e Freitas, 2005: 63).

Enquanto estive a fazer a recolha de dados para este trabalho pude constatar a complexidade do trabalho das profissionais de educação, tanto as professoras do IPO como educadora do HESE e faço minhas as palavras das autoras anteriormente citadas: é um trabalho muito complexo e que “passa por aspectos biopsicopedagógicos e que organizar actividades de ensino não é tarefa fácil” (Ortiz e Freitas, 2005: 66).

#### **4- A escola no hospital: factor de Humanização**

A doença é algo que invade e desequilibra toda a vida da criança, ela é afectada na sua integridade, ficando o seu desenvolvimento emocional e social também bastante comprometido: “o objectivo da equipe de saúde deve seguir o princípio de minimizar o sofrimento da criança hospitalizada, promovendo-lhe saúde e, principalmente, fazendo dessa criança um elemento activo dentro do processo de hospitalização e doença, ... buscando atingir a performance de uma pediatria global” (Santos, 2002: 16).

É um facto que a doença passou a ser objecto do saber reconhecido cientificamente, mas acontece que ela ainda é “desarticulada” do ser humano no qual ela se desenvolve. Em termos de saúde a tendência para descurar os demais aspectos que fazem parte da recuperação do ser humano ainda persiste, assistindo-se assim a uma desumanização desta prática. Desta forma, um passo para a humanização hospitalar, e que se poderá revelar como fundamental se concretizado, poderá ser o respeito e seguimento da ética, ou seja, dar ênfase aos valores, aos deveres e direitos, ao modo como as pessoas se relacionam e como conduzem as relações.

As primeiras preocupações com a humanização tiveram origem nos movimentos feministas em saúde que lutavam pelos direitos reprodutivos das mulheres. Os modelos de assistência para a maternidade são apoiados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e “são pautados no princípio da humanização da assistência a crianças” (Alamy, 2005: 7). No Brasil, a importância desta temática ganha força com a apresentação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2000. Este programa propõe mudar o padrão de assistência aos utentes dos hospitais públicos, tendo como objectivo melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados, aperfeiçoando as relações entre profissionais e utentes, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade. Neste sentido, este processo implica a adaptação da estrutura física e dos equipamentos dos hospitais e até mesmo uma mudança da postura e da atitude dos profissionais de saúde e dos próprios utentes. Deste modo, a humanização tem como objectivo acções para tornar “o ambiente das práticas de saúde mais afáveis: actividades lúdicas, lazer, entretenimento, arte, melhorias na aparência física dos serviços, alterações de rotina como visita livre e presença de acompanhante” (Alamy, 2005: 8).

Para a concretização da humanização é necessário um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que orientam a prática profissional, respeitando, além do tratamento e cuidado digno e acolhedor por parte dos profissionais de saúde ao seu principal objecto de trabalho, o doente, uma nova postura ética que permeie todas as actividades profissionais e processos de trabalho institucionais. Nesta perspectiva, diversos profissionais, e nomeadamente os de saúde, embora ainda se note alguma resistência e fortes raízes apenas no modelo clínico, demonstram estar cada vez mais à procura de respostas que lhes assegurem a dimensão humana tanto das relações profissionais, como de respeito à dignidade do ser humano, pois “... não temos como evitar que aconteça aquilo que não queremos... mas podemos, sim, deixar um pouco melhor o momento difícil da pessoa doente” (Alamy, 2005: 7).

Tal como pude constatar durante a minha recolha de dados em ambas as unidades hospitalares, estes profissionais procuram caminhos para a humanização tanto dos espaços como do atendimento às crianças, contribuindo para a concretização dos objectivos da humanização, nomeadamente para o bom desenvolvimento das práticas de ensino e educação no hospital. Nas escolas que já existem nos hospitais, no caso específico, no IPO de Lisboa, os profissionais de saúde consideram o apoio pedagógico e educacional uma enorme mais-valia e contribuem para o seu sucesso, como será constatado na parte empírica deste trabalho. No caso do HESE, que também será analisado, estes profissionais também estão muito envolvidos no que diz respeito à continuação da escolarização/educação das crianças e dos jovens internados neste serviço de pediatria pois o “trabalho junto a crianças hospitalizadas mostra, basicamente, quando se deve lutar pela humanização do atendimento, quando se deve proteger a criança, esse ser tão dependente de outro (s) de um atendimento técnico, impessoal e agressivo” (Santos, 2002: 14).

Ainda considerando os profissionais de saúde, para que eles exerçam a sua profissão com honra e dignidade, respeitando a condição humana do outro, necessitam manter a sua condição humana também respeitada, ou seja, trabalhar em condições adequadas, receber uma remuneração justa, assim como ter o reconhecimento das suas actividades e iniciativas. O que é facto é que em muitas instituições esta atenção ainda é muito escassa, o trabalho não é suficientemente reconhecido e valorizado. Neste sentido, se o que se pretende realmente é a humanização do cuidado nas instituições de saúde, é premente que a filosofia



institucional assim como as políticas públicas de humanização estejam dirigidas para a dignidade dos trabalhadores que ali exercem funções.

Assim, segundo Alamy, “podemos então, pensar a humanização como um todo que considera e valoriza todas as singularidades que estão envolvidas no bem-estar de quem assiste o doente, do doente e também de seus familiares, viabilizando a todos o acesso à saúde física e mental, evitando conflitos motivados pela inadequação material e emocional, propiciando condições de tratá-lo e de tratar-se como um ser humano ... propicia a visão do ser humano como um ser biológico, psíquico e social, oferecendo um acolhimento global e não apenas limitado à patologia que ocasionou a sua internação” (Alamy, 2005: 10).

Concluindo, o apoio pedagógico e educacional presente nos hospitais é um largo passo para a humanização destes serviços, nomeadamente para a humanização dos serviços de pediatria, pois atendendo à necessidade de escolarização/ensino das crianças e jovens hospitalizados, o hospital está a contribuir para a continuidade do seu desenvolvimento integral, logo, considera e dá resposta a verias vertentes para a recuperação da saúde, no seu todo.

## **5- Os espaços pediátricos estudados: caracterização dos serviços**

### **5.1- O serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE)**

Em termos de apoio pedagógico e educacional, o Hospital de Évora não possui nenhum espaço reservado para este tipo de apoio. Dadas as características do serviço de pediatria do hospital, não seria possível adequar um espaço que se destinasse a este tipo de apoio pois esta unidade encontra-se muito carente em termos de espaços.

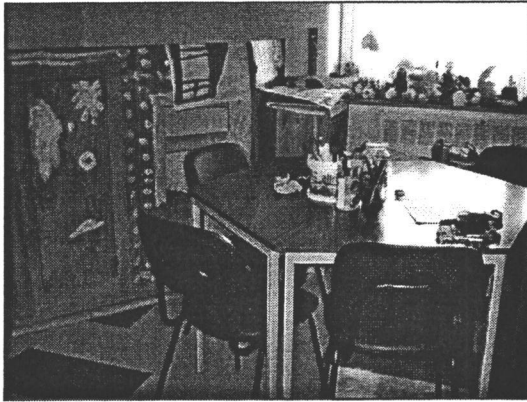
Encontramos no serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora, logo à entrada do mesmo, do lado esquerdo, passando pela sala de reuniões do pessoal de saúde, a sala de recreio que tem como objectivo proporcionar às crianças que ali se encontram, momentos/actividades lúdicas que ajudem a amenizar os momentos menos agradáveis que, forçosamente, fazem também parte da vida das crianças.

Na sala de recreio, as crianças podem encontrar diversos materiais lúdicos e também pedagógicos, dos quais podem usufruir, assim como também encontram a Educadora que faz as delícias dos meninos e meninas que por ali passam, pois a sua boa disposição e atenção são realmente acolhedoras.

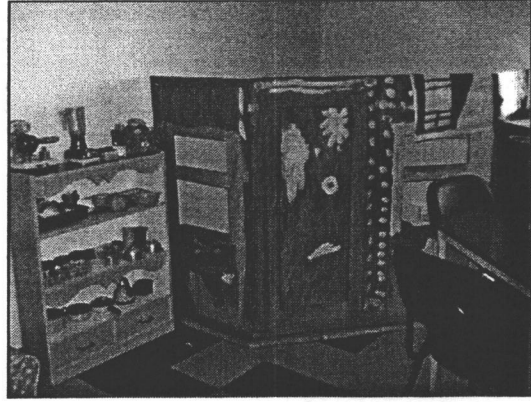
Em termos de equipamento, a sala de recreio deste serviço de pediatria, dispõe de uma pequena mesa com cadeiras onde as crianças podem desenhar, ler, escrever, e que está sempre preparada com material escolar: canetas, lápis, marcadores, papel (Figura 1). Ao lado desta mesa, encontra-se uma pequena “barraquinha de fantoches”, onde as crianças brincam com bonecos, mochilas, mantas, que se encontram no seu interior e fazem pequenas representações quando se começam a conhecer melhor e são motivadas pela educadora. Como é possível verificar existe também uma pequena estante com utensílios de cozinha: panelas, tachos, talheres, etc (Figura 2).

Continuando a descrição do espaço, ao lado da estrutura para as representações, encontra-se um placard onde são colocados os trabalhos realizados pelas crianças. Estes trabalhos têm sempre a assinatura das crianças, assim como a sua idade (Figura 3). Perto deste painel de registos, encontra-se também uma mesa mais pequena onde as crianças normalmente

jogam e também brincam com os animais e demais brinquedos que se encontram ali perto (Figura 4).



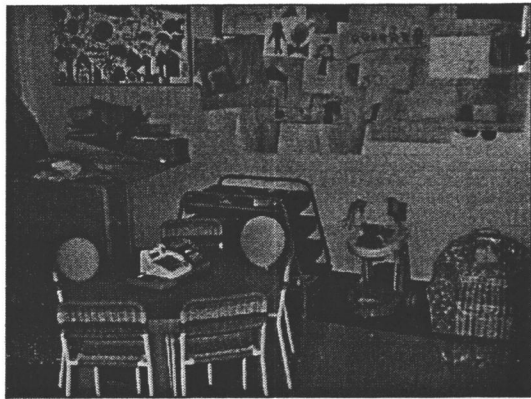
**Figura 1-** Sala de Recreio do HESE  
(mesa desenho)



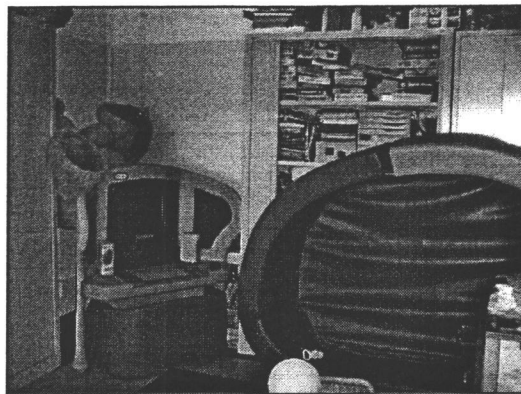
**Figura 2-** Sala de Recreio do HESE  
("barraquinha de fantoches")



**Figura 3-** Sala de Recreio do HESE  
(placard de trabalhos realizados)



**Figura 4-** Sala de Recreio do HESE  
(mesa de jogos)



**Figura 5-** Sala de Recreio do HESE  
(piscina com bolas coloridas)

Mais ao lado, como podemos ver através da Figura 5, encontra-se imã “piscina” que tem bolas coloridas no seu interior e que, normalmente, está disponível para as crianças brincarem. Esta é uma das grandes atrações da sala de recreio, mas devido à falta de espaço, por vezes encontra-se encostada à parede. Logo ao lado encontra-se um computador adaptado ao contexto.

Sumariamente, realça-se uma abundância de actividades e carácter lúdico, acessíveis e adequadas ao espaço existente. No entanto o material necessário ao adolescente e o espaço a ele destinado acaba por ser comum a todas as crianças das diferentes faixas etárias, o que implica restrição e condiciona as actividades e privacidade dos jovens, que como é normal, gostam de ter a partir de uma certa idade.

Sente-se uma motivação acrescida na preocupação em proporcionar, dentro das possibilidades da estrutura física, espaço e materiais para a ocupação do tempo livre das crianças, tornando-o num momento agradável, variado e valorizando o investimento intelectual e enriquecimento pessoal no internamento. Neste espaço evitam-se todos os procedimentos dolorosos, banindo a imagem e associação de dor e medo num espaço, embora condicionado, agradável e humano.

A brincadeira é um facto nesta sala. Anteriormente a brincadeira era considerada como fuga ou recreação e a imagem social da infância não permitia a aceitação de um comportamento infantil espontâneo, que pudesse significar algum valor em si. Somente a partir dos trabalhos de Comenius (1593), Rousseau (1712), e Pestalozzi (1746), é que surge um novo “sentimento de infância”, que protege as crianças e que auxilia este grupo etário a conquistar um lugar enquanto categoria social (Ortiz e Freitas, 2005: 23).

Dá-se início à elaboração de métodos próprios para a sua educação, seja em casa ou em instituições específicas para tal fim “a brincadeira ficou séria, e chegou à Declaração dos Direitos da Criança das Nações Unidas, que afirma no sétimo artigo: A criança deve ter todas as possibilidades de se entregar a jogos e actividades recreativas, que devem ser orientadas para os fins visados pela educação”. (Zardo, 2007: 53).

Todas as crianças precisam brincar, mas nem todas têm essa oportunidade; porque precisam trabalhar, ou precisam estudar para conseguir notas altas; porque são tratadas

como adultos em miniatura, ou porque não podem atrapalhar os adultos. As determinações legais são claras e amplas: o direito ao brincar é um dos direitos já garantidos na cidadania, entre outros. Todos são importantes, o brincar, porém, vem seguido dos direitos à cultura, arte, desporto, lazer e desenvolvimento cognitivo e social (Zardo, 2007: 53).

Brincar origina-se de brinco + ar; brinco vem do latim *vinculu/ vinculum*, “laço”. Brincar, é portanto, nessa compreensão, uma atitude, um gesto de ligação ou vínculo com algo em si mesmo e com um outro. É um acto de estar descobrindo, escolhendo, recriando. Assim, brincar significa “divertir-se infantilmente”, entreter-se com jogos de crianças, dizer ou fazer algo pelo prazer da brincadeira. A brincadeira significa o acto ou o efeito de brincar, divertimento, sobretudo entre crianças, é um passatempo. O brinquedo é definido como objecto que serve para as crianças brincarem e o lúdico aparece como tudo aquilo que tem carácter de jogos, brinquedos e divertimentos. Através do brinquedo a criança tem a possibilidade de reproduzir tudo o que existe no quotidiano e na natureza. Pode-se dizer que um dos objectivos do brinquedo é dar à criança um substituto dos objectos reais, para que possa manipulá-los e duplicar diversos tipos de realidades (Santos, 2002: 11).

Segundo Vigotsky, é na brincadeira que a criança se comporta além do comportamento habitual de sua idade e de seu dia-a-dia. A criança vive uma experiência no brinquedo como se ela fosse maior do que é na realidade (Santos, 2002: 11).

Ainda na brincadeira, o jogo enquanto factor social, assume a imagem e o sentido que cada sociedade lhe atribui, que se expressa conforme seus valores e modo de vida, através da linguagem e, de modo implícito ou explícito, exige o desempenho de certas habilidades previamente definidas (Zardo, 2007:58).

É conhecido que, para Piaget a criança quando brinca assimila o mundo à sua maneira, sem compromisso com a realidade, pois a sua interacção com o objecto não irá depender da natureza deste, mas da função que a criança lhe atribui. Ao brincar a criança pode aprender muito acerca da natureza e relacionamentos entre pessoas, assim como brincando ela também vai fazendo exercícios de “adaptação às situações frustradoras de vontades e desejos não satisfeitos. Quando uma criança brinca e tem prazer nisso, ela é completamente uma criança”. (Santos, 2002: 13).

Assim, brincar é importante porque é assim que a criança se desenvolve, exercita as suas potencialidades. O desafio contido nas situações lúdicas provoca a acção do pensamento e leva a que a criança alcance níveis de desempenho que só as acções, conseguem. A brincar também se prepara para o futuro, experimentando o mundo ao seu redor dentro dos limites que a sua condição actual permite, permitindo que a criança aprenda espontaneamente, sem medo de errar, mas com prazer pela aquisição do conhecimento. A criança desenvolve-se pela experiência social, nas interacções que começa a estabelecer desde cedo e desta forma, a brincadeira é uma actividade tipicamente humana na qual as crianças são inseridas, para que tenham possibilidades de vivenciar, assimilar e recriar a experiência sócio-cultural dos adultos.

Neste sentido, as brincadeiras, o brincar apresenta-se como “fundamental, tanto ao desenvolvimento cognitivo e motor da criança quanto à sua socialização, sendo um importante instrumento de intervenção em saúde, durante a infância”. (Santos, 2002: 14).

A criança pode iniciar um nível de sofrimento emocional e físico no decorrer da hospitalização. Assim, as reacções emocionais apresentam-se sob variadas formas e “disfarces”, sendo necessário trabalhar o seu significado junto da criança e uma forma de se fazer isso é recorrendo ao brinquedo e às brincadeiras como vinculadores desses sentimentos. As actividades lúdicas devem ter a função de intervenção terapêutica no contexto hospitalar porque brincando, a criança e o adolescente podem incrementar o seu repertório verbal e comportamental experimentando diferentes respostas de ajustamento ao meio. Assim, a realização das actividades lúdicas no contexto hospitalar, pode melhorar o período de internamento, funcionando como material informativo e projectivo dos sentimentos despertados nos pacientes.

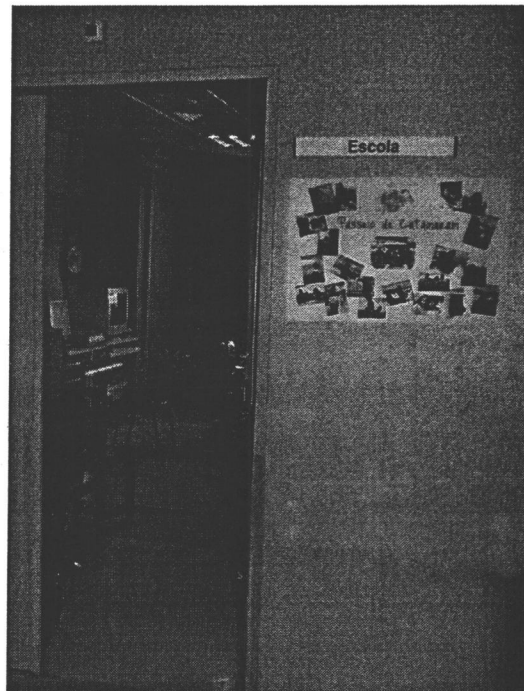
De acordo com Santos (2002), o brincar no hospital permite a socialização das crianças e adolescentes com outros pacientes que estão passando pela mesma situação. Acima de tudo, as actividades lúdicas devem servir para manter a autoconfiança e ajudá-los a superar esse período adverso. O brincar deve também proporcionar condições para que a família e as pessoas que vão visitar os pacientes se encontrem com eles num ambiente favorável, que não seja deprimente. Através de um brinquedo, de um jogo ou brincadeira, podem facilitar o relacionamento, tornando crianças, adolescentes e, conseqüentemente, a família mais alegre. Também a brincar, a equipa interdisciplinar pode informar à criança o que pode

acontecer durante o internamento. Assim, a terapia através do brinquedo, para além de levar ao conhecimento das várias intervenções que podem ocorrer durante a hospitalização, também permite que a criança tenha um espaço para expressar inúmeros sentimentos (Santos, 2002: 15).

Brincar no hospital é uma experiência saudável, com bons resultados, pois “ o homem é considerado como um todo integrado e, portanto, ter saúde, não é estar bem somente fisicamente, mas também psicossocialmente” (Santos, 2002:19).

## **5.2- O serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPO)**

No serviço de pediatria do IPO de Lisboa podemos encontrar a Escola. À entrada desta divisão encontra-se uma placa que a identifica (Figura 6).



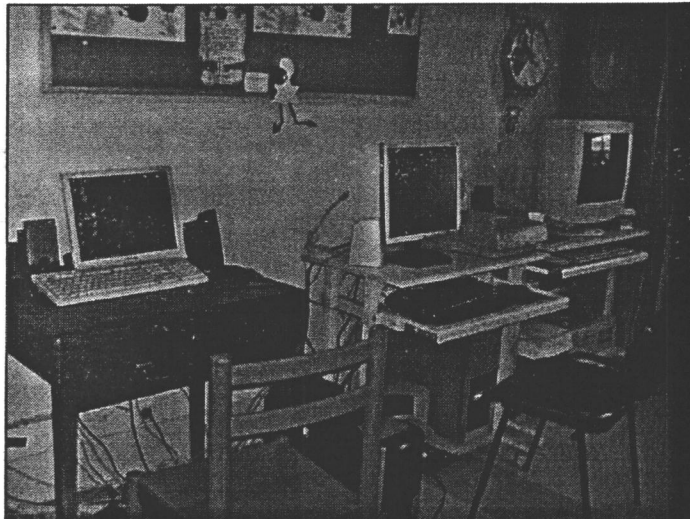
**Figura 6- Escola do IPO  
(entrada)**

Entrando na Escola, encontramos, em frente, uma mesa onde os alunos fazem as suas actividades escolares, desenham, pintam, fazem trabalhos de expressão plástica variados (Figura 7).



**Figura 7- Escola do IPO  
(mesa de trabalho)**

No que diz respeito a equipamentos, encontram-se disponíveis na sala três computadores com ligação à Internet, sendo que um deles é o computador de onde se estabelece a comunicação para a realização da TeleAula (Figura 8 e 9).



**Figura 8- Escola do IPO  
(Computadores)**



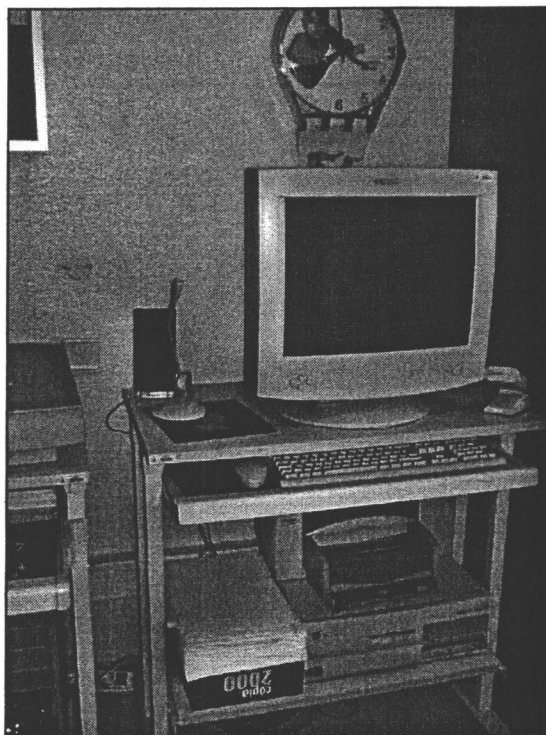


Figura 9- Escola do IPO  
(Computador TeleAula)

Próximo destes computadores encontra-se um placard onde também estão afixados alguns trabalhos dos alunos, assim como documentos da Escola: objetivos, o plano anual da escola, etc (Figura 10).

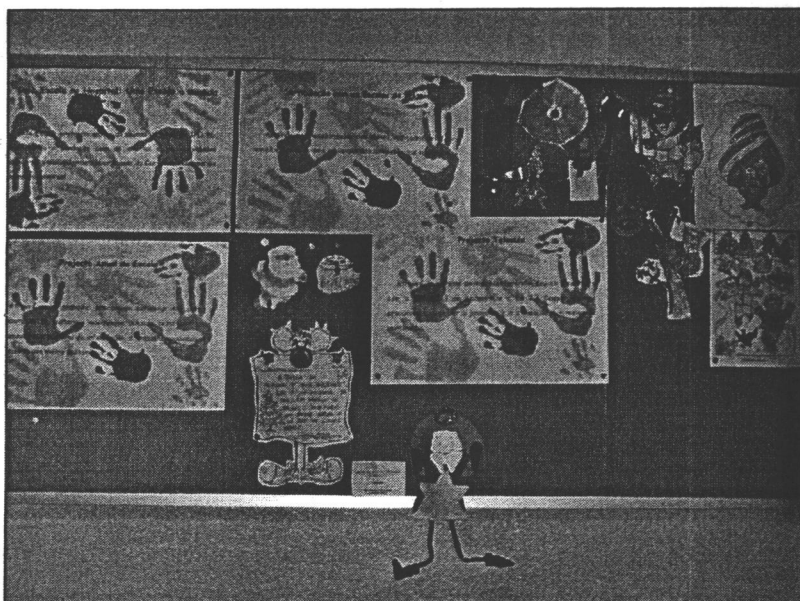


Figura 10- Escola do IPO  
(Placard trabalhos)

No que diz respeito a aspectos mais lúdicos, encontra-se uma estante com imensos jogos e livros, perto da porta de entrada da sala (Figura 11). Estes jogos e livros são, normalmente, oferecidos pela comunidade ou pela Liga Portuguesa contra o Cancro, que patrocina grande parte do material da escola.

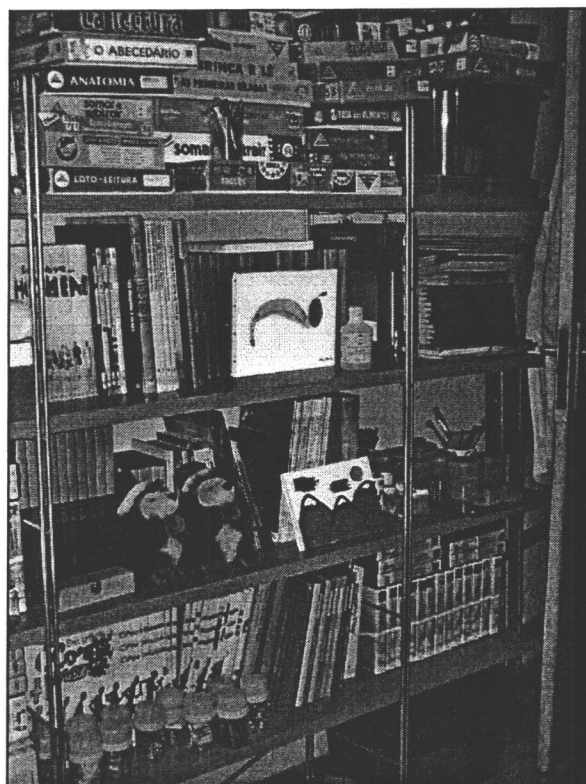


Figura 10- Escola do IPO  
(Jogos e livros)

Falando ainda em termos de material, informático, material escolar, a escola, no geral, apresenta dificuldades a este respeito. O apoio que tem, para além do já referido, chega da parte do CANTIC (Centro de Avaliação em Novas Tecnologias de Informação e Comunicação), que dá apoio às escolas dos hospitais e que faz a manutenção do equipamento informático, assim como dá apoio às necessidades das professoras, como será analisado na parte empírica deste estudo.

A CANTIC está ligado à Direcção Regional de Educação de Lisboa (DREL) e tem como objectivo, como já foi referido, apoiar as escolas nos hospitais. Este apoio reflecte-se então em termos de equipamentos, em termos de material escolar, no apoio às professoras no

que diz respeito a assuntos que tenham que ver com o Ministério da Educação, formações, entre outros.

No que diz respeito ao Projecto Anual da Escola do IPO, este é elaborado em conjunto com as restantes escolas que se situam nos hospitais e com o apoio também do CANTIC. Estes aspectos serão então analisados, como já havia referido, na parte empírica deste trabalho onde, através das questões colocadas tanto às professoras como ao CANTIC, é possível ter noção de como funciona a escola nos seus diversos aspectos.

## **CAPÍTULO III**

---

### **EDUCAÇÃO ESPECIAL E INCLUSÃO**

---

## 1- Breve Histórico da Educação Especial

“As necessidades educativas especiais incorporam os princípios já provados de uma pedagogia equilibrada que beneficia todas as crianças. Parte do princípio de que todas as diferenças humanas são normais e de que a aprendizagem deve, portanto, ajustar-se às necessidades de cada criança, em vez de cada criança se adaptar aos supostos princípios quanto ao ritmo e à natureza do processo educativo. Uma pedagogia centralizada na criança é positiva para todos os alunos e, conseqüentemente, para toda a sociedade”

Declaração de Salamanca, 1994

À educação sempre estiveram aliadas modificações. As modificações, geralmente, têm a si associadas melhorias que visam promover a qualidade. A qualidade na educação, alvo de grandes estudos e discussões na actualidade, tem como alvo principal as crianças e jovens aos quais deve ser proporcionada uma educação que responda às suas necessidades e promova o seu sucesso. Pensar acerca do ser humano numa perspectiva educacional é considerar a sua capacidade de, a todo o momento, ele poder criar novos significados e novos caminhos de resposta às questões com que se depara.

A criança/jovem como ser social em constante desenvolvimento, necessita que o sistema responda às suas necessidades de forma a que o seu potencial de funcionamento biopsicossocial se desenvolva em harmonia, colocando assim a educação “no centro das principais questões e temáticas sobre o comportamento humano”. À escola, agente de socialização por excelência, coloca-se, há já algum tempo, o desafio de “aceitar a diferença e de responder eficazmente às necessidades individuais de todos os alunos”, promovendo o sucesso educativo e, tendo como objectivo social primordial a qualidade na aprendizagem, para todos (Camisão, 2004: 33).

Quando se fala em Educação para todos, fala-se de crianças e jovens que, a nível físico, psíquico e motor se encontram bem, sem qualquer dificuldade, mas também falamos de

crianças e jovens que têm dificuldades aos níveis anteriormente mencionados. Dificuldades que podem ter nascido com as crianças, ou que se podem ter manifestado durante o decorrer do seu desenvolvimento.

As crianças/jovens que têm dificuldades aos níveis mencionados necessitam de ajuda em determinados níveis, tal como todos nós necessitamos de ajuda a muitos níveis, sejam eles de que natureza forem, e em termos educativos estas crianças necessitam de um apoio que responda às suas necessidades específicas. Estas crianças têm de ser encaradas como qualquer ser humano, como um todo, e o todo do ser humano não atinge os limites da perfeição, determinadas coisas fazemos melhor, outras menos bem. Segundo Maier, “o crescimento e desenvolvimento humanos são um composto de muitas facetas humanas. Nenhuma função existe independentemente das outras e determina, isoladamente, o curso do desenvolvimento humano. Completam-se todas, mutuamente. Qualquer uma afecta e às vezes pode compensar a outra” (Roucek, 1980: 162).

Assim uma criança com uma necessidade específica não deve ser contemplada só de acordo com a necessidade que tem, ela é composta por muito mais que deve ser explorado e desenvolvido, “qualquer defeito pode ser, em parte, compensado por outros atributos”, logo a criança tem de ser motivada para que, embora tenha certas dificuldades derivadas de um problema que nasceu consigo ou que surgiu durante a sua vida, todas as outras facetas do seu desenvolvimento sobressaiam. A criança pode não conseguir fazer, ou fazer menos bem, determinada tarefa, mas será melhor em muitas mais: “nenhum desvio ou deficiência funcional pode negar o facto de a criança ainda continuar a ter os mesmos desejos, necessidades e oportunidades, potenciais como qualquer outra criança em crescimento e desenvolvimento de maturidade semelhante” (Roucek, 1980: 162).

Também Bloom afirma que “deveriam reconhecer-se as habilidades especiais e prestar ajuda proporcional à criança a fim de encorajá-la e fazê-la descobrir suas limitações e trabalhar de acordo com elas” (Roucek, 1980: 10). Assim a criança deve ser ajudada a reduzir os seus medos e auxiliada também no sentido de alcançar a satisfação pessoal, produzindo o melhor do que souber e for capaz.

## 1.1- A gênese da Educação Especial

Apesar das considerações sobre crianças/jovens com necessidades especiais terem evoluído no sentido da dignificação, “as pessoas com deficiência têm uma longa história para contar (...), são a quinta coluna da segregação e do “apartheid” a que estiveram e estão ainda expostos outros grupos sociais, religiosos e étnicos” (Conselho Nacional de Educação, 1999: 124).

A reformulação do pensar acerca das crianças/jovens com necessidades não tem sido pacífica e tem passado por várias reformas. Fazendo uma breve sinopse acerca da dificuldade que sempre permaneceu em aceitar e integrar as pessoas com necessidades especiais, e quero dizer que digo e direi sempre necessidades especiais pois não considero o conceito “deficiência” caracterizador de uma pessoa que, na realidade tem uma necessidade específica, precisa de ajuda específica num ou mais sentidos, mas é um ser humano, logo, tem habilidades especiais. Retornando à sinopse que me propus fazer, cedo constatamos que são feitos esforços para estabelecer políticas no sentido de “normalizar” o quotidiano das crianças e jovens com necessidades especiais, mas constata-se também que a permanência de contradições acerca de tal é uma constante, tal como a sua efectiva aplicação.

“A Educação Especial pode ser definida como um sector no domínio da educação, que lida com crianças que apresentam dificuldades no sistema regular de ensino” (Camisão, 2004: 34).

As respostas educativas às crianças com necessidades especiais começaram a fazer-se sentir após um considerável caminho que considero pertinente deixar registado.

No séc. IV, as pessoas com “deficiências” eram vistas com piedade e compaixão. Forma então criados asilos e Hospitais. Na Idade Média, tanto foram vistos como “crianças de Deus”, como forma perseguidos pela Santa Inquisição. No séc. XIV, com o Renascimento, o ser humano é novamente valorizado e no séc. XVII são criadas as primeiras organizações religiosas com serviços de educação para “deficientes”: S. Vicente de Paula e Irmãs de Caridade. Ainda no séc. XVII afirma-se que as crianças diferentes “deveriam ser orientadas

---

para aprendizes, se as suas razões o permitissem”, através da publicação da “Poor Law” por indicação da Rainha Isabel I.

Os problemas/necessidades sociais começaram a fazer-se notar e a consciência do tratamento destas necessidades começou a fazer-se sentir. Vejamos. Aquando da Revolução Industrial, o contributo de Rousseau, com a sua filosofia que “transmitia o potencial bom do homem”, assim como o avanço, tanto das Ciências Humanas, como médicas e ainda o aparecimento de ilustres com dificuldades fora do normal, foi então dada atenção à Educação Especial, que começa a ser estudada e desenvolvida (Santos, 1997: 4).

Com a Revolução Francesa, a obrigatoriedade da educação a partir dos 6 anos de idade afirma-se e institucionaliza-se. Por esta altura sobressai a tentativa de carácter científico-pedagógico do médico Francês Jean Marie Gaspard Itard educar o “Selvagem de Avignon”. Outras obras surgem no sentido de tratar o deficiente através do método psicológico, que consistia em desenvolver métodos de ensino no que respeitava à escrita, à aritmética e aos ofícios. Com o começo do tratamento das necessidades sociais que se faziam sentir, em termos de Educação Especial, começou também a verificar-se que “muitas crianças incapazes de seguir o programa escolar não mostravam qualquer problema na realização de determinadas tarefas manuais”, tal como já se tinha defendido há algumas, consideráveis, linhas atrás neste trabalho. Para solucionar este problema foram, na altura, criadas as “classes especiais”, que tinham como objectivo acolher as crianças que “não tinham lugar no sistema educativo regular” (Santos, 1997: 7).

Falando de aspectos nacionais, Portugal não teve uma atitude diferente em comparação com outros países, pois também “filtrava” as crianças com necessidades especiais para Instituições, na altura asilos, passando-se tal facto na 2ª metade do séc. XIX (Santos, 1997: 7).

Mas como a Ciência, o conhecimento não são felizes sem a exploração e a evolução, as atitudes e concepções foram sofrendo alterações significativas. É então pertinente relembrar marcos históricos fundamentais que permitiram que a educação de crianças com necessidades específicas tomasse rumos no sentido de dignificar e normalizar, cada vez mais, a vida das crianças e jovens que com alguma dificuldade se encontravam desde nascença ou que, por alguma “partida” da vida, tinham algo de diferente das outras crianças mas eram/são iguais a todos.



Quero lembrar que, há algumas dezenas de anos atrás, mais precisamente há 49 anos atrás, em 1959, as Nações Unidas adoptaram a Convenção dos Direitos da Criança, que, conjuntamente com estudos no campo desta temática e muitas opiniões de que educacional e socialmente a opção em relação às referidas crianças não era suportável, era anti-natural, fizeram com que as concepções e atitudes até aqui tomadas sofressem alterações significativas (Santos, 1997: 8). É na segunda metade do séc. XX que, na Educação Especial ocorreram consideráveis desenvolvimentos, mas quero destacar que, a partir da década de 60, Portugal teve intervenções significativas a estes níveis. Sucedia que as instituições que davam apoio a crianças com necessidades especiais pautavam-se pelo modelo médico, a necessidade específica, apelidada “deficiência”era sinónimo de doença e, segundo essa necessidade a criança era classificada e categorizada, ou seja, as estruturas eram segregadoras.

Como será de esperar, estas condições não eram do agrado de muitos pais que tinham filhos nestas condições e a preocupação com a escassez de programas institucionais e medidas adequadas para tal começou a fazer-se sentir pois para além das demais dificuldades acima relatadas, também os profissionais que prestavam atendimento a estas crianças tinham uma acção que não dava resposta às necessidades das crianças, ocorrendo também tratamentos menos correctos (Santos, 1997: 8).

É então que, perante tais acontecimentos, o Estado Português resolve tomar medidas oficiais no sentido de combater as dificuldades e a insatisfação que se faziam sentir. Intervém oficialmente criando serviços responsáveis pela formação de professores e serviços de atendimento precoce, surgindo mais tarde novas iniciativas com vista a alargar o apoio a crianças com dificuldades, integrados em escolas regulares, sob orientação da Direcção Geral de Assistência (Santos, 1997: 9).

Mais tarde, em 1973, com a reforma, o Ministério da Educação tem pela primeira vez, na sua estrutura orgânica, competências próprias em matéria de Educação Especial, com a criação das Divisões de Ensino Especial nas Direcções Gerais do Ensino Básico e Secundário, o que confirma a preocupação do Estado Português em assumir responsabilidades a este nível, “eram o resultado de um crescente movimento a favor da escolarização de todas as crianças sem qualquer excepção” (Santos, 1997: 10).

É de destacar também que o poder político não ficou alheio a tais acontecimentos, estabelecendo, em 1976, na Constituição da República Portuguesa, o Artigo 71 que destaca a obrigação do Estado em realizar uma política nacional de prevenção, tratamento e integração dos “deficientes” e a desenvolver uma pedagogia de respeito e sensibilizadora para tal questão. Em seu Artigo 73 refere que “o Estado reconhece e garante a todos os cidadãos o direito ao ensino e à igualdade de oportunidades na formação escolar” (Santos, 1997: 11).

As respostas educativas relativamente às necessidades especiais das crianças começam então a surgir e neste aspecto é importante destacar as medidas Portuguesas como sendo das primeiras a este nível, embora a um nível em que as estruturas eram segregadoras, mas já tentavam mudar as concepções do momento.

Os dispositivos estruturais de organização de respostas educativas para as crianças com dificuldades escolares passaram ainda por muitas mais alterações. Fiz referência, atrás, à segregação mas, e de acordo com Niza (1996), as respostas educativas passaram também por uma fase de integração e, só mais recentemente passaram a dar respostas em termos de inclusão (Conselho Nacional de Educação, 1999: 25).

No movimento de integração, feito sentir, em primeiro lugar nos países nórdicos, Suécia, Dinamarca e Noruega, nos primórdios dos anos 70, pretendia que as diferenças fossem aceites potencializando sempre o máximo das potencialidades da pessoa. Ao contrário do anterior conceito de segregação, este novo conceito de educação integrada tem então como princípio a normalização: as pessoas têm o direito de que a sua vida seja o mais normal possível, podendo usufruir dos serviços da comunidade e como tal frequentar um ensino mais adaptado às suas necessidades (Conselho Nacional de Educação, 1999: 34).

## 1.2- Marcos Históricos na Educação Especial

Surgiram então, como marcos decisivos na integração da Educação Especial no Sistema geral de Ensino, em 1975, o documento “Education for Handicapped Children Act”, nos Estados Unidos da América, que estabelece que as crianças com dificuldades têm direito ao pleno acesso a “programas de educação em escolas públicas” (Conselho Nacional de Educação, 1999: 37).

Em 1978, no Reino Unido, o Warnock Report introduz o conceito de N.E.E., Necessidades Educativas Especiais. A Comissão Warnock, da qual sucedeu um relatório com o mesmo nome e em que se inspirou a Lei de Bases Inglesa de 1989, “constitui ainda hoje um guião de referência para os especialistas deste sector” (Baptista, 1999: 124).

Aqui está então o primeiro marco histórico fundamental do qual resulta, segundo Baptista (1999), um dos três pilares que suportam as concepções e as políticas na área de Educação Especial. Este relatório assinalou a passagem da criança com “defeito” (Defect Model) para o modelo da escola integrada. O seu objectivo principal foi resumir os princípios básicos que deveriam orientar a educação especial, depois de fazer um ponto de situação/revisão em vários países, sobre o funcionamento e organização da Educação Especial.

A Educação Especial passa então a ter como tarefa principal identificar as necessidades educativas das crianças: o sistema de classificação por categorias de “deficiência” é substituído pelo conceito de Necessidades Educativas Especiais e a sua tarefa é então centrada na resposta às necessidades das crianças e jovens, definindo a educação mais apropriada e procurando sempre que a criança/jovem tivesse uma educação o mais próximo do regular possível, “as finalidades e objectivos da educação são os mesmos para todas as crianças, aquilo que é diferente é o apoio que é preciso dar a cada uma” (Baptista, 1999: 124 (Conselho Nacional de Educação, 1999: 36).

O Relatório Warnock deixa para trás a categorização clínica das crianças/jovens que eram classificados como “deficientes”, classificados em primeiro lugar pelo seu “defeito” e só depois é que se considerava o lado humano, de alunos. Estes “defeitos” estavam então presentes nas crianças com dificuldades visuais, auditivas, mentais e motoras. Passam então a ser identificados três grandes grupos com necessidades educativas especiais: as crianças com handicaps de níveis físicos e sensoriais, com desvantagens em termos de

aprendizagem e as crianças com desvantagens em termos comportamentais e emocionais (Baptista, 1999: 125).

Destacado o primeiro marco histórico nos trilhos da Educação Especial, a Conferência Mundial sobre a Educação para Todos, realizada em Jomtien, na Tailândia, em Março de 1990, afirma-se como segundo marco histórico nas políticas na área de Educação Especial.

As práticas relativas à integração começaram a ser alvo de críticas e a ser postas em causa por vários especialistas: consideravam que as crianças e os jovens com necessidades especiais deveriam ter absoluta inclusão na escola e na sociedade, “tocar” o mais possível o regular: a fusão entre o regular e o especial. O direito de todos à aprendizagem e ao sucesso escolar é então assumido como compromisso pela comunidade internacional que subscreveu a Declaração Mundial de Educação para Todos. 60 países assumem o compromisso de assegurar a igualdade de acesso à educação para todos, garantindo uma educação básica para todos (Conselho Nacional de Educação, 1999: 36).

A defendida ideia de igualdade de acesso à educação para todos é então reforçada em Junho de 1994, na Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, que decorreu em Salamanca. 92 países, incluindo Portugal, e 25 organizações assinaram a Declaração de Salamanca, “documento que regulamenta o nº 5 do Artigo 3º da Declaração anterior: a aplicação do princípio da educação para todas as crianças com necessidades educativas especiais” (Baptista, 1999: 124) (Anexo II).

Esta declaração e a anterior assumem o “compromisso político universal” de responsabilizar os estados e os respectivos governos pelo concretizar das medidas preconizadas, pois nelas estiveram envolvidos um elevado número de países e de ONG’s e também a envolvimento directa da UNESCO, UNICEF, PNUD e do Banco Mundial (Baptista, 1999: 124). A Declaração de Salamanca é então classificada como terceiro marco decisivo da integração da Educação Especial no Sistema Geral de Ensino.

Como resposta às necessidades educativas dos alunos, em termos de colocação, o Warnock Report (1978) contempla como alternativa a modalidade de ensino em sala de apoio, a qual foi alvo de críticas pois, de entre mais argumentos, afirmava-se que a dinâmica vivida na sala de aula, as relações ali sentidas eram de extrema importância: a convivência com o

professor, alunos, com as estratégias pedagógicas, com os materiais, etc (Conselho Nacional de Educação, 1999: 38). Aqui, através desta pequena, mas grande constatação quero destacar o facto de, para uma criança/jovem que se encontra hospitalizada, as relações anteriormente mencionadas são de uma importância mais do que visível. A criança já é afastada do seu meio e de tudo o que ele engloba, logo, têm de lhe ser concedidas condições para que supere o estado frágil em que se encontra no momento e as relações educativas e afectivas não lhe podem ser retiradas. Certo é que, nem os colegas são os mesmos, nem os professores são os mesmos, mas a finalidade dos acontecimentos ali é a que lhes é familiar, vão aprender, trabalhar, esclarecer dúvidas junto dos professores e conviver com colegas. A capacidade de adaptabilidade das crianças é muito grande e muito rapidamente as pessoas que têm perto passam a ser os seus colegas e os seus professores.

A panóplia de relações que se podem estabelecer/estabelecem num contexto de “Escola Hospitalar” têm de estar ao alcance das crianças, é um direito que as assiste e, reporto-me agora à Carta da Criança Hospitalizada quando refere no seu VII ponto: “ O hospital deve fornecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no que respeita ao equipamento, quer ao pessoal, quer à segurança” (Anexo III).

As intenções de atingir a igualdade de oportunidades educativas têm-se manifestado mas os seus resultados em termos de equidade educativa não têm atingido os valores necessários, é difícil responder à equidade, “tentar conseguir a igualdade de oportunidades educativas, sem assegurar um igual acesso ao currículo normal, leva a que a desigualdade, de uma forma até mais subtil, continue a ser perpetuada” (Conselho Nacional de Educação, 1999: 40).

Note-se que, em relação ao estabelecimento de dificuldades, as crianças e jovens que eram sinalizados com determinadas necessidades específicas, e como tal, careciam de um apoio especial para a sua necessidade, eram crianças com dificuldades a níveis visuais, auditivos, mentais e motores, sendo mais tarde, como já referido, enquadrados em três grupos: *handicaps* físicos e sensoriais, dificuldades de aprendizagem e problemas comportamentais e emocionais. Uma criança que se encontrasse hospitalizada, muito provavelmente, seria enquadrada nos *handicaps* físicos, mas o facto para que quero chamar a atenção, e não descurando as demais dificuldades/necessidades, é o facto de a hospitalização e a doença serem fenómenos que podem fazer parte da vida da criança durante muito tempo e que, se não forem tratados a todos os níveis, podem deixar lacunas profundas nas crianças. Um

dos principais níveis é a continuidade da educação da criança, o seu desenvolvimento cognitivo e que não deve nunca ser descurado pois as crianças aprendem a todo o momento, mesmo nas situações mais delicadas, os momentos implicam sempre novos conhecimentos.

A doença e a hospitalização fazem parte da vida de qualquer ser humano e estas podem durar muito tempo, falo em anos até, como se constata no caso de neoplasias e como pude constatar *in loco*. Durante esse tempo a criança necessita ter próximo dela o “seu mundo”, por distante que seja do regular, toca o seu mundo. Para além da continuidade dos estudos da criança/jovem, a preparação para voltar à escola “normal” também é muito importante e é feita na Escola do Hospital. A criança não pode estar afastada da realidade de ensino, de trabalho, de sentimentos, pois a sua volta ao que tinha antes vai acontecer quer seja por pouco ou para ficar e não mais regressar à Escola do Hospital, que é o desejável. Logo, a realidade que está lá fora não pode ser desconhecida para a criança e esta tem de estar preparada tal, o contacto com a sua base não pode ser perdido.

Assim, pela elevada relevância deste fenómeno, considero que seria de extrema importância que a situação de hospitalização estivesse destacada como tipo de apoio principal, não estando apenas dentro das dificuldades físicas e permanentes, mas marcando o seu lugar ao lado das demais estabelecidas como principais.

## 2- A criança hospitalizada e as suas necessidades específicas de educação

### 2.1- Legislação

Os objectivos da educação especial baseiam-se na inclusão educativa e social, no sucesso educativo, na autonomia, na estabilidade emocional bem como na promoção da igualdade de oportunidades, na preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida profissional (Portal da Educação: <http://www.min-edu.pt>).

Revogado o Decreto-Lei n.º 319/91 (Anexo IV), de 23 de Agosto, passados 17 anos, é agora apresentado um novo diploma que tem como “pela legislativa central” a educação especial. O Decreto-Lei n.º 3/2008 (Anexo V). A educação especial abrange os alunos com “limitações significativas ao nível da actividade e da participação num ou vários domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, aprendizagem, mobilidade, autonomia, relacionamento interpessoal e participação social” (Portal da Educação: <http://www.min-edu.pt>).

O Decreto-Lei estabelece medidas educativas de educação especial ao nível do apoio pedagógico personalizado, das adequações curriculares individuais, adequações no processo de matrícula, no processo de avaliação, um currículo específico individual e tecnologias de apoio.

Encontram-se também previstas neste decreto “adequações curriculares” que fazem parte da estrutura curricular comum, tais como a leitura e escrita em Braille, a orientação e a mobilidade, o treino da visão e a actividade motora adaptada. É feita também uma nota aos alunos surdos onde, para os que queiram optar pelo ensino bilingue, são introduzidas áreas curriculares específicas para a 1ª língua, 2ª e 3ª língua. Estabelece também o programa Educativo Individual, o qual fixa e fundamenta os apoios especializados e as formas de avaliação, assim como introduz o Plano Individual de Transição no caso dos jovens cujas necessidades educativas os impeçam de adquirir as aprendizagens e competências definidas no currículo comum.

Este Decreto-Lei prevê também o aumento de técnicos especializados: fala e língua gestual portuguesa, assim como prevê a criação de 13 Centros de Recursos TIC para a Educação Especial (13 centros em 2007), mais 12 centros de recursos TIC em 2008.

Com o exposto pretendo referir que as crianças hospitalizadas não são referidas especificamente neste Decreto-Lei que regulamenta a educação especial, estão incluídas nas crianças com necessidades permanentes de educação especial, mas o que aqui quero realçar é o facto de, sendo esta uma necessidade tão pertinente e premente, deveria estar especificamente definida e ser devidamente definida na educação especial. Não descurando as demais dificuldades, a doença é um factor que altera completamente a vida da criança, a sua realidade é completamente alterada, logo, a sua necessidade é específica: para além de se encontrar doente e ter direito à escolarização, o contexto em que se encontra também é específico.

Relativamente à discussão no que diz respeito à legislação, que deveria dar mais protecção às crianças e aos jovens hospitalizados, ela surgirá no capítulo reservado à apresentação, tratamento e análise dos dados recolhidos nas duas unidades de pediatria estudadas.



### 3- Inclusão das crianças e jovens hospitalizados

Quando falamos de inclusão falamos de um processo social que é, ou supostamente deveria ser, encarado e concretizado por todos que estão próximos e que podem contribuir para tal fenómeno.

Inclusão leva o pensamento, geralmente, a fazer associação com algo que se passou na vida de alguém. Se se passou antes, ou ainda poderá decorrer, como é o caso das crianças hospitalizadas, é extremamente importante que este facto não passe despercebido, mas sim que se contribua para que a inclusão da criança aconteça de forma mas compreensível e facilitadora, no sentido de minimizar a situação.

Quando se trata de inclusão de crianças, a escola é o ambiente mais importante no processo, pois basta dizer que a escola é o segundo meio de socialização por excelência. Aqui processam-se a educação formal e as vivências significativas que contribuem para o crescimento social da criança.

Embora a criança que fica doente não tenha nascido com esse problema, ela sofre a “exclusão causada pelo isolamento” e por outros tantos factores que rodeiam essa exclusão, tal como as crianças que nascem com alguma necessidade especial sofrem com a exclusão pois “o defeito orgânico manifesta-se inevitavelmente como uma mudança na situação social da criança” e este “defeito” leva a que as pessoas que rodeiam a criança a tratem de forma diferente, positiva ou negativamente, o que é facto é que é tratada de forma diferente e esse tratamento influi na sua vida social (Gasparly e Santarosa, 1999: 75).

#### 3.1- As TIC e a inclusão digital como promoção da inclusão social e da qualidade de vida

Segundo Gasparly e Santarosa, a informação gera aprendizagem e esta aprendizagem circula de diferentes formas. Com o uso das TIC, as crianças e jovens “têm acesso a praticamente toda a informação, além de poderem resgatar as relações que mantinham antes da doença”. O seu meio social pode então, por restrito que ainda continue a ser, estar mais perto destas crianças (Gasparly e Santarosa, 2005: 64).

Para a criança já é um choque o surgimento da doença, a interrupção das suas relações com o mundo que a rodeia poderá ser um choque ainda maior. É um facto que a importância da escola não é a mesma para todas as crianças, mas nestas situações a sua falta é sentida de maneira diferente, pois as crianças depressa se apercebem que terão de permanecer no hospital para se tratarem e que as suas relações com a escola e com os amigos serão “cortadas” durante algum tempo e a escola torna-se um “ambiente gerador de saudades e muito desejado” (Gaspary e Santarosa, 2005: 67).

Através das TIC a manutenção do vínculo escolar pode ser assegurado e as crianças hospitalizadas podem acompanhar o que se passa nas escolas e manter, de certa forma, os afectos típicos da sua idade, pois a escola, tal como muito bem afirmam Gaspary e Santarosa, “tem um papel fundamental para o desenvolvimento de qualquer criança” (Gaspary e Santarosa, 2005: 67). Estas autoras focam o papel da inclusão através das TIC, afirmando que é algo urgente e essencial para o desenvolvimento da criança, tanto em termos de desenvolvimento cognitivo como em termos de apoio/acompanhamento escolar e em termos afectivos. A sua auto-estima reconstrói-se, o que é de extrema importância face às dificuldades dos tratamentos que têm que enfrentar.

As TIC são apresentadas por estas autoras como “alternativa de resgate das relações sociais e de inclusão” que têm também como função a “reconstrução da sua auto-imagem e consequentemente da sua auto-estima” pois as crianças podem interagir com colegas do mesmo ano de escolaridade e da mesma idade, combatendo os sentimentos que “determinam os sentimentos de isolamento, vulnerabilidade e ansiedade” (Gaspary e Santarosa, 2005: 70).

Neste sentido, para que estas limitações sejam superadas, torna-se imperativo que a criança participe na vida social de forma ampla e completa e tendo contacto com a família e com a escola, agentes de socialização por excelência. A criança sente-se inserida socialmente, pois como se encontram internadas, o seu espaço físico torna-se limitado e a inclusão social encontra barreiras mais altas.

Posto isto, perante o problema da inclusão social é necessário pensar em alternativas que em tudo melhorem esta condição, sendo que as TIC são um instrumento precioso no processo de inclusão social das crianças e dos jovens.

Deste modo, a “inclusão digital deve estar presente na escola e ser um agente facilitador da inclusão escolar” (Gaspary e Santarosa, 2005: 73). A escola promove a inclusão social e dela tem de fazer parte, contribuindo de forma activa para a prossecução dos objectivos da inclusão social. As escolas nos hospitais buscam realmente, através do contacto com o que se passa no mundo exterior, a promoção do desenvolvimento da criança em todas as suas vertentes: social, cognitiva, afectiva e psicológica. Através do contacto com o que se faz na escola, por meio da TeleAula, as crianças não perdem o contacto com o meio do qual fazem parte naquela idade. Embora a TeleAula não seja estabelecida com as próprias escolas dos alunos, o que se tornaria também muito complicado pois assiste-se a um número considerável de crianças internadas, estão definidas as escolas de referência, ou seja, as escolas com as quais se vai estabelecer contacto. Através da TeleAula as crianças e os jovens vão colocando o isolamento de lado pois vêm e são vistas, aprendem e ensinam à sua maneira.

**CAPÍTULO V**

---

**METODOLOGIA:**

**O CAMPO DE PESQUISA**

---

## 1- Metodologia

A metodologia permite delinear uma investigação cuja escolha está estreitamente relacionada com o problema em estudo.

Segundo Carmo, com base em Grawitz, métodos são “um conjunto concertado de operações que são realizadas para atingir um ou mais objectivos, um corpo de princípios que presidem a toda a investigação organizada, um conjunto de normas que permitem seleccionar e coordenar técnicas.” (Carmo, 1998: 175).

Neste capítulo, que destino ao enquadramento da “pesquisa de campo”, e tendo em conta que este trabalho se enquadra num mestrado em Sociologia, apresento a fundamentação metodológica da investigação efectuada, especificando as operações que realizei para atingir os meus objectivos. Neste sentido começo por delinear a natureza do meu estudo, referindo algumas considerações sobre alguns dos pressupostos metodológicos da investigação realizada, especificando, de seguida, a problemática de investigação e os objectivos que nortearam a minha acção. Serão descritas, pormenorizadamente, as opções metodológicas adoptadas, iniciando-se pela fundamentação e caracterização da opção por uma metodologia de natureza predominantemente qualitativa (Estudo de Caso), indicando posteriormente o método e as técnicas de recolha de dados adoptados no âmbito da investigação empírica, assim como as razões dessas opções. Posteriormente, farei breves considerações gerais ao plano de investigação para depois especificar então os procedimentos utilizados e fazer a sua caracterização. Apresento ainda as técnicas e os procedimentos utilizados na recolha e análise dos dados, finalizando com uma breve síntese de alguns condicionamentos e limites da investigação.

### 1.1- Natureza do Estudo: Opções teóricas e metodológicas

O investigador deve, primeiramente definir o problema de investigação, o qual será, com frequência, proveniente da sua própria experiência ou de situações ligadas à sua vida prática, mas que pode também resultar de deduções a partir da teoria, da revisão de literatura, ou de questões sociais ou políticas (Merriam, 1988).

Acerca da selecção do tema, também se afirma que “a selecção de um assunto é mais difícil do que parece à primeira vista” (Bell, 2004: 36). No que toca a este ponto, a minha decisão

foi, desde o primeiro momento, sem qualquer hesitação, conhecer e estudar a realidade que aqui apresento pois é um assunto que sempre me interessou particularmente e que há já algum tempo queria explorar.

Através deste estudo pretendo descrever e compreender a forma como o processo de ensino, pedagógico e educacional, se desenvolve nos Hospitais, estudando o caso particular do IPO de Lisboa, assim como também pretendo corroborar a importância deste tipo de apoio escolar independentemente do tempo de internamento das crianças e jovens, estudando o caso específico do Serviço de Pediatria do HESE, unidade hospitalar em que as crianças não têm um tempo tão prolongado de internamento, mas que, para o respeito integral das necessidades das crianças e jovens, para que o seu processo de desenvolvimento não seja comprometido, este apoio deve ser uma realidade neste hospital.

Trata-se então de uma investigação de âmbito sócio-educativo que também tem como objectivo ser uma mais-valia para a área da saúde na medida em que muitos são os profissionais de saúde que ainda encaram o tratamento de crianças e jovens apenas sob a vertente biológica, descurando aspectos do foro psicossocial que fazem igualmente parte do desenvolvimento do ser humano.

Sendo então uma investigação que tem como intenção compreender um fenómeno educativo, ela é caracterizada, segundo Pacheco, como “uma actividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objecto de indagação e que contribui para explicar e compreender os fenómenos educativos” (Pacheco, 1995: 9). Assim, a nível metodológico, esta investigação baseia-se no método indutivo uma vez que pretendo estudar o papel da educação em contexto hospitalar de uma forma sistemática e holística, à medida que os dados emergem.

Pretendo fazer uma análise reflexiva e sistemática de forma a descrever a realidade que me proponho estudar através de uma “lógica exploratória, como meio de descoberta e de constituição de um esquema teórico de inteligibilidade” (Abarello et al, 1997:117).

Dedico-me à descrição pormenorizada do trabalho que desenvolvi pois pretendo que o meu estudo seja referenciado e eventualmente replicado. A credibilidade de um estudo qualitativo, pode ser vista a partir das noções de validade e de fiabilidade. A validade “diz-nos se um método mede ou descreve o que supostamente deve medir ou descrever”. No que diz respeito a validade, em termos de estudos qualitativos é muito importante que o

investigador possua a qualidade de aumentar a credibilidade do seu estudo, que pode ser conseguida através de diversas triangulações ou diferentes processos complementares para chegar às mesmas conclusões, tanto no que diz respeito às diferentes fontes de recolha de dados, como no que concerne à detecção de desvios derivados da influência do factor “investigador” (Bell, 2004: 98 Ramos, 2005).

Também considerada critério de boa qualidade nos estudos qualitativos, a fiabilidade ou replicabilidade que deve “fornecer resultados semelhantes sob condições constantes em qualquer ocasião”, ou seja, não tem que ver com outros investigadores obterem os mesmos resultados se repetissem o estudo, mas sim, recorrendo aos dados, perceber que os resultados fazem sentido, tendo sempre as peculiaridades dos contextos que ser respeitadas. É a consistência, ao longo do tempo, da captação das variáveis (Bell, 2004:100; Ramos, 2005).

Atendendo a estes parâmetros, fui muito rigorosa nas minhas observações, o que registei foi realmente o que aconteceu, respeitando assim a possibilidade de diferentes investigadores poderem replicar o meu estudo em situações análogas (Ramos, 2005).

Na óptica de Silva e Menezes (2001), um estudo descritivo visa “descrever as características de determinada população ou fenómeno” e recorre a técnicas como a recolha bibliográfica e a observação (Silva e Menezes, 2001: 21). Assim, é minha intenção conhecer, registar, analisar, compreender, descrever os processos deste meio.

Pretendendo então compreender a realidade, investigar o que está “por detrás” de comportamentos, atitudes e convicções. Recorri à metodologia de carácter qualitativo, no desenho, planeamento e execução da mesma. Segundo Bryman, a abordagem qualitativa é “a perspectiva de estudar o mundo social que procura descrever e analisar a cultura e o comportamento dos seres humanos e dos seus grupos a partir do ponto de vista daqueles que estão a ser estudados” (Bryman, 1988: 46).

Utilizei a triangulação de instrumentos de recolha de dados e centrei-me no “Estudo de Caso” para estudar a particularidade e complexidade do caso específico de um hospital onde o apoio pedagógico e educacional é uma realidade, o IPO de Lisboa, e o caso do HESE, onde este tipo de apoio ainda não se pratica. Com esta pesquisa, pretendo comprovar que é realmente importante esta unidade hospitalar tornar este apoio uma

realidade para os seus utentes, pois “a melhor porta de entrada para as realidades humanas e para o estudo das práticas sociais são, portanto, as interpretações e as justificações dos actores sobre essas mesmas práticas” (Ferreira, 2003:135). É então minha intenção compreender o significado e o sentido das situações e experiências, com um design de investigação flexível, com ênfase no processo (Bryman, 1988; Ramos, 2005).

Em relação à triangulação, que tem como objectivo abordar a realidade através da multiplicidade de instrumentos, ela vai-me possibilitar um conhecimento mais consistente da realidade que pretendo pesquisar, pois é importante, quando se estuda um fenómeno social, conhecer as suas raízes históricas assim como os seus significados culturais.

A investigação qualitativa é naturalista e indutiva, partindo dos resultados da recolha de dados, o investigador desenvolve conceitos e chega à compreensão dos fenómenos, ou seja, não recolhe os dados para testar hipóteses. Neste tipo de investigação a descrição é parte fundamental. Os dados provêm da descrição profunda e rigorosa de documentos, observações e entrevistas. Em termos de instrumento de recolha de dados, o investigador é o principal instrumento, o qual tem de ser objectivo. Esta metodologia é holística, eu, como investigadora, tentei compreender a realidade global, os sujeitos de investigação, os significados que atribuem aos fenómenos e a tudo o que os rodeia. Aqui o plano de investigação tem realmente de ser flexível pois o investigador estuda sistemas dinâmicos. (Bogdan e Blikem, 1994).



### 1.1.1- “Estudo de Caso”

O método de Estudo de Caso é muito utilizado nas Ciências Sociais e vários são os autores que se têm dedicado ao estudo deste método. Assim, segundo Yin o estudo de caso debruça-se sobre um “fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto real de vida, especialmente quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são absolutamente evidentes” (Yin, 1994: 13). Ainda segundo Yin, no “estudo de caso” as questões da pesquisa centram-se no “como” ou no “porquê” e a estratégia de pesquisa é abrangente, recorrendo a várias fontes de evidência e a diversas triangulações de dados.

Continuando a análise sobre este método, afirma Merriam que o estudo de caso “assenta num fenómeno específico, tal como um programa, um acontecimento, uma pessoa, um processo, uma instituição, ou um grupo social” e que consiste na análise detalhada de um contexto, situação ou indivíduo em fonte documental única ou de acontecimento específico (Merriam, 1998: 9). Segundo Bell, um estudo de caso “interessa-se sobretudo pela interação de factores e acontecimentos” (Bell, 2004: 23).

Nas considerações de Tavares, baseada em Ludke, o estudo de caso assume como características a descoberta, destaca a interpretação em contexto assim como procura retratar a realidade de forma abrangente e profunda, recorre a variadas fontes de informação e procura descrever os diferentes pontos de vista que estão presentes na situação social que se investiga. “O estudo de caso é um método complexo que exige muito rigor na originalidade, coerência e consistência de ideias” (Tavares, 1998: 64).

No que diz respeito à estratégia de pesquisa, os estudos de caso podem ser estudos exploratórios, estudos descritivos e estudos explanatórios, dependendo do tipo de questão da pesquisa e do grau de enfoque em acontecimentos contemporâneos (Yin, 1994). Neste estudo, a estratégia de pesquisa, refere-se ao “estudo de caso” com características descritivas e exploratórias (Merriam, 1998:38; Yin, 2004).

Assim, o estudo de caso pretende analisar o que existe de singular e único, apesar de se poderem vir a notar semelhanças com outras situações, mas o investigador debruça-se sobre a realidade específica que está a estudar, tentando compreender a sua complexidade. Segundo Bell, com base em Denscombe, um estudo de caso pode ser generalizável a

outros exemplos dependendo da semelhança do exemplo e neste sentido afirma que o investigador deve obter dados acerca de “aspectos significativos... e em seguida mostrar de que forma o estudo de caso se encaixa no quadro geral” (Bell, 2004: 24). Ainda acerca da generalização, Bassey, estudioso do método de estudo de caso, no campo da educação, afirma que “é mais importante que um estudo possa ser relatado do que possa ser generalizado”, pois considera que o importante é sim avaliar os pormenores do caso e ver até que ponto são úteis para si, que trabalha numa situação semelhante (Bell, 2004: 24).

O estudo que aqui apresento debruçou-se sobre acontecimentos contemporâneos, e as experiências desenvolveram-se em contextos reais nos quais os fenómenos observados dizem respeito ao dia-a-dia das crianças e jovens hospitalizados nas unidades de pediatria do IPO e do HESE.

No sentido das explicações anteriores, o que pretendo fazer não é generalizar, mas sim relatar e perceber a realidade, que, no caso do IPO de Lisboa, em termos de “quadro geral”, possivelmente, os processos poderão ser generalizáveis, pois estão estabelecidos pelo Ministério da Educação, mas não são nunca iguais, pois a realidade humana, social e organizacional, que se alicerça em interrelações, é complexa e a sua análise tem que ter em conta estes factores, assim como o contexto social de cada situação.

No caso do HESE, através do estudo da realidade com que se depara este hospital, assim como do estudo das opiniões dos actores que fazem aquela realidade, acerca desta matéria, ambiciono comprovar a importância do apoio escolar às crianças e jovens em situação de hospitalização, independentemente do seu tempo de permanência no hospital, assim como comprovar a importância de uma sala de apoio escolar nas unidades hospitalares, no mínimo, a nível distrital.

Esta investigação, além do seu carácter descritivo, é também de natureza exploratória uma vez que pretende identificar, descrever e analisar aspectos importantes possíveis de, quando estudados, gerar investigações futuras (Ramos, 2005). Assim procurei descrever as potencialidades e as limitações existentes num ambiente de escola hospitalar e além disso, pretendi identificar aspectos essenciais a ter em conta quando crianças e jovens se encontram em situação de hospitalização.

---

Pretendo contribuir para o estudo dos fenómenos do apoio escolar em contexto hospitalar, pois este é, indubitavelmente, um problema que causa alterações na vida das crianças e dos jovens, logo é considerado, indiscutivelmente, um problema social.

Embora tenha justificado a abordagem qualitativa que pretendo fazer, não ignoro o facto da complementaridade entre os paradigmas da investigação pois “não há abordagem que prescreva ou rejeite uniformemente qualquer método particular”, pelo contrário, embora ambos os paradigmas tenham as suas vantagens e as suas limitações, a abordagem qualitativa pode ser complementada com instrumentos típicos da abordagem quantitativa e vice-versa (Bell, 2004: 19).

## 1.2- Problema de Investigação e Objectivos

### 1.2.1- Problema de investigação

No que diz respeito ao problema que deu origem à minha investigação, embora Tuckman afirme que esta é uma das fases mais difíceis de um processo de investigação, as perguntas que, desde cedo formulei, pareceram-me sempre realistas e adequadas às minhas possibilidades de realizar investigação, assim como pertinentes para o contexto do estudo que, segundo as minhas pesquisas, não seria alvo de muitos estudos (Tuckman, 2000).

Neste sentido e uma vez que “toda a investigação tem por base um problema inicial que, crescente e ciclicamente, se vai complexificando, em interligações constantes com novos dados, até à procura de uma interpretação válida, coerente e solucionadora”, as minhas questões sobre este assunto foram tomando proporções maiores, à medida que alargava o meu conhecimento sobre o tema, mas tentei sempre clarificar o problema para que a sua exequibilidade e pertinência não ficassem comprometidas (Quivy et al, 1992).

A construção da identidade das crianças passa pelo contacto com o seu grupo social: a família, agente de socialização por excelência, e mais tarde a escola, segundo agente de socialização. A escola torna-se o meio social onde as crianças têm acesso ao conhecimento assim como estabelecem as suas relações com os outros, factor importante que contribui para o seu crescimento no sentido do eu, individual, e no sentido social, com os outros: “o distanciamento do processo de escolarização repercute fortemente no processo de socialização, pois a perda de contacto da criança ou adolescente com os seus colegas é imediata” (Vasconcelos, <http://www.reacao.com.br/>).

Quando se dá um afastamento do meio social e as crianças e os jovens são privados da interacção com o seu meio habitual, ainda que provisoriamente, estes são impedidos de ter acesso ao conhecimento e de construir a sua identidade. A criança hospitalizada encontra-se privada das interacções sociais que fazem parte da sua vida e, conseqüentemente, o seu desenvolvimento está a ser comprometido, ou seja, “a constituição do eu é um processo condenado ao inacabamento, que persistirá eternamente” (Fontes, 2005: 127).

Perante este problema, associou-se o crescente interesse e a necessidade de aprofundar os conhecimentos científicos neste campo, que se veio assim a transformar num projecto de

investigação que tem como objectivo contribuir para uma nova perspectiva de educação que “fertilize” a vida pois “o desejo de aprender/conhecer engendra o desejo de viver no ser humano” (Fontes, 2005: 123).

Foi este o problema que me estimulou à investigação. Sobre esta realidade delinee as perguntas de investigação, em torno das quais a investigação se orienta. Assim, as questões principais foram formuladas da seguinte forma:

- Que formas de educar são possíveis num hospital?
- Como se processa o apoio escolar às crianças e jovens hospitalizados?
- Será viável e adequada a implementação de um programa de apoio pedagógico e educacional no HESE, uma vez que este é um direito das crianças e jovens hospitalizados?

Sobre o problema e sobre estas questões tracei um plano onde formulei os seguintes objectivos:

### **1.2.2- Objectivo Geral**

Objectivo geral: - compreender como a educação em meio hospitalar pode contribuir para o desenvolvimento cognitivo, emocional e da saúde das crianças e jovens hospitalizados.

### **1.2.3- Objectivos Específicos**

- Conhecer a realidade do apoio escolar que é prestado às crianças e jovens hospitalizados;
- Investigar a validade de um apoio educacional, em menor prazo de internamento, em hospitais (pois este apoio é um direito das crianças e jovens hospitalizados);
- Descrever a prática pedagógica em hospital como meio de apoio educacional, registando as suas vantagens assim como as suas dificuldades;
- Analisar e reflectir sobre o papel do professor e sobre as novas concepções de educação a partir do apoio pedagógico e educacional neste *locus* de actuação;

- Relacionar os dados obtidos, com o objectivo de estimar qual a consciência e sensibilidade dos vários actores sociais relativamente à contribuição deste tipo de apoio para o bem-estar/qualidade de vida da criança hospitalizada.
- Apresentar propostas para uma possível melhoria do processo de apoio pedagógico e educacional nas “escolas hospitalares”;
- Apresentar propostas para a definição de um apoio pedagógico e educacional no serviço de pediatria do HESE.

Tendo em vista uma melhor orientação e operacionalização do meu processo de recolha de dados, optei por definir temas principais do meu estudo que são, no fundo, as questões de pesquisa deste estudo de caso. Dentro dos temas tracei questões que queria ver respondidas e que se tornaram norteadoras, subordinadas a esses mesmos temas, com o intuito de clarificar e responder aos meus objectivos.

Neste sentido, relacionadas com as minhas questões de pesquisa formulei então as seguintes questões:

#### **TEMA 1 – Que formas de educar são possíveis num hospital?**

- É possível pensar o hospital como um espaço educacional?
- Como contribui a educação para a saúde das crianças e jovens hospitalizados?
- O trabalho educação/saúde leva a uma garantia de excelência, numa perspectiva de política de humanização do hospital?

Tabela ----: Questões norteadoras do processo de recolha de dados – tema 1

**TEMA 2 – Como se processa o apoio escolar às crianças e jovens hospitalizados? (Operacionalização do apoio escolar a crianças e jovens hospitalizados)**

- Como se processou a implementação da escola no hospital?
- As instalações e os meios técnicos são adequados e suficientes?
- Como se processa a gestão e manutenção da escola (responsáveis, recursos, coordenação)?
- Os recursos Pedagógicos, de saúde e sociais são suficientes?
- A criança hospitalizada tem algum artigo/decreto-lei que regulamente o seu apoio pedagógico ou apenas tem o que, no geral, regulamenta as necessidades educativas especiais?
- A escola possui um Projecto Pedagógico? Que acções (gerais) estão previstas nesse documento?
- Quais as concepções que orientam o trabalho pedagógico das professoras?
- Como é a escola, vista pelos familiares das crianças?
- A tecnologia, na escola do hospital, é considerada como estando em prol da inclusão?
- Qual a relevância da escola no hospital para a sociedade?
- Os professores recebem algum tipo de formação dirigida ao seu trabalho específico?
- É considerada necessária uma formação pedagógica específica, a nível de corpo docente, para trabalhar na escola do hospital?
- Quais os limites e possibilidades do professor neste *locus* de actuação?

**Tabela ----:** Questões norteadoras do processo de recolha de dados – tema 2

**TEMA 3 – Será viável e adequada a implementação de um Programa de apoio pedagógico e educacional no HESE, uma vez que é um direito das crianças e jovens hospitalizados?**

- O número de crianças internadas na unidade de Pediatria do HESE tem aumentado?
- Os recursos e o espaço disponíveis às actividades de recreio são adequados às necessidades do quotidiano?
- Está prevista a constituição de um apoio pedagógico e/ou educacional para as crianças hospitalizadas no Serviço de Pediatria do HESE?
- Que instalações existem, de momento, que poderiam ser adaptadas a uma estrutura de apoio pedagógico?
- Qual o número médio de crianças hospitalizadas carentes de apoio escolar?
- Como deveria ser constituída uma equipa de apoio integral à criança hospitalizada?
- Qual a sensibilidade dos profissionais de saúde do HESE para um projecto desta natureza?
- Como é avaliada a importância de um projecto deste tipo?

**Tabela ----:** Questões norteadoras do processo de recolha de dados – tema 3

O primeiro tema relaciona-se com as percepções, reflexões e opiniões dos actores dos contextos estudados em relação à educação em ambiente hospitalar.

O segundo tema relaciona-se com a descrição do desenvolvimento/estruturação, envolvimento e participação das actividades e de toda a experiência de apoio pedagógico e educacional no hospital tendo em consideração, também, as referências das leituras feitas.

Finalmente o terceiro tema relaciona-se com a questão específica do HESE: a possibilidade da implementação de um programa de apoio pedagógico e educacional a crianças e jovens hospitalizados no HESE, uma vez que este hospital não dispõe de um apoio deste tipo, apenas tem uma sala onde se praticam actividades lúdicas.



### 1.2.2- Relevância da pesquisa

**Do ponto de vista científico,** procurei aumentar o conhecimento e a compreensão acerca do apoio pedagógico e educacional, e sua pertinência, como passo para uma atenção integral à criança/jovem em situação de hospitalização e conseqüentemente para uma humanização do ambiente hospitalar, que tem como finalidade última a qualidade de vida.

Na pesquisa bibliográfica realizada, encontraram-se poucos trabalhos sobre esta temática e considerando que carece de investigações neste campo, acredito que este trabalho possa contribuir para o conhecimento da temática e para a abertura de novas investigações, tanto na área da educação como na área da saúde.

**Do ponto de vista social,** poderá contribuir para o aperfeiçoamento técnico de profissionais da área da educação e da saúde, assim como auxiliar em estratégias educacionais para a promoção da qualidade de vida das crianças hospitalizadas. O facto de trabalhar e dar a conhecer esta temática parece-me extremamente importante, pois grande maioria das pessoas desconhece este tipo de apoio que é dado às crianças. É minha intenção contribuir para a promoção da melhoria da qualidade de vida e inclusão das crianças em situação de hospitalização que tem subjacente a harmonia e qualidade de vida dos seus familiares e comunidade envolvida.

As respostas ou expectativas deste estudo referem-se à viabilidade e à adequação da implementação de um programa de apoio escolar para as crianças e jovens internados no HESE, assim como dar a conhecer esta realidade no que respeita a um caso nacional e reafirmar a sua pertinência.

### 1.3- Plano de Investigação

No decurso da minha investigação, o plano que tracei como instrumento base para minha orientação foi valioso. Com vista a alcançar os meus objectivos foi sempre minha intenção procurar respostas para as minhas indagações seguindo “um conjunto de procedimentos e orientações a que a investigação deve obedecer, tendo em vista o rigor e o valor prático da informação escolhida” (Almeida e Freire, 1997: 72).

Assim, para fazer uma caracterização ambos os contextos, e para complementar a observação, analisei também alguns documentos que me foram disponibilizados pelos Hospitais, tais como o Projecto Pedagógico (Plano de trabalho geral), no caso do IPO de Lisboa e no caso do HESE documentos e registos sobre o interesse do hospital em adquirir material informático para o Serviço de Pediatria, com vista a responder às necessidades e desejos das crianças.

Relativamente às percepções dos actores educativos e dos profissionais de saúde, estas forma recolhidas através de entrevista. Optei por este método pois os entrevistados têm oportunidade de se exprimirem sem condicionalismos de escrita ou escolhas múltiplas que um questionário pode apresentar pois, nas palavras de Best, a entrevista é “muitas vezes, superior a outros sistemas de obtenção de dados. Uma razão é que as pessoas, geralmente, preferem falar a escrever” Best (1981:159).

A interacção é também muito importante, e nas entrevistas ela pode revelar muito, assim como as intenções da investigação podem também, mais facilmente, ser esclarecidas: “A forma como determinada resposta é dada (o tom de voz, a expressão facial, a hesitação, etc.) pode transmitir informações que uma resposta escrita nunca revelaria” (Bell, 2004: 137). Também na entrevista o ambiente informal torna-se mais favorável a questões imprevistas que podem surgir, sendo estas respostas um contributo valioso para a informação recolhida. Em suma, todas as características relatadas fazem da entrevista um instrumento valioso pois “o carácter flexível deste tipo de abordagem permite aos sujeitos responderem de acordo com a sua perspectiva pessoal, em vez de terem que se moldar a questões previamente elaboradas” (Bogdan e Biklen, 1994:17).

Assim, este método, que desenvolverei adiante neste capítulo, possibilitando uma melhor percepção das opiniões dos entrevistados, derivado à interação, abarca, de uma forma mais abrangente, todos os objectivos do estudo e é um meio privilegiado para perceber como os actores vêem o trabalho que se realiza em contexto hospitalar e para eu, como investigadora, perceber como são organizados e concretizados os processos.

Sendo que o meu objectivo não era confirmar ou inferir hipóteses previamente construídas, analisei os dados de uma forma indutiva exploratória, pois ansiava descobrir, conhecer a realidade, pois como afirmam Bogdan e Biklen, “ainda que se possam vir a seleccionar questões específicas à medida que se recolhem os dados, a abordagem à investigação não é feita com o objectivo de responder a questões prévias ou testar hipóteses” (Bogdan e Biklen, 1994:16).

Feita uma síntese do meu plano de investigação, apresento, nos quadros seguintes a forma como decidi operacionalizar a minha recolha de dados. Assim, através do Quadro nº 1, apresento o Cronograma que me serviu como orientação geral, temporal, e através do Quadro nº 2, dou a conhecer a minha orientação em termos de metodologia a seguir na recolha e análise dos dados.

### Apoio Pedagógico e Educacional a Crianças e Jovens Hospitalizados

Out./Nov. 2007	Dez.-Jan 2007	Fev.-Março 2008	Fev.-Março 2008	Abril-Out2008	Nov.-Fev. 2008	Março-Maio2008
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚Recolha Bibliográfica.</li> <li>✚Envio de Correspondência com a finalidade de obter autorização necessária por parte dos Hospitais para iniciar a investigação.</li> <li>✚Análise de Conteúdo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚Recolha Bibliográfica.</li> <li>✚Reunião com o Orientador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚Recolha Bibliográfica (documentos do Hospital).</li> <li>✚Início do trabalho de Campo: (se já autorizado pelos Hospitais)</li> <li>*Observação Participante.</li> <li>✚Análise de Conteúdo.</li> <li>✚Reunião com o Orientador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚Trabalho de Campo:</li> <li>*Observação Participante.</li> <li>✚Registos no “diário” da investigadora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚Trabalho de Campo:</li> <li>*Observação Participante;</li> <li>*Entrevistas semi-estruturadas.</li> <li>✚Registos no “diário” da investigadora.</li> <li>✚Análise de Conteúdo.</li> <li>✚Reunião com o Orientador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚Análise da informação recolhida, tratamento de dados:</li> <li>*Análise de Conteúdo.</li> <li>✚Reunião com o Orientador.</li> <li>✚Redacção do Trabalho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚Análises, considerações e reuniões finais para o término do documento escrito.</li> <li>✚Redacção final do trabalho.</li> </ul>

Quadro n.º 1: Cronograma

Fases	Objectivos	Instrumentos e Técnicas	Recolha e análise de dados
1ª Fase	- Conhecer como se encontra a arte no que diz respeito à temática em estudo	- Pesquisa Bibliográfica	- Análise de Conteúdo
2ª Fase	- Caracterizar o contexto de ambos os campos de pesquisa	- Observação directa e participante; - Recolha de documentos: IPO- Projecto Educativo e o Projecto Curricular de Escola, modelos próprios da escola; HESE- documentos de interesse acerca do assunto	- Descrição; - Análise de Conteúdo
3ª Fase	- Compreender o modo como os diferentes actores vêem este assunto; - Identificar as características e estratégias de ensino no hospital; - Analisar a importância do ensino no hospital como factor de humanização do mesmo	- Entrevistas semi-estruturadas	- Análise de conteúdo

Quadro n.º 2: Operacionalização das fases de recolha de dados

Deste modo, ao longo deste estudo, segui o seguinte percurso metodológico acima apresentado e que, no geral se resume da seguinte forma:

**1º Passo** - Revisão da literatura (nacional e internacional) e de estudos empíricos realizados no âmbito da Escola Hospitalar;

**2º Passo** - Recolha e análise de um *corpus* documental que me permitiu descrever e caracterizar este tipo de apoio;

**3º Passo** – Observação directa e participante das realidades que me propus estudar (IPO, HESE)

**4º Passo** – Caracterização dos campos de análise;

5º Passo - Realização das entrevistas às professoras, educadora, médicos e chefes de enfermagem;

6º Passo - Análise de conteúdo dos dados recolhidos, através de um processo de categorização e codificação, que me permitiu a redução da informação assim como a sua descrição e interpretação.

#### **1.4- Abrangência do Estudo – selecção dos actores: a amostra da investigação e unidade de análise**

Uma etapa fundamental ao planear e conduzir um estudo de caso diz respeito à definição da unidade de análise, ou seja, a definição do “caso” de estudo (Yin, 2005:43).

A unidade de análise deste estudo é constituída pelos alunos/crianças e jovens hospitalizados e pelos contextos em que se desenvolveu a investigação.

Para a realização da investigação o primeiro passo que dei foi tratar de obter autorização por parte dos supracitados hospitais para poder realizar o meu trabalho de campo. Assim solicitei, por escrito, aos Presidentes dos respectivos Conselhos de Administração dos hospitais, a devida autorização para que fosse autorizada a minha presença como investigadora, apresentando sinteticamente os objectivos da minha investigação.

Uma vez obtida a autorização por parte dos hospitais, contactei com os Directores dos respectivos Serviços de Pediatria. Este processo realizou-se primeiro no HESE e mais tarde no IPO. Depois de uma conversa com os respectivos directores, onde, mais uma vez, foram explicados os objectivos da investigação, os mesmos apresentaram-me o contexto real que eu queria estudar, apresentando-me também tanto as Professoras (IPO) e a Educadora (HESE), assim como as Enfermeiras-Chefe dos respectivos serviços, solicitando a participação nesta investigação que foi, desde logo, muito bem recebida por todos. A partir daqui o meu contacto passou a ser com o verdadeiro ambiente de educação presente nos hospitais.

Em termos de primeiros contactos, estes ganharam “forma” a partir de 15 de Janeiro de 2008, onde iniciei o meu trabalho de campo no serviço de pediatria do HESE. Depois de estudada a realidade em termos de educação deste hospital, a minha investigação

direccionou-se então para o IPO de Lisboa, onde estabeleci os primeiros contactos com aquela realidade no mês Fevereiro.

Já presente nos respectivos campos de estudo, iniciei a observação do ambiente social dos serviços que me levou a uma reflexão sobre a análise dos aspectos sobre os quais pretendia obter informações.

### **1.5.1.- População/Amostra da Investigação**

Assim, a selecção das unidades hospitalares foi intencional. Segundo Quivy, a população é “o conjunto de todos os indivíduos que se pretende estudar em função de determinada propriedade. Não basta saber que tipo de dados deverão ser recolhidos, é também preciso circunscrever o campo das análises empíricas no espaço geográfico, social e no tempo” (Quivy, 1992: 159).

Pretendi estudar um serviço de Pediatria que dá apoio escolar às crianças e jovens (IPO) e o Serviço de Pediatria da minha cidade (HESE) tendo em vista, como já referi tornar este estudo proficuo para esta Instituição.

Poderia ter escolhido um outro Hospital que dá apoio escolar às crianças, pois existem, felizmente, muitos mais que atendem aos direitos das crianças neste aspecto, mas escolhi o IPO porque é um hospital de especialidade, que tem em mãos casos muito delicados, não descurando os outros hospitais e as demais dificuldades em termos de saúde do ser humano, mas dedica-se a tratar casos de uma doença que por muitos já é apelidada de “doença do século” e é do conhecimento geral que quando esta doença se manifesta em crianças a situação é muito mais delicada. Derivado a esta doença as crianças têm de permanecer longos períodos de tempo no hospital e são muito afectadas pelos tratamentos que têm que fazer. A escola está no 7º piso do IPO de Lisboa e todos os dias tem alunos. Faz parte do tratamento, é fundamental para a recuperação das crianças e jovens que ali têm que permanecer. É, incontestavelmente, imprescindível.

Estabeleceram-se, assim duas unidades de observação: uma unidade de pediatria com Escola e uma unidade de pediatria apenas com um espaço lúdico.

No que concerne à amostra, por conveniência, esta foi constituída, em Évora, por 3 profissionais que exercem funções no referido Serviço de Pediatria, uma de educação e dois de saúde, e por 5 profissionais do serviço de Pediatria do IPO de Lisboa, três de educação e dois de saúde. Refiro ainda as crianças e jovens internados nos respectivos serviços, com idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos, assim como os seus “acompanhantes”.

Entrevistados				
Nº de Professores	Nº de Educadoras	Nº de Médicos	Nº de Enfermeiros	Nº de Crianças
3	1	2	2	Sem definição

Quadro n.º 3: Os entrevistados

Em termos da participação das crianças, no estudo, os critérios não foram muito rigorosos. Defini apenas que, se as condições de saúde lhes permitissem, dariam o seu contributo através das suas conversas comigo, da nossa interacção, da minha observação e participação nas actividades da escola, auxiliando em tudo o que fosse necessário para o bem-estar e desenvolvimento das crianças.

Pretendendo obter uma visão holística da realidade, optei então pela triangulação de fontes, abrangendo as perspectivas dos diferentes actores sobre a importância do apoio em termos educacionais no hospital.

No que diz respeito aos pais das crianças, não foram definidos critérios específicos de recolha de informação, assim como para as crianças. As informações recolhidas resultaram de conversas informais no quarto das crianças, no ambiente onde brincavam ou faziam os seus trabalhos da escola, nos corredores, etc.

Sendo a minha pesquisa uma investigação educacional, é certo que “há um predomínio dos discursos dos professores”, mas pretendi também obter contributos de outros actores que são, sem dúvida, muito importantes para a investigação, o seu ponto de vista, o significado que atribuem às situações (Pacheco, 2006: 14).

Em função dos critérios atrás enunciados e como já havia referido, a selecção da minha amostra foi deliberada, de acordo com Fox, “o investigador selecciona, de uma forma directa e deliberada, os elementos concretos da população que compõem a sua amostra



---

convidada”. Neste sentido, selecionei os hospitais e, posteriormente, os professores, o pessoal de saúde e as crianças (Fox, 1987: 389).

#### 1.4- Contextos de Estudo

No que concerne à minha opção pelo contexto hospitalar, esta decorre do meu interesse em investigar o apoio em termos pedagógicos e educacionais que é/pode ser dado às crianças que se encontram em situação de internamento.

A Escola no hospital representa um elo de ligação com o ambiente dito normal para as crianças, com a sua realidade e permite-lhes que continuem os seus estudos com vista ao não comprometimento da sua escolaridade. No IPO, a “Escolinha” constitui o espaço de distanciamento, de abstracção da doença, de contacto com a escola regular tanto no que diz respeito aos exercícios que as crianças fazem, como às TeleAulas a que assistem, onde contactam com alunos de outras escolas.

Decidido o campo empírico de análise, selecionei então, para o estudo de caso os dois hospitais em cima mencionados, focando os serviços de pediatria médica, onde se encontrava o meu objecto de análise: as crianças e jovens.

No que diz respeito à recolha de informação, esta recaiu em dois períodos, uma vez que, para o sucesso e utilidade do meu estudo, a minha intenção era recolher dados nas duas unidades de pediatria. Assim, para este efeito, a recolha de dados decorreu, globalmente, de 15 de Janeiro de 2008 a 14 de Março de 2008, repartindo-se este tempo pelas duas unidades hospitalares já referidas: de 15 de Janeiro a 31 de Janeiro no HESE e de dia 3 de Fevereiro a 14 de Março no IPO.

O trabalho de campo decorreu todos os dias dos períodos referidos, das 10h00m às 16h30m, sendo que durante este período a minha presença não se limitava apenas a observar mas sim, também a colaborar nas actividades realizadas com as crianças e jovens, dando apoio em todos os aspectos, até mesmo em situações de crianças em isolamento, no caso do IPO.

Seleccionadas as unidades de observação, conclui então a delimitação do campo social concreto em que a minha investigação decorreu, querendo, desde já, louvar todo o trabalho que é realizado nos contextos estudados, assim como exprimir a minha enorme satisfação em ter participado em todas as actividades realizadas e ter contribuído para a qualidade de vida das crianças e jovens internados nestes serviços de pediatria pois foi bastante gratificante.

### **1.6- Técnicas e procedimentos de recolha de dados**

Com o objectivo de estudar, com a solidez possível, a amostra seleccionada, para a presente investigação, foram utilizados recursos técnicos entendidos como mais adequados à recolha e tratamento da informação. Desta forma, neste ponto do trabalho, serão abordadas as técnicas efectivamente utilizadas no decorrer do percurso investigativo.

Em termos de técnicas, Carmo define-as como “ procedimentos operatórios rigorosos, bem definidos, transmissíveis, susceptíveis de serem novamente aplicados nas mesmas condições, adaptados ao tipo de problemas e aos fenómenos em causa. A escolha da técnica depende do objectivo que se pretende atingir” (Carmo, 1998: 175).

Os instrumentos de recolha de dados são meios usados pelo investigador para efectuar a colheita necessária e válida que permite a realização do trabalho. Toda a acção de pesquisa se traduz na pergunta. Por isso, todas as regras metodológicas têm como objectivo exclusivo o de esclarecer o modo de obtenção das respostas.

A observação directa participante e análise de conteúdo das entrevistas, bem como, a pesquisa documental, foram técnicas utilizadas ao longo desta investigação. O recurso a todas estas técnicas, permitiu a triangulação de fontes de informação assim como dar mais consistência à pesquisa efectuada.

No que diz respeito aos estudos de caso, é normal recorrer-se a múltiplas fontes de dados. Neste sentido Yin, alerta para o facto de que, “nenhuma fonte única possui uma vantagem indiscutível sobre as outras”, ou seja, para a realização de um estudo completo de caso, o investigador deverá utilizar o maior número possível de fontes de evidência que se vão

---

complementar entre si, documentação, entrevistas, observação participante, etc (Yin, 2005: 113).

No sentido das explicações anteriores, na apresentação e análise dos dados a informação proveniente de diversas fontes e instrumentos será cruzada, documentos dos contextos educativos dos serviços de pediatria, perspectivas das professoras e educadoras, informações provenientes da observação da investigadora (notas, observações, comentários e impressões), que evidenciam a realidade dos referidos contextos.

Assim, os dados que constituem o *corpus* desta investigação foram obtidos através do contributo das professoras e educadora, das crianças hospitalizadas, dos profissionais de saúde e também dos acompanhantes das crianças. A recolha de dados foi então feita através de: documentos, observação participante, entrevista e diário de bordo da investigadora.

Relativamente aos instrumentos usados destacam-se: (a) registos escritos da investigadora no diário de campo por um período total de, aproximadamente dois meses, (b) materiais obtidos através dos documentos utilizados pelas professoras, como fichas de admissão e de encaminhamento dos alunos, produções escritas/desenhos dos alunos, (c) registos das entrevistas às professoras, educadora e profissionais de saúde.

Neste sentido, a fase de recolha de dados dividiu-se em três etapas. Passo então a apresentá-las e a descrevê-las.

### **1.6.1- Etapa 1 – Documental/Recolha Bibliográfica**

Quando partimos para uma investigação é necessário documentarmo-nos em função dessa mesma investigação, “implica a leitura do que outras pessoas já escreveram” sobre a área que pretendemos estudar (Bell 2004: 83).

A pesquisa documental é fundamental para qualquer estudo, pois é o primeiro passo da investigação; é através desta pesquisa que nos inteiramos do estado do conhecimento do tema que pretendemos estudar.

Assim sendo, orientei a minha pesquisa documental para os objectivos do estudo que planeei, pois assim não correria o risco de me documentar com informação que não contribuisse para o meu estudo.

Desta forma a minha pesquisa documental baseou-se, inicialmente, num levantamento de obras, artigos e textos, que aludissem a temática que queria abordar e me proporcionassem uma melhor compreensão sobre o estado em que esta temática se encontra, nomeadamente, as necessidades educativas das crianças e jovens quando hospitalizadas e a sua integração posterior no meio escolar, os aspectos psicossociais face à hospitalização da criança, o fenómeno do ensino em contexto hospitalar, assim como as actividades lúdicas também neste contexto, tendo como objectivo analisar os dados dos contextos hospitalares estudados e ter uma visão mais compreensiva desta realidade assim como perceber como este apoio já se processa em outros países.

É, no entanto, necessário ter em atenção tanto as vantagens como as desvantagens deste tipo de recolha de dados. Segundo Ramos, este tipo de recolha de dados tanto facilita o acesso à linguagem dos informantes, como também nos dá acesso a informação valorizada por estes. Por outro lado devemos estar preparados pois podemos deparar-nos com informação protegida, de difícil localização e até mesmo com materiais incompletos (Ramos 2005).

A pesquisa documental realizada foi então tratada através de uma das técnicas de tratamento de informação: a análise de conteúdo, ou seja, fiz “a desmontagem de um discurso e a produção de um novo discurso...” (Santos, 1989: 104). Através desta análise foi-me também permitido fazer uma “melhor delimitação dos objectivos e definição de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa, a constituição de um *corpus*, a definição de unidades de análise” (Silva, 1989: 108).

### 1.6.2- Etapa 2 – Observação Directa Participante

A investigação qualitativa implica trabalho de campo e é descritiva. Assim sendo, propus-me como primeiro instrumento para compreender a realidade, permanecendo nos contextos sociais em estudo e tendo um contacto directo com as pessoas e com as

---

situações, o que me permitiria uma “análise global e intensiva do objecto em estudo” (Almeida e Pinto 1976: 97).

Segundo Fontes, “uma investigação que busque compreender o papel da educação na saúde da criança hospitalizada tem como acção principal a observação participante”. A observação participante consiste em estudar uma comunidade durante um período, participando na sua vida colectiva (Fontes, 2004: 127).

Foi minha intenção manter um contacto informal com o contexto social a estudar fazendo uma “observação directa, participante e continuada”, que me permitiria o alcance das dimensões explicativas que os dados exigem (Santos Silva 1989: 138). Este método levar-me-ia a atingir os meus principais objectivos que interessantemente se enquadram nos escritos de Santos Silva quando se refere à observação participante: “...o que se pretende é uma recolha intensiva de informação acerca dum vasto leque de práticas e de representações sociais com o objectivo tanto de as descrever como de alcançar a caracterização local das estruturas e dos processos sociais que organizam e dinamizam esse quadro social” (Santos Silva 1989: 137).

O registo das observações foi feito num “diário de campo”, cujo esquema serviu para orientar o registo das informações gerais importantes para o desenvolvimento da pesquisa. Estes registos contribuíram para retratar, de modo mais aproximado, o “mundo” dos actores sociais que fazem parte do universo estudado.

Como já atrás referi, há que contar com as vantagens e desvantagens do tipo de recolha de dados que me propus a fazer. No caso da observação, embora tenha as suas limitações, como por exemplo, o facto de o investigador poder ser encarado como um intruso e poder provocar alterações no ambiente ou no comportamento das pessoas observadas, ou a dificuldade em obter informações junto dos informantes, revela-se assim um instrumento muito útil na medida em que se recolhe informação em “primeira mão” e durante a ocorrência do fenómeno, o observador chega mais perto da perspectiva dos sujeitos e, por outro lado, permite também detectar variações assim como descobrir novos aspectos de um problema. Através da observação é também possível a colheita de dados em determinadas situações em que, por vezes, são impossíveis outras formas de enunciação (Ramos 2005).

---

A observação participante é obtida por meio do contacto directo, frequente e prolongado com os actores sociais e os seus contextos culturais, no entanto, isto não é suficiente para compreender e explicar o trabalho desenvolvido, o trabalho exige cuidados para garantir a fiabilidade e pertinência dos dados e para eliminar impressões que possam parecer emotivas.

A investigação que fiz foi uma investigação do tipo naturalista pois teve como objectivo observar a interacção entre todos os intervenientes, em contexto natural, no desenvolvimento das actividades de aprendizagem. Considerando em termos epistemológicos, o meu papel como investigadora é o de observar e procurar interpretar a realidade, e para isso fui recolhendo o máximo de informação diversificada e, à medida que recolhia, ia elaborando categorias que, com informações adicionais, transformar-se-iam em dados teóricos que formariam a teoria sobre o estudo.

### 1.6.3- Etapa 3 – Entrevistas

“O bom entrevistador deve, efectivamente, saber reunir duas qualidades muitas vezes incompatíveis: saber observar, ou seja, deixar a criança falar, não desviar nada, não esgotar nada e, ao mesmo tempo, saber buscar algo de preciso, ter a cada instante uma hipótese de trabalho, uma teoria, verdadeira ou falsa, para controlar”.

Piaget

Para além dos instrumentos utilizados que já referi, optei também pela entrevista, pois, a certo ponto do tipo de observação que me propunha fazer, iria sentir necessidade de questionar as pessoas com a finalidade de saber o que as pessoas sabiam e pensavam acerca do objecto em estudo. Utilizando a forma de comunicação verbal, as entrevistas serão um complemento à observação e permitiram-me então registar o que as pessoas sabiam e pensavam. Para além disto o diálogo é o mais importante modo de interacção humano. Podemos, através de uma simples conversa, conhecer outras pessoas, os seus sentimentos,

---

as suas experiências... O recurso à entrevista é sistemático e obrigatório na investigação qualitativa, como forma de obter conhecimento, a partir de um diálogo.

Este instrumento é um “método de recolha de informações que consiste em conversas orais, individuais ou de grupos, com várias pessoas seleccionadas cuidadosamente, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspectiva dos objectivos da recolha de informações” (Ketele, 1999: 18).

De acordo com Bogdan e Biklen, “uma entrevista consiste numa conversa intencional, geralmente entre duas pessoas (...) dirigida por uma das pessoas com o objectivo de obter informação sobre a outra” (Bogdan e Biklen, 1994: 134).

Em termos de tipo de entrevistas qualitativas, cujas variam relativamente ao grau de estruturação, decidi optar por um tipo de entrevista informal, semi-estruturada (Bogdan e Bliklen, 1994) ou semi-directiva (Quivy et al, 1992), onde “o entrevistado tem uma liberdade condicionada pois estrutura o seu discurso com o apoio do entrevistador” (Ramos 2005), mas apesar do guião elaborado pelo entrevistador que, como referi, orienta o processo, o entrevistado tem liberdade suficiente para desenvolver as situações na direcção que considere adequada, tendo assim campo para aprofundar aspectos que considere mais valiosos. Ainda neste sentido, realça-se que a entrevista semi-directiva ou semi-dirigida “não é nem inteiramente aberta, nem encaminhada por grande número de perguntas precisas. Geralmente, o investigador dispõe de uma série de perguntas guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado. Mas não colocará necessariamente todas as perguntas na ordem em que as anotou e sob a formulação prevista” (Quivy et al, 1992:194).

A entrevista deve ser cuidadosamente preparada tentando não conter influência bias do investigador, tal como afirma Judith Bell, “é necessário ter consciência dos riscos e fazer o máximo por eliminar preconceitos e ideias pré-concebidas” (Bell 2004: 163). Devemos ter conhecimento sobre o assunto que vamos abordar, claro, e seleccionar os tópicos que auxiliarão a esclarecer questões pertinentes. Bardin (1995) refere que nesta relação de diálogo que se estabelece entre duas ou mais pessoas, o investigador tem de manter o seu espírito teórico constantemente atento para que as suas próprias intervenções se traduzam em elementos de análise tão produtivos quanto possível. Apesar disto é certo que grande

parte do sucesso de uma investigação depende de uma relação de empatia entre o entrevistador e o entrevistado, que surge naturalmente, para que ele se sinta à vontade, “descontraia e não se sinta empurrado” (Lessard-Hérbert et al, 1994:165).

É importante reter que a informação recolhida nas entrevistas é uma informação “centrada na pessoa do entrevistado e dificilmente generalizável em termos de explicação de um problema global teoricamente definido” (Almeida e Pinto 1976: 100).

Tentei ter sempre uma linguagem muito acessível e transparente nas conversas com os entrevistados, assim como em todo o processo de investigação, para que a informação veiculasse facilmente e para motivar os actores a aprofundarem as suas informações.

Em termos de vantagens da utilização desta técnica, Valles refere os seguintes pontos como principais vantagens das entrevistas semi-estruturadas:

“ a)- a possibilidade de acesso a uma grande riqueza informativa (contextualizada e através das palavras dos actores e das suas perspectivas); b)- a possibilidade do(a) investigador(a) esclarecer alguns aspectos no seguimento da entrevista, o que a entrevista mais estruturada ou questionário não permitem; c)- a entrevista é geradora, na fase inicial de qualquer estudo, de pontos de vista, orientações e hipóteses para o aprofundamento da investigação, a definição de novas estratégias e a selecção de outros instrumentos” (Valles, 1997:196).

Para tratamento da informação recolhida farei uma análise de conteúdo das entrevistas realizadas, através do processo categorial “com vista a simplificar para potenciar a apreensão e se possível a explicação” (Santos Silva 1989: 110).

As entrevistas foram aplicadas aos diversos profissionais, elementos da amostra, já anteriormente referidos. Para a sua execução no campo, o instrumento utilizado foi o Guião das Entrevistas, que serviu para balizar as conversas. Foi extremamente importante para orientar as conversas e para “colocar as perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio, no momento mais apropriado e de forma tão natural quanto possível” (Quivy et al, 1992:194).

Assim, foram então elaborados 4 guiões (Anexo VI): dirigido às professoras do IPO, dirigido à Educadora do HESE, dirigido aos directores dos respectivos serviços de pediatria, assim como às chefes de enfermagem desses mesmos serviços. As linhas



orientadoras das entrevistas foram as seguintes: com as entrevistas às professoras do IPO pretendi, de um modo geral, identificar e compreender as características e estratégias da educação que ali praticam, assim como analisar os seus efeitos e influências no desenvolvimento das crianças. Através da entrevista dirigida à Educadora do HESE pretendi conhecer o estado em que este assunto se encontra no respectivo serviço de pediatria, assim como as percepções da profissional sobre este assunto e sobre o desenvolvimento de um projecto de apoio escolar no serviço de pediatria do HESE.

No que diz respeito às entrevistas dirigidas aos profissionais de saúde, de uma maneira geral, estas pretenderam, para além de explorar as condições de cada serviço, tanto em termos de infra-estruturas como em termos de profissionais de saúde e de educação conhecer as percepções destes profissionais em relação ao problema em questão.

O quadro seguinte apresenta, de uma forma mais específica, os tópicos explorados nas referidas entrevistas.

Entrevistas	Temas Explorados
<b>Professoras IPO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suficiência de profissionais de Educação no Serviço;</li> <li>• Decreto-lei de regulamentação das necessidades escolares das crianças hospitalizadas;</li> <li>• A importância da TeleAula em termos pedagógicos;</li> <li>• A tecnologia e a inclusão;</li> <li>• Aspectos de gestão da escola;</li> <li>• A importância da escola no hospital para os familiares das crianças;</li> <li>• Relevância da escola no hospital para a sociedade;</li> <li>• Percepção dos profissionais de saúde acerca da escola no hospital;</li> <li>• Limites e possibilidade dos professores no Hospital;</li> <li>• Formação pedagógica específica para os docentes;</li> <li>• Caracterização da experiência própria no contexto hospitalar.</li> </ul>
<b>Educadora HESE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos e espaço disponíveis (sala de recreio);</li> <li>• Decreto-lei de regulamentação das necessidades escolares das crianças hospitalizadas;</li> <li>• Aumento/Diminuição do número de crianças;</li> <li>• O hospital como espaço educacional;</li> <li>• Contribuição da educação para a saúde das crianças e jovens;</li> <li>• Trabalho educação – saúde e a humanização;</li> <li>• Caracterização da experiência.</li> </ul>

Chefe de Enfermagem	IPO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espaço a ceder à escola e instalações;</li> <li>• Aumento/Diminuição do número de crianças;</li> <li>• Suficiência de pessoas em termos pedagógicos, de saúde e social/psicológico;</li> <li>• Suficiência dos meios técnicos da escola;</li> <li>• O hospital como espaço educacional;</li> <li>• Contribuição da educação para a saúde das crianças e jovens;</li> <li>• Trabalho educação – saúde e a humanização;</li> <li>• Avaliação da importância do projecto.</li> </ul>
	HESE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptação de estruturas para uma sala de apoio escolar;</li> <li>• Constituição de uma equipa para apoio integral às crianças e jovens hospitalizados;</li> <li>• Sensibilidade dos profissionais de saúde;</li> <li>• O hospital como espaço educacional;</li> <li>• Contribuição da educação para a saúde das crianças e jovens;</li> <li>• Trabalho educação – saúde e a humanização;</li> <li>• Avaliação da importância do projecto.</li> </ul>
Directores do serviço de Pediatria	IPO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação da escola no hospital;</li> <li>• Adaptação de estruturas para uma sala de apoio escolar;</li> <li>• Aumento/Diminuição do número de crianças;</li> <li>• Suficiência de pessoas em termos pedagógicos, de saúde e social/psicológico;</li> <li>• Suficiência dos meios técnicos da escola;</li> <li>• O hospital como espaço educacional;</li> <li>• Contribuição da educação para a saúde das crianças e jovens;</li> <li>• Instalação de Internet portátil para as crianças isoladas;</li> <li>• Trabalho educação – saúde e a humanização;</li> <li>• Avaliação da importância do projecto.</li> </ul>
	HESE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constituição de apoio pedagógico e educacional no serviço de pediatria do HESE;</li> <li>• Adaptação de estruturas para uma sala de apoio escolar;</li> <li>• Número médio de crianças hospitalizadas carentes de apoio escolar;</li> <li>• Constituição de uma equipa para apoio integral às crianças e jovens hospitalizados;</li> <li>• Sensibilidade dos profissionais de saúde;</li> <li>• Trabalho educação – saúde e a humanização.</li> </ul>

Quadro n.º 4: Temas explorados nas entrevistas

---

Relativamente ao **Diário de bordo**, este é um registo feito pelo(a) investigador(a), onde são registadas as observações, sistematicamente. Todos os dias registei no diário de bordo as minhas observações assim como as actividades que realizava com as crianças e jovens, levantando questões e respondendo com as minhas constatações.

Assim sendo e depois de apresentar os passos que planeei e a via pela qual caminhei tendo em vista a recolha de dados para a minha investigação, torna-se importante referir que foi minha intenção olhar sempre para a realidade de forma objectiva, embora a minha opinião se encontre sempre presente, pois estive directamente envolvida nos processos e actuei naquela realidade.

Tive também sempre em consideração o papel dos valores, os enviesamentos, o facto de, eventualmente, ser “confrontada com versões diferentes e contraditórias sobre o mesmo facto social” – o “efeito Rashomon”, pois as pessoas movem-se pelos seus interesses e têm a “sua verdade”. O que importa é saber o que gera os enviesamentos, “temos de nos preocupar em detectar as razões para que as pessoas tenham opiniões contraditórias sobre o mesmo objecto” (Ramos 2005: 7).

Para finalizar quero referir que não pretendi fazer generalizações acerca das crianças hospitalizadas ou inferir sobre as percepções e orientações dos serviços de pediatria que tenham este acompanhamento ou pretendam ter. Ambiciono sim dar a conhecer o caso destes dois hospitais olhando, no geral, à pertinência que este tipo de apoio assume.

### 5.7- Processos/Técnicas de Análise dos Dados

O processo de análise dos dados consiste em trabalhar todo o material recolhido durante a pesquisa, organizá-lo, dividi-lo, relacioná-lo e sintetizá-lo para que os materiais recolhidos sejam compreensíveis para os outros, constitui, sem dúvida, um esforço de “interpretação que oscila entre o rigor da objectividade e a fecundidade da subjectividade” (Bardin, 1995: 10).

Após a recolha da informação, a classificação e a ordenação dos dados, na fase seguinte tratei de analisar e interpretar os mesmos, mediante a articulação dos dados com os referenciais teóricos, assim como através do confronto com o tratamento do material recolhido na pesquisa documental, nas observações participantes e nas entrevistas.

Através destes procedimentos metodológicos consegui a abrangência requerida pelo estudo de caso na pesquisa qualitativa, pois permitiram-me estudar o fenómeno em tempo real assim como as suas relações estruturais fundamentais.

A análise dos dados foi feita em simultâneo com o processo de recolha dos dados, e eu, como principal “instrumento” de investigação, utilizei vários instrumentos de recolha de dados, que me permitiram assim fazer o cruzamento da informação proveniente das várias fontes.

Iniciei o processo de análise dos dados logo após as primeiras recolhas de dados, as visitas aos serviços de pediatria, cada um na sua altura, claro, o que me permitiu ir reorientando as minhas questões e a minha recolha de dados, tal como referem Bogdan e Biklen “o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros” (Bogdan e Biklen, 1994:205).

Neste sentido, relativamente à análise dos documentos e das entrevistas recorri à Análise de Conteúdo, dado o estudo ser mais de descrição e análise do “software” educativo, a análise de conteúdo permitirá a formulação e explicitação dos “pontos de vista” e das perspectivas, de modo a que possa extrair a informação que me permita responder às questões que coloco na investigação.

Através da análise de conteúdo é-nos permitido “lidar com comunicações frequentemente numerosas e extensas para delas extrair um conhecimento que a simples leitura ou audição cumulativa não permitiria formar” (Esteves, 2006: 107). Assim, o investigador pode descrever os dados mas também pode fazer inferências que podem ser contestadas ou corroboradas por outros procedimentos de recolha e tratamento de dados, daquela ou de investigações futuras (Esteves, 2006).

Segundo Bardin, a análise por categorias é, no conjunto das técnicas da análise de conteúdo, a mais antiga e na prática a mais utilizada. A categorização é “o método das categorias, espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem”. No referido processo de análise, depois de efectuar uma leitura flutuante (Bardin, 1995: 37) das entrevistas e identificados os dados pertinentes (Esteves, 2006) para a investigação, iniciei o processo de identificação dos temas e das categorias gerais através de “operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos” (Bardin, 1995:153).

Baseei-me sobretudo numa categorização emergente dos dados (Bardin, 1995), ajustando as categorias que ia completando e reformulando através da análise das comunicações dos entrevistados., embora tenha delineado algumas categorias antes da recolha de dados, ligadas aos meus objectivos gerais e específicos. A definição das categorias foi então um processo que exigiu algum tempo, dadas as reformulações e análises e tentei sempre seguir as características que Esteves refere: a exclusão mútua, a exaustividade, a homogeneidade, a pertinência, produtividade e objectividade pois pretendo que as categorias definidas façam sentido relativamente às questões de investigação e aos objectivos definidos (Esteves, 2006: 122). Também Bardin se expressa em relação à homogeneidade, exaustividade, objectividade e pertinência das categorias (Bardin, 1995).

Assim, devido à natureza qualitativa do estudo, fiz uma abordagem essencialmente indutiva, mas utilizei também uma abordagem dedutiva, pois algumas categorias foram definidas *a priori* (Ramos, 2005).

Para descrever o conteúdo das entrevistas e para inferir sobre os significados das comunicações, recorri a matrizes que me ajudaram a clarificar ideias e a alcançar sentidos para ordenar os dados. De acordo com Bardin, analisei as entrevistas tentando fazer um reconhecimento de temas nas comunicações, tratando-se então de uma análise categorial,

baseada na totalidade das comunicações que foram filtradas com base nas intenções do estudo.

Neste sentido, depois da leitura de todo o *corpus* transcrito, fiz, primeiramente, uma análise individual das entrevistas dos diferentes actores, separadamente, e depois uma análise comparativa das mesmas, resumindo as semelhanças e as diferenças dos discursos e depois fazendo uma consolidação das declarações sobre determinado problema para analisar e aprofundar as informações que foram muitas vezes reformuladas no decorrer das análises das comunicações dos entrevistados. Assim, para identificar as dimensões, fui seleccionando excertos dos discursos que considere pertinentes para fazer um agrupamento de análises análogas.

Assim sendo, processei a análise das entrevistas da seguinte forma: numa 1ª fase fiz uma leitura integral de cada entrevista, depois, numa 2ª fase identifiquei os temas e categorias, fazendo uma análise temática, sublinhando segmentos dos textos e finalmente, numa última fase segui com o desenho das grelhas (matrizes – Anexo VII) com os temas e categorias para a análise do corpus das entrevistas e por último fiz a interpretação dos dados fazendo inferências.

Depois das explicações anteriores, considero importante apresentar as dimensões, os temas e as categorias que me auxiliaram na análise das entrevistas, revelando assim o modo como tratei e analisei os dados, no capítulo V.

Dimensão	Temas e Categorias
<p>1- Percepções sobre/da a Escola Hospitalar/o Apoio Pedagógico e Educacional</p>	<p><b>Tema 1 – Formas de educar possíveis num hospital</b></p> <p><u>Categorias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital como espaço educacional;</li> <li>• Contribuição da educação para a saúde das crianças e jovens hospitalizados;</li> <li>• Contribuição do trabalho educação/saúde para uma garantia de excelência, numa perspectiva de política de humanização do hospital;</li> </ul>
<p>2- A prática do Apoio Pedagógico e Educacional</p>	<p><b>Tema 2 – Operacionalização do apoio escolar a crianças e jovens hospitalizados</b></p> <p><u>Categorias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de implementação da escola no hospital (IPO);</li> <li>• Adequação e suficiência das instalações e dos meios técnicos;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão e manutenção da escola (responsáveis, recursos, coordenação);</li> <li>• Tempo de exercício de funções na escola do IPO;</li> <li>• Aumento, ou não, do número de crianças internadas, nos últimos anos;</li> <li>• Suficiência/ Insuficiência de recursos Pedagógicos, de saúde e sociais são suficientes;</li> <li>• Existência de legislação (artigo/decreto-lei) que regulamente especificamente o apoio pedagógico e educacional a crianças hospitalizadas, ou apenas existe o que, no geral, regulamenta as necessidades educativas especiais;</li> <li>• Projecto pedagógico da Escola do Hospital, acções (gerais) previstas nesse documento;</li> <li>• Concepções que orientam o trabalho pedagógico das professoras da Escola do IPO;</li> <li>• A tecnologia, na escola do hospital, como estando em prol da inclusão;</li> <li>• Escola, vista pelos familiares das crianças e jovens;</li> <li>• Percepção, dos profissionais de saúde, e seu envolvimento, acerca da escola no hospital;</li> <li>• Relevância da escola no hospital para a sociedade;</li> <li>• Existência de formação dirigida ao trabalho específico dos professores da Escola Hospitalar;</li> <li>• Carência de formações específicas, a nível de corpo docente, para trabalhar na escola do hospital Hospitalar;</li> <li>• Limites e possibilidades do professor neste <i>locus</i> de actuação;</li> <li>• Descrição das experiências nesta escola, pelos profissionais de educação;</li> <li>• Avaliação da importância deste projecto</li> </ul>
<p style="text-align: center;">3- Projecto de Apoio Pedagógico e Educacional a crianças e jovens hospitalizados no HESE</p>	<p><b>Tema 3 – Viabilidade e adaptação de um Programa de apoio pedagógico e educacional em unidades de pediatria com menor tempo de internamentos (caso específico do HESE)</b></p> <p><b>Categorias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento, ou não, do número de crianças internadas na unidade de Pediatria do HESE;</li> <li>• Adequação, às necessidades do quotidiano, dos recursos e espaço disponíveis para as actividades lúdicas;</li> <li>• Previsão da constituição de um apoio pedagógico e/ou educacional para as crianças hospitalizadas no Serviço de Pediatria do HESE;</li> <li>• Instalações existentes, no momento, que poderiam ser adaptadas a uma estrutura de apoio pedagógico;</li> <li>• Número médio de crianças hospitalizadas carentes de apoio escolar;</li> <li>• Número médio de crianças hospitalizadas carentes de apoio escolar;</li> <li>• Constituição de uma equipa de apoio integral à criança hospitalizada;</li> </ul>

- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sensibilidade dos profissionais de saúde do HESE para um projecto desta natureza;</li><li>• Avaliação da importância de um projecto deste tipo.</li></ul> |
|--|---|

**Quadro n.º 5:** Dimensões e categorias de apresentação e de análise dos dados relativos às entrevistas



## 1.8- Preocupações de natureza ética

No estudo que aqui desenvolvo existiu uma proximidade muito grande entre a investigadora e os alunos dos referidos serviços de pediatria, uma vez que eu, como professora, dei apoio a todas as crianças que estavam no serviço de pediatria do IPO, inclusive as crianças em situação de isolamento, assim como participei nas actividades lúdicas desenvolvidas no HESE. No entanto o envolvimento estreito não significa falta de rigor, pelo contrário, podendo apresentar algumas vantagens. Em termos de educação é um aspecto positivo o facto de o investigador ser simultaneamente professor do contexto que está a estudar pois no que diz respeito ao conhecimento profundo da turma, ele(a), melhor do que ninguém, conseguirá caracterizar o ambiente e identificar, por exemplo, as fragilidades e potencialidades assim como descrever situações passadas que poderão fazer ligações muito pertinentes com acontecimentos actuais. Neste sentido Fontes refere que a “implicação do pesquisador é parte inerente e dinâmica do processo de construção do conhecimento” corroborando esta sua afirmação logo em seguida dizendo que “onde houver ciência humana haverá necessariamente a colagem da implicação do pesquisador em sua multidimensionalidade simbólica e imaginária” (Fontes, 2005: 127).

Neste estudo, como profissional habilitada para tal, fui responsável por uma série de actividades com os alunos, tanto individual como colectivamente, na sua construção e dinamização. Todos estes apoios realizaram-se em ambiente natural, sem qualquer intenção da minha parte em induzir qualquer actividade para fins de investigação, o que poderia ter feito através de uma planificação de actividades para recolher resultados, mas considero que a observação participante é um caminho muito interessante para a recolha de dados. As reacções e os comportamentos são naturais, observa-se e participa-se no que é normal para as crianças e é muito interessante saber como conduzir uma série de actividades escolares cujos procedimentos são descritos pelo próprio aluno pois quando eu, como professora, aquando do início da minha investigação, dava apoio a um aluno, no IPO, embora já soubesse como agir no decurso das actividades, pois as professoras explicaram-me as suas estratégias, eu fazia sempre questão de perguntar às crianças como queriam estruturar as actividades: “Costumamos fazer assim... Mas hoje podemos começar por escrever o texto, depois fazer a matemática, ...”.

Pelo exposto, considero que, para o presente estudo, o factor proximidade não entrou em conflito com as actividades de investigação e foi muito relevante o facto de a investigadora ter competências para participar de forma profissional e dinâmica nas actividades diárias das crianças e jovens internados.

Nos estudos académicos, como em estudos de outra natureza, os procedimentos éticos e de “deontologia” profissional devem sempre ser tidos em conta e ser respeitados, ou seja, o investigador deve ser prudente e deve ter em conta um conjunto de cuidados de natureza diversa que fazem parte do trabalho.

No que diz respeito a registos das observações, como por exemplo passagens de comentários das crianças, das professoras, etc, considero que estes registos são muito importantes para validar as evidências, para que a realidade fique mais clara, daí colocá-los na redacção da minha dissertação. No entanto, como referi, por questões de foro ético não são referidos os nomes reais das crianças, são sempre referidas com nomes fictícios, assim como as fotografias apresentadas não identificam as crianças presentes em ambos os serviços de pediatria. Relativamente às fotografias tiradas, foi solicitada autorização, tanto às professoras (IPO) como à Educadora (HESE).

Segundo Yin, “a opção mais desejável é revelar as identidades tanto do caso quanto dos indivíduos”. Para este autor a identificação dos nomes traz consigo a vantagem de mais facilmente o leitor identificar o caso e poder relacionar informações, assim como a vantagem de conferir o caso em questão, identificando-o assim mais facilmente (Yin, 2005: 188). Assim, a minha opção foi a de identificar o caso pois trata-se de um contexto escolar real, no entanto, como referi, foram preservadas todas as identificações tanto em termos de nomes como em termos de imagem.

### 1.9- Limitações do Estudo

No decorrer de um Curso de Mestrado, chegada a fase da realização de uma investigação, deparamo-nos com o factor tempo, os limites temporais e logísticos que condicionam a investigação. Inicialmente, quando pensei em realizar este estudo, gostaria de conhecer e fazer uma análise e, simultaneamente, uma comparação, das unidades de Pediatria da cidade de Lisboa, que ministrassem este tipo de apoio escolar. Contudo, os limites temporais impostos para a realização da investigação, fizeram com que me centrasse no caso específico de uma escola hospitalar, o caso do IPO, que queria muito conhecer e estudar. Em relação ao HESE, não tinha qualquer dúvida, iria estudá-lo certamente pois a minha intenção era contribuir para a melhoria da qualidade de vida das crianças que passam por esta unidade hospitalar, conseqüentemente, para o enriquecimento desta Instituição assim como para um Alentejo mais saudável.

Embora não pretenda generalizar as minhas conclusões, pois estou a estudar uma dinâmica social que é muito variável, muito singular, as analogias são possíveis de estabelecer e daí brotarem problemas que levam a novas investigações, até porque esta realidade suscita muitos mais estudos e reflexões. Assim, é meu desejo prosseguir estudos dentro desta temática, muito mais abrangentes e que posicionem também realidades exteriores à nossa realidade nacional com o objectivo de fazer comparações sempre numa perspectiva de enriquecimento desta temática.

Também reconheço que poderia ter alargado o leque de entrevistas a muitos mais profissionais, nomeadamente os de saúde, enfermeiros e pessoal auxiliar, assim como os familiares das crianças, mas derivado ao limite temporal e como a minha intenção era realmente recolher as opiniões de quem está envolvido neste cenário, decidi optar por recolher a opinião do responsável pelo grupo de trabalho, no caso da saúde (médico e enfermeiro), pois em termos de educação, entrevistei todas as profissionais. Daqui decorre também o facto deste estudo ter um carácter exploratório, tendo intenção de descrever como são os processos numa escola hospitalar e de como é encarado um apoio deste tipo numa unidade onde as crianças não têm um tempo de internamento tão prolongado, tendo intenção de levantar questões e deixar propostas para estudos futuros.

## **CAPÍTULO VI**

---

**APRESENTAÇÃO, TRATAMENTO e  
ANÁLISE DOS DADOS**

---

## **1- Apresentação, Tratamento e Análise dos dados recolhidos**

### **1.1- Breves considerações iniciais**

Devo lembrar que nos estudo qualitativos as conclusões deverão ser expressas em forma de discurso narrativo, descritivo e não de um ponto de vista demasiado formal; deverá dar-se uma perspectiva holística e ser também o momento da descrição das experiências do investigador e dos seus significados” (Coutinho, 2007).

Para iniciar a organização dos dados recolhidos, comecei por fazer a transcrição das entrevistas. Como já havia referido, o corpus da pesquisa foi constituído pelos 5 profissionais do Serviço de Pediatria do IPO de Lisboa, educação e saúde, e pelos 3 profissionais do Serviço de Pediatria do HESE, igualmente de educação e saúde.

Depois da transcrição feita e com a finalidade de uma leitura mais perceptível e transparente dos dados obtidos, optei por apresentar tabelas globais, centrando-me sempre nos objectivos já definidos, com o intuito de orientar a atenção para os aspectos que considero essenciais para responder às questões levantadas. Assim, elaborei grelhas síntese descritivas (Anexo VII), que tiveram então como objectivo, facilitar a compreensão dos resultados, de modo a permitir uma apresentação e observação sintética e significativa do conteúdo das entrevistas, permitindo fazer uma selecção dos excertos das comunicações dos actores que considere relevantes e pertinentes, tendo em vista dar resposta às questões do estudo. Assim foi-me possível fazer uma análise horizontal e sociológica da informação recolhida, dividida nas respectivas dimensões de análise, que haviam sido pensadas para o guião da entrevista.

Através da análise dos discursos dos actores procurei o sentido mais do que explicações, procurei entender o pensamento dos actores como resultado de uma construção social. Interessa-me, particularmente, compreender as percepções dos actores acerca deste assunto, a importância que tem para os que diariamente trabalham com estas crianças, as que já usufruem deste tipo de apoio e as que ainda não usufruem dele, de forma a traçar considerações sobre a importância, geral, deste apoio, que é um direito das crianças e jovens e que, cientificamente, está provado que, independentemente do seu tempo de permanência no hospital, este apoio é imprescindível.

Deste modo, passo então a fazer a apresentação, análise e interpretação da informação recolhida, através da pesquisa empírica, e em que o principal objectivo é tentar responder às seguintes questões:

- 1 - Que formas de educar são possíveis num hospital?
- 2 - Como se processa o apoio escolar às crianças e jovens hospitalizados?
- 3 - Será viável e adequada a implementação de um programa de apoio pedagógico e educacional no HESE, uma vez que este é um direito das crianças e jovens hospitalizados?

Através dos procedimentos enunciados pretendo então dar resposta às questões anteriormente enunciadas, conhecer uma realidade sociológica complexa como é do apoio escolar a crianças e jovens internados em serviços de pediatria.

Relativamente à apresentação e análise dos dados incluirei e cruzarei informação proveniente de diversas fontes, tais como os documentos consultados nos Hospitais, dos alunos (por exemplo, textos), os registos e as informações da investigadora, as entrevistas aos profissionais de saúde e educação. A opinião destes actores educativos será analisada de uma forma integrada e transversal, procurando perceber as suas percepções sobre a realidade em estudo.

## 1.2- Apresentação e Análise dos dados

### 1.2.1- Tema 1: Que formas de educar são possíveis num hospital?

Neste primeiro tema, apresento e analiso as percepções dos entrevistados sobre a escola, especificamente as formas possíveis de educação em contexto hospitalar. Acerca deste tema formulei as questões que considere necessárias para perceber e dar a conhecer o contributo da educação em contexto hospitalar.

#### 1.2.1.1- É possível pensar o hospital como um espaço educacional?

Na primeira questão do primeiro tema, pretendi saber, se, actualmente, é possível pensar o hospital como um espaço educacional. Acerca deste aspecto, Ortiz e Freitas afirmam que “falar em educação em contexto hospitalar é fortalecer a individualidade do paciente; redimensionar a decoração das unidades de internação com temáticas de interesse infantil; permitir a partilha de interesses, brincadeiras e afetos; aperfeiçoar o comportamento pessoal; assegurar e respeitar as obrigações escolares, bem como garantir seus direitos preservados pela lei. É pela oferta de tarefas construtivas que a criança hospitalizada passará a reconquistar a sua autonomia” (Ortiz e Freitas, 2005: 50). Vejamos o que se passa em termos da nossa realidade.

Neste sentido, depois de uma análise cuidada das informações recolhidas, apresento as seguintes: “ Quando se trata de doenças crónicas, que obrigam a tratamentos longos, em que as crianças acabam por passar bastante tempo internadas, a escola é bastante útil, tanto do ponto de vista da educação, como do ponto de vista psicológico, para que elas não se sintam atrás dos colegas, sobretudo as crianças que já pensam mais na sua vida futura, os internamentos podem fazê-los questionar como será a sua vida que foi interrompida” (E<sub>4</sub> IPO).

É certo que em todo os espaços se realizam aprendizagens. O hospital não é excepção, muito pelo contrário, é um contexto em que a aprendizagem pode ser muito útil em variadíssimos aspectos e é uma necessidade identificada, “ a necessidade de continuidade, exigida pelo processo de escolarização, é algo tão notório que salta à vista dos pais, professores e mesmo das próprias crianças e adolescentes” (Matos e Mugiatti, 2006: 68).

Ainda neste sentido, obteve-se a seguinte informação: “ Eu acho que sim, não tenho dúvidas, é um espaço com características educacionais, não só para a criança, como para a família.” (E<sub>1</sub> HESE);

Ainda um outro testemunho: “ Isso é feito em acções de informação para as crianças e para os pais. É possível e já se faz. Pelo menos 3 vezes no ano é feito. Quando há crianças com mais necessidades fazem-se as acções de formação” (E<sub>3</sub> HESE).

É importante destacar este ponto da educação nos hospitais, pois muitas famílias que passam pelo espaço hospitalar são famílias desfavorecidas tanto em aspectos financeiros como culturais, de escolarização, o que leva a que os cuidados de saúde prestados em casa, por exemplo, acarretem maiores dificuldades. Ainda em relação a este aspecto, também temos a posição de pessoas que são desfavorecidas aos níveis referidos, mas que possam ser mais atentas e cuidadosas com estes aspectos, assim como é possível depararmo-nos com famílias mais favorecidas economicamente e culturalmente, mas que descurem aspectos ligados à saúde e à educação das crianças e jovens. É importante relembrar estes aspectos sociais que todos os dias são possíveis de encontrar quer em contexto escolar, quer em contexto hospitalar. Neste sentido, é muito importante destacar o aspecto referido pelo entrevistado: informação e formação tanto às crianças como aos familiares das crianças no sentido de esclarecer e encaminhar, educar, para a melhor opção em termos de educação alimentar, educação para a saúde. Este aspecto educativo das equipas dos serviços de pediatria dos hospitais, nomeadamente dos estudados, é muito importante e louvável, pois é mais um contributo para a humanização do contexto hospitalar.

Ainda neste sentido educacional que pode ser proporcionado em ambiente hospitalar, tanto para crianças como para os seus familiares obteve-se o seguinte discurso: “Eu acho que poderia haver uma articulação diferente, para além do apoio escolar, a escola devia participar nas actividades, devia ensinar, e aí sim seria um espaço mais educacional. Temos aqui crianças com dificuldades de alimentação e os pais também, e aí a escola devia dar também apoio, formação, para as crianças e para os pais. As crianças do 4º ano dão o corpo humano e a escola acho que deveria focar mais isso, os hábitos de higiene, é a educação para a saúde, é também ajudar-nos. Acho que a escola deveria actuar também nesse aspecto. Todos os miúdos têm uma bomba infusora atrás deles, a partir daí, as professoras poder-se-ia fazer uma soma, por exemplo. Os contactos com a escola, acho que são muito bons” (E<sub>5</sub> IPO). Como podemos verificar, segundo as informações recolhidas e apresentadas, no HESE este tipo de formação para a saúde já se concretiza,



através de acções de informação/sensibilização. Seria importante, segundo este testemunho, que se fizesse mais afincadamente no IPO, pois a questão de se fazer já é uma realidade, mas como é dada também muita relevância ao apoio escolar, estas acções teriam de ser melhor estruturadas para que se realizassem em tempos certos, pois os esclarecimentos que têm como objectivo alertar e informar para a prevenção já acontecem, como eu própria como investigadora pude constatar. As profissionais de educação recorrem a todos os pontos que possam sustentar as explicações tanto em termos de matéria escolar, como em termos de informar e esclarecer relativamente à saúde das crianças e dos jovens, assim como dos seus familiares.

Analisando as comunicações dos profissionais de educação e saúde das unidades hospitalares estudadas, estas demonstram a importância da educação para o desenvolvimento da criança e a preocupação com a hospitalização da criança também em termos educacionais pois um internamento prolongado pode levar a que as crianças/jovens abandonem os estudos, reprovando, tal como afirma Fonseca: “se a criança se vê ou se sente obrigada pela problemática de saúde a um afastamento, mesmo que temporário, de sua escola, tal fato pode levá-la não apenas a *perder o ano*, mas pode tanto desmotivá-la a continuar os estudos quanto considerar-se incapaz de aprender porque é doente” (Fonseca, 2003:18).

Do mesmo modo, um internamento, por menor que seja, se não tiver linhas pedagógicas e educacionais que orientem e apoiem as crianças/jovens, pode deixar marcas mesmo profundas no desenvolvimento da criança e do jovem. A falta de apoio e esclarecimento em termos de educação para a saúde, educação esta que se pode facilmente concretizar em hospitalizações de menor prazo, pode levar a que a experiência de internamento se torne ainda mais difícil para a criança pois esta não carregará uma bagagem enriquecedora desta experiência.

### **1.2.1.2- Como contribui a educação para a saúde das crianças e jovens hospitalizados?**

No sentido de comprovar e reafirmar a contribuição da educação para a saúde das crianças e jovens hospitalizados, pretendi então saber a opinião dos profissionais de educação e saúde sobre este ponto. Segundo os dados recolhidos a educação em ambiente hospitalar tem um contributo muito grande para a saúde, para o “resgate” da saúde das crianças e dos

jovens hospitalizados, fazendo com que o processo de hospitalização se torne menos doloroso, mais proveitoso e desmistificador das concepções acerca do isolamento das crianças e jovens quando hospitalizados. Ora vejamos: “ A educação contribui para o seu bem-estar emocional e para a sua preparação futura. Contribui sobretudo para a sua saúde emocional, a criança é obrigada a estar aqui durante muito tempo e sentir-se em desvantagem é mau. Se ela tiver oportunidades aqui, de acompanhar os estudos, isso contribui para o seu bem-estar físico, repercute-se” (E<sub>4</sub> IPO).

É óbvio que este apoio em termos de educação deve acontecer “ Se a criança reunir condições para ter apoio...”, mas “...ela esquece um pouco mais sua a doença e tem a possibilidade de ter períodos de ocupação que o faz não pensar na dor, no desconforto. Penso que sim, tem é sempre de haver a sensibilidade para saber se o doente reúne as condições para receber apoio.” (E<sub>1</sub> HESE).

Ainda em termos de contribuição da educação para a saúde da criança, esta contribui “Muito, na maneira de estar, nas regras. Para uma criança que tenha regras, o internamento é mais fácil, os pais explicam-lhe as coisas e a aceitação das coisas é completamente diferente” (E<sub>3</sub> HESE). Este é um ponto também muito importante pois o apoio em termos educativos vai também no sentido de auxiliar as crianças e jovens a enfrentar a hospitalização, a forma como lidar com esta situação, aceitar tratamentos, questionar acerca dos mesmos, acerca dos resultados que podem ou não produzir, pois as crianças e jovens têm de ser esclarecidos, sempre, através dos factos reais, sendo importante que estas questões partam da parte dos alunos-pacientes pois a sua participação será muito mais activa no seu tratamento em todos os sentidos.

Quero ainda lembrar o conceito de “escuta pedagógica” que Ceccim construiu para se referir a esta contribuição que o apoio pedagógico e educacional traz à recuperação da saúde das crianças e jovens. O trabalho neste sentido tem como objectivo “ lançar um novo pensar à atenção de saúde da criança que está doente e que vivencia a internação hospitalar” (Sousa e Ribeiro s/d: 10). Aquele autor afirma então que as crianças, embora estejam hospitalizadas, continuam o seu processo de aquisição de conhecimentos e continuam a ter uma acção compreensiva do que se passa à sua volta, logo, do que se passa no hospital e que está a influenciar a sua vida, reflectindo sobre o acontecimento de hospitalização.

Então, o desenvolvimento cognitivo da criança prossegue independentemente do contexto em que a criança se encontre, sendo que o apoio pedagógico é então muito importante tanto para minimizar os efeitos prejudiciais que uma hospitalização pode trazer se não lhe for dada a devida atenção, como contribui para a re(inclusão) destas crianças no seu ambiente social de origem. Neste sentido este apoio contribui totalmente para a saúde da criança hospitalizada em todos os sentidos, desde aspectos os aspectos clínicos até aos aspectos sociais, actuando sempre no sentido de manter a auto estima das crianças e jovens e no sentido da promoção da sua qualidade de vida.

### **1.2.1.3- O trabalho educação/saúde leva a uma garantia de excelência, numa perspectiva de política de humanização do hospital?**

Falando em termos de humanização no que diz respeito à saúde, esta remete-nos para a necessidade de conquista de um atendimento humanizado, dando atenção à dignidade das pessoas em situações de necessidade de cuidados clínicos, conforme afirmam Matos e Mugiatti "... no processo de saúde-doença, não se está diante de uma enfermidade, mas diante de uma pessoa doente" (Matos e Mugiatti, 2006: 109). Inicialmente os hospitais tinham como objectivo, como já analisado, acolher os "inválidos" e carentes, sendo que o atendimento médico não tinha uma conotação precípua. Com as novas concepções sociais o ser humano é colocado "no centro do processo histórico, na busca da humanização" (Matos e Mugiatti, 2006: 110).

Neste sentido procurei perceber qual a opinião dos entrevistados sobre a contribuição da educação, em ambiente hospitalar, para a humanização do hospital. Assim, obtiveram-se os seguintes depoimentos: " Sim, em termos de humanização vai ser um salto qualitativo muito grande. A criança não perder a escola, poder ver os seus companheiros, é muito importante e é um avanço muito significativo em termos de humanização e qualidade existencial, que acaba por estar tudo interligado. Vamos dar-lhe qualidade de vida neste sentido, com as novas tecnologias ao serviço da saúde " (E<sub>2</sub> HESE);

" É um contributo porque, pelo menos na área pediátrica. Queremos que a criança prolongue o mais possível os hábitos que tem na sua casa e se realmente lhes for permitido ter aqui o que têm lá fora, é realmente muito bom e é muito diferente quando volta para a escola, pois está ao mesmo nível dos colegas" (E<sub>1</sub> HESE). Como é possível confirmar, através das declarações apresentadas, os profissionais de saúde e educação entrevistados

consideraram que o apoio pedagógico nos hospitais é um passo enorme para a humanização dos mesmos, pois o hospital está a atender aos direitos das crianças enquanto seres sociais.

A força da educação, em geral, e no hospital percebe-se facilmente: no hospital são tecidas relações sociais, onde a existência e o conhecimento humano se desenvolvem, logo, a educação aqui presente desempenha um papel decisivo pois considera a natureza do ambiente e actua no sentido de desenvolver a sociedade.

É certo, como afirma um dos entrevistados que “Excelente é uma coisa que é muito difícil, mas leva seguramente a uma humanização. Se é excelente ou não, os interessados é que têm de fazer com que seja” (E<sub>4</sub> IPO). A excelência em termos de qualidade é difícil de conseguir mas não impossível. Através da identificação e análise constante dos processos alcançasse a melhoria contínua, muito importante para o caminho da excelência.

Apesar das convicções serem nos sentidos apresentados, o que é facto é que é normal depararmo-nos com situações mais conservadoras, que ainda se encontram em processos de conhecimento e exploração dos fenómenos, talvez por serem muito aficionadas às suas tarefas de profissão. Não quero com isto dizer que não o devemos ser, devemos sim ter sempre um olhar crítico sobre o que nos rodeia, mas é também importante que tenhamos um olhar de desenvolvimento acerca dos aspectos novos que têm objectivos que giram em torno do bem comum e da qualidade de vida. Esta explicação vem introduzir o seguinte comentário acerca da humanização do hospital através do ensino: “Acho que sim, mas continuo a achar que o objectivo do hospital é de fazer os tratamentos às crianças e o educacional é o suporte com a vida habitual deles” (E<sub>4</sub> IPO). Tal como referido, os objectivos base têm, obrigatoriamente de ser considerados, em qualquer caso. Mas o facto de que, para haver um desenvolvimento sustentável é necessário ter uma visão global do fenómeno, tendo em vista a promoção da qualidade, é também uma realidade que tem de ser considerada e encarada, pois como refere Zardo, as “classes hospitalares” “... abarcam a totalidade do espaço hospitalar, enfraquecendo gradativamente concepções sedimentadas e práticas desumanizadoras” (Zardo, 2007: 190).

## **1.2.2- Tema 2: Dimensão Pedagógica: Operacionalização do apoio escolar a crianças e jovens hospitalizados**

**Entrevistados do Serviço de Pediatria do IPO:** Professoras, Director do Serviço de Pediatria e Chefe de Enfermagem (sem ordem específica relativamente aos excertos extraídos das entrevistas). Quando pertinente, foram colocados excertos de outros (as) entrevistados (as), com o objectivo de uma melhor percepção da realidade.

### **1.2.2.1- Como se processou a implementação da escola no hospital?**

A primeira questão que quis estudar relativamente a este tema tem que ver com o processo de implementação da escola no hospital. Interessava-me conhecer como se desenrolou o processo de criação desta escola, neste contexto específico, quais foram as motivações que levaram a que este tipo de apoio se tornasse real.

Assim, para responder a esta questão sustentei-me nas seguintes comunicações: “Foi há 8 anos, houve uma conjugação de interesses e de vontade entre o Ministério da Educação e o Serviço seguiu o que já se fazia noutros Serviços de Pediatria, houve uma sinergia entre nós e o Ministério da Educação” (E4 IPO);

“ Era só o espaço que havia e era tudo à experiência, nunca se tinha feito” (E5 IPO).

É fácil perceber, através dos discursos, que a implementação da escola no hospital verificou-se depois de uma reflexão acerca das necessidades do serviço de pediatria do IPO. Segundo a declaração apresentada, outros apoios deste tipo já eram feitos e, para o caso específico do IPO, depois de uma análise das características do serviço, do tipo de internamentos, a implementação da Escola no IPO aconteceu depois de conversações entre o Hospital em causa e o Ministério da Educação, que conjugaram os seus interesses e tomaram atitudes para a promoção da qualidade de vida das crianças e jovens.

Segundo também informações recolhidas junto do CANTIC, a escola do IPO foi criada depois de constatar a necessidade das crianças ali internadas continuarem os seus estudos.

Como se pode constatar, através do discurso que será apresentado, as escolas nos hospitais já eram anteriores às actuais escolas que agora estabelecem contactos também através de TeleAula e que são apoiadas pelo CANTIC, que fez questão de esclarecer esta questão, assim como revelar quais as escolas a que dão apoio. Vejamos: “ Nas escolas há uma realidade que é anterior a nós, tem que ver com situações que já estavam previstas antes e que eram escolas de 1º ciclo que existiam no Hospital, em Alcoitão, na Estefânia ... Na altura o pretexto foi um jovem que já estava internado há muito tempo e as suas dificuldades não lhe permitiam ir à escola que se encontrava na própria enfermaria do hospital, a escola nº 44 EB1 Rainha D. Estefânia. Então foram criadas formas de este jovem ter apoio no próprio quarto. Durante muito tempo tivemos este apoio, mas depois não continuamos porque era só um aluno ... a ideia era, nos sítios onde havia escola, fazer com que elas se ligassem com o exterior e dar apoio aos mais velhos porque só havia para os mais pequenos e os hospitais que não tinham escola, permitir que pudessem ter apoio escolar. ” (CANTIC).

#### **1.2.2.2- As instalações e os meios técnicos são adequados e suficientes?**

A segunda questão tem que ver com as instalações e os meios técnicos de que a escola do hospital dispõe, muito importantes para a operacionalização dos objectivos da escola. Neste sentido, foram obtidos os seguintes depoimentos relativamente às instalações: “Era o espaço disponível, tem-se revelado exíguo para o crescimento que a escola teve. Não vão à escola só os internados, vão também os de hematologia e o espaço começa a revelar-se muito limitado e a escola devia estar fora do Serviço, para que os muitos miúdos entrassem e saíssem da escola sem “devassar” o serviço, o ideal seria termos a escola mas fora do Serviço, com maiores dimensões” (E4 IPO), note-se que desta forma a escola do IPO adaptou-se e articulou o seu trabalho conforme o espaço disponível.

“ Acho que deviam ser um pouco mais amplas, mas também temos de ter em conta o objectivo do hospital, a escola funciona como apoio às crianças, assim como as professoras. Temos de pensar num suporte a estas crianças, senão fugimos da função essencial, para responder a todos temos de ter muito espaço, se calhar justificava-se uma sala para a escola maior e uma de recreio menor, mas a de recreio serve para todos. Acho muito importante sim, mas são apoios” (E5 IPO).

O último discurso evidencia claramente que muitos profissionais de saúde ainda não estão completamente despertados para a importância e para as actividades que acontecem na escola do hospital. Para muitos o tratamento deve versar essencialmente sobre aspectos de saúde no que toca ao biológico, esquecendo-se, muitas vezes, que a saúde, como já foi apresentado, não engloba só os aspectos biológicos, mas todos os que dizem respeito à totalidade do ser humano. A ele estão aliados o social, o psicológico e o emocional. Claramente não poderemos esquecer da função básica do hospital, mas o hospital também não se pode esquecer das necessidades básicas essenciais do ser humano.

Relativamente aos meios técnicos, estes foram considerados adequados para o espaço em que, neste momento, a escola se encontra: “Quanto aos meios técnicos penso que são adequados” (E<sub>4</sub> IPO).

### **1.2.2.3- Como se processa a gestão e manutenção da escola (responsáveis, recursos, coordenação)?**

A terceira questão diz respeito à gestão e manutenção da escola em termos, tanto de recursos materiais, como em termos de organização do trabalho das profissionais de educação.

Sobre esta questão, importa então destacar dois pontos que considero pertinentes de ser estudados, passando então a descrevê-los e a explorá-los. Em relação ao primeiro ponto, que constitui a primeira ideia principal a reter sobre a questão levantada, ela tem que ver com a manutenção do trabalho pedagógico e educacional da escola, assim como com a coordenação da escola do hospital, quem é responsável pela organização e pela gestão das professoras. Neste sentido, através da declaração “Somos as 3 professoras e o CANTIC (Centro de Avaliação em Novas Tecnologias de Informação e Comunicação) ...” (E<sub>3</sub> IPO), constata-se que a manutenção e coordenação deste trabalho são feitas em conjunto, pelas 3 professoras da escola e pelo CANTIC que dá apoio em termos técnicos e também pedagógicos à escola do hospital. As professoras, as três, são as responsáveis pela manutenção da estrutura do referido ambiente de ensino e pela sua organização para a dinamização do trabalho pedagógico, não havendo uma só professora que seja responsável pelos processos ou que coordene as outras profissionais.

Ainda neste sentido de manutenção e organização do trabalho pedagógico, verificou-se também a organização específica e detalhada do trabalho diário das professoras, que para além de ter sido observado e experienciado por mim.

Através do discurso “ ... Começamos por fazer a lista de crianças/jovens internadas ou em tratamento nos diversos espaços de intervenção. Faz-se uma visita individual a cada aluno, avalia-se a sua condição e equacionam-se estratégias de motivação e participação nas actividades escolares do dia para nos podermos repartir pelos diversos espaços de intervenção” (E<sub>1</sub> IPO), é possível conhecer as fases de trabalho diário destas profissionais. Todos os dias as professoras cumprem, exactamente como descrito, estas fases, para que o apoio chegue a todos os alunos.

O ensino no hospital é um ensino diferenciado pois as crianças e jovens encontram-se em condições especiais, condições que não abrangem a maior parte dos alunos, daí ser específica, especial. Deste modo, “a construção da prática pedagógica, para actuação em ambiente hospitalar, não pode esbarrar nas fronteiras do tradicional” (Matos e Mugiatti, 2006: 115).

Para além destes procedimentos, importa referir, novamente, que para além do apoio no piso de internamento, as professoras também se deslocam tanto ao hospital de dia como à UTM, o que leva a uma divisão ainda maior das tarefas e das profissionais. Neste sentido, as profissionais queixam-se da escassez de recursos em termos de pessoas, profissionais de educação, pois elas são apenas três para vários pontos de apoio. Esta dificuldade é descrita na questão que se pode encontrar mais à frente que tem que ver com a suficiência, ou não, dos profissionais de educação na escola do referido serviço de pediatria.

Em termos de gestão dos recursos materiais da escola, segundo ponto que considero pertinente dentro da questão principal levantada, obteve-se o seguinte discurso que revela a fonte de proveniência dos recursos: “...A Liga Portuguesa Contra o Cancro patrocina algum material e agora recebemos, pontualmente, um donativo de uma empresa de informática” (E<sub>3</sub> IPO). “ Não temos apoio do Ministério da Educação, o único apoio que temos é o da Liga Portuguesa contra o Cancro, em termos de recursos materiais”, e de alguns donativos pontuais de empresas ou particulares” (E<sub>2</sub> IPO).

Percebe-se então que os materiais pedagógicos, específicos para as tarefas pedagógicas do quotidiano do professor e das crianças que facilitam o processo de ensino aprendizagem são cedidos pela Liga Portuguesa contra o Cancro e também de entidades exteriores que



fazem donativos. Não são adquiridos pela instituição hospitalar, nem fornecidos pelo Ministério da Educação, o que é facto para admiração, uma vez que a escola do hospital está afectada a este Ministério. Esta é uma falta e uma necessidade que deve ser evidenciada relativamente aos recursos materiais, pois para que a escola funcione em bons termos, é também necessário que tenha disponíveis recursos materiais para a prossecução dos seus objectivos, ou seja, para que os alunos possam trabalhar, explorar, criar com condições. Este é um ponto que deveria também ser revisto e reflectido com o objectivo de prover os recursos necessários para uma educação de qualidade que se visa respeitar a criança em todas as suas vertentes, necessitando, deste modo de ter meios, em todos os sentidos, a que possa recorrer.

Através destes aspectos é possível também verificar as dificuldades que a escola passa, em termos de restrições no que diz respeito aos aspectos económicos, que muitas vezes se reflectem na prática educativa, sendo mais uma vez um ponto que deveria ser explorado com muita atenção por parte das políticas educativas, com o objectivo de sustentar a manutenção do apoio pedagógico e educacional às crianças e jovens que se encontram em situação de hospitalização.

#### **1.2.2.4- Os recursos Pedagógicos, de saúde e sociais são suficientes?**

A minha sexta questão foi no sentido de conhecer as opiniões acerca da suficiência dos recursos pedagógicos, sociais e de saúde que estão presentes no IPO pois considero importante conhecer também estes aspectos que têm que ver com a qualidade geral do atendimento das crianças e jovens. Entenda-se recursos apenas no sentido humano.

Neste sentido, as informações recolhidas apontam no sentido da insuficiência no que diz respeito aos profissionais em termos pedagógicos, igual insuficiência nos profissionais de saúde e a necessidade, segundo um profissional de saúde, de algumas alterações a nível de apoio social. Vejamos então os depoimentos para a vertente pedagógica que explicam por si só o porquê das dificuldades sentidas: “ Não, a escola está situada no Serviço de Pediatria (7º piso). Além de apoiar as crianças/jovens internados neste piso o nosso apoio também se estende aos quartos dos utentes, à Unidade de Transplante de Medula – Hospital de Dia, na UTM – Internamento, Hematologia e a outros espaços onde se encontrem crianças/jovens adultos em idade escola” (E, IPO);

“ Não, porque em determinadas alturas há meninos a necessitar do nosso apoio no hospital de dia, na UTM (Unidade de Transplante de Medula) e no Serviço de Hematologia. Somos apenas três professoras e não conseguimos dar um apoio consistente a todos os serviços para que somos solicitadas ” (E<sub>2</sub> IPO).

“ Não são suficientes para abranger todas as crianças que existem nos diversos espaços do hospital” (E<sub>3</sub> IPO).

Apenas dois profissionais de saúde revelaram considerar suficiente o número de professoras na escola do hospital, também derivado à insuficiência do espaço físico:

“Pedagógico...Bem, pessoalmente acho que sim ...” (E<sub>4</sub> IPO);

“ Em termos pedagógicos, acho que muitos mais seria complicado, tornaria o espaço ainda mais pequeno. Se calhar temos cerca de 100 crianças em internamento e hospital de dia, se considerarmos isso, são poucas professoras, mas há muitas crianças que ainda não estão em idade escolar... (E<sub>5</sub> IPO).

No que diz respeito aos profissionais de saúde, foram obtidos os seguintes discursos:

“...em termos de saúde, é claro que há sempre necessidades da parte da saúde, são mais urgentes no hospital de dia, que tem um espaço muito exíguo, muito limitado relativamente ao sector de internamento, que está direccionado para as necessidades do Serviço” (E<sub>4</sub> IPO);

“...de saúde, de momento tenho muitas enfermeiras em período de maternidade, acontece frequentemente, aumentam os atestados, ausências, e aí sente-se a falta de pessoal (E<sub>5</sub> IPO).

Verifica-se então que em termos de saúde, também a necessidade de haver mais profissionais neste serviço é notória.

Já no que diz respeito ao apoio social, as opiniões divergem um pouco. Ora vejamos as afirmações: “... em termos sociais, eu acho que é bom, temos agora uma equipa de apoio psico-social que é muito eficaz” (E<sub>4</sub> IPO);

“ ... do ponto d vista psicológico e social, acho que não. Actualmente estão aqui umas estagiárias, mas não considero o trabalho a esse nível de “muita qualidade” ... Vejo muitos alunos a jogar no computador (E<sub>5</sub> IPO).

### 1.2.2.5- A criança hospitalizada tem algum artigo/decreto-lei que regulamente o seu apoio pedagógico ou apenas tem o que, no geral, regulamenta as necessidades educativas especiais?

Como já foi analisado neste trabalho, “as crianças e adolescentes internados em hospitais, independentemente da patologia, são considerados alunos temporários de educação especial por se acharem afastados do universo escolar, privados da interacção social propiciada na vida cotidiana e terem pouco acesso aos bens culturais ... portanto elas correm um risco maior de reprovação e evasão, podendo configurar um quadro de fracasso escolar” (Ortiz e Freitas, 2005: 54). Assim, sendo este um direito das crianças e jovens que se encontrem em situação de hospitalização, ele deve estar registado e regulamentado. Conforme também já foi referido, “ a legislação vigente para estas crianças/jovens é o DL nº3 /2008 e também podem ser abrangidas pelo Ofício Circular nº50/2005 ...” (E<sub>1</sub> IPO).

As crianças e os jovens hospitalizados estão inseridos nos documentos anteriormente referidos, cujos apenas se reportam aos apoios especializados a prestar na educação aos alunos com “deficiências ou incapacidades”, no geral. Quer então isto dizer que a situação do apoio escolar nos hospitais não é específica, tal como as situações de surdez, de cegueira, autismo, multideficiência e surdocegueira congénita, que são referidas especificamente neste DL.

Conforme os depoimentos recolhidos, os profissionais que actuam neste contexto consideram que “ ... nem sempre é o suficiente porque muitas vezes as crianças/jovens estão ausentes da Escola de Origem durante longos períodos de tempo, o que provoca por exemplo um elevado absentismo e conseqüente falta de apoio por parte da Escola de Origem. Se houvesse alguma legislação específica, a reintegração da criança na escola poderia ser facilitada” (E<sub>1</sub> IPO);

“... contudo penso que deveria haver uma alínea específica que regulamentasse os direitos da criança hospitalizada e salvaguardasse o caso das crianças com doença prolongada. Quando as crianças não têm um internamento prolongado (meses), esse apoio também deveria existir, inclusive, nas unidades hospitalares localizadas, fora dos grandes centros ” (E<sub>2</sub> IPO);

“...tivemos aqui uma rapariga que tinha testes na altura do internamento e que esse apoio lhe faria muita falta” (E<sub>3</sub> HESE).

“... no entanto, seria necessária uma alínea que protegesse a criança hospitalizada com doença prolongada” (E<sub>3</sub> IPO).

É então evidente e urgente que a necessidade de uma legislação específica para a protecção das crianças e jovens hospitalizados seja considerada por parte das entidades responsáveis que trabalham estas questões. O que quero dizer, e que os dados recolhidos também comprovam, é que este tipo de apoio deve estar devidamente legislado, ter uma alínea específica que diga respeito às crianças e jovens em situação de hospitalização. Não estou a descuidar as demais necessidades específicas, estou sim a fazer notar a importância e complexidade desta situação que, derivado a estes mesmos aspectos, deve ser identificada através de legislação específica e colocada num posto de extrema importância pois trata-se de crianças que foram acometidas por doenças graves, ou por problemas/doenças efémeras, que carecem ser tratadas através de hospitalização, seja ela prolongada ou de um prazo mais curto, mas trata-se evidentemente da saúde das crianças como um todo e esse todo, como já foi referido, tem de ser respeitado. É através deste respeito pelos direitos das crianças e dos jovens hospitalizados que também se atingem os objectivos a que as nossas políticas sociais se propõem. Se queremos ter uma sociedade justa, onde os cidadãos estão aptos para nela participarem de forma crítica e construtiva, há que lhes proporcionar condições e meios, com qualidade, para que possam desenvolver este espírito.

Assim, estas condições devem estar presentes nos diversos contextos sociais e educacionais e particularmente, também no contexto estudado, para que as crianças e os jovens possam desenvolver o seu conhecimento, desde cedo e em qualquer situação, e assim possam exercer sempre o seu direito de cidadania numa perspectiva construtiva. Se aspiramos à participação, ao conhecimento e às perspectivas das nossas crianças e jovens, teremos de proporcionar-lhes condições, desde cedo, para que possam exercer os seus direitos, pois através das vivências se constrói o conhecimento e o conhecimento, por sua vez, pode proporcionar boas vivências. Neste contexto e em ambiente hospitalar, escolarizado, as crianças adquirem muitos e diversos conhecimentos que vão, sem dúvida, influenciar a sua vida futura e, possivelmente, auxiliar em situações com que se possam cruzar ao longo da vida. Assim, é imperioso que o apoio em termos pedagógicos e educacionais esteja presente num ambiente que pode, incontestavelmente, passar pela vida das crianças e que se estiver bem preparado as influenciará, sem dúvida alguma. A realidade é que as condições de qualidade presentes na vida das crianças, a todos os níveis, vão influenciar o olhar destas

sobre aspectos essenciais da sociedade e incentivá-las-ão a caminhar e a lutar neste mesmo sentido, daí a qualidade ter de esta presente também nos termos defendidos.

Centrando-se esta análise sobre legislação que proteja as crianças e os jovens hospitalizados, em termos de apoio pedagógico e educacional, importa deixar registado mais um discurso sobre esta questão acerca da legislação específica e que deve ser lido com muita atenção: “ É uma situação complicada porque sendo criado um decreto-lei, pode não incidir em aspectos específicos da intervenção. Seria interessante que houvesse um despacho que falasse desta realidade pois ela precisa de ter suporte, sem dúvida alguma, porque há muitas outras coisas que não estão no decreto-lei e seria muito importante haver legislação específica, sem dúvida” (CANTIC).

#### **1.2.2.6- A escola possui um Projecto Pedagógico? Que acções (gerais) estão previstas nesse documento?**

A oitava questão deste tema refere-se aos aspectos ligados ao Projecto Pedagógico da Escola do Hospital, mais concretamente, da escola do IPO de Lisboa.

Segundo informações recolhidas respeitantes a este assunto, percebi que “Em termos de Projecto Educativo das escolas dos hospitais, temos um fio condutor que nos permite trabalhar alguns conteúdos, iguais, no mesmo ano lectivo, todas as escolas hospitalares ...” (CANTIC). Como se pode verificar, as escolas sediadas em ambiente hospitalar estão ligadas entre si também através de planificação geral que é transversal às mesmas. Esta planificação segue então, como indicado, uma linha condutora, mas derivado à especificidade de cada escola “... há coisas que são específicas de cada hospital, há pesos que se dão a determinadas matérias, é consoante o hospital. Temos um conjunto de ideias e depois é específico de cada hospital (CANTIC).

Tais informações ilustram claramente como se processam os conteúdos nas escolas dos hospitais, sendo que existe uma árvore de conteúdos similar a todas as escolas e depois as ramificações que se podem encontrar têm que ver com a singularidade de cada contexto, o que é perfeitamente compreensível.

Há que não esquecer que cada escola presente nos hospitais tem a sua realidade própria, são contextos muito específicos de apoios pedagógicos em casos sempre singulares. No

que diz respeito à escola do IPO, também segundo informações recolhidas, “ O projecto pedagógico da escola apresenta, no essencial, duas vertentes: os trabalhos escolares enviados pelas Escolas de Origem e as TeleAulas” (E<sub>3</sub> IPO).

Assim, e também segundo dados recolhidos do próprio documento consultado pela investigadora, o Projecto pedagógico desta escola tem como objectivos centrais e específicos a “continuidade da escolaridade” e a “quebra do isolamento social”, as suas vertentes pedagógicas vão então no sentido de trabalhar em consonância com a turma de origem dos alunos, através de material enviado pela escola de origem do aluno, assim como a realização das TeleAulas que têm como objectivo trazer o mundo exterior o mais perto possível das crianças, fazendo com que entrem em contacto com colegas do mesmo ano, que trabalham o mesmo tema, que colocam questões e que são também questionados pelos alunos da escola do hospital.

Importa aqui reflectir que, sendo o apoio escolar prestado às crianças e jovens hospitalizados, considerado como apoio especial, uma vez que se enquadra, indirectamente, no DL n.º 3 /2008, é necessário analisar o processo de elaboração destes projectos pedagógicos pois é extremamente importante identificar os objectivos orientadores destes projectos, sendo certo que as discussões acerca da elaboração dos mesmos devem ser ampliadas, assim como a pertinência e conhecimento sobre este assunto.

A abordagem ao Projecto Pedagógico que protege e, de certa forma, orienta as directrizes educativas para estas crianças e jovens deve ter uma concepção feita em grupo, por quem está no terreno, sendo então muito importante a planificação que o CANTIC promove, uma vez que esta se realiza em conjunto, conforme o depoimento apresentado. Não deixa de ser muito importante também alertar para o facto de que a definição e trabalho dos objectivos que orientam o projecto pedagógico deve ter como meta principal a qualidade de vida das crianças e jovens, proporcionando-lhes um apoio integral e para a concretização destes aspectos é muito importante que os profissionais que actuam no ambiente hospitalar sejam sujeitos deste processo, ou seja, a equipa de saúde tem de estar envolvida. É importante que o projecto pedagógico seja trabalhado e elaborado pelos diversos actores inseridos neste *locus* de actuação, sempre respeitando os interesses de todos e consequentemente, gerindo o poder aos níveis das relações sociais. Neste contexto “ reserva-se, portanto, essa denominação a um determinado modelo de proposta, cujo processo de produção se dá através da relação dialéctica que esses sujeitos estabelecem entre

si e através da construção participativa, da qual o confronto dialógico é um critério, constituindo-se, também, num meio de torná-la dinâmica e enriquecedora. A proposta pedagógica, vista dessa forma, evidencia o caminho a ser assumido pelos sujeitos e o modo como será gerenciado o seu poder” (Zardo, 2007: 159).

Este aspecto de planeamento é muito importante pois é através da elaboração destas orientações que se definem os instrumentos com que se vão operacionalizar as acções que levam ao desenvolvimento e reflexão dos alunos. Neste sentido, Benincá, apresenta sugestões que têm como objectivo orientar a tarefa de elaboração do projecto pedagógico, realçando alguns aspectos que merecem atenção, como sendo “ ... a problematização da realidade escolar, os objetivos da proposta pedagógica, a metodologia, o sujeito pedagógico da escola, a condução do processo pedagógico, a credibilidade nas relações sociais, a esperança e a utopia, o exercício do poder-serviço e a avaliação” (Zardo, 2007: 158).

É importante referir que estes aspectos não invalidam o destaque de outros aspectos que também contribuam para a orientação da escola no hospital. Em termos de problematização da realidade escolar, primeiro aspecto da proposta pedagógica e segundo esclarecimentos de Zardo, esta é uma forma de conhecer a realidade educacional que reside no hospital. Assim, é importante referir que esta problematização vai servir para construir o conhecimento acerca das escolas dos hospitais, baseado nas actividades e experiências desenvolvidas no quotidiano da escola. Esta construção de conhecimento é extremamente importante para a divulgação e promoção destes ambientes educativos, que ainda se encontram num patamar consideravelmente abandonado.

#### **1.2.2.7- Quais as concepções que orientam o trabalho pedagógico das professoras?**

A oitava questão que pretendi explorar, identifiquei de uma ideia central: “Trabalhamos de acordo com a situação clínica da criança” (E<sub>3</sub> IPO). A partir desta informação, a informação a conclusão é clara, é totalmente respeitada a individualidade de cada criança, ponto muito importante neste âmbito e que se torna imperial, pois, para além de a situação clínica da criança necessitar de ser respeitada, a criança trabalha consoante o seu bem-estar, as próprias crianças também têm noção das suas limitações derivadas da doença.

A oferta “educativo-escolar”, segundo Fonseca, trata “das operações cognitivas e das operações pedagógicas de agenciamento do aprender, podendo, inclusive, intervir nos problemas de aprendizagem (infelizmente frequentes em crianças que adoecem ou precisam de afastamento da escola). As possibilidades que o conhecimento dá ao afeto permitem que a criança pense e compreenda melhor sua situação e sua condição em uma aceitação ativa (construção cognitiva) e não em uma submissão ou resignação (Fonseca, 2003:35).

Através das minhas observações pude conhecer de perto a metodologia utilizada pelas professoras, que vai de encontro às palavras de Fonseca em cima mencionadas, assim como aos resultados da pesquisa de Ortiz e Freitas (2002), realizada em cinco classes hospitalares brasileiras, que afirmam que “60% das propostas que direcionam as ações pedagógicas das instituições hospitalares é educativo-escolar e 40% é oferta lúdico-educativa”. Assim o trabalho “educativo-escolar” dá ênfase às questões escolares formais, ou seja, o trabalho que é enviado da escola de origem do aluno e os conteúdos que estão a ser leccionados na escola de origem, tendo sempre em vista o regresso da criança/jovem à sua escola de origem e considerando a bagagem de conhecimentos que o aluno já possui. Quero com isto dizer que as professoras da “Escolinha Hospitalar” dão muita importância e orientam o trabalho para o reingresso do aluno na sua escola, de forma a que não haja desfasamento na aquisição de conhecimentos, ou quando a isso as crianças são obrigadas, fazem para que este desfasamento seja o menor possível. É claro que esta metodologia não exclui, como refere Zardo “a possibilidade de aliar a ludicidade ao processo de ensino dos conteúdos escolares”, estes pontos são complementares, estão aliados e contribuem para a aprendizagem dos alunos. Esta mesma autora afirma que “o trabalho docente, entendido como atividade pedagógica do professor, deve buscar atingir objetivos primordiais, como assegurar aos alunos o domínio seguro e duradouro dos conhecimentos científicos, criar condições e meios para que os alunos desenvolvam capacidades e habilidades intelectuais visando sua autonomia no processo de aprendizagem e independência de pensamento, e orientar as tarefas de ensino com o fim de ajudar os alunos a escolherem um caminho na vida, a terem atitudes e convicções que norteiem suas opções diante dos problemas e situações da vida real. (Zardo, 2007: 144).

No contexto educativo que aqui trato, as professoras assumem um papel de destaque. Elas são precursoras da educação no hospital em todas as suas vertentes, ou seja, pretendem e



conseguem que se desenvolva “ tanto em educandos como educadores a capacidade de transformação pessoal, aspecto fundamental para a transformação social ...pelo seu próprio carácter experimental, o caminho e os resultados da holopraxis dificilmente podem ser traduzidos em palavras. Trata-se de um conhecimento in-corporado pela sensibilidade e pela intuição e não simplesmente apreendido pelo intelecto” (Matos e Mugliatti, 2006: 118). Através da minha observação, pude também constatar o que foi atrás referido, pois estas profissionais traçam uma linha condutora assente em princípios, que provêm também dos seus valores, mas que têm como objectivo englobar e despertar toda a comunidade envolvente, quer sejam pais, profissionais de saúde e até mesmo as próprias profissionais de educação, que estão sempre atentas às suas experiências e á forma de inovar e avançar no sentido de uma melhor qualidade de vida dos alunos, mas, no geral, de todos.

Relativamente às situações de apoio em termos físicos, na estrutura do hospital, este não acontece apenas no 7º Piso, piso de internamento, como já tinha sido referido, acontece em mais três espaços do hospital onde se encontram crianças, conforme constatado por mim e declarado pelas profissionais de educação “...Além de apoiar as crianças/jovens internados neste piso o nosso apoio também se estende aos quartos dos utentes, à Unidade de Transplante de Medula – Hospital de Dia, na UTM – Internamento, Hematologia e a outros espaços onde se encontrem crianças/jovens adultos em idade escola” (E<sub>2</sub> IPO)

Quero com isto dizer que as professoras criam e desenvolvem propostas criativas que permitem apoiar estas crianças e jovens na sua vertente biopsicossocial, não tendo nenhuma formação específica para actuar em contexto hospitalar, mas mesmo assim, este é um resultado que conseguem, o que merece ser destacado e é louvável. Neste sentido também importa destacar a formação específica, pois está ancorada à competência, ou competência mais eficaz, para desenvolver trabalho em contexto hospitalar. Esta questão será desenvolvida mais à frente, nos pontos 13 e 14, que tratam da formação específica para o exercício, em ambiente hospitalar, dos profissionais de educação.

É então deste modo que as práticas acontecem na Escola do IPO de Lisboa, a metodologia respeita o aluno integralmente, tendo sempre como finalidade a sua escolarização e socialização.

### **1.2.2.8- A tecnologia, na escola do hospital, é considerada como estando em prol da inclusão?**

A nona questão inserida nesta segunda temática, faz referência à tecnologia presente no hospital que se manifesta, principalmente, através das TeleAulas.

Tendo então em vista obter respostas para esta questão que se refere também à inclusão das crianças/jovens, tema também alvo de grandes discussões no cenário académico. Importa referir que nesta questão englobei também a questão da importância da TeleAula em termos pedagógicos. Assim, recolhi as seguintes manifestações acerca de tal fenómeno: “ É uma mais-valia para a criança hospitalizada, uma forma de contactar com outras realidades, de enriquecer o seu mundo e de quebrar o seu isolamento social ” (E<sub>2</sub> IPO).

A primeira ideia central é de que através da tecnologia presente no hospital, que se manifesta através da Tela Aula, o possível isolamento das crianças e jovens é combatido pois os alunos, embora as TeleAulas não sejam realizadas todos os dias, entram em contacto com o meio exterior e visualizam colegas de turma, embora não sendo os da sua turma. Compreende-se que, em termos de motivação, seria diferente e muito bom se os alunos estabelecessem contacto realmente com os seus colegas de turma, mas é algo que se torna incomportável em termos de infra-estruturas, não impossível, mas complicado de se realizar pois implicaria muitos apoios e muitas verbas para equipar as escolas com os meios necessários para esta realização e uma vez que podem surgir crianças e jovens de todos os pontos do país. Mesmo assim, as comunicações que se estabelecem quando as TeleAulas acontecem são muito produtivas pois existe sempre uma actividade especial que é realizada em conjunto. Estas actividades decorrem sempre da melhor forma pois há muito interesse e dedicação de todos os que nela participam. Nas aulas temáticas são sempre abordados assuntos tais como os direitos da criança, ligados ao meio ambiente, saúde, cooperação, solidariedade, auto-estima, amizade, respeito, entre outros.

Para além das TelaAulas, através das novas tecnologia, as crianças navegam na Internet, brincam com jogos educativos, fazem pesquisas, inclusive sobre a sua própria doença, desenham, pintam, ...

Em termos de socialização das crianças, este é um aspecto que contribui para tal, pois, para além do entretenimento, proporciona vivências e actividades que incentivam e possibilitam

a interacção. Também lhes é proporcionada a inclusão digital, pois as crianças estão a desenvolver os seus conhecimentos praticando no computador, quando as professoras pedem a uma criança para ligar o computador, para ajudar a estabelecer ligação com a outra escola. Não podemos esquecer também que lhes é proporcionado o direito de cidadania.

Ainda sobre a TeleAula, refere mais um entrevistado que em termos pedagógicos “ É uma mais-valia para estes alunos porque contactam com o mundo exterior, com outras escolas, com outras culturas e experiências. As actividades propostas na TeleAula permitem aos alunos, por um lado, a aplicação dos conteúdos curriculares leccionados nas suas Escolas de Origem, por outro lado, proporcionam a pesquisa, selecção de informação pertinente e a realização de trabalhos e jogos didácticos relacionados com os itens abordados” (E<sub>1</sub> IPO), tal como já tinha sido referido e é agora confirmado também através dos depoimentos de mais profissionais: “ Sim, acho que a TeleAula, é uma mais-valia, ajuda os alunos a manter o contacto com a realidade” (E<sub>1</sub> IPO); “ É uma maneira de os alunos contactarem com alunos de outras escolas. É importante para que não percam o contacto com dinâmicas escolares” (E<sub>3</sub> IPO).

Claramente que este sistema de TeleAula que se executa no IPO está em consonância com as metas que a inclusão pretende atingir, pois o objectivo é fazer com que a criança não se sinta fora do meio escolar, que se sinta incluída nele, fazendo parte da comunidade e participando nos processos educativos, pois estabelece contacto com colegas e com a sua realidade. Nestes contactos as crianças colocam as questões que quiserem e respondem também a questões que os colegas que estão em ambiente regular lhes colocam, sendo esta também uma forma de as crianças que se encontram hospitalizadas se sentirem úteis e realizadas pois, embora não possam estar em condições idênticas às dos colegas que estão do outro lado da comunicação, estão a contribuir para o esclarecimento dos colegas e a fazer com que os mitos que ainda hoje se encontram, acerca das crianças hospitalizadas, sejam ultrapassados.

No que diz respeito às práticas sociais, a sociedade atravessou diversas fases. Fazendo uma breve nota a este tema já abordado, a sociedade começou pela prática da exclusão social de pessoas que, por causa das suas condições atípicas, não lhe pareciam pertencer à maioria da população. Numa fase posterior, desenvolveu o atendimento segregado dentro de instituições, passando depois para a prática da integração social até que, recentemente, adoptou a filosofia da inclusão social para modificar os sistemas sociais gerais.

Uma vez que a Inclusão significa atender os alunos com Necessidades Educativas Especiais, então a escola deve organizar-se de forma a colocar à disposição destes alunos, todos os recursos necessários às características de cada um, de forma a respeitar a criança no seu todo e não só como aluno, no que diz respeito a níveis de desenvolvimento pessoal, social, académico e emocional.

Nem sempre as diferenças humanas, a todos os níveis, foram objecto de atenção da parte dos governos ou até mesmo dos educadores, sendo que a tendência da escola foi durante muito tempo para a uniformidade, como se os alunos tivessem todos as mesmas aptidões, as mesmas características, as mesmas necessidades. Muitos patamares têm ainda de ser alcançados no que diz respeito às políticas para o apoio pedagógico e educacional das crianças e jovens que se encontram em situação de hospitalização, mas há que realçar o que já se faz de bom para que estas crianças possam desfrutar de uma melhor qualidade de vida enquanto se encontram nesta situação.

Deste modo, através da tecnologia nos hospitais, através realização de TeleAulas, a escola está a contribuir para a inclusão das crianças e dos jovens hospitalizados, respeitando os direitos destas crianças proporcionando-lhes assim meios para que a sua educação integral se concretize, cumprindo a sociedade o seu dever: o dever de se mobilizar e modificar para atender à diversidade da sua população.

#### **1.2.2.9- Como é a escola, vista pelos familiares das crianças?**

Conforme a Carta Europeia dos direitos da criança hospitalizada os pais, e/ou a pessoa que os substituam, devem permanecer o máximo de tempo possível junto das suas crianças, como elementos activos na vida do hospital, não como espectadores passivos, “ daí que é mandatário proporcionar condições necessárias e suficientes para que tal ocorra” (Redondeiro, 2003: 161).

Na vida das crianças, o primeiro agente de socialização, por excelência, é a família, sendo esta uma unidade bio-psico-social integrada que se apoia e partilha o mesmo espaço: “A família é uma unidade básica da sociedade, cujos membros estão motivados a cuidarem uns dos outros tanto físicos como emocionalmente” (Smilkstein, 1980, *in* Redondeiro, 2003: 153). Assim, quando a criança é alvo de algo que modifique o seu equilíbrio, a estrutura familiar é abalada, uma vez que a criança é indissociável da família.

Como se pode constatar, a décima questão dentro desta temática relaciona-se com os familiares das crianças, com a importância que estes dão à escola no hospital. Importa referir que os discursos aqui apresentados, relativamente a esta questão, são apenas dos profissionais de saúde e educação, conforme explicado no capítulo respeitante à descrição Metodologia.

Segundo as informações recolhidas, os familiares e/ou acompanhantes das crianças e dos jovens hospitalizados revelam grande interesse pela escola presente no hospital e preocupação com a escolarização dos seus filhos. A representação desta ideia configura-se através das seguintes comunicações: “Depois da doença, muitas vezes é uma das primeiras preocupações para não perderem o ano, para estarem ocupadas durante um período de tempo do dia, para não se isolarem nos quartos” (E<sub>1</sub> IPO);

“ É fonte de vida para os seus filhos. É uma forma de os manter ligados ao mundo exterior, nunca perdendo o contacto com as suas escolas e com os seus colegas. É também uma forma de dar continuidade ao seu percurso escolar ” (E<sub>2</sub> IPO).

Estas informações revelam que os pais realmente se interessam pela continuidade da escolarização dos seus filhos, incentivando sempre para que este processo continue, dando também todo o apoio às professoras. Pude constatar tal facto também através do tempo que passei no IPO e onde constatei que os pais têm um enorme interesse pelo percurso escolar dos seus filhos, para que este não seja interrompido devido à sua hospitalização. É realmente uma das primeiras coisas que fazem, é ir com os seus filhos à escola e falar com as professoras no sentido de articular para que os trabalhos prossigam da melhor forma, disponibilizando-se imediatamente, depois de lhes ser explicado o processo, para servirem de ligação entre a escola regular dos seus filhos e a escola do hospital. Tal como pude constatar, os primeiros momentos de contacto com a escola não são os melhores, realmente, pois muitas vezes as crianças e familiares souberam nesse mesmo dia que a criança teria de ficar internada, ou então esse é o primeiro dia de hospitalização da criança e é evidente que as emoções estão muito acentuadas.

Fazendo, ou esforçando-se, para fazer face à situação, os familiares das crianças, apesar do momento complicado por que estão a passar, bebem as palavras e as indicações das professoras, para que os seus filhos possam iniciar a sua actividade na escola do hospital.

Conforme pude observar, os pais, para acelerar o processo escolar dos seus filhos, levavam os documentos necessários às escolas de origem dos seus filhos, traziam e levavam trabalhos. Obviamente que quando a distância não permite que o façam, os trabalhos têm que seguir pelo correio, para as professoras da sua turma de origem avaliarem, mas sempre que este processo era possível de realizar pelos pais das crianças e dos jovens, eles próprios faziam questão de o fazer.

A partir destas constatações reais, é então possível afirmar que os pais também participam na gestão da escola do hospital, segundo a perspectiva de Luck, citada por Zardo, “uma forma de conceituar gestão é vê-la como um processo de mobilização da competência e da energia de pessoas coletivamente organizadas para que, por sua participação ativa e competente, promovam a realização, o mais plenamente possível, dos objetivos de sua unidade de trabalho, no caso, os objetivos educacionais (Zardo, 2007: 170). Na perspectiva deste autor a gestão da escola passa então também pela participação dos pais na vida escolar, que nos contextos observados, se dedicam bastante, contribuindo assim também, para a melhoria da qualidade do ensino. Isto faz com que os pais também se envolvam mais no processo pedagógico e percebam o seu papel social, tornando a sua consciência mais clara em relação à pertinência da educação dos seus filhos, sendo este também um objectivo, geral, dos profissionais de educação. Os pais passam ter uma participação activa na gestão e organização da escola do hospital, no seu contexto educacional, daí passarem a constituir uma nova “organização social que é a comunidade hospitalar” (Zardo, 2007:191).

Em termos de participação dos familiares ela passa pelos aspectos já referidos, mas também pela participação em termos de discussões de ideias, de apoio aos filhos em alguns exercícios (não interferindo com as metodologias adoptadas por parte das professoras) porque os próprios pais por vezes têm vontade de ajudar os filhos nos exercícios e algumas vezes as professoras estão atarefadas com todos os alunos que estão na escola a trabalhar, pois são apenas três e em fases de muitos internamentos não se torna fácil, daí esta iniciativa dos pais ser bem aceite por parte das professoras.

Desta forma, é possível afirmar também que a escola envolve os familiares na recuperação das crianças e jovens através do processo educativo que tem como finalidade a continuação da escolarização das crianças, envolvendo-os assim também nos processos sociais visando promover os resultados desejados.

### 1.2.2.10- Como percebem os profissionais de saúde a escola no hospital e como é o seu envolvimento?

A questão que agora passo a desenvolver está relacionada com a percepção dos profissionais de saúde acerca da escola no hospital e qual/como é o seu envolvimento nesta.

Perante tal questão apresentam-se os discursos recolhidos: “Desde o início que valorizaram a existência da escola, participam nas actividades que esta realiza. Solicitam com frequência o nosso contacto com as escolas de origem, de modo a ajudar a criança hospitalizada a integrar-se da melhor forma, podendo assim ultrapassar mais facilmente as suas dificuldades. Há uma relação muito estreita entre a Escola e os profissionais de Saúde, que passam por frequente troca de informação entre os diversos técnicos e partilha de experiências, que normalmente se fazem em reuniões agendadas antecipadamente. A sua periodicidade é semanal e mensal” (E<sub>2</sub> IPO);

“ Sim, muitas vezes são os enfermeiros e os médicos que falam na escola e que incentivam as crianças a vir. Quando fazem a apresentação do serviço referem a escola, estimulando a participação. Querem depois saber se o aluno tem vindo à escola, o seu percurso escolar, se fazem as tarefas. Têm algum cuidado para que a criança não esteja sempre no quarto” (E<sub>1</sub> IPO);

A partir destas informações é possível constatar que os profissionais de saúde dão grande importância à escola presente no hospital, que a valorizam e consideram importante acompanhar, também eles, o percurso escolar das crianças e jovens, incentivando para tal, sempre que possível. É notável que comecem a incentivar as crianças e os jovens para a frequência da escola logo desde o primeiro contacto com o hospital. Pude constatar esta realidade pois em alguns casos, as crianças chegavam à escola pela mão dos médicos ou dos enfermeiros, que faziam a apresentação do serviço às crianças, deixando a escola para último propositadamente, pois na maior parte das vezes as crianças/jovens ficavam logo ali na escola a falar com as professoras, assim como os pais, a pesquisar no computador, etc.

Note-se que a ligação entre os profissionais de saúde e os profissionais de educação é também muito estreita, conforme a afirmação, pois a informação veicula entre estes actores, através inclusive de reuniões, ou seja, trabalham em equipa para a prossecução dos direitos das crianças e jovens.

É muito importante que o trabalho em equipa se realize e está comprovado que, quando assente em boas bases e bem orientado, os resultados são muito bons. Em contexto educativo hospitalar é extremamente importante que este trabalho em equipa seja proveitoso pois o seu objectivo é proporcionar um atendimento que respeite todos os aspectos da vida das crianças e dos jovens e que responda às suas necessidades.

Através dos dados analisados e do que foi observado, posso dizer que a comunicação flui entre os profissionais de educação e de saúde e que os profissionais de saúde dão muita importância ao trabalho que a escola realiza, envolvendo-se nos seus processos: “ A escola faz parte da equipa do piso e os profissionais de saúde estão sempre em contacto connosco.” (E<sub>3</sub> IPO).

#### **1.2.2.11- Qual a relevância da escola no hospital para a sociedade?**

Relativamente à décima segunda questão, que pretende saber a opinião dos profissionais, tanto de educação como de saúde, acerca de que relevância a escola no hospital tem perante a sociedade, pude concluir que esta permite que as crianças tenham a noção dos problemas que as rodeiam e fiquem mais despertas para tal, constatando que não são as únicas, e que contribui para a socialização e conhecimento das crianças.

Deste modo, agregando estas conclusões é possível constatar, mais uma vez, que o apoio que é prestado às crianças em termos pedagógicos e educacionais, no hospital, é imprescindível pois, como também refere Zardo, “auxiliam a criança na compreensão da sua dimensão existencial”, fazendo com que o período em que estão internadas seja mais “ameno”, assim como não permite que haja uma ruptura com a aquisição de conhecimentos e, conseqüentemente, com o seu desenvolvimento cognitivo. De igual forma contribui para que a criança tenha noção da realidade e da importância da sua actuação perante tal cenário (Zardo, 2007: 164).

Os aspectos que, em cima, mencionei, foram constatados através das comunicações dos actores dos cenários estudados. Vejamos: “ É importante para quebrar o isolamento quarto-família porque há muitas crianças que tendem a isolar-se e é mais fácil para elas, ao estarem aqui na escola terem a noção de que não são as únicas” (E<sub>1</sub> IPO) e neste sentido também Fonseca afirma que “ (...) a dor, o medo, o mal-estar e a desconfiança são



minimizados quando a criança tem a oportunidade de vivenciar a sala de aula dentro do hospital” (Fonseca: 2003: 7). Ou seja, quando as crianças/jovens começam a entrar no ambiente educativo que está presente no hospital, elas começam a aperceber-se da realidade que as rodeia, da diversidade dos problemas e da sua não singularidade nesse sentido.

Neste seguimento, afirma outro entrevistado que a escola “ Possibilita a continuidade da vida escolar dos alunos e a sua socialização” (E<sub>3</sub> IPO), sendo importante inserir aqui de seguida a opinião de outro entrevistado que refere que “ A escola no hospital contribui para a formação e valorização destas crianças facilitando o processo de integração social ” (E<sub>2</sub> IPO). A valorização dos conhecimentos adquiridos pelas crianças faz-se notar, sendo colocada num nível respeitante à socialização das crianças e jovens, pois se a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento não se extinguem quando a criança é hospitalizada, está a ser preservada a sua reintegração no meio escolar formal, assim como está a ser preservado o seu direito de cidadania, que mais facilmente as crianças e jovens exercerão pois têm consciência da sua responsabilidade. Neste sentido, afirmam Ortiz e Freitas que “ a classe hospitalar precisa ser tomada como parâmetro de aperfeiçoamento pessoal e de desmarginalização da criança no retorno à rede escolar, tornando-se uma referência de mundo para a infância nos hospitais e fora dele. É, sem dúvida, uma abordagem de educação ressignificada como prioridade, ao lado do tratamento terapêutico (Ortiz e Freitas: 2005: 60).

Ainda em termos de abstracção do momento menos bom que estes alunos-pacientes passam nestes momentos, afirma um entrevistado do IPO: “Acho que para as crianças é muito importante porque preenchem mais o dia, são estimuladas, porque muitas destas crianças, no princípio, passavam o dia inteiro a ver televisão. Sim, o hospital fica mais rico com a escola, é estimulante” (E<sub>5</sub> IPO). A escola é um motivo para o não-isolamento destas crianças que tem, em minha opinião, obrigatoriamente de ser conseguido, pois a sua interacção com os cenários pedagógicos e educativos que estão presentes no hospital leva à continuidade da sua estruturação mental e cognitiva.

A escola presente no hospital contribui para uma sociedade mais humanizada, defendendo os direitos das crianças e tentando concretizar o melhor apoio em termos educacionais, no hospital, que as crianças e jovens podem ter. A escola em contexto hospitalar contribui para o esclarecimento da sociedade em relação a, como refere Zardo, “mitos acerca da criança hospitalizada”, que por mais contornáveis que sejam, permanecem na mente das

pessoas. Ainda segundo esta mesma autora e que aqui quero reiterar, a prática pedagógica e educacional no hospital exerce uma “actividade educativa que transcende o espaço físico da sala de atendimento pedagógico, mas que abarca a totalidade do espaço hospitalar ...” (Zardo, 2007: 190). Concluo esta ideia citando Matos e Mugiatti, que, nesta linha referem que “ uma concepção de prática educativa contempla o conceito integral da educação, enquanto melhora o crescimento e aperfeiçoamento humano, bem como a realização de cada pessoa” (Matos e Mugiatti, 2006: 69).

#### **1.2.2.12- Os professores recebem algum tipo de formação dirigida ao seu trabalho específico?**

No que diz respeito ao trabalho educativo na escola dos hospitais, é importante reflectir sobre a formação dos profissionais que actuam neste contexto. Assim, interessei-me em saber qual a formação destes profissionais e qual a formação específica para exercer funções em ambiente hospitalar.

Neste sentido, inquiri estas profissionais no sentido de saber há quanto tempo exercem funções no IPO e porque foram destacadas para tais funções. Vejamos: “ Há 2 anos lectivos sendo este o 3º. Tenho uma especialização em problemas de cognição”. (E<sub>1</sub> IPO);

“ Há 2 anos lectivos sendo este o 3º. Eu estava a fazer trabalho de investigação acerca da TeleAula”. (E<sub>2</sub> IPO).

“ Há 4 anos. Eu já dava TeleAula nas escolas e depois vim para o IPO”. (E<sub>3</sub> IPO).

Pelo que se pode constatar, as professoras que exercem funções no IPO estão, no mínimo há 2 anos em contexto hospitalar, daí já terem um conhecimento bem estruturado acerca deste ambiente. Em termos de qualificações específicas, como é possível verificar, não é exigida uma habilitação específica para este destacamento, as formações das professoras vão desde o 1º ciclo do ensino básico até ao ensino secundário, tendo depois as especificidades, em termos de formações, que foram referidas pelas mesmas.

O trabalho destas profissionais é um trabalho louvável e que não é facilmente executado por qualquer profissional, pois apoiar crianças e jovens em ambiente hospitalar não é fácil, as emoções são requisitadas a toda a hora e a realidade, por mais dura que seja, é que o que hoje é, para a próxima semana pode já não ser. “Considerando que as condições de desenvolvimento e aprendizagem da criança/adolescente internada diferenciam-se daquelas

encontradas no cotidiano de uma escola formal, a prática do pedagogo hospitalar deve transpor as barreiras do tradicional e buscar o encontro da educação e da saúde” (Sassi et al, 2004: 45). Percebi, depois de vários dias a observar o trabalho destas profissionais, que o seu trabalho é realmente muito competente e ultrapassa realmente as barreiras do normal e do tradicional e é muito injusto que este trabalho não seja reconhecido nem protegido.

Como constatado, para além dos prejuízos escolares que a hospitalização traz às crianças, os prejuízos sociais também estão presentes neste cenário. Neste sentido o trabalho do professor também é “ extremamente importante para atender as necessidades psicológicas, sociais e pedagógicas da criança, a fim de evitar tantos prejuízos” (Sassi et al, 2004: 44).

Estes profissionais “...são destacados pelo Ministério da Educação, isto colide com alguma legislação mas não há o reconhecimento ... o facto de haver destacamentos das professoras, já é bom, mas a indefinição não é boa porque depois as pessoas também não se sentem seguras, passados 4 anos de destacamento, as professoras perdem o vínculo à escola onde estão vinculadas”. (CANTIC). Estas informações revelam-nos que apesar dos destacamentos serem feitos pelo ME, passados 4 anos de destacamento, as professoras perdem o vínculo às escolas onde estão afectas, o que, como o próprio testemunho indica, é uma insegurança para estas docentes, pois está em causa a sua estabilidade profissional e consequentemente, pessoal.

É evidente que esta situação especial de ensino está completamente desprotegida, tanto em termos de conhecimento, como em termos de legislação que a proteja, esta vertente considerada necessidade específica está desprotegida, pois não tem legislação própria específica, inclusive para os professores. A necessidade de proteger esta situação é evidente e vai-se tornando cada vez mais evidente nesta investigação.

No que diz respeito a formação dirigida ao trabalho específico destes professores, quer em termos académicos, quer em termos de contexto labora, a resposta obtida foi “Não” (E<sub>3</sub>, IPO). Ainda segundo dados recolhidos através do Centro que dá apoio a estes profissionais, em termos de formações o discurso foi o seguinte: “ De vez em quando fazemos formações porque temos uma plataforma para os hospitais, a plataforma Moodle, mas também a nível de criação de actividades específicas para trabalhar no computador, nas TeleAulas. Também temos reuniões de trabalho onde partilhamos experiências, contribuindo assim para enriquecer a nossa prática. Fazemos duas reuniões anuais, dependendo das nossas capacidades, depois temos reuniões de projectos, todos nós do

CANTIC e também as professoras do hospital. Ainda neste sentido, também reunimos consoante as necessidades das professoras. Depois também tem que ver com questões do foro médico, seria importante também haver formação neste sentido, mas não temos feito pois não temos apoio, já avançamos com um projecto nesse sentido, mas não temos respostas, precisamos de apoio financeiro para fazer essas formações, para requisitar profissionais da área da saúde que tenham experiência com a problemática e não temos. Em termos de ministrar a formação, somos nós, do CANTIC que ministramos ” (CANTIC).

No que diz respeito ao referido projecto de formação para as profissionais de educação, este “ era um projecto de âmbito europeu – penso que foi em 2007-2008 – e estava integrado num contexto mais vasto. Pretendíamos criar um sistema de videoconferência – TeleAula – que nos permitisse avançar para um outro nível de funcionalidades. A marcar o início da utilização dos produtos que deveriam ter surgido desse projecto teríamos, entre outras acções, um conjunto de seminários para os professores de hospital que incidiria sobre as temáticas de que falámos” (CANTIC)

Como referido, o Centro faz os possíveis para garantir alguma formação para os profissionais que actuam em ambiente hospitalar e as possíveis vão-se realizando, mas em termos de formação complementar do foro médico, informações que seriam importantes para a prática das professoras, em termos de doenças, formas de agir para dar um apoio em termos de cuidados de saúde, mesmo que básico, às crianças, estas não são feitas pelo mesmo motivo referido no parágrafo anterior, derivado ao não reconhecimento da importância deste assunto, daí a sua vulnerabilidade, pois não tem legislação que o proteja. Alerto aqui para este facto e tal como eu, todos os que se inteirarem deste assunto irão perceber a sua importância e a necessidade de protecção e segurança deste direito que assiste as crianças, mas que ainda é muito descurado para a importância que tem.

Ainda em termos de formação dos docentes, “...seria também importante garantir que a experiência que as professoras foram acumulando fosse aproveitada. É aproveitada até à data em que estão na escola, mas depois deixa de ser. Por exemplo se transmitissem esta experiência para quem pretende seguir para este contexto, em termos de formação, seria o ideal e aqui teríamos já o início da formação” (CANTIC). Ou seja, a experiência dos professores que exercem funções em contexto hospitalar poderia ser aproveitada para construir conhecimento e mais tarde ser transmitido a professoras em formação que quisessem enveredar pelo contexto hospitalar. Isto sugere e seria pertinente que se

estudasse e estruturasse uma variante nos cursos de ensino direccionada para estes ambientes, pela qual os estudantes pudessem enveredar. Neste sentido Matos e Mugiatti afirmam: “para uma pedagogia hospitalar há que se vislumbrar um novo perfil do educador, pois ela demanda necessidades de profissionais que tenham uma abordagem progressista, com uma visão sistémica da realidade hospitalar e da realidade do escolar hospitalizado” (Matos e Mugiatti, 2006: 117).

#### **1.2.2.13- É considerada necessária uma formação pedagógica específica, a nível de corpo docente, para trabalhar na escola do hospital?**

No seguimento da questão anterior, esta questão pretendia saber acerca da importância que é dada à formação para exercício docente em ambiente hospitalar. Assim, foram obtidas as seguintes comunicações: “ Sou a favor da formação para trabalhar a nível da comunidade hospitalar” (E<sub>1</sub> IPO);

“Sim, uma vez que estas crianças, devido às doenças que apresentam, podem ter associadas perturbações ao nível cognitivo, ao nível da fala, a nível motor, a nível de visão, exigindo assim, do corpo docente que lecciona nesta escola, uma preparação pedagógica específica, podendo então ter uma intervenção mais adequada junto destes alunos” (E<sub>2</sub> IPO), tal como afirmam Matos e Mugiatti: “... uma habilitação específica para este preparo docente e esta prática de ensino que possibilite atender tal nível de exigência” (Matos e Mugiatti, 2006: 118).

A exigência deste ambiente é reconhecida por quem com ele tem contacto, assim como a sua importância. Em termos de formação pedagógica específica, seria muito importante a delineação de um plano que permitisse formação específica nesta área em termos académicos, como já havia sido referido: “ Considero importante a criação de um despacho com a abertura de vagas específicas para o contexto hospitalar. Em termos de formação, o problema é que não temos ninguém que se pudesse responsabilizar por isso. É muito importante que esta experiência fosse transmitida. Não há nada no sentido de formar professores para actuar em contexto hospitalar. Para além da formação é necessário um determinado perfil, é necessário ver as coisas num sentido, como falei, transversal, as crianças precisam de apoio mais a nível escolar do que curricular” (CANTIC).

Como é possível verificar, segundo as pessoas experientes nestes processos, o professor é muito importante neste contexto que também é educacional e a sua função "...não é apenas a de manter as crianças ocupadas, ele é capaz de incentivar o crescimento e desenvolvimento somatopsíquico, intelectual e sociointerativo das crianças" (Fonseca, 1999: 14). Neste sentido os professores (as) devem estar aptos a trabalhar em contexto hospitalar, tendo em conta a sua especificidade. Ainda neste sentido o pedagogo que exerce funções no hospital deve "desenvolver habilidades para exercer as suas actividades em sistemas integrados, em que as relações multi/inter/transdisciplinares devam ser estreitas" (Matos e Mugiatti, 2006: 116).

É também importante que desenvolva e critique sempre a sua acção pedagógica com a finalidade de transformar a realidade sempre que necessário para que este contexto se adapte o mais possível às necessidades do aluno, tendo por base o conceito de educação integral e oferecendo assim uma "actuação sustentada pelas necessidades e peculiaridades de cada criança e adolescente hospitalizado" pois, como também muito bem afirmam as autoras e que aqui volto a reiterar, "uma sociedade sustentável é aquela que satisfaz suas necessidades, sem diminuir as perspectivas das gerações futuras" (Matos e Mugiatti, 2006: 116).

#### **1.2.2.14- Quais os limites e possibilidades do professor neste *locus de actuação*?**

A décima quinta questão relaciona-se com o limites e as possibilidades que os professores têm neste ambiente.

Neste sentido, obtiveram-se as seguintes respostas: " Vamos até onde o aluno quiser, até onde eles conseguirem, motivamos para eles estarem aqui, mesmo que não seja para trabalhos escolares" (E, IPO). A vontade do aluno é sempre colocada em primeiro lugar, é sempre respeitada. Todos os dias de manhã e ao início da tarde, depois de almoço, as professoras, e eu mesma como observadora participante, fazem a "ronda" pelos quartos das crianças/jovens para ver a sua condição de vir à escola. Independentemente da situação do paciente/aluno, eles são sempre motivados aquando da pequena visita, quer seja para vir à escola, quer seja para desejar uma boa tarde de sono ou de televisão pois a criança pode não ter condições para ir á escola... Quando tem condições para estudar as professoras incentivam a vira à escola, mas que, na maior parte das vezes não é necessário pois as crianças já estão preparadas e ansiosas para tal. Quando a criança tem vontade de realizar actividades, mas prefere ficar no seu quarto, porque se sente fraca, por exemplo, os

materiais são levados ao quarto da criança para que esta possa trabalhar e o apoio de uma professora é sempre oferecido, para trabalhar com o aluno ali, no seu quarto. Este foi um dos casos em que também dei apoio, não estando o aluno isolado, mas preferiu ficar no seu quarto.

Segundo outro depoimento acerca da questão a ser explorada: “Limites em termos de espaço, porque a escola recebe alunos de todos os níveis de escolaridade. Limites em termos de continuidade e finalização de trabalhos devido à irregularidade da presença dos alunos na escola. Limites em termos de intervenção nos vários espaços hospitalares onde se encontram os alunos (hospital de dia, unidade de transplante, hematologia, cumulativamente com o espaço da escola que fica no piso de internamento). Possibilidades - assegurarmos a escolarização dos alunos hospitalizados procurando manter sempre o contacto com as suas escolas. Motivar os alunos para a aprendizagem, quebrar o isolamento” (E<sub>2</sub> IPO);

“ Limites devido à irregularidade da presença dos alunos na escola impossibilita o aprofundamento de temas e a finalização de alguns trabalhos. Possibilidades de assegurar a escolarização e socialização dos alunos hospitalizados” (E<sub>3</sub> IPO).

Os factores indicados em termos de possibilidades, vão de encontro ao que já foi afirmado e reafirmado, a escola no hospital e o trabalho do professor permite que as crianças continuem a desenvolver os seus conhecimentos, não rompendo com a realidade que os espera no ambiente exterior. Foi interessante constatar que esta possibilidade passa para realidade, pois este objectivo é realmente atingido.

No que diz respeito aos limites, é certo que a irregularidade da presença das crianças na escola gera a dificuldade no término e atraso de alguns trabalhos, mas esta dificuldade já é muitas vezes contornada através do método atrás descrito (no quarto). O espaço também é um factor que dificulta alguns processos, pois para além das profissionais terem de se deslocar a muitos pontos, para assegurar o apoio a todas as crianças, que é muito complicado pois as professoras são apenas 3, o espaço da escola, no piso de internamento também é pequeno e nos dias de maior afluência de alunos não se torna fácil gerir aquele espaço.

### **1.2.3- Tema 3: Viabilidade e/da adaptação de um Programa de apoio pedagógico e educacional em unidades de pediatria com internamentos de menor tempo (caso específico do HESE)**

**Entrevistados do Serviço de Pediatria:** Director do Serviço de Pediatria, Educadora e Chefe de Enfermagem (sem ordem específica relativamente aos excertos extraídos das entrevistas)

Todas as questões que descreverei a seguir, têm que ver com a abertura de um espaço de apoio pedagógico e educacional no HESE. A minha preocupação neste sentido é enorme pois sei que, para além ser um grande passo em termos de humanização e qualidade de vida para o hospital, é um apoio que será apreciado e estimado por todos, pois, para além dos dados apontarem nesse sentido, as conversas informais que tive com profissionais nesse sentido também apontavam para tal. Para além destes aspectos, considero que com este avanço, Évora tornar-se-á muito mais rica e contribuirá para a qualidade de vida dos seus habitantes, promovendo um Alentejo mais saudável.

#### **1.2.3.1- O número de crianças internadas na unidade de Pediatria do HESE tem aumentado?**

A primeira questão está relacionada com o aumento, ou não, do número de crianças nesta unidade hospitalar. Desta forma, apresenta-se o seguinte discurso: “ Penso que não. Talvez haja mais internamentos com menos tempo, agora só ficam os casos sociais, quer-se o menos tempo possível de internamento” (E<sub>3</sub> HESE).

Verifica-se que o objectivo é diminuir os internamentos o máximo possível para que as crianças não sintam tanto o desfasamento presente aquando de uma hospitalização. No caso do HESE, em minha opinião, este facto vai também de encontro à situação do hospital em termos do apoio que aqui é discutido, pois o espaço para a permanência das crianças e jovens num ambiente lúdico já é bastante pequeno e o espaço para uma atenção pedagógica e educacional é inexistente. Também os jovens confessam não se sentirem muito bem na sala de recreio disponível no HESE, pois é frequentada por crianças que ainda frequentam o 1º ciclo, entre as demais, o que torna o ambiente um pouco desmotivante para os jovens, é um facto.



### **1.2.3.2- Os recursos e o espaço disponíveis para as actividades de recreio são adequados às necessidades do quotidiano?**

A segunda questão relaciona-se com a adequação, dos recursos disponíveis, às necessidades do quotidiano lúdico deste Hospital. Assim, a partir da comunicação: “ Sim, são, a princípio foi pior, agora já há uns anos que não” (E<sub>3</sub> HESE), pode-se concluir que, para as necessidades do momento, os recursos e o espaço encontram-se adequados. Considero que esta questão, mesmo não podendo ser alterada, conforme também pude constatar, deve ser repensada, pois muitas vezes, como pude observar, a sala torna-se muito pequena para todos os que frequentam esta unidade.

A sala de actividades do HESE é frequentada pelos “pequenos pacientes”, pelos pais, por médicos que muitas vezes vão ver os seus pacientes ao sítio onde permanecem mais tempo, na sala de recreio, pelos enfermeiros, pelos estagiários das escolas secundárias que também estão presentes naquele ambiente no sentido de brincar e motivar as crianças, etc... Enfim, toda a gente que passa por esta unidade de pediatria conhece e visita esta sala. Por este motivo o espaço torna-se muito pequeno para a quantidade de interações que ali se fazem sentir.

É evidente que, fazendo um termo de comparação com o que agora têm e com o que tinham, as condições são muito melhores e dentro do pequeno espaço que têm, o trabalho da Educadora é louvável.

Segundo informações recolhidas e também através do que observei, a Educadora revela muito gosto pelo seu trabalho e a empatia das crianças para com ela é notória logo desde o primeiro minuto. O pequeno espaço que é reservado às brincadeiras das crianças é animado pela Educadora que, para além de estar na sala a tempo inteiro, ainda consegue gerir o tempo para fazer visitas aos quartos de jovens, já com idades diferentes, que preferem ficar no seu quarto. A Educadora é apenas uma.

### **1.2.3.3- Está prevista a constituição de um apoio pedagógico e/ou educacional para as crianças hospitalizadas no Serviço de Pediatria do HESE?**

A terceira questão prende-se com a criação de uma sala de apoio pedagógico e educacional para as crianças e jovens que necessitam ficar internados na unidade de pediatria do HESE.

É necessário apostar na manutenção dos vínculos escolares para que a criança/jovem possa voltar à escola regular, conhecendo os conteúdos que estão a ser leccionados e reintegrado nos princípios de socialização.

Neste sentido, as respostas indicam que o que está pensado é: “ Não propriamente uma sala, mas no sentido de fazermos um protocolo em que iríamos fazer uma ligação em rede entre escolas e o hospital através de um programa, faríamos para todo o distrito. Está a ser estabelecido o protocolo para as crianças que têm internamentos mais prolongados, para que o aluno possa consultar online as aulas e os professores contactarem com os alunos. Há uns anos atrás falei com um professor da Universidade no sentido de tentar desbloquear esta situação, mas não teve seguimento. Houve agora esta oportunidade em que, em conjunto com a administradora da área, propusemos uma parceria em conjugação com a DREAL. Tivemos uma reunião e estão a ser feitos os contactos. É um protocolo que vai avançar assim que tivermos as condições, sendo que a DREAL está a tratar de tudo.” (E<sub>2</sub> HESE).

Como se pode constatar, especificamente uma sala designada de Escola do Hospital não está prevista para a unidade de pediatria do HESE. O que está previsto é o estabelecimento de ligações em rede, entre as escolas e o Hospital, para que o aluno pudesse acompanhar as actividades da sua turma, através de contacto directo, regularmente. Aqui seria importante pensar sobre um CANTIC no Alentejo que desse apoio a estas estruturas de comunicação, como acontece em Lisboa.

Não deixa de ser menos importante o facto de um espaço físico, adequado, contribuir muito para o resgate da saúde destas crianças e jovens, pois o contacto directo com as pessoas que prestam apoio é sempre uma mais-valia incomparável, uma vez que o contacto humano será propiciador de recuperação.

Ainda analisando esta questão, relembra-se que: as crianças e adolescentes internados em hospitais, independentemente da patologia, são considerados alunos temporários de

educação especial por se acharem afastados do universo escolar, privados da interacção social propiciada na vida cotidiana e terem pouco acesso aos bens culturais ... portanto elas correm um risco maior de reprovação e evasão, podendo configurar um quadro de fracasso escolar” (Ortiz e Freitas, 2005: 54). Já citado no tema 1, mas que considero importante e insisto em inserir também neste tema para, mais uma vez, comprovar a importância e urgência na criação deste tipo de apoio na unidade de pediatria do HESE.

Então, o HESE deve fazer “ o acompanhamento escolar de jovens e crianças hospitalizadas, seja por quais forem as patologias, portadores ou não de deficiência, é uma prática que se inscreve sob o título da equidade – a equiparação de oportunidades apesar das diferenças – uma pauta de destaque nas agendas sobre qualidade de vida, cidadania e democratização” (Ortiz e Freitas, 2005: 55).

#### **1.2.3.4- Que instalações existem, de momento, que poderiam ser adaptadas a uma estrutura de apoio pedagógico?**

No que diz respeito às estruturas que, neste momento, poderiam ser adaptadas a uma estrutura de apoio pedagógico e educacional tendo em vista uma resposta adequada às suas necessidades, elas são completamente escassas. Neste momento não existe espaço disponível para a concretização deste ponto, conforme se pode constatar pelas declarações: “ De momento não temos quaisquer recursos. Tivemos em tempo, em regime de voluntariado, uma professora que vinha diariamente, mas ela reformou-se e a partir daí já não tivemos mais.” (E<sub>2</sub> HESE);

“ Muito honestamente concordo com o apoio, mas de momento não há sítio onde poderia ser feito, não estou a ver nenhum espaço que pudesse ser adaptado, a não ser que pudesse ser em termos de informática junto de cada criança, no seu quarto. Os doentes acamados carecem que o apoio seja esses, que têm um tempo maior de internamento. No próprio quarto sim, teria de se adaptar a pessoa ao espaço envolvente. Se esse apoio fosse disponibilizado seria muito bem aceite aqui no hospital, com certeza, e com certeza que, para o novo hospital, está contemplado esse espaço de apoio.” (E<sub>1</sub> HESE).

É realmente muito complicado conseguir um espaço que se pudesse adaptar para realizar este tipo de apoio, algo que pude também constatar durante o meu período de recolha de dados nesta unidade. Em relação à sala de recreio, esta já se situa ao lado da sala dos

profissionais e para se aceder a esta é necessário atravessar a sala de reunião dos enfermeiros, o que se torna desconfortável, pois na mudança de turnos e tudo mais, que envolve um trabalho conjunto por parte destes profissionais, estes estão constantemente a ser interrompidos pois as crianças e os familiares passam para ir à sala de recreação e, por mais que tentem, há sempre uma interferência. O esforço de ambas as partes é notório, dos enfermeiros que percebem a situação e tentam se concentrar e das crianças e familiares que tentam sempre não interromper, mas a realidade é que se torna sempre incomodativo.

A sala de recreio já se encontra em condições limitadas, como podemos constatar, mas são as possíveis, daí a possibilidade de tornar concreto um espaço reservado ao estudo e instrução das crianças e jovens ser muito complicada, neste momento praticamente impossível, a não ser que esse apoio se realizasse nesta mesma sala de recreio, mas perante a sua dimensão e afluência, não é realmente possível tornar concreto este apoio.

#### **1.2.3.5- Qual o número médio de crianças hospitalizadas carentes de apoio escolar?**

Através desta questão pretendi ter uma noção, em termos quantitativos, do número médio de crianças em idade escolar que passam pelo serviço de pediatria do HESE

Assim, segundo declarações do responsável médico deste serviço, os dados apresentam-se nas seguintes linhas: “ É difícil dizer, é muito variável. Recebemos de todos os grupos etários. Em termos de estatística segundo dados que tenho, tivemos 130 crianças entre os 6 e os 10 anos de idade e entre os 10 e os 15 anos de idade tivemos 150, em 2007. Em relação ao ano passado (2006), os números são aproximados. Há 2 anos atrás tivemos 268 crianças entre os 6 e os 10 anos de idade. Com mais de 10 anos tivemos 249” (E<sub>2</sub> HESE).”

Observa-se então que houve um decréscimo no número de crianças e jovens hospitalizados desde o ano de 2005. Isto poderá ter que ver com o objectivo de reter o menos tempo possível as crianças no hospital, pois pretende-se que a criança, quando possível, esteja o menor tempo possível internada e que só esteja o tempo considerado necessário, conforme os princípios da carta da criança hospitalizada. É claro que, conforme a situação da criança, o seu tempo de internamento pode ser maior e nestes casos é indiscutivelmente necessário que se proteja a criança dos efeitos da hospitalização, embora esta atenção tenha de ser dada independentemente do tempo de internamento das crianças e jovens.

### **1.2.3.6- Como deveria ser constituída uma equipa de apoio integral à criança hospitalizada?**

Partindo dos dados anteriormente analisados, evidencia-se que a prática educativa nos hospitais possibilitam o rompimento de mitos socialmente instituídos em relação ao hospital: desde ser considerado apenas como lugar de doença mas que agora é visto também como ambiente de aprendizagem, ao desfazer de entendimentos erróneos relativos à aprendizagem, uma vez que se pensava que as crianças doentes não podiam estudar e que o melhor era ficarem afastadas do ensino e da aprendizagem de conteúdos sistematizados pois estavam hospitalizadas, como também o desfazer de concepções que assentavam no facto de os profissionais de saúde não considerarem este aspecto relevante. Verificou-se que se considera necessário o trabalho em equipa, através de acções multidisciplinares, para a promoção da humanização.

Estas diferenças de pensamento no ambiente hospitalar, que revelam a força do ensino nos hospitais, podem ser relacionadas com as seguintes palavras de Fonseca: “O professor, com a participação do acompanhante e as contribuições dos profissionais de saúde, detém condições ótimas de demonstrar que o atendimento pedagógico-educacional no ambiente hospitalar em muito colabora para que a criança não se sinta presa no hospital e possa, além de melhorar a sua compreensão sobre o ambiente hospitalar em que está inserida, de alguma forma estabelecer, manter ou estreitar os seus laços com o mundo fora do hospital” (Fonseca, 2003: 32).

Neste âmbito, as declarações dos profissionais de educação e saúde do HESE afirmam que será muito importante haver comunicação entre todos os profissionais que actuam junto da criança, pois assim se conseguirão atingir os objectivos de um atendimento integral da criança. Passo então a apresentar as declarações: “ Estando a criança internada e dependendo da sua situação, o médico deve dar a sua opinião, tal como o enfermeiro, porque as crianças estão muito tempo connosco. A situação da criança tem de ser atendida, por exemplo, tivemos uma criança que não tinha mesmo condições de aprender. Tem de haver um ajuste entre o médico e todos os profissionais que atendem o doente. Os pais também poderão sensibilizar mais a criança, chamar-lhe a atenção. Penso que o professor tem de integrar também com os outros técnicos ” (E<sub>1</sub> HESE);

“ Será o professor que comunica com a criança e a interferência é no sentido de tratar a criança e dar-lhe o melhor apoio. Para além de tratarmos as crianças é arranjar-lhes os mecanismos. Deverá haver uma informação, de todos, das condições da criança. É algo em que não vejo problema e é desejado. ” (E<sub>2</sub> HESE).

A última expressão do profissional entrevistado revela muito acerca da validade relativamente à implementação do apoio escolar na unidade de pediatria do HESE, para além das já apresentadas: não há qualquer complicação em termos de compreensão e entendimento sobre este apoio e é desejado.

### **1.2.3.7- Qual a sensibilidade dos profissionais de saúde do HESE para um projecto desta natureza?**

Através desta oitava questão pretendi saber, novamente, a importância atribuída pelos profissionais de saúde aos aspectos que se encontram relacionados com a educação das crianças e jovens no hospital, desta vez os profissionais do HESE, uma vez que este estudo incide também em comprovar a validade deste apoio neste hospital.

Depois de analisar as comunicações e também decorrente do contexto de observação, infere-se que os profissionais de saúde consideram de extrema necessidade o ambiente educativo que circunscreve a criança, ou que pode vir a circunscrever, uma vez que este aspecto constitui uma necessidade para minimizar os constrangimentos face à hospitalização e, como afirma Redondeiro neste âmbito, “ é conveniente tornar o ambiente o mais agradável possível para minimizar ao máximo o seu efeito negativo, directo e indirecto” (Redondeiro, 2003: 158).

A perspectiva global sobre esta questão é de que os profissionais de saúde desta unidade estão muito sensibilizados para este fenómeno, incentivando à sua concretização. Vejamos as evidências: “ Eu pelo menos estou, se me perguntar se 100% dos profissionais aqui do serviço estão, não lhe posso dar a minha confirmação total, mas a chefe e o director do serviço já estão há muito tempo” (E<sub>2</sub> HESE);

“Da minha equipa acho que sim, mas também gostam de ser reconhecidos como membros interactivos, pois é o que fazem realmente. Se tivermos essa oportunidade também gostaremos que nos digam o que se passa e perguntar o que se passa. Só vejo bons

resultados se houver uma equipa multidisciplinar, para o produto final ser bom ” (E<sub>1</sub>, HESE).

Os dados recolhidos indicam a total abertura e motivação para a execução deste apoio. Para além dos motivos apresentados, é possível verificar também que os profissionais de saúde dão importância ao facto de se trabalhar em equipa neste sentido, com o objectivo de colmatar a lacuna existente a este nível. Também, porque já têm uma atitude muito participativa no que diz respeito a estes aspectos, a qual também pude observar, querem que lhes seja atribuída responsabilidade e reconhecimento neste âmbito pois, para além do conhecimento e interesse, eles próprios actuam no sentido de, a todo o momento explicar todos os procedimentos e o porquê aos pacientes-alunos, ou seja, também estão a contribuir para a educação da criança em termos de saúde.

#### **1.2.3.8- Como é avaliada a importância de um projecto deste tipo no HESE?**

No sentido de saber a opinião dos entrevistados do HESE acerca da importância de um projecto de apoio pedagógico e educacional, questionei então neste sentido, ao que obtive as respostas que passo a apresentar. Destas mesmas respostas e através da minha observação pude concluir que um projecto de apoio pedagógico e educacional no HESE será muito bem aceite e motivado pelos profissionais que exercem funções nesta unidade de pediatria, assim como o consideram uma mais-valia para as crianças e jovens que por esta unidade poderão passar. Ora vejamos: “ Se fizer parte de uma filosofia do hospital, acaba por ser encarado como uma parte do hospital, como por exemplo, a sala de recreio. Se tivermos esse espaço, passa a ser também rotina do internamento e aí poderão beneficiar todos os doentes, porque é útil para todos. É muito mais benéfico para quem tem longos períodos de internamento, mas que é útil para todos, isso realmente é. Aqui não será muito fácil de abarcar todos, pois temos desde muito pequeninos, mas neste caso abarcará só os em idade escolar, logo é um benefício muito grande realmente. ” (E<sub>1</sub>, HESE). Confirma-se então que este projecto é considerado um grande benefício para esta comunidade, em geral e que é importante que faça parte da filosofia do hospital, conforme foi referido.

Um aspecto que já foi referido na análise dos dados desta investigação é o facto de, como apenas existe um espaço de recreio no serviço de pediatria do HESE, que se direcciona às

crianças mais novas, os jovens não se sentem suficientemente integrados no ambiente pois é direccionado para os mais novos. Este é outro motivo que é apontado como mais uma força para a implementação do apoio educacional que também contempla os jovens. Embora o espaço que se encontra no HESE seja aberto a todos, desde crianças a jovens, familiares, pessoal da unidade, a realidade é que os mais “velhos” sentir-se-iam melhor num ambiente mais adaptado à sua idade, que é certamente conseguido através de um projecto bem delineado para esta unidade, respeitando todos os princípios dos direitos das crianças e jovens hospitalizados. Esta análise baseia-se então na seguinte declaração: “ Sim, acho muito importante e mais para os adolescentes porque se entrar um adolescente de 15 anos e só estiverem aqui crianças, ele/ela não se sente bem, vão-se embora da sala. Em termos de projectos sim, para o novo hospital ” (E<sub>3</sub> HESE).



## Considerações finais

“Mas nem sempre se deve esgotar um assunto ao ponto de se deixar o leitor sem nada que fazer. Não se trata de levar as pessoas a ler, mas sim a pensar”

Montesquieu

Através deste estudo, o meu objectivo principal é contribuir para a divulgação e para um melhor conhecimento acerca deste assunto tão pertinente e actual em termos de saúde e de educação e também para a sociedade, no geral. Foi meu objectivo também, face à importância desta problemática, conhecer e descrever as atitudes e percepções dos profissionais que neste contexto trabalham, relativamente a este novo espaço escolar e à sua contribuição para a inclusão educativa das crianças e adolescentes hospitalizados em idade escolar.

Quero relembrar que muitas das considerações e sugestões que me propus fazer, na parte inicial deste estudo, encontram-se na análise de conteúdo que fiz dos dados recolhidos através das entrevistas e da observação participante. Desta forma, nesta parte final do trabalho quero apenas destacar alguns aspectos que considero importantes para fechar, mas não concluir, este trabalho de investigação. Fechar e não encerrar pois o meu objectivo é divulgar este tema, ampliando assim a discussão sobre esta necessidade educativa específica, sendo então minha intenção dar continuidade a este estudo que aqui apresento, numa fase académica posterior. É importante que esta investigação seja seguida de mais estudos que se debrucem sobre o campo da pedagogia/educação em contexto hospitalar, pois é muito importante a busca pela concretização e aperfeiçoamento de todos os aspectos que foram enumerados neste trabalho e que dizem respeito à qualidade de vida das crianças e adolescentes, e faço minhas as palavras de Martins quando refere que “a escassez das pesquisas na área da educação e da saúde, aliadas ao desconhecimento é que tornam que a Pedagogia Hospitalar ainda é uma modalidade de ensino pouco praticada, porém, de extrema importância social” (Martins, s/d: 4).

Em relação a este estudo, considero que é uma enorme mais-valia tanto para o campo educacional como para o campo da saúde e para o campo social e académico, pois, como já

foi referido, muito escassa é a bibliografia nacional sobre esta problemática, algo que constatei aquando das minhas pesquisas e que me foi confirmado pelas profissionais de educação com quem contactei e que estão no terreno. Uma das profissionais de educação encontra-se a estudar os aspectos da TeleAula, também em trabalho para Mestrado e tive contacto também, apenas uma vez, no IPO, com uma professora que também se encontrava a fazer um trabalho de investigação para Doutoramento acerca dos aspectos da TeleAula, mas ambas me transmitiram a preocupação em termos de abordagem desta problemática da escola nos hospitais, pois nas suas pesquisas também não encontraram estudos que se dedicassem a descrever e analisar o que é e como se processa o apoio escolar nas escolas que estão presentes nos hospitais. Para além disto, questionei também o CANTIC acerca deste aspecto, que afirma que “em termos de conhecimento de estudos científicos sobre esta temática, conheço apenas artigos em revistas científicas que falam das condições das crianças hospitalizadas, mas um estudo aprofundado que dê a conhecer esta realidade, não” (CANTIC).

Foi minha intenção analisar as percepções sobre a escola no hospital, tanto dos actores dos contextos em estudo, como através dos autores que investigam sobre este assunto, com a finalidade de reafirmar a importância do apoio, em termos escolares, às crianças e jovens em situação de hospitalização, na socialização e inclusão dos mesmos, assim como uma alternativa para superar o processo doloroso que é o da doença, servindo como elemento chave na complexa tarefa de humanização dos processos de tratamento em saúde: os direitos e a dignidade de quem passa pelas instituições hospitalares.

Em Portugal, o problema aqui apresentado não se situa no patamar de importância que deveria situar: o decreto-lei que abrange as crianças e os adolescentes hospitalizados que necessitam de apoio escolar é o geral para os apoios educativos especiais, e mesmo assim não refere especificamente os alunos em situação de internamento. Esta questão, como foi verificado, necessita ser alvo de discussão por parte das entidades que gerem as políticas educativas e é urgente que esta situação seja alvo de uma análise detalhada que tenha como objectivo cobrir as necessidades destas crianças e adolescentes, assim como assegurar a concretização deste apoio e apoiar as escolas que já existem nos hospitais, considerando a especificidade de cada contexto e de cada escola. Este é um ponto importante pois a singularidade de cada escola em contexto hospitalar tem um rosto, reflexo da sua identidade, e com o qual os diferentes actores educativos e de saúde, se identificam.

O trabalho pedagógico da escola analisada, assim como das restantes escolas em contexto hospitalar, orienta-se por um projecto educativo comum a todas as escolas que, posteriormente, desenvolvem e adaptam às características da sua realidade, aos alunos e ao contexto onde estão inseridos, promovendo também a participação activa de todos os elementos da comunidade envolvida e a gestão curricular estratégica.

As escolas nos hospitais surgiram da assinatura de protocolos entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, que foram elaborados pelo CANTIC, que por sua vez, é apoiado pela DREN, que se preocupou em auscultar as necessidades das crianças internadas e verificou que o apoio pedagógico e educacional era necessário para evitar o desfasamento escolar das crianças e jovens hospitalizados: “elencámos então estes aspectos e concretizámo-los em projectos e protocolos com a participação da Direcção Regional de Educação de Lisboa porque são protocolos que envolvem o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde” (CANTIC). A partir daqui o CANTIC ficou encarregue de tratar dos assuntos respeitantes às escolas nos hospitais, dando-lhes apoio em todos os aspectos. O motivo de voltar a referir estes aspectos tem que ver com o facto de ser muito importante que as políticas de educação tomem lugar de destaque nesta vertente específica se ensino, através da definição/criação, como sugerido, pelos profissionais que estão *in loco*, de um despacho que salvaguardasse estes alunos no seu direito à educação, enquanto hospitalizados.

O apoio no que diz respeito a aspectos financeiros, humanos e materiais deve também se contemplado nesta atenção que deve ser dada a este apoio. O CANTIC tem claras dificuldades em gerir os pontos referidos pois o apoio que têm para estes fins é muito escasso e torna-se muito difícil a concretização do mesmo: “Não temos dinheiro específico, os equipamentos temos de “inventar” forma de os conseguir, não há legislação específica, os professores são destacados, isto colide com alguma legislação mas não há o reconhecimento tem havido por parte das pessoas que vão conhecendo esta realidade, mas não superiormente. Sentimos necessidade de sentar e falar sobre o assunto, expor o assunto. Mas no fundo são os aspectos de legislação e da verba” (CANTIC).

A manutenção das escolas dos hospitais deveria ser algo assegurado pelos dois grandes blocos que estão envolvidos: Educação e Saúde. Os hospitais somente disponibilizam o espaço físico, os professores são destacados pelo Ministério da Educação. É já uma ajuda

preciosa, mas estas escolas precisam de sobreviver e para isso é necessário que a parceria entre os envolvidos aconteça no sentido de tornar este apoio concreto e sustentável em todas as unidades de pediatria a nível distrital.

No que diz respeito à importância da escola no hospital, esta foi possível de constatar através do estudo realizado, mas é também importante referir o que significa para os profissionais de educação que ali exercem funções e que é visível no seu profissionalismo. Daí considerar importante apresentar os seguintes depoimentos: “É um trabalho muito gratificante, há a vontade de voltar todos os dias” (E1 IPO);

“Bastante enriquecedora do ponto de vista profissional e pessoal. Diferente de tudo o que vivenciei como professora até hoje. É um trabalho fascinante que nos desafia constantemente. Valoriza o ser humano em todas as suas vertentes” (E<sub>2</sub> IPO); “Muito gratificante” (E3 IPO).

No que diz respeito à “ajuda” que me propus dar ao HESE, no sentido de comprovar a importância deste tipo de apoio nesta unidade de pediatria, volto a confirmar a sua importância e a sua validade de implementação. Como pode ser constatado através dos dados recolhidos, quer através das entrevistas, quer através das observações realizadas, os profissionais consideram muito importante a concretização deste apoio, assim como os internamentos das crianças em idade escolar o justificam. Para ale disto, reverte também a favor o facto do hospital de Évora ser um hospital distrital e assim o seu papel ser de muito mais responsabilidade.

É um facto que neste momento não seria possível realizar este apoio na unidade de pediatria do HEE, pois o espaço é muito exíguo, mas aquando da abertura da nova unidade hospitalar, que está prevista para 2013, esta necessidade específica deve, indiscutivelmente, estar contemplada para as novas instalações.

Em termos de estudos futuros, algumas questões poderiam ser respondidas tais como: que efeitos a experiência da escola nos hospitais produz nos comportamentos académicos e sociais dos alunos após o retorno à sua escola de origem; o “currículo” ou o “plano de estudo” das Universidades, nos cursos de ensino, deveria contemplar a vertente de pedagogia hospitalar, para que os profissionais de educação, atingindo o último ano de

estudos, pudessem optar por esta vertente de educação e assim colmatar o aspecto da formação específica dos professores para trabalhar neste contexto.

Estas são algumas questões que surgiram no decorrer deste estudo. Segundo Fonseca, abre-se, com este estudo, a necessidade de formular propostas e aprofundar conhecimentos teóricos e metodológicos com vista a, efectivamente, atingir o objectivo de dar continuidade aos processos de desenvolvimento psíquico e cognitivo das crianças e jovens hospitalizados (Fonseca, 1999: 17).

“Nunca a mesma água, sempre o mesmo rio.

Nunca as mesmas flores, sempre a mesma Primavera”

Confúcio

## **Bibliografia**

- ABARELLO, L. et al., (1997), **Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais**, Lisboa, Gradiva;
- ALAMY, S. (2005), **Humanização Hospitalar**, Psicópio, Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde, Belo Horizonte, v.1, n.º 2, Julho-Dezembro, disponível em <http://geocities.yahoo.com.br/revistavirtualpsicopio> (consultado em 12 de Janeiro de 2009);
- ALMEIDA, E. L., FREIRE, T., (1997), **Metodologia de Investimento em Psicologia e Educação**, Coimbra, Associação dos Psicólogos Portugueses;
- ALMEIDA, J., F., e PINTO, J., M., (1976), **A investigação nas Ciências Sociais**, Lisboa: Editorial Presença;
- ARIES, P., (1978), **História Social da Criança e da Família**, Rio de Janeiro, Zahar Editores;
- BARDIN, L., (1995), **Análise de Conteúdo**, Lisboa: Edições 70;
- BASSEY, M., (1999), **Case Study Research in Educational Settings**, Buckingham: Open University Press;
- BEST, J., (1999), **Como investigar en educación**, 3.ª Ed., Madrid: Ediciones Morata;
- BIKLEN, S. e BOGDAN, R., (1994), **Investigação Qualitativa em Educação**, Porto: Porto Editora;
- BRUNET, L. (1992), **Clima de trabalho e eficácia de escola**, In A. Nóvoa (coord.) *As organizações escolares em análise*, Lisboa, Publicações Dom Quixote e Instituto de Inovação Educacional;
- BURGOS, M., S., (2006), **Saúde no Espaço Escola**, Santa Cruz do Sul, EDUNISC;

- BRYMAN, A., (1988), **Quality and quantity in social research**, London: Unwin Hyman;  
(2001), **Social research methods**, Oxford: Oxford University Press;
- CARAPINHEIRO, G., (1986) **A Saúde no Contexto da Sociologia**, Revista Sociologia – Problemas e Práticas, 1;  
(1993), **Saberes e Poderes do Hospital**, Porto, Edições Afrontamento,;
- CARMO, H., FIGUEIRA, M., (1998), **Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem**, Lisboa Universidade Aberta;
- CASCAIS, M. (2005), Apontamentos das aulas de Micro Desenvolvimento, XI Curso de Mestrado em Sociologia;
- CASTRO, E. K., & Piccinini, C. A., (2002), **Implicações da doença orgânica crónica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 625-635;
- CECCIM, R., C., (1997) **Escuta pedagógica à criança hospitalizada**, Rio de Janeiro;  
(1999) **Classe Hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar**, Pátio, Revista Pedagógica, 3, 41-44,  
disponível em  
<http://www.portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/livro9>  
(consultado em 13 de Maio de 2008);
- CECCIM, R., C., FONSECA, E., S., (1999) **Classe Hospitalar: buscando padrões referenciais de atendimento pedagógico e educacional à criança e ao adolescente hospitalizados**, Revista Integração, MEC, 21, 31-40;  
(1998) **Classes Hospitalares no Brasil: relato escrito da reunião de trabalho na classe hospitalar do hospital Municipal de Jesus**, Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde,

disponível em

<http://www.2uerj.br/~escolahospitalar>

(consultado em 27 de Janeiro de 2008);

COELHO, S., (2000-2001), **Apontamentos das Aulas de Psicologia do Desenvolvimento**, Licenciatura em Ensino Básico 1º Ciclo, Universidade de Évora;

COHEN, L, MANION, L. e MORRISON K., (2000), **Research Methods in Education**, 5ª Edição, Londres, Routledge;

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, Seminários e Colóquios (1999), **Uma Educação Inclusiva a partir da escola que temos**, Edição do Conselho Nacional de Educação, Ministério da Educação, 1.ª Edição;

COUTINHO, C., (2007), **Investigação Qualitativa, passos fundamentais**, <http://claracoutinho.wikispaces.com>, (consultado em 10 de Abril de 2008);

CREPALDI, M., (1999), **Hospitalização na Infância, Representações Sociais da Família Sobre a Doença e a Hospitalização de Seus Filhos**, Taubaté, S.Paulo, Cabral;

DELGADO, J. e GUTIÉRREZ, J., (1995), **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales**, Madrid, Editorial Síntesis;

DOCENTES DE EDUCAÇÃO ESPECIAL, (s/d), disponível em <http://psicologia.esc-joseregio.pt/wp-content/uploads/2008/10/docente-de-educacao-especial.pdf>;

EISER, C., (1990), **Chronic childhood disease**. Nova York: Cambridge;

ESTEVES, M., (2006), **Análise de Conteúdo**, In J. A. Lima e J. A. Pacheco (orgs), **Fazer investigação: contributos para a elaboração de dissertações e teses**, Porto: Edições Panorama, 105-126;

FERREIRA, F. (2005). Os agrupamentos de escolas: lógicas burocráticas e lógicas de mediação. In J. Formosinho, A. Fernandes, J. Machado, F. Ferreira. **Administração da educação: Lógicas burocráticas e lógicas de mediação**. Porto: Edições Asa;



FONSECA, E. S.

- Site sobre classe hospitalar, **Estudos e pesquisas sobre atendimento em classe hospitalar**, disponível em: <http://www.2uerj.br/~escolahospitalar>;
- (1996) **Classe hospitalar: uma modalidade válida da Educação Especial no atendimento precoce?** (Poster apresentado no V Seminário Brasileiro de Pesquisa em Educação Especial), Brasil;
- (1997) **Atendimento Pedagógico educacional para crianças e jovens**, Brasil, Universidade do Rio Grande;
- (1997) **Hospital Municipal de Jesus: contribuição à história da pedagogia hospitalar** (tema livre apresentado na Jornada Científica Comemorativa do 63.º Aniversário do Hospital Municipal de Jesus, Centro de Estudos do Hospital Municipal de Jesus), Rio de Janeiro;
- (1999) **Atendimento Pedagógico-Educacional para Crianças e Jovens Hospitalizados: realidade nacional**, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, Brasília
- (2003) **Atendimento Escolar no Ambiente Hospitalar São Paulo: Memnon**;
- (s/d) **Aspectos da Ecologia da Classe Hospitalar no Brasil**, disponível em [http://www.educacaoonline.pro.br/aspectos\\_da\\_ecologia.asp](http://www.educacaoonline.pro.br/aspectos_da_ecologia.asp);

FONTES, R., S.,

- 2005 **A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital**, Revista Brasileira de Educação, nº 29; pp. 119 - 137 (disponível em <http://www.scielo.br>);
- 2006 **As possibilidades da actividade pedagógica como tratamento sócio-afectivo da criança hospitalizada**, Universidade do Minho: Revista Portuguesa de Educação, , pp. 95-128 (disponível em <http://www.scielo.pt>);

GABARRA, L., (2005), **Crianças hospitalizadas com doenças crónicas: a compreensão da doença**, Florianópolis;

GHIRALDELLI, P., (2007), **O que é Pedagogia**, Centro de Referência Educacional, consultoria e assessoria em educação, disponível em <http://www.centrorefeducacional.com.br/pdaguir.htm>, (consultado em 26 de Janeiro de 2008);

GIDDENS, A., (1997), **Sociologia**, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian;

GRAÇA, L., (2000), **Evolução do sistema Hospitalar: uma Perspectiva Sociológica**, disponível em [http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historia2\\_hospital.htm](http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historia2_hospital.htm) (consultado em 21 de Abril de 2008);

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (IAC), (2000), **Carta da Criança Hospitalizada**, Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, Lisboa;

KETELE, J.M. & ROEGIERS, X., (1999), **Metodologia da recolha de dados**, Lisboa: Instituto Piaget;

LESSARD-HÉBERT, M., GOYETTE, G. & BOUTIN, G., (1994), **Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas**, Lisboa, Instituto Piaget;

LONGO, T., P., (2008), **Hospitalização Infantil**, disponível em <http://caentrenos.wordpress.com/2008/07/15/hospitalizacao-infantil/>, (consultado em 20 de Abril de 2008);

MARTINS, A., (s/d), **O Educador precisa pensar diferente**, disponível em <http://caentrenos.wordpress.com/2008/07/15/hospitalizacao-infantil/>, (consultado em 20 de Abril de 2008);

MARTINS, C. E., (s/d), **A Educação Especial e a Pedagogia Hospitalar: como desatar um nó e transformá-la em um laço**, disponível em [http://www.santamarina.g/2.br/faculdade/revista/artigo\\_2;](http://www.santamarina.g/2.br/faculdade/revista/artigo_2;)

MATOS, L. e MUGGIATI, M.

2001 **Pedagogia Hospitalar**, Curitiba: Champagnat;

2006 **Pedagogia Hospitalar: a humanização integrando educação e saúde**, Petrópolis, RJ: Vozes;

MEDEIROS, J., G., GABARDO, A., A., (2004), Classe Hospitalar; aspectos da relação professor aluno em sala de aula de um hospital, *Interacção em Psicologia*, 8, 67-79, disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br> (consultado em 07 de Julho de 2008);

MERRIAM, S., (1988), **Case Study Research in Education: Qualitative Approach**, S. Francisco, Jossey Bass;

NAVARRO, M., F., (2000), **Educar para a Saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas**, in José Precioso *et al* (orgs), *Educação para a Saúde*, Braga, Universidade do Minho;

ORTIZ, L., FREITAS, S., (2005), **Classe Hospitalar: Caminhos Pedagógicos entre Educação e Saúde**, Santa Maria, Editora ufsm;

PACHECO, J., (1995), **O Pensamento e a Acção do Professor**, Porto: Porto Editora;

PACHECO, J & LIMA J. (2006), **Fazer investigação. Contributos para a elaboração de dissertações e teses**, (org.), Porto: Porto Editora;  
(1995) **O pensamento e a acção do professor**, Porto: Porto Editora;

PAULA, E., (2004) **Educação, Diversidade e Esperança**, Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador;  
(s/d) **O Ensino Fundamental na Escola do Hospital: espaço da diversidade e cidadania**, disponível em <http://www.anped.org.br/reuniões/29ra/trabalho>;

PERPÉTUO, I. F., (2001), **Não é Brincadeira. Educação**, v.27, n.239, Março;

PIAGET, J., (1979), *Problemas da Psicologia Genética*, Lisboa, Publicações D. Quixote;

PIAGET, J., e INHELDER, B., (1979), *A psicologia da Criança, do Nascimento à Adolescência*, Lisboa, Moraes Editores;

QUIVY, R., e CAMPENHOUDT, L., (1992), **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, 1.ª Edição, Lisboa: Gradiva Publicações;

RABELLO, E., T. e PASSOS, J. S., (2003), Vygotsky e o desenvolvimento humano. Disponível em <http://www.josesilveira.com> (consultado no dia 12 de Março de 2008);

RAMOS, F., M., (2005), **Apontamentos das Aulas de Métodos e Técnicas de Investigação em Ciências Sociais**, XI Curso de Mestrado em Sociologia, variante de Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Évora;

REDONDEIRO, M., (2003), **O quotidiano Hospitalar da criança**, Dissertação de Mestrado em Sociologia da Infância, Braga;

RIBEIRO, A., ANGELO, M., **O significado da hospitalização para a criança**, artigo disponível em <http://www.ee.usp.br/receusp/> consultado em 15 de Setembro de 2007;

SALTO, M., **O psicólogo no contexto hospitalar: uma visão psicodramática**, disponível em <http://www.febrap.org.br/biblioteca/pdf>, consultado em 27 de Junho de 2008;

SANTOS, B., SILVA, M., SOARES, E., (2002), **Uma análise das consequências de actividades lúdicas no desenvolvimento biopsicossocial de crianças hospitalizadas**, Belém;

SASSI, L. et tal, (2004), **Pedagogia Hospitalar, o Projecto desenvolvido pela Universidade Estadual de Ponta Grossa**, Publicações UEPG, <http://www.uepg.br/proresp/publicatio>, (consultado em 25 de Novembro de 2008);



SILVA, A. S., e PINTO, J. M., (orgs) (1989), **Metodologia das Ciências Sociais**, Porto: Edições Afrontamento;

SILVA, E, MENEZES, E., (2001), **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**, UFSC, Florianópolis;

SILVA, V., R., (2003), **A escola como Organização – uma perspectiva de análise**, disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/>, (consultado em 2 de Maio de 2008);

SOUSA, F., RIBEIRO, J., **O acompanhamento pedagógico – educacional em crianças hospitalizadas: relato da experiência no Hospital Infantil Lucídio Portela**, Universidade Federal do Piauí, <http://www.ufpi.br/mesteduc/eventos/iiencontro> (consultado em 03 de Outubro de 2008);

STENHOUSE, L., (1987), **Investigación y desarrollo del curriculum**, Madrid: Morata;

(1988), **Case study methods**. In J. Keeves (Ed.). **Educational Research, Methodology and Measurement: An International Handbook**. Oxford: Pergamon Press;

TAVARES, M. F., (1998), **Saúde da criança e formação no trabalho**, Rio de Janeiro, 1998;

TUCKMAN, B., (2002), **Manual de Investigação em Educação**, 2ª Edição, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian;

VALLES, M. (1997), **Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional**, Madrid: Editorial Síntesis, S.A.;

VIEIRA, R., (1999), **Histórias de Vida e Identidades, Professores e Interculturalidade**, Porto: Edições Afrontamento;

YIN, R.,

(1994), **Case Study Research, Design and Methods**, 2.<sup>a</sup> Ed., Thousand Oaks, London, Sage;

(2005), **Estudo de caso: *planejamento* e métodos**, 3.<sup>a</sup> edição, Porto Alegre: Bookman, (obra originalmente publicada em inglês sob o título, Case study research: design and methods, 1989);

ZACHARIAS, V.L., (2005) **Teoria de Vygotsky e acção docente**, Centro de Referência Educacional, disponível em <http://www.centrorefeducacional.pro.br>, (consultado em 10 de Abril de 2008);

## Sites:

### Biblioteca Médica Online:

<http://www.manualmerck.net>;

### Escola Hospitalar:

<http://www.escolahospitalar.uerj.br/como.htm>;

### Desenvolvimento Sustentável:

<http://www.solvay.pt/sustainabledevelopment/>;

### Consentimento informado comitês de ética em pesquisa e na prática médica:

<http://www.cfm.org.br/revista/biol/v3>;

### A atividade lúdica em contexto hospitalar:

<http://www.pucsp.br/clinica/boletim03>;

### Comunicação unifesp. saúde paulista:

<http://www.unifesp.br/comunicacao/sp/ed02/reports0.htm>

### A psicopedagogia hospitalar para crianças e adolescentes

<http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp>;

### A interlocução entre saúde e educação no processo de inclusão escolar

<http://www.sociedadeinclusiva.pucminas.br/oficinas/texto22.doc>;

### Recriando o espaço e a dimensão ocupacional da criança no ambiente hospitalar:

<http://www.proext.ufpe.br/cadernos/saude/crianca.htm> -tema;

### Carta da criança hospitalizada:

<http://www.iacrianca.pt/>;

# ANEXOS



# **Anexo I**

**- Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado**

## **Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados**

- 1.** Direito à proteção à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.
- 2.** Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa.
- 3.** Direito a não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento de sua enfermidade.
- 4.** Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.
- 5.** Direito a não ser separado de sua mãe ao nascer.
- 6.** Direito a receber aleitamento materno sem restrições.
- 7.** Direito a não sentir dor, quando existam meios para evitá-la.
- 8.** Direito a ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico, quando se fizer necessário.
- 9.** Direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar, durante sua permanência hospitalar.
- 10.** Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido.
- 11.** Direito a receber apoio espiritual e religioso conforme prática de sua família.
- 12.** Direito a não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.
- 13.** Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e ou prevenção secundária e terciária.
- 14.** Direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos.

15. Direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral.
16. Direito a preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais.
17. Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis, ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética.
18. Direito a confidência dos seus dados clínicos, bem como Direito a tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na Instituição, pelo prazo estipulado em lei.
19. Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente, respeitados pelos hospitais integralmente.
20. Direito a ter uma morte digna, junto com seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

**RESOLUÇÃO Nº 41, DE 13 DE OUTUBRO DE 1995 do CONSELHO NACIONAL  
DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – CONANDA**

**Fonte:** <http://www.presidencia.gov.br/sedh/>

# Anexo II

- Declaração de Salamanca

BR/1998/PI/H/7

**DECLARAÇÃO DE SALAMANCA SOBRE PRINCÍPIOS, POLÍTICA E  
PRÁTICAS NA ÁREA DAS NECESSIDADES EDUCATIVAS  
ESPECIAIS  
1994**



1998

## DECLARAÇÃO DE SALAMANCA SOBRE PRINCÍPIOS, POLÍTICA E PRÁTICAS NA ÁREA DAS NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

*REAFIRMANDO* o direito à educação de todos os indivíduos, tal como está inscrito na Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948, e renovando a garantia dada pela comunidade mundial na Conferência Mundial sobre Educação para Todos de 1990 de assegurar esse direito, independentemente das diferenças individuais,

*RELEMBRANDO* as diversas declarações das Nações Unidas que culminaram, em 1993, nas Normas das Nações Unidas sobre a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência, as quais exortam os Estados a assegurar que a educação das pessoas com deficiência faça parte integrante do sistema educativo,

*NOTANDO* com satisfação o envolvimento crescente dos governos, dos grupos de pressão, dos grupos comunitários e de pais, e, em particular, das organizações de pessoas com deficiência, na procura da promoção do acesso à educação para a maioria dos que apresentam necessidades especiais e que ainda não foram por ela abrangidos; e *RECONHECENDO*, como prova deste envolvimento, a participação activa dos representantes de alto nível de numerosos governos, de agências especializadas e de organizações intergovernamentais nesta Conferência Mundial.

1. Nos, delegados à Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, representando noventa e dois países e vinte e cinco organizações internacionais, reunidos aqui em Salamanca, Espanha, de 7 a 10 de Junho de 1994, reafirmamos, por este meio, o nosso compromisso em prol da Educação para Todos, reconhecendo a necessidade e a urgência de garantir a educação para as crianças, jovens e adultos com necessidades educativas especiais no quadro do sistema regular de educação, e sancionamos, também por este meio, o Enquadramento da Acção na área das Necessidades Educativas Especiais, de modo a que os governos e as organizações sejam guiados pelo espírito das suas propostas e recomendações.
2. Acreditamos e proclamamos que:
  - cada criança tem o direito fundamental à educação e deve ter a oportunidade de conseguir e manter um nível aceitável de aprendizagem,
  - cada criança tem características, interesses, capacidades e necessidades de aprendizagem que lhe são próprias,
  - os sistemas de educação devem ser planeados e os programas educativos implementados tendo em vista a vasta diversidade destas características e necessidades,
  - as crianças e jovens com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas regulares, que a elas se devem adequar através duma pedagogia centrada na criança, capaz de ir ao encontro destas necessidades,
  - as escolas regulares, seguindo esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos; além disso, proporcionam uma educação adequada à maioria das crianças e promovem a eficiência, numa óptima relação custo-qualidade, de todo o sistema educativo.
3. Apelamos a todos os governos e incitamo-los a:
  - conceder a maior prioridade, através das medidas de política e através das medidas orçamentais, ao desenvolvimento dos respectivos sistemas educativos, de modo a que possam incluir todas as crianças, independentemente das diferenças ou dificuldades individuais,
  - adoptar como matéria de lei ou como política o princípio da educação inclusiva, admitindo todas as crianças nas escolas regulares, a não ser que haja razões que obriguem a proceder de outro modo,
  - desenvolver projectos demonstrativos e encorajar o intercâmbio com países que têm experiência de escolas inclusivas,

- estabelecer mecanismos de planeamento, supervisão e avaliação educacional para crianças e adultos com necessidades educativas especiais, de modo descentralizado e participativo,
- encorajar e facilitar a participação dos pais, comunidades e organizações de pessoas com deficiência no planeamento e na tomada de decisões sobre os serviços na área das necessidades educativas especiais,
- investir um maior esforço na identificação e nas estratégias de intervenção precoce, assim como nos aspectos vocacionais da educação inclusiva,
- garantir que, no contexto duma mudança sistémica, os programas de formação de professores, tanto a nível inicial como em-serviço, incluam as respostas às necessidades educativas especiais nas escolas inclusivas.

4. Também apelamos para a comunidade internacional; apelamos em particular:

- aos governos com programas cooperativos internacionais e às agências financiadoras internacionais, especialmente os patrocinadores da Conferência Mundial de Educação para Todos, à Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), ao Fundo das Nações Unidas para a Infância, (UNICEF), ao Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD), e ao Banco Mundial:
  - a que sancionem a perspectiva da escolaridade inclusiva e apoiem o desenvolvimento da educação de alunos com necessidades especiais, como parte integrante de todos os programas educativos;
- às Nações Unidas e às suas agências especializadas, em particular à Organização Internacional do Trabalho (OIT), à Organização Mundial de Saúde (OMS), UNESCO e UNICEF:
  - a que fortaleçam a sua cooperação técnica, assim como reforcem a cooperação e trabalho conjunto, tendo em vista um apoio mais eficiente às respostas integradas e abertas às necessidades educativas especiais;
- às organizações não-governamentais envolvidas no planeamento dos países e na organização dos serviços:
  - a que fortaleçam a sua colaboração com as entidades oficiais e que intensifiquem o seu crescente envolvimento no planeamento, implementação e avaliação das respostas inclusivas às necessidades educativas especiais;
- à UNESCO, enquanto agência das Nações Unidas para a educação:
  - a que assegure que a educação das pessoas com necessidades educativas especiais faça parte de cada discussão relacionada com a educação para todos, realizada nos diferentes fóruns;
  - a que mobilize o apoio das organizações relacionadas com o ensino, de forma a promover a formação de professores, tendo em vista as respostas às necessidades educativas especiais;
  - a que estimule a comunidade académica a fortalecer a investigação e o trabalho conjunto e a estabelecer centros regionais de informação e de documentação; igualmente, a que seja um ponto de encontro destas actividades e um motor de divulgação dos resultados e do progresso atingido em cada país, no prosseguimento desta Declaração;
  - a que mobilize fundos, no âmbito do próximo Plano a Médio Praso (1996-2000), através da criação dum programa extensivo de apoio à escola inclusiva e de programas comunitários, os quais permitirão o lançamento de projectos-piloto que demonstrem e divulguem novas perspectivas e promovam o desenvolvimento de indicadores relativos às carências no sector das necessidades educativas especiais e aos serviços que a elas respondem.

5. Finalmente, expressamos o nosso caloroso reconhecimento ao Governo de Espanha e à UNESCO pela organização desta Conferência e solicitamo-los a que empreendam todos os esforços no sentido de levar esta Declaração e o Enquadramento da Acção que a acompanha ao conhecimento da comunidade mundial, especialmente a fóruns tão importantes como a Conferência Mundial para o Desenvolvimento Social (Copenhaga, 1995) e a Conferência Mundial das Mulheres (Beijin, 1995).

Aprovado por aclamação, na cidade de Salamanca, Espanha, neste dia, 10 de Junho de 1994.



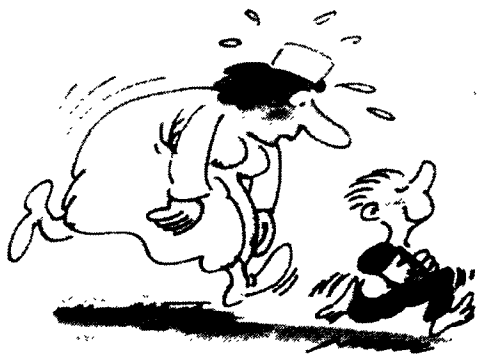
# **Anexo III**

**- Carta da Criança Hospitalizada**

# Carta da Criança

# Hospitalizada

ESTA CARTA FOI PREPARADA POR VARIAS ASSOCIAÇÕES EUROPEIAS EM 1988, EM LEIDEN



A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia.

Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.

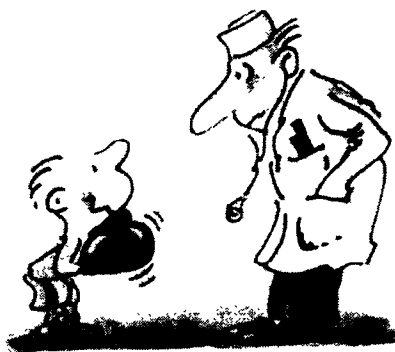
Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho.

As crianças e os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequada à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito.



Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.

As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade.



O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.

A equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.

A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança.

A intimidade de cada criança deve ser respeitada.

A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias.



Instituto de Apoio à Criança



ASSOCIAÇÃO  
DOS SERVIÇOS  
DE ATENDIMENTO  
À CRIANÇA

Apbra



bonança

# Anexo IV

- Decreto-lei 319/91

## **Decreto-Lei nº 319/91**

DR. Nº 193 I 23-8-1991 PAG. 4389

A legislação que regula a integração dos alunos portadores de deficiência nas escolas regulares, publicada há mais de 10 anos, carece de actualização e de alargamento. A evolução dos conceitos relacionados com a educação especial, que se tem processado na generalidade dos países, as profundas transformações verificadas no sistema educativo português decorrentes da publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo, as recomendações relativas ao acesso dos alunos deficientes ao sistema regular de ensino emanadas de organismos internacionais a que Portugal está vinculado e, finalmente, a experiência acumulada durante estes anos levam a considerar os diplomas vigentes ultrapassados e de alcance limitado. Com efeito, foi considerada no presente diploma a evolução dos conceitos resultantes do desenvolvimento das experiências de integração, havendo a salientar:

A substituição da classificação em diferentes categorias, baseada em decisões de foro médico, pelo conceito de «alunos com necessidades educativas especiais», baseado em critérios pedagógicos;

A crescente responsabilização da escola regular pelos problemas dos alunos com deficiência ou com dificuldades de aprendizagem;

A abertura da escola a alunos com necessidades educativas especiais, numa perspectiva de «escolas para todos»;

Um mais explícito reconhecimento do papel dos pais na orientação educativa dos seus filhos;

A consagração, por fim, de um conjunto de medidas cuja aplicação deve ser ponderada de acordo com o princípio de que a educação dos alunos com necessidades educativas especiais deve processar-se no meio menos restritivo possível, pelo que cada uma das medidas só deve ser adoptada quando se revele indispensável para atingir os objectivos educacionais definidos.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 201º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

## **Decreto-Lei nº 319/91**

**DR. Nº 193 I 23-8-1991 PAG. 4389**

A legislação que regula a integração dos alunos portadores de deficiência nas escolas regulares, publicada há mais de 10 anos, carece de actualização e de alargamento. A evolução dos conceitos relacionados com a educação especial, que se tem processado na generalidade dos países, as profundas transformações verificadas no sistema educativo português decorrentes da publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo, as recomendações relativas ao acesso dos alunos deficientes ao sistema regular de ensino emanadas de organismos internacionais a que Portugal está vinculado e, finalmente, a experiência acumulada durante estes anos levam a considerar os diplomas vigentes ultrapassados e de alcance limitado. Com efeito, foi considerada no presente diploma a evolução dos conceitos resultantes do desenvolvimento das experiências de integração, havendo a salientar:

A substituição da classificação em diferentes categorias, baseada em decisões de foro médico, pelo conceito de «alunos com necessidades educativas especiais», baseado em critérios pedagógicos;

A crescente responsabilização da escola regular pelos problemas dos alunos com deficiência ou com dificuldades de aprendizagem;

A abertura da escola a alunos com necessidades educativas especiais, numa perspectiva de «escolas para todos»;

Um mais explícito reconhecimento do papel dos pais na orientação educativa dos seus filhos;

A consagração, por fim, de um conjunto de medidas cuja aplicação deve ser ponderada de acordo com o princípio de que a educação dos alunos com necessidades educativas especiais deve processar-se no meio menos restritivo possível, pelo que cada uma das medidas só deve ser adoptada quando se revele indispensável para atingir os objectivos educacionais definidos.

**Assim:**

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 201º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

## **Artigo 1.º**

### **Âmbito de aplicação**

As disposições constantes do presente diploma aplicam-se aos alunos com necessidades educativas especiais que frequentam os estabelecimentos públicos de ensino dos níveis básico e secundário.

## **Artigo 2.º**

### **Regime educativo especial**

1-O regime educativo especial consiste na adaptação das condições em que se processa o ensino-aprendizagem dos alunos com necessidades educativas especiais.

2-As adaptações previstas no número anterior podem traduzir-se nas seguintes medidas:

- a) Equipamentos especiais de compensação;
- b) Adaptações materiais;
- c) Adaptações curriculares;
- d) Condições especiais de matrícula;
- e) Condições especiais de frequência;
- f) Condições especiais de avaliação;
- g) Adequação na organização de classes ou turmas;
- h) Apoio pedagógico acrescido;
- i) Ensino especial.

3-A aplicação das medidas previstas no número anterior tem em conta o caso concreto, procurando que as condições de frequência dos alunos objecto da sua aplicação se assemelhem às seguidas no regime educativo comum, optando-se pelas medidas mais integradoras e menos restritivas.

## **Artigo 3.º**

## **Equipamentos especiais de compensação**

1-Consideram-se equipamentos especiais de compensação o material didáctico especial e os dispositivos de compensação individual ou de grupo.

2-Considera-se material didáctico especial. entre outros:

- a) Livros em braille ou ampliados;
- b) Material áudio-visual;
- c) Equipamento específico para leitura, escrita e cálculo.

3-Consideram-se dispositivos de compensação individual ou de grupo, entre outros:

- a) Auxiliares ópticos ou acústicos;
- b) Equipamento informático adaptado;
- c) Máquinas de escrever braille;
- d) Cadeiras de rodas;
- e) Próteses.

## **Artigo 4º**

### **Adaptações materiais**

Consideram-se adaptações materiais:

- a) Eliminação de barreiras arquitectónicas;
- b) Adequação das instalações às exigências da acção educativa;
- c) Adaptação de mobiliário.

## **Artigo 5.º**

### **Adaptações curriculares**

1-Consideram-se adaptações curriculares:

a) Redução parcial do currículo;

b) Dispensa da actividade que se revele impossível de executar em função da deficiência.

2-As adaptações curriculares previstas no presente artigo não prejudicam o cumprimento dos objectivos gerais dos ciclos e níveis de ensino frequentados e só são aplicáveis quando se verifique que o recurso a equipamentos especiais de compensação não é suficiente.

## **Artigo 6.º**

### **Condições especiais de matrícula**

1-Compreende-se nas condições especiais de matrícula a faculdade de a efectuar:

a) Na escola adequada, independentemente do local de residência do aluno;

b) Com dispensa dos limites etários existentes no regime educativo comum;

c) Por disciplinas.

2-A matrícula efectuada ao abrigo da alínea a) do número anterior efectua-se quando as condições de acesso e os recursos de apoio pedagógico existentes facilitem a integração do aluno com necessidades educativas especiais.

3-A matrícula efectuada ao abrigo da alínea b) do n.º 1 apenas é autorizada aos alunos que, devidamente avaliados e preenchendo condições a regulamentar por despacho do Ministro da Educação, demonstrem um atraso de desenvolvimento global que justifique o ingresso escolar um ano mais tarde do que é obrigatório ou que revelem uma precocidade global que aconselhe o ingresso um ano mais cedo do que é permitido no regime educativo comum.

4-A matrícula efectuada ao abrigo da alínea c) do n.º 1 pode efectuar-se nos 2.º e 3.º ciclos do ensino básico e no ensino secundário desde que se assegure a sequencialidade do regime educativo comum.

## **Artigo 7º**

### **Condições especiais de frequência**



Consideram-se condições especiais de frequência as decorrentes do regime de matrícula previsto na alínea c) do n.º 1 do artigo anterior.

### **Artigo 8.º**

#### **Condições especiais de avaliação**

Consideram-se condições especiais de avaliação as seguintes alterações ao regime educativo comum:

- a) Tipo de prova ou instrumento de avaliação;
- b) Forma ou meio de expressão do aluno;
- c) Periodicidade;
- d) Duração;
- e) Local de execução.

### **Artigo 9.º**

#### **Adequação na organização de classes ou turmas**

1-O número de alunos das classes ou turmas que integrem alunos com necessidades educativas especiais não pode ser superior a 20.

2-As classes ou turmas previstas no número anterior não devem incluir mais de dois alunos com necessidades educativas especiais, salvo casos excepcionais adequadamente fundamentados.

3-O limite previsto no n.º 1 aplica-se apenas aos casos em que, de acordo com o órgão de administração e gestão da escola ou área escolar, as necessidades especiais dos alunos requeiram atenção excepcional do professor.

### **Artigo 10.º**

#### **Apoio pedagógico acrescido**

O apoio pedagógico acrescido consiste no apoio lectivo suplementar individualizado ou em pequenos grupos e tem carácter temporário.

## **Artigo 11.º**

### **Ensino especial**

1-Considera-se ensino especial o conjunto de procedimentos pedagógicos que permitam o reforço da autonomia individual do aluno com necessidades educativas especiais devidas a deficiências físicas e mentais e o desenvolvimento pleno do seu projecto educativo próprio, podendo seguir os seguintes tipos de currículos:

a) Currículos escolares próprios;

b) Currículos alternativos.

2-Os currículos escolares próprios têm como padrão os currículos do regime educativo comum, devendo ser adaptados ao grau e tipo de deficiência.

3-Os currículos alternativos substituem os currículos do regime educativo comum e destinam-se a proporcionar a aprendizagem de conteúdos específicos.

4-As medidas previstas nos artigos anteriores podem ser aplicadas em acumulação com as estabelecidas no presente artigo.

## **Artigo 12.º**

### **Encaminhamento**

Nos casos em que a aplicação das medidas previstas nos artigos anteriores se revele comprovadamente insuficiente em função do tipo e grau de deficiência do aluno, devem os serviços de psicologia e orientação em colaboração com os serviços de saúde escolar, propor o encaminhamento apropriado, nomeadamente a frequência de uma instituição de educação especial.

## **Artigo 13.º**

### **Competências**

Compete ao órgão de administração e gestão da escola decidir:

a) Aplicar o regime educativo especial, sob proposta conjunta dos professores do ensino regular e de educação especial, ou dos serviços de psicologia e orientação, consoante a complexidade das situações;

b) O encaminhamento a que se refere o artigo anterior.

## **Artigo 14º**

### **Propostas**

1-As situações menos complexas cuja avaliação não exija especialização de métodos e instrumentos ou cuja solução não implique segregação significativa dos alunos podem dar lugar a propostas subscritas pelos professores do ensino regular e de educação especial, de carácter não formal mas devidamente fundamentadas.

2-As situações mais complexas são analisadas pelos serviços de psicologia e orientação, em colaboração com os serviços de saúde escolar, e dão lugar a propostas formais consubstanciadas num plano educativo individual, de acordo com os requisitos do artigo seguinte.

## **Artigo 15.º**

### **Plano educativo individual**

1-Do plano educativo individual constam obrigatoriamente os seguintes elementos:

a) Identificação do aluno;

b) Resumo da história escolar e outros antecedentes relevantes, designadamente grau de eficácia das medidas menos restritivas anteriormente adoptadas;

c) Caracterização das potencialidades, nível de aquisições e problemas do aluno;

d) Diagnóstico médico e recomendações dos serviços de saúde escolar, se tal for adequado;

e) Medidas do regime educativo especial a aplicar;

f) Sistema de avaliação da medida ou medidas aplicadas;

g) Data e assinatura dos participantes na sua elaboração .

2-O recurso à medida prevista na alínea i) do n.º 2 do artigo 2.º implica que no plano educativo individual conste:

- a) A orientação geral sobre as áreas e conteúdos curriculares especiais adequados ao aluno;
- b) Os serviços escolares e outros de que o aluno deverá beneficiar.

### **Artigo 16.º**

#### **Programa educativo**

1-A aplicação da medida prevista na alínea i) do n.º 2 do artigo 2.º dá lugar à elaboração, por ano escolar, de um programa educativo de que conste obrigatoriamente:

- a) O nível de aptidão ou competência do aluno nas áreas ou conteúdos curriculares previstos no plano educativo individual;
- b) Os objectivos a atingir;
- c) As linhas metodológicas a adoptar;
- d) O processo e respectivos critérios de avaliação do aluno;
- e) O nível de participação do aluno nas actividades educativas da escola;
- f) A distribuição das diferentes tarefas previstas no programa educativo pelos técnicos responsáveis pela sua execução;
- g) A distribuição horária das actividades previstas no programa educativo;
- h) A data do início, conclusão e avaliação do programa educativo;
- i) A assinatura dos técnicos que intervieram na sua elaboração.

2-O programa educativo previsto no número anterior é submetido à aprovação do órgão de administração e gestão da escola.

### **Artigo 17.º**

#### **Responsável**

1-A elaboração do programa educativo é da responsabilidade do professor de educação especial que superintende na sua execução.

2-Na elaboração do programa educativo participam os técnicos responsáveis pela sua execução.

### **Artigo 18.º**

#### **Encarregados de educação**

1-A avaliação do aluno tendente à aplicação de qualquer medida do regime educativo especial carece da anuência expressa do encarregado da educação.

2-Os encarregados de educação devem ser convocados para participar na elaboração e na revisão do plano educativo individual e do programa educativo.

### **Artigo 19.º**

#### **Revisão**

1-O plano educativo individual pode ser revisto sempre que o aluno mude de estabelecimento de ensino ou área escolar ou quando seja formulado pedido fundamentado por qualquer dos elementos responsáveis pela sua execução.

2-O programa educativo dos alunos que transitem para outro estabelecimento de ensino no decurso do ano escolar poderá ser revisto quando se verifique a sua inexecutabilidade ou mediante pedido fundamentado por qualquer dos elementos responsáveis pela sua execução.

3-Nos casos previstos nos números anteriores o plano educativo individual ou programa educativo deve ser submetido à aprovação do órgão de administração e gestão da escola no prazo de 30 dias.

### **Artigo 20.º**

#### **Certificado**

Para efeitos de formação profissional e emprego o aluno cujo programa educativo se traduza num currículo alternativo obtém, no termo da sua escolaridade, um certificado que especifique às competências alcançadas.

## **Artigo 21.º**

### **Educação pré-escolar e ensino básico mediatizado**

Por portaria do Ministro da Educação serão fixadas as normas técnicas de execução necessárias à aplicação das medidas fixadas neste diploma à educação pré-escolar e ao ensino básico mediatizado.

## **Artigo 22.º**

### **Regime de transição**

1-Nos estabelecimentos de ensino ou áreas escolares em que não tenham sido criados os serviços de psicologia e orientação, o plano educativo individual é elaborado por uma equipa de avaliação, designada para o efeito pelo órgão de administração e gestão da escola .

2-A equipa referida no número anterior tem a seguinte composição:

- a) Um representante do órgão de administração e gestão da escola;
- b) O professor do aluno ou o director de turma;
- c) O professor de educação especial;
- d) Um psicólogo, quando possível;
- e) Um elemento da equipa de saúde escolar.

3-A equipa de avaliação é coordenada pelo órgão de administração e gestão da escola ou seu representante, que promove as respectivas reuniões.

4-Até à plena aplicação do modelo de direcção, administração e gestão instituído pelo Decreto-Lei n.º 172/91 ,de 10 de Maio, as competências atribuídas pelo presente diploma ao órgão de administração e gestão da escola são exercidas, nos estabelecimentos do 1.º ciclo do ensino básico, pelo órgão com competência pedagógica.

## **Artigo 23.º**

## **Condições de aplicação**

As condições e os procedimentos necessários à aplicação das medidas previstas no n.º 2 do artigo 2.º são estabelecidos por despacho do Ministro da Educação, que determinará ainda as condições de reordenamento e de reafecção dos meios humanos, materiais e institucionais existentes no sistema educativo, visando atingir a máxima eficácia social e pedagógica na prossecução das medidas constantes do presente diploma.

## **Artigo 24º**

### **Revogação**

São revogados os seguintes diplomas:

- a) Decreto-Lei n.º 174/77, de 2 de Maio;
- b) Decreto-Lei n.º 84/78, de 2 de Maio.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 11 de Julho de 1991.-Aníbal António Cavaco Silva- Roberto Artur da Luz Carneiro-Arlindo Gomes de Carvalho.

Promulgado em 4 de Agosto de 1991.

Publique-se.

O Presidente da Republica, MÁRIO SOARES.

Referendado em 8 de Agosto de 1991.

Pelo Primeiro-Ministro, Joaquim Fernando Nogueira,

Ministro da Presidência.

# Anexo V

- Decreto-lei 3/2008



nadamente em termos remuneratórios, a presidentes das comissões directivas dos programas operacionais regionais do QREN.

15 — Determinar que os elementos que compõem o secretariado técnico, incluindo os secretários técnicos, são equiparados, em termos remuneratórios, aos elementos dos secretariados técnicos dos programas operacionais temáticos do QREN.

16 — Determinar que as despesas inerentes à instalação e funcionamento da autoridade de gestão do PRODER, elegíveis a financiamento comunitário, são asseguradas pela assistência técnica do PRODER, de acordo com o artigo 66.º do Regulamento (CE) n.º 1698/2005, do Conselho, de 20 de Setembro.

17 — Determinar, sem prejuízo do disposto no n.º 13, que a presente resolução produz efeitos desde a data da sua aprovação.

18 — Determinar a revogação da Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2007, de 21 de Agosto.

Presidência do Conselho de Ministros, 8 de Novembro de 2007. — O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

## MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, DO DESENVOLVIMENTO RURAL E DAS PESCAS

### Portaria n.º 14/2008

de 7 de Janeiro

Pela Portaria n.º 817/95, de 13 de Julho, alterada pelas Portarias n.ºs 62/96, 447/2000 e 1508/2002, respectivamente de 28 de Fevereiro, 18 de Julho e 14 de Dezembro, foi concessionada à Associação de Caçadores da Casa Branca a zona de caça associativa da Herdade da Casa Branca e outras (processo n.º 1759-DGRF), situada no município de Mora.

A concessionária requereu agora a anexação à referida zona de caça de outro prédio rústico.

Assim:

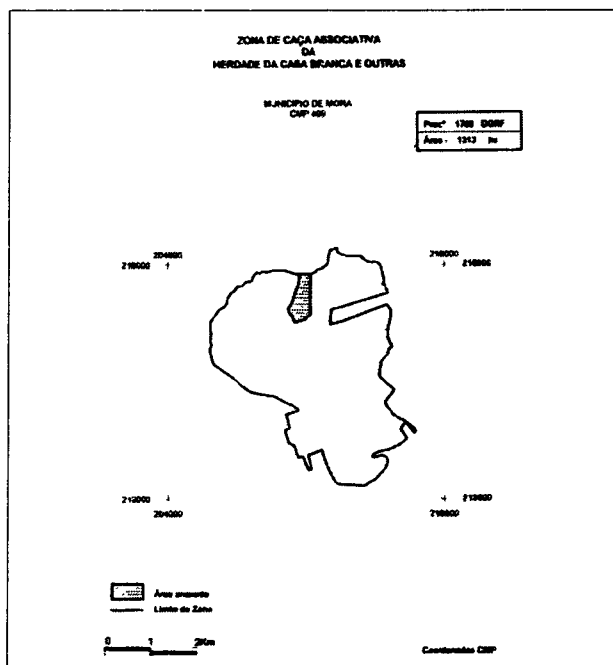
Com fundamento no disposto no artigo 11.º e na alínea a) do artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 202/2004, de 18 de Agosto, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 201/2005, de 24 de Novembro, e ouvido o Conselho Cinegético Municipal:

Manda o Governo, pelo Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, o seguinte:

1.º É anexado à presente zona de caça o prédio rústico denominado «Herdade Casa Branca da Estrada», sito na freguesia de Pavia, município de Mora, com a área de 37,7750 ha, ficando a mesma com a área total de 1313 ha, conforme planta anexa à presente portaria e que dela faz parte integrante.

2.º A presente anexação só produz efeitos, relativamente a terceiros, com a instalação da respectiva sinalização.

O Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, *Jaime de Jesus Lopes Silva*, em 15 de Novembro de 2007.



## MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

### Decreto-Lei n.º 3/2008

de 7 de Janeiro

Constitui desígnio do XVII Governo Constitucional promover a igualdade de oportunidades, valorizar a educação e promover a melhoria da qualidade do ensino. Um aspecto determinante dessa qualidade é a promoção de uma escola democrática e inclusiva, orientada para o sucesso educativo de todas as crianças e jovens. Nessa medida importa planear um sistema de educação flexível, pautado por uma política global integrada, que permita responder à diversidade de características e necessidades de todos os alunos que implicam a inclusão das crianças e jovens com necessidades educativas especiais no quadro de uma política de qualidade orientada para o sucesso educativo de todos os alunos.

Nos últimos anos, principalmente após a Declaração de Salamanca (1994), tem vindo a afirmar-se a noção de escola inclusiva, capaz de acolher e reter, no seu seio, grupos de crianças e jovens tradicionalmente excluídos. Esta noção, dada a sua dimensão eminentemente social, tem merecido o apoio generalizado de profissionais, da comunidade científica e de pais.

A educação inclusiva visa a equidade educativa, sendo que por esta se entende a garantia de igualdade, quer no acesso quer nos resultados.

No quadro da equidade educativa, o sistema e as práticas educativas devem assegurar a gestão da diversidade da qual decorrem diferentes tipos de estratégias que permitam responder às necessidades educativas dos alunos. Deste modo, a escola inclusiva pressupõe individualização e personalização das estratégias educativas, enquanto método de prossecução do objectivo de promover competências universais que permitam a autonomia e o acesso à condução plena da cidadania por parte de todos.

Todos os alunos têm necessidades educativas, trabalhadas no quadro da gestão da diversidade acima referida.

Existem casos, porém, em que as necessidades se revestem de contornos muito específicos, exigindo a activação de apoios especializados.

Os apoios especializados visam responder às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da actividade e da participação, num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social e dando lugar à mobilização de serviços especializados para promover o potencial de funcionamento biopsicosocial.

Os apoios especializados podem implicar a adaptação de estratégias, recursos, conteúdos, processos, procedimentos e instrumentos, bem como a utilização de tecnologias de apoio. Portanto, não se trata só de medidas para os alunos, mas também de medidas de mudança no contexto escolar.

Entre os alunos com deficiências e incapacidades alguns necessitam de acções positivas que exigem diferentes graus de intensidade e de especialização. A medida que aumenta a necessidade de uma maior especialização do apoio personalizado, decresce o número de crianças e jovens que dele necessitam, do que decorre que apenas uma reduzida percentagem necessita de apoios personalizados altamente especializados.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

## CAPÍTULO I

### Objectivos, enquadramento e princípios orientadores

#### Artigo 1.º

##### Objecto e âmbito

1 — O presente decreto-lei define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo, visando a criação de condições para a adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da actividade e da participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social.

2 — A educação especial tem por objectivos a inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativo, a autonomia, a estabilidade emocional, bem como a promoção da igualdade de oportunidades, a preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida profissional e para uma transição da escola para o emprego das crianças e dos jovens com necessidades educativas especiais nas condições acima descritas.

#### Artigo 2.º

##### Princípios orientadores

1 — A educação especial prossegue, em permanência, os princípios da justiça e da solidariedade social, da não

discriminação e do combate à exclusão social, da igualdade de oportunidades no acesso e sucesso educativo, da participação dos pais e da confidencialidade da informação.

2 — Nos termos do disposto no número anterior, as escolas ou os agrupamentos de escolas, os estabelecimentos de ensino particular com paralelismo pedagógico, as escolas profissionais, directa ou indirectamente financiados pelo Ministério da Educação (ME), não podem rejeitar a matrícula ou a inscrição de qualquer criança ou jovem com base na incapacidade ou nas necessidades educativas especiais que manifestem.

3 — As crianças e jovens com necessidades educativas especiais de carácter permanente gozam de prioridade na matrícula, tendo o direito, nos termos do presente decreto-lei, a frequentar o jardim-de-infância ou a escola nos mesmos termos das restantes crianças.

4 — As crianças e os jovens com necessidades educativas especiais de carácter permanente têm direito ao reconhecimento da sua singularidade e à oferta de respostas educativas adequadas.

5 — Toda a informação resultante da intervenção técnica e educativa está sujeita aos limites constitucionais e legais, em especial os relativos à reserva da intimidade da vida privada e familiar e ao tratamento automatizado, conexão, transmissão, utilização e protecção de dados pessoais, sendo garantida a sua confidencialidade.

6 — Estão vinculados ao dever do sigilo os membros da comunidade educativa que tenham acesso à informação referida no número anterior.

#### Artigo 3.º

##### Participação dos pais e encarregados de educação

1 — Os pais ou encarregados de educação têm o direito e o dever de participar activamente, exercendo o poder paternal nos termos da lei, em tudo o que se relacione com a educação especial a prestar ao seu filho, acedendo, para tal, a toda a informação constante do processo educativo.

2 — Quando, comprovadamente, os pais ou encarregados de educação não exerçam o seu direito de participação, cabe à escola desencadear as respostas educativas adequadas em função das necessidades educativas especiais diagnosticadas.

3 — Quando os pais ou encarregados de educação não concordem com as medidas educativas propostas pela escola, podem recorrer, mediante documento escrito, no qual fundamentam a sua posição, aos serviços competentes do ME.

#### Artigo 4.º

##### Organização

1 — As escolas devem incluir nos seus projectos educativos as adequações relativas ao processo de ensino e de aprendizagem, de carácter organizativo e de funcionamento, necessárias para responder adequadamente às necessidades educativas especiais de carácter permanente das crianças e jovens, com vista a assegurar a sua maior participação nas actividades de cada grupo ou turma e da comunidade escolar em geral.

2 — Para garantir as adequações de carácter organizativo e de funcionamento referidas no número anterior, são criadas por despacho ministerial:

a) Escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos;

b) Escolas de referência para a educação de alunos cegos e com baixa visão.

3 — Para apoiar a adequação do processo de ensino e de aprendizagem podem as escolas ou agrupamentos de escolas desenvolver respostas específicas diferenciadas para alunos com perturbações do espectro do autismo e com multideficiência, designadamente através da criação de:

a) Unidades de ensino estruturado para a educação de alunos com perturbações do espectro do autismo;

b) Unidades de apoio especializado para a educação de alunos com multideficiência e surdocegueira congénita.

4 — As respostas referidas nas alíneas a) e b) do número anterior são propostas por deliberação do conselho executivo, ouvido o conselho pedagógico, quando numa escola ou grupos de escolas limítrofes, o número de alunos o justificar e quando a natureza das respostas, dos equipamentos específicos e das especializações profissionais, justifiquem a sua concentração.

5 — As unidades referidas no n.º 3 são criadas por despacho do director regional de educação competente.

## CAPÍTULO II

### Procedimentos de referenciação e avaliação

#### Artigo 5.º

##### Processo de referenciação

1 — A educação especial pressupõe a referenciação das crianças e jovens que eventualmente dela necessitem, a qual deve ocorrer o mais precocemente possível, detectando os factores de risco associados às limitações ou incapacidades.

2 — A referenciação efectua-se por iniciativa dos pais ou encarregados de educação, dos serviços de intervenção precoce, dos docentes ou de outros técnicos ou serviços que intervêm com a criança ou jovem ou que tenham conhecimento da eventual existência de necessidades educativas especiais.

3 — A referenciação é feita aos órgãos de administração e gestão das escolas ou agrupamentos de escolas da área da residência, mediante o preenchimento de um documento onde se explicitam as razões que levaram a referenciar a situação e se anexa toda a documentação considerada relevante para o processo de avaliação.

#### Artigo 6.º

##### Processo de avaliação

1 — Referenciada a criança ou jovem, nos termos do artigo anterior, compete ao conselho executivo desencadear os procedimentos seguintes:

a) Solicitar ao departamento de educação especial e ao serviço de psicologia um relatório técnico-pedagógico conjunto, com os contributos dos restantes intervenientes no processo, onde sejam identificadas, nos casos em que tal se justifique, as razões que determinam as necessidades educativas especiais do aluno e a sua tipologia, designadamente as condições de saúde, doença ou incapacidade;

b) Solicitar ao departamento de educação especial a determinação dos apoios especializados, das adequações

do processo de ensino e de aprendizagem de que o aluno deva beneficiar e das tecnologias de apoio;

c) Assegurar a participação activa dos pais ou encarregados de educação, assim como a sua anuência;

d) Homologar o relatório técnico-pedagógico e determinar as suas implicações;

e) Nos casos em que se considere não se estar perante uma situação de necessidades educativas que justifiquem a intervenção dos serviços da educação especial, solicitar ao departamento de educação especial e aos serviços de psicologia o encaminhamento dos alunos para os apoios disponibilizados pela escola que melhor se adequem à sua situação específica.

2 — Para a elaboração do relatório a que se refere a alínea a) do número anterior pode o conselho executivo, quando tal se justifique, recorrer aos centros de saúde, a centros de recursos especializados, às escolas ou unidades referidas nos n.ºs 2 e 3 do artigo 4.º

3 — Do relatório técnico-pedagógico constam os resultados decorrentes da avaliação, obtidos por referência à Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, da Organização Mundial de Saúde, servindo de base à elaboração do programa educativo individual.

4 — O relatório técnico-pedagógico a que se referem os números anteriores é parte integrante do processo individual do aluno.

5 — A avaliação deve ficar concluída 60 dias após a referenciação com a aprovação do programa educativo individual pelo presidente do conselho executivo.

6 — Quando o presidente do conselho executivo decida pela não aprovação, deve exarar despacho justificativo da decisão, devendo reenviá-lo à entidade que o tenha elaborado com o fim de obter uma melhor justificação ou enquadramento.

#### Artigo 7.º

##### Serviço docente nos processos de referenciação e de avaliação

1 — O serviço docente no âmbito dos processos de referenciação e de avaliação assume carácter prioritário, devendo concluir-se no mais curto período de tempo, dando preferência à sua execução sobre toda a actividade docente e não docente, à excepção da lectiva.

2 — O serviço de referenciação e de avaliação é de aceitação obrigatória e quando realizado por um docente é sempre integrado na componente não lectiva do seu horário de trabalho.

## CAPÍTULO III

### Programa educativo individual e plano individual de transição

#### Artigo 8.º

##### Programa educativo individual

1 — O programa educativo individual é o documento que fixa e fundamenta as respostas educativas e respectivas formas de avaliação.

2 — O programa educativo individual documenta as necessidades educativas especiais da criança ou jovem, baseadas na observação e avaliação de sala de aula e nas informações complementares disponibilizadas pelos participantes no processo.

3 — O programa educativo individual integra o processo individual do aluno.

## Artigo 9.º

**Modelo do programa educativo individual**

1 — O modelo do programa educativo individual é aprovado por deliberação do conselho pedagógico e inclui os dados do processo individual do aluno, nomeadamente identificação, história escolar e pessoal relevante, conclusões do relatório de avaliação e as adequações no processo de ensino e de aprendizagem a realizar, com indicação das metas, das estratégias, recursos humanos e materiais e formas de avaliação.

2 — O modelo do programa educativo individual integra os indicadores de funcionalidade, bem como os factores ambientais que funcionam como facilitadores ou como barreiras à actividade e participação do aluno na vida escolar, obtidos por referência à Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, em termos que permitam identificar o perfil concreto de funcionalidade.

3 — Do modelo de programa educativo individual devem constar, de entre outros, obrigatoriamente:

- a) A identificação do aluno;
- b) O resumo da história escolar e outros antecedentes relevantes;
- c) A caracterização dos indicadores de funcionalidade e do nível de aquisições e dificuldades do aluno;
- d) Os factores ambientais que funcionam como facilitadores ou como barreiras à participação e à aprendizagem;
- e) Definição das medidas educativas a implementar;
- f) Discriminação dos conteúdos, dos objectivos gerais e específicos a atingir e das estratégias e recursos humanos e materiais a utilizar;
- g) Nível de participação do aluno nas actividades educativas da escola;
- h) Distribuição horária das diferentes actividades previstas;
- i) Identificação dos técnicos responsáveis;
- j) Definição do processo de avaliação da implementação do programa educativo individual;
- l) A data e assinatura dos participantes na sua elaboração e dos responsáveis pelas respostas educativas a aplicar.

## Artigo 10.º

**Elaboração do programa educativo individual**

1 — Na educação pré-escolar e no 1.º ciclo do ensino básico, o programa educativo individual é elaborado, conjunta e obrigatoriamente, pelo docente do grupo ou turma, pelo docente de educação especial, pelos encarregados de educação e sempre que se considere necessário, pelos serviços referidos na alínea *a*) do n.º 1 e no n.º 2 do artigo 6.º, sendo submetido à aprovação do conselho pedagógico e homologado pelo conselho executivo.

2 — Nos 2.º e 3.º ciclos do ensino básico e no ensino secundário e em todas as modalidades não sujeitas a monodocência, o programa educativo individual é elaborado pelo director de turma, pelo docente de educação especial, pelos encarregados de educação e sempre que se considere necessário pelos serviços referidos na alínea *a*) do n.º 1 e no n.º 2 do artigo 6.º, sendo submetido à aprovação do conselho pedagógico e homologado pelo conselho executivo.

3 — No caso dos alunos surdos com ensino bilingue deve também participar na elaboração do programa educativo individual um docente surdo de LGP.

## Artigo 11.º

**Coordenação do programa educativo individual**

1 — O coordenador do programa educativo individual é o educador de infância, o professor do 1.º ciclo ou o director de turma, a quem esteja atribuído o grupo ou a turma que o aluno integra.

2 — A aplicação do programa educativo individual carece de autorização expressa do encarregado de educação, excepto nas situações previstas no n.º 2 do artigo 3.º

## Artigo 12.º

**Prazos de aplicação do programa educativo individual**

1 — A elaboração do programa educativo individual deve decorrer no prazo máximo de 60 dias após a referência dos alunos com necessidades educativas especiais de carácter permanente.

2 — O programa educativo individual constitui o único documento válido para efeitos de distribuição de serviço docente e não docente e constituição de turmas, não sendo permitida a aplicação de qualquer adequação no processo de ensino e de aprendizagem sem a sua existência.

## Artigo 13.º

**Acompanhamento do programa educativo individual**

1 — O programa educativo individual deve ser revisto a qualquer momento e, obrigatoriamente, no final de cada nível de educação e ensino e no fim de cada ciclo do ensino básico.

2 — A avaliação da implementação das medidas educativas deve assumir carácter de continuidade, sendo obrigatória pelo menos em cada um dos momentos de avaliação sumativa interna da escola.

3 — Dos resultados obtidos por cada aluno com a aplicação das medidas estabelecidas no programa educativo individual, deve ser elaborado um relatório circunstanciado no final do ano lectivo.

4 — O relatório referido no número anterior é elaborado, conjuntamente pelo educador de infância, professor do 1.º ciclo ou director de turma, pelo docente de educação especial, pelo psicólogo e pelos docentes e técnicos que acompanham o desenvolvimento do processo educativo do aluno e aprovado pelo conselho pedagógico e pelo encarregado de educação.

5 — O relatório explicita a existência da necessidade de o aluno continuar a beneficiar de adequações no processo de ensino e de aprendizagem, propõe as alterações necessárias ao programa educativo individual e constitui parte integrante do processo individual do aluno.

6 — O relatório referido nos números anteriores, ao qual é anexo o programa educativo individual, é obrigatoriamente comunicado ao estabelecimento que receba o aluno, para prosseguimento de estudos ou em resultado de processo de transferência.

## Artigo 14.º

**Plano individual de transição**

1 — Sempre que o aluno apresente necessidades educativas especiais de carácter permanente que o impeçam de adquirir as aprendizagens e competências definidas no currículo deve a escola complementar o programa educativo individual com um plano individual de transição

destinado a promover a transição para a vida pós-escolar e, sempre que possível, para o exercício de uma actividade profissional com adequada inserção social, familiar ou numa instituição de carácter ocupacional.

2 — A concretização do número anterior, designadamente a implementação do plano individual de transição, inicia-se três anos antes da idade limite de escolaridade obrigatória, sem prejuízo do disposto no artigo anterior.

3 — No sentido de preparar a transição do jovem para a vida pós-escolar, o plano individual de transição deve promover a capacitação e a aquisição de competências sociais necessárias à inserção familiar e comunitária.

4 — O plano individual de transição deve ser datado e assinado por todos os profissionais que participam na sua elaboração, bem como pelos pais ou encarregados de educação e, sempre que possível, pelo próprio aluno.

#### Artigo 15.º

##### Certificação

1 — Os instrumentos de certificação da escolaridade devem adequar-se às necessidades especiais dos alunos que seguem o seu percurso escolar com programa educativo individual.

2 — Para efeitos do número anterior, os instrumentos normalizados de certificação devem identificar as adequações do processo de ensino e de aprendizagem que tenham sido aplicadas.

3 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, as normas de emissão e os formulários a utilizar são as mesmas que estejam legalmente fixadas para o sistema de ensino.

### CAPÍTULO IV

#### Medidas educativas

#### Artigo 16.º

##### Adequação do processo de ensino e de aprendizagem

1 — A adequação do processo de ensino e de aprendizagem integra medidas educativas que visam promover a aprendizagem e a participação dos alunos com necessidades educativas especiais de carácter permanente.

2 — Constituem medidas educativas referidas no número anterior:

- a) Apoio pedagógico personalizado;
- b) Adequações curriculares individuais;
- c) Adequações no processo de matrícula;
- d) Adequações no processo de avaliação;
- e) Currículo específico individual;
- f) Tecnologias de apoio.

3 — As medidas referidas no número anterior podem ser aplicadas cumulativamente, com excepção das alíneas b) e e), não cumuláveis entre si.

4 — As medidas educativas referidas no n.º 2 pressupõem o planeamento de estratégias e de actividades que visam o apoio personalizado aos alunos com necessidades educativas especiais de carácter permanente que integram obrigatoriamente o plano de actividades da escola de acordo com o projecto educativo de escola.

5 — O projecto educativo da escola deve conter:

a) As metas e estratégias que a escola se propõe realizar com vista a apoiar os alunos com necessidades educativas especiais de carácter permanente;

b) A identificação das respostas específicas diferenciadas a disponibilizar para alunos surdos, cegos, com baixa visão, com perturbações do espectro do autismo e com multideficiência.

#### Artigo 17.º

##### Apoio pedagógico personalizado

1 — Para efeitos do presente decreto-lei entende-se por apoio pedagógico personalizado:

a) O reforço das estratégias utilizadas no grupo ou turma aos níveis da organização, do espaço e das actividades;

b) O estímulo e reforço das competências e aptidões envolvidas na aprendizagem;

c) A antecipação e reforço da aprendizagem de conteúdos leccionados no seio do grupo ou da turma;

d) O reforço e desenvolvimento de competências específicas.

2 — O apoio definido nas alíneas a), b) e c) do número anterior é prestado pelo educador de infância, pelo professor de turma ou de disciplina, conforme o nível de educação ou de ensino do aluno.

3 — O apoio definido na alínea d) do n.º 1 é prestado, consoante a gravidade da situação dos alunos e a especificidade das competências a desenvolver, pelo educador de infância, professor da turma ou da disciplina, ou pelo docente de educação especial.

#### Artigo 18.º

##### Adequações curriculares individuais

1 — Entende-se por adequações curriculares individuais aquelas que, mediante o parecer do conselho de docentes ou conselho de turma, conforme o nível de educação e ensino, se considere que têm como padrão o currículo comum, no caso da educação pré-escolar as que respeitem as orientações curriculares, no ensino básico as que não põem em causa a aquisição das competências terminais de ciclo e, no ensino secundário, as que não põem em causa as competências essenciais das disciplinas.

2 — As adequações curriculares podem consistir na introdução de áreas curriculares específicas que não façam parte da estrutura curricular comum, nomeadamente leitura e escrita em braille, orientação e mobilidade; treino de visão e a actividade motora adaptada, entre outras.

3 — A adequação do currículo dos alunos surdos com ensino bilingue consiste na introdução de áreas curriculares específicas para a primeira língua (L1), segunda língua (L2) e terceira língua (L3):

a) A língua gestual portuguesa (L1), do pré-escolar ao ensino secundário;

b) O português segunda língua (L2) do pré-escolar ao ensino secundário;

c) A introdução de uma língua estrangeira escrita (L3) do 3.º ciclo do ensino básico ao ensino secundário.

4 — As adequações curriculares podem consistir igualmente na introdução de objectivos e conteúdos intermédios em função das competências terminais do ciclo ou de

curso, das características de aprendizagem e dificuldades específicas dos alunos.

5 — As adequações curriculares individuais podem traduzir-se na dispensa das actividades que se revelem de difícil execução em função da incapacidade do aluno, só sendo aplicáveis quando se verifique que o recurso a tecnologias de apoio não é suficiente para colmatar as necessidades educativas resultantes da incapacidade.

#### Artigo 19.º

##### Adequações no processo de matrícula

1 — As crianças e jovens com necessidades educativas especiais de carácter permanente gozam de condições especiais de matrícula, podendo nos termos do presente decreto-lei, frequentar o jardim-de-infância ou a escola, independentemente da sua área de residência.

2 — As crianças com necessidades educativas especiais de carácter permanente podem, em situações excepcionais devidamente fundamentadas, beneficiar do adiamento da matrícula no 1.º ano de escolaridade obrigatória, por um ano, não renovável.

3 — A matrícula por disciplinas pode efectuar-se nos 2.º e 3.º ciclos do ensino básico e no ensino secundário, desde que assegurada a sequencialidade do regime educativo comum.

4 — As crianças e jovens surdos têm direito ao ensino bilingue, devendo ser dada prioridade à sua matrícula nas escolas de referência a que se refere a alínea a) do n.º 2 do artigo 4.º independentemente da sua área de residência.

5 — As crianças e jovens cegos ou com baixa visão podem matricular-se e frequentar escolas da rede de escolas de referência para a educação de alunos cegos e com baixa visão a que se refere a alínea b) do n.º 2 do artigo 4.º, independentemente da sua área de residência.

6 — As crianças e jovens com perturbações do espectro do autismo podem matricular-se e frequentar escolas com unidades de ensino estruturado a que se refere alínea a) do n.º 3 do artigo 4.º independentemente da sua área de residência.

7 — As crianças e jovens com multideficiência e com surdocegueira podem matricular-se e frequentar escolas com unidades especializadas a que se refere a alínea b) do n.º 3 do artigo 4.º, independentemente da sua área de residência.

#### Artigo 20.º

##### Adequações no processo de avaliação

1 — As adequações quanto aos termos a seguir para a avaliação dos progressos das aprendizagens podem consistir, nomeadamente, na alteração do tipo de provas, dos instrumentos de avaliação e certificação, bem como das condições de avaliação, no que respeita, entre outros aspectos, às formas e meios de comunicação e à periodicidade, duração e local da mesma.

2 — Os alunos com currículos específicos individuais não estão sujeitos ao regime de transição de ano escolar nem ao processo de avaliação característico do regime educativo comum, ficando sujeitos aos critérios específicos de avaliação definidos no respectivo programa educativo individual.

#### Artigo 21.º

##### Currículo específico individual

1 — Entende-se por currículo específico individual, no âmbito da educação especial, aquele que, mediante o

parecer do conselho de docentes ou conselho de turma, substitui as competências definidas para cada nível de educação e ensino.

2 — O currículo específico individual pressupõe alterações significativas no currículo comum, podendo as mesmas traduzir-se na introdução, substituição e ou eliminação de objectivos e conteúdos, em função do nível de funcionalidade da criança ou do jovem.

3 — O currículo específico individual inclui conteúdos conducentes à autonomia pessoal e social do aluno e dá prioridade ao desenvolvimento de actividades de cariz funcional centradas nos contextos de vida, à comunicação e à organização do processo de transição para a vida pós-escolar.

4 — Compete ao conselho executivo e ao respectivo departamento de educação especial orientar e assegurar o desenvolvimento dos referidos currículos.

#### Artigo 22.º

##### Tecnologias de apoio

Entende-se por tecnologias de apoio os dispositivos facilitadores que se destinam a melhorar a funcionalidade e a reduzir a incapacidade do aluno, tendo como impacte permitir o desempenho de actividades e a participação nos domínios da aprendizagem e da vida profissional e social.

### CAPÍTULO V

#### Modalidades específicas de educação

#### Artigo 23.º

##### Educação bilingue de alunos surdos

1 — A educação das crianças e jovens surdos deve ser feita em ambientes bilingues que possibilitem o domínio da LGP, o domínio do português escrito e, eventualmente, falado, competindo à escola contribuir para o crescimento linguístico dos alunos surdos, para a adequação do processo de acesso ao currículo e para a inclusão escolar e social.

2 — A concentração dos alunos surdos, inseridos numa comunidade linguística de referência e num grupo de socialização constituído por adultos, crianças e jovens de diversas idades que utilizam a LGP, promove condições adequadas ao desenvolvimento desta língua e possibilita o desenvolvimento do ensino e da aprendizagem em grupos ou turmas de alunos surdos, iniciando-se este processo nas primeiras idades e concluindo-se no ensino secundário.

3 — As escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos a que se refere a alínea a) do n.º 2 do artigo 4.º constituem uma resposta educativa especializada desenvolvida, em agrupamentos de escolas ou escolas secundárias que concentram estes alunos numa escola, em grupos ou turmas de alunos surdos.

4 — As escolas de referência para a educação de ensino bilingue de alunos surdos têm como objectivo principal aplicar metodologias e estratégias de intervenção interdisciplinares, adequadas a alunos surdos.

5 — As escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos integram:

a) Docentes com formação especializada em educação especial, na área da surdez, competentes em LGP (docentes surdos e ouvintes dos vários níveis de educação e

ensino), com formação e experiência no ensino bilingue de alunos surdos;

- b) Docentes surdos de LGP;
- c) Intérpretes de LGP;
- d) Terapeutas da fala.

6 — Para os alunos surdos, o processo de avaliação, referido no artigo 6.º, deve ser desenvolvido por equipas a constituir no agrupamento de escolas ou nas escolas secundárias para a educação bilingue destes alunos.

7 — As equipas referidas no número anterior devem ser constituídas pelos seguintes elementos:

- a) Docente que lecciona grupo ou turma de alunos surdos do nível de educação e ensino da criança ou jovem;
- b) Docente de educação especial especializado na área da surdez;
- c) Docente surdo de LGP;
- d) Terapeutas da fala;
- e) Outros profissionais ou serviços da escola ou da comunidade.

8 — Deve ser dada prioridade à matrícula de alunos surdos, nas escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos.

9 — A organização da resposta educativa deve ser determinada pelo nível de educação e ensino, ano de escolaridade, idade dos alunos e nível de proficiência linguística.

10 — As respostas educativas devem ser flexíveis, assumindo carácter individual e dinâmico, e pressupõem uma avaliação sistemática do processo de ensino e de aprendizagem do aluno surdo, bem como o envolvimento e a participação da família.

11 — Os agrupamentos de escolas que integram os jardins-de-infância de referência para a educação bilingue de crianças surdas devem articular as respostas educativas com os serviços de intervenção precoce no apoio e informação das escolhas e opções das suas famílias e na disponibilização de recursos técnicos especializados, nomeadamente de docentes surdos de LGP, bem como na frequência precoce de jardim-de-infância no grupo de crianças surdas.

12 — As crianças surdas, entre os 3 e os 6 anos de idade, devem frequentar a educação pré-escolar, sempre em grupos de crianças surdas, de forma a desenvolverem a LGP como primeira língua, sem prejuízo da participação do seu grupo com grupos de crianças ouvintes em actividades desenvolvidas na comunidade escolar.

13 — Os alunos dos ensino básico e secundário realizam o seu percurso escolar em turmas de alunos surdos, de forma a desenvolverem a LGP como primeira língua e aceder ao currículo nesta língua, sem prejuízo da sua participação com as turmas de alunos ouvintes em actividades desenvolvidas na comunidade escolar.

14 — A docência dos grupos ou turmas de alunos surdos é assegurada por docentes surdos ou ouvintes com habilitação profissional para leccionar aqueles níveis de educação e ensino, competentes em LGP e com formação e experiência no ensino bilingue de alunos surdos.

15 — Na educação pré-escolar e no 1.º ciclo do ensino básico deve ser desenvolvido um trabalho de co-responsabilização e parceria entre docentes surdos e ouvintes de forma a garantir aos alunos surdos a aprendizagem e o desenvolvimento da LGP como primeira língua, e da língua portuguesa, como segunda língua.

16 — Sempre que se verifique a inexistência de docente surdo competente em LGP, com habilitação profissional para o exercício da docência no pré-escolar ou no 1.º ciclo do ensino básico, deve ser garantida a colocação de docente surdo responsável pela área curricular de LGP, a tempo inteiro, no grupo ou turma dos alunos surdos.

17 — Não se verificando a existência de docentes competentes em LGP nos 2.º e 3.º ciclos do ensino básico e no ensino secundário, as aulas leccionadas por docentes ouvintes são traduzidas por um intérprete de LGP.

18 — Ao intérprete de LGP compete fazer a tradução da língua portuguesa oral para a língua gestual portuguesa e da língua gestual portuguesa para a língua oral das actividades que na escola envolvam a comunicação entre surdos e ouvintes, bem como a tradução das aulas leccionadas por docentes, reuniões, acções e projectos resultantes da dinâmica da comunidade educativa.

19 — Os docentes surdos de LGP asseguram o desenvolvimento da língua gestual portuguesa como primeira língua dos alunos surdos.

20 — Os docentes ouvintes asseguram o desenvolvimento da língua portuguesa como segunda língua dos alunos surdos.

21 — Aos docentes de educação especial com formação na área da surdez, colocados nas escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos, compete:

- a) Leccionar turmas de alunos surdos, atendendo à sua habilitação profissional para a docência e à sua competência em LGP;
- b) Apoiar os alunos surdos na antecipação e reforço das aprendizagens, no domínio da leitura/escrita;
- c) Elaborar e adaptar materiais para os alunos que deles necessitem;
- d) Participar na elaboração do programa educativo individual dos alunos surdos.

22 — Aos docentes surdos com habilitação profissional para o ensino da área curricular ou da disciplina de LGP compete:

- a) Leccionar os programas LGP como primeira língua dos alunos surdos;
- b) Desenvolver, acompanhar e avaliar o processo de ensino e de aprendizagem da LGP;
- c) Definir, preparar e elaborar meios e suportes didácticos de apoio ao ensino/aprendizagem da LGP;
- d) Participar na elaboração do programa educativo individual dos alunos surdos;
- e) Desenvolver actividades, no âmbito da comunidade educativa em que se insere, visando a interacção de surdos e ouvintes e promovendo a divulgação da LGP junto da comunidade ouvinte;
- f) Ensinar a LGP como segunda língua a alunos ou outros elementos da comunidade educativa em que está inserido, difundir os valores e a cultura da comunidade surda contribuindo para a integração social da pessoa surda.

23 — As escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos devem estar apetrechadas com equipamentos essenciais às necessidades específicas da população surda.

24 — Consideram-se equipamentos essenciais ao nível da escola e da sala de aula os seguintes: computadores com câmaras, programas para tratamento de imagem e filmes, impressora e scanner; televisor e video, câmara e máquinas



fotográficas digitais, retroprojector, projector multimédia, quadro interactivo, sinalizadores luminosos de todos os sinais sonoros, telefone com serviço de mensagens curtas (sms), sistema de vídeo-conferência, *software* educativo, dicionários e livros de apoio ao ensino do português escrito, materiais multimédia de apoio ao ensino e aprendizagem em LGP, ao desenvolvimento da LGP e sobre a cultura da comunidade surda, disponibilizados em diferentes formatos; material e equipamentos específicos para a intervenção em terapêutica da fala.

25 — Constituem objectivos dos agrupamentos de escolas e escolas secundárias:

a) Assegurar o desenvolvimento da LGP como primeira língua dos alunos surdos;

b) Assegurar o desenvolvimento da língua portuguesa escrita como segunda língua dos alunos surdos;

c) Assegurar às crianças e jovens surdos, os apoios ao nível da terapia da fala do apoio pedagógico e do reforço das aprendizagens, dos equipamentos e materiais específicos bem como de outros apoios que devam beneficiar;

d) Organizar e apoiar os processos de transição entre os diferentes níveis de educação e de ensino;

e) Organizar e apoiar os processos de transição para a vida pós-escolar;

f) Criar espaços de reflexão e partilha de conhecimentos e experiências numa perspectiva transdisciplinar de desenvolvimento de trabalho cooperativo entre profissionais com diferentes formações que desempenham as suas funções com os alunos surdos;

g) Programar e desenvolver acções de formação em LGP para a comunidade escolar e para os familiares dos alunos surdos;

h) Colaborar e desenvolver com as associações de pais e com as associações de surdos acções de diferentes âmbitos, visando a interacção entre a comunidade surda e a comunidade ouvinte.

26 — Compete ao conselho executivo do agrupamento de escolas ou da escola secundária garantir, organizar, acompanhar e orientar o funcionamento e o desenvolvimento da resposta educativa adequada à inclusão dos alunos surdos.

#### Artigo 24.º

##### Educação de alunos cegos e com baixa visão

1 — As escolas de referência para a educação de alunos cegos e com baixa visão concentram as crianças e jovens de um ou mais concelhos, em função da sua localização e rede de transportes existentes.

2 — As escolas de referência a que se refere a alínea b) do n.º 2 do artigo 4.º constitui uma resposta educativa especializada desenvolvida em agrupamentos de escolas ou escolas secundárias que concentrem alunos cegos e com baixa visão.

3 — Constituem objectivos das escolas de referência para a educação de alunos cegos e com baixa visão:

a) Assegurar a observação e avaliação visual e funcional;

b) Assegurar o ensino e a aprendizagem da leitura e escrita do braille bem como das suas diversas grafias e domínios de aplicação;

c) Assegurar a utilização de meios informáticos específicos, entre outros, leitores de ecrã, *software* de ampliação de caracteres, linhas braille e impressora braille;

d) Assegurar o ensino e a aprendizagem da orientação e mobilidade;

e) Assegurar o treino visual específico;

f) Orientar os alunos nas disciplinas em que as limitações visuais ocasionem dificuldades particulares, designadamente a educação visual, educação física, técnicas laboratoriais, matemática, química, línguas estrangeiras e tecnologias de comunicação e informação;

g) Assegurar o acompanhamento psicológico e a orientação vocacional;

h) Assegurar o treino de actividades de vida diária e a promoção de competências sociais;

i) Assegurar a formação e aconselhamento aos professores, pais, encarregados de educação e outros membros da comunidade educativa.

4 — As escolas de referência para a educação de alunos cegos e com baixa visão integram docentes com formação especializada em educação especial no domínio da visão e outros profissionais com competências para o ensino de braille e de orientação e mobilidade.

5 — As escolas de referência para a educação de alunos cegos e com baixa visão devem estar apetrechadas com equipamentos informáticos e didácticos adequados às necessidades da população a que se destinam.

6 — Consideram-se materiais didácticos adequados os seguintes: material em caracteres ampliados, em braille; em formato digital, em áudio e materiais em relevo.

7 — Consideram-se equipamentos informáticos adequados, os seguintes: computadores equipados com leitor de ecrã com voz em português e linha braille, impressora braille, impressora laser para preparação de documentos e concepção de relevos; *scanner*; máquina para produção de relevos, máquinas braille; cubarítimos; calculadoras electrónicas; lupas de mão; lupa TV; *software* de ampliação de caracteres; *software* de transcrição de texto em braille; gravadores adequados aos formatos áudio actuais e suportes digitais de acesso à Internet.

8 — Compete ao conselho executivo do agrupamento de escolas e escolas secundárias organizar, acompanhar e orientar o funcionamento e o desenvolvimento da resposta educativa adequada à inclusão dos alunos cegos e com baixa visão.

#### Artigo 25.º

##### Unidades de ensino estruturado para a educação de alunos com perturbações do espectro do autismo

1 — As unidades de ensino estruturado para a educação de alunos com perturbações do espectro do autismo constituem uma resposta educativa especializada desenvolvida em escolas ou agrupamentos de escolas que concentrem grupos de alunos que manifestem perturbações enquadráveis nesta problemática.

2 — A organização da resposta educativa para alunos com perturbações do espectro do autismo deve ser determinada pelo grau de severidade, nível de desenvolvimento cognitivo, linguístico e social, nível de ensino e pela idade dos alunos.

3 — Constituem objectivos das unidades de ensino estruturado:

a) Promover a participação dos alunos com perturbações do espectro do autismo nas actividades curriculares e de



enriquecimento curricular junto dos pares da turma a que pertencem;

b) Implementar e desenvolver um modelo de ensino estruturado o qual consiste na aplicação de um conjunto de princípios e estratégias que, com base em informação visual, promovam a organização do espaço, do tempo, dos materiais e das actividades;

c) Aplicar e desenvolver metodologias de intervenção interdisciplinares que, com base no modelo de ensino estruturado, facilitem os processos de aprendizagem, de autonomia e de adaptação ao contexto escolar;

d) Proceder às adequações curriculares necessárias;

e) Organizar o processo de transição para a vida pós-escolar;

f) Adotar opções educativas flexíveis, de carácter individual e dinâmico, pressupondo uma avaliação constante do processo de ensino e de aprendizagem do aluno e o regular envolvimento e participação da família.

4 — As escolas ou agrupamentos de escolas com unidades de ensino estruturado concentram alunos de um ou mais concelhos, em função da sua localização e rede de transportes existentes.

5 — As escolas ou agrupamentos de escolas com unidades de ensino estruturado integram docentes com formação especializada em educação especial.

6 — As escolas ou agrupamentos de escolas com unidades de ensino estruturado compete:

a) Acompanhar o desenvolvimento do modelo de ensino estruturado;

b) Organizar formação específica sobre as perturbações do espectro do autismo e o modelo de ensino estruturado;

c) Adequar os recursos às necessidades das crianças e jovens;

d) Assegurar os apoios necessários ao nível de terapia da fala, ou outros que se venham a considerar essenciais;

e) Criar espaços de reflexão e de formação sobre estratégias de diferenciação pedagógica numa perspectiva de desenvolvimento de trabalho transdisciplinar e cooperativo entre vários profissionais;

f) Organizar e apoiar os processos de transição entre os diversos níveis de educação e de ensino;

g) Promover e apoiar o processo de transição dos jovens para a vida pós-escolar;

h) Colaborar com as associações de pais e com as associações vocacionadas para a educação e apoio a crianças e jovens com perturbações do espectro do autismo;

i) Planear e participar, em colaboração com as associações relevantes da comunidade, em actividades recreativas e de lazer dirigidas a jovens com perturbações do espectro do autismo, visando a inclusão social dos seus alunos.

7 — As escolas ou agrupamentos de escolas onde funcionem unidades de ensino estruturado devem ser apetrechados com mobiliário e equipamento essenciais às necessidades específicas da população com perturbações do espectro do autismo e introduzir as modificações nos espaços e nos materiais que se considerem necessárias face ao modelo de ensino a implementar.

8 — Compete ao conselho executivo da escola ou agrupamento de escolas organizar, acompanhar e orientar o funcionamento da unidade de ensino estruturado.

## Artigo 26.º

### Unidades de apoio especializado para a educação de alunos com multideficiência e surdocegueira congénita

1 — As unidades de apoio especializado para a educação de alunos com multideficiência e surdocegueira congénita constituem uma resposta educativa especializada desenvolvida em escolas ou agrupamentos de escolas que concentrem grupos de alunos que manifestem essas problemáticas.

2 — A organização da resposta educativa deve ser determinada pelo tipo de dificuldade manifestada, pelo nível de desenvolvimento cognitivo, linguístico e social e pela idade dos alunos.

3 — Constituem objectivos das unidades de apoio especializado:

a) Promover a participação dos alunos com multideficiência e surdocegueira nas actividades curriculares e de enriquecimento curricular junto dos pares da turma a que pertencem;

b) Aplicar metodologias e estratégias de intervenção interdisciplinares visando o desenvolvimento e a integração social e escolar dos alunos;

c) Assegurar a criação de ambientes estruturados, securizantes e significativos para os alunos;

d) Proceder às adequações curriculares necessárias;

e) Adotar opções educativas flexíveis, de carácter individual e dinâmico, pressupondo uma avaliação constante do processo de ensino e de aprendizagem do aluno e o regular envolvimento e participação da família;

f) Assegurar os apoios específicos ao nível das terapias, da psicologia e da orientação e mobilidade aos alunos que deles possam necessitar;

g) Organizar o processo de transição para a vida pós-escolar.

4 — As escolas ou agrupamentos de escolas com unidades especializadas concentram alunos de um ou mais concelhos, em função da sua localização e rede de transportes existentes.

5 — As escolas ou agrupamentos de escolas com unidades especializadas integram docentes com formação especializada em educação especial.

6 — As escolas ou agrupamentos de escolas com unidades especializadas compete:

a) Acompanhar o desenvolvimento das metodologias de apoio;

b) Adequar os recursos às necessidades dos alunos;

c) Promover a participação social dos alunos com multideficiência e surdocegueira congénita;

d) Criar espaços de reflexão e de formação sobre estratégias de diferenciação pedagógica numa perspectiva de desenvolvimento de trabalho transdisciplinar e cooperativo entre os vários profissionais;

e) Organizar e apoiar os processos de transição entre os diversos níveis de educação e de ensino;

f) Promover e apoiar o processo de transição dos jovens para a vida pós-escolar;

g) Planear e participar, em colaboração com as associações da comunidade, em actividades recreativas e de lazer dirigidas a crianças e jovens com multideficiência e surdocegueira congénita, visando a integração social dos seus alunos.

7 — As escolas ou agrupamentos de escolas onde funcionem unidades de apoio especializado devem ser apetrechados com os equipamentos essenciais às necessidades específicas dos alunos com multideficiência ou surdocegueira e introduzir as modificações nos espaços e mobiliário que se mostrem necessárias face às metodologias e técnicas a implementar.

8 — Compete ao conselho executivo da escola ou agrupamento de escolas organizar acompanhar e orientar o desenvolvimento da unidade especializada.

### Artigo 27.º

#### Intervenção precoce na infância

1 — No âmbito da intervenção precoce na infância são criados agrupamentos de escolas de referência para a colocação de docentes.

2 — Constituem objectivos dos agrupamentos de escolas de referência:

- a) Assegurar a articulação com os serviços de saúde e da segurança social;
- b) Reforçar as equipas técnicas, que prestam serviços no âmbito da intervenção precoce na infância, financiadas pela segurança social;
- c) Assegurar, no âmbito do ME, a prestação de serviços de intervenção precoce na infância.

## CAPÍTULO VI

### Disposições finais

#### Artigo 28.º

##### Serviço docente

1 — Sem prejuízo do disposto no número seguinte, as áreas curriculares específicas definidas no n.º 2 do artigo 18.º, os conteúdos mencionados no n.º 3 do mesmo artigo e os conteúdos curriculares referidos no n.º 3 do artigo 21.º são leccionadas por docentes de educação especial.

2 — Os quadros dos agrupamentos de escolas devem, nos termos aplicáveis ao restante pessoal docente, ser dotados dos necessários lugares.

3 — A docência da área curricular ou da disciplina de LGP pode ser exercida, num período de transição até à formação de docentes surdos com habilitação própria para a docência de LGP, por profissionais com habilitação suficiente: formadores surdos de LGP com curso profissional de formação de formadores de LGP ministrado pela Associação Portuguesa de Surdos ou pela Associação de Surdos do Porto.

4 — A competência em LGP dos docentes surdos e ouvintes deve ser certificada pelas entidades reconhecidas pela comunidade linguística surda com competência para o exercício da certificação e da formação em LGP que são, à data da publicação deste decreto-lei, a Associação Portuguesa de Surdos e a Associação de Surdos do Porto.

5 — O apoio à utilização de materiais didácticos adaptados e tecnologias de apoio é da responsabilidade do docente de educação especial.

#### Artigo 29.º

##### Serviço não docente

1 — As actividades de serviço não docente, no âmbito da educação especial, nomeadamente de terapia da fala,

terapia ocupacional, avaliação e acompanhamento psicológico, treino da visão e intérpretes de LGP são desempenhadas por técnicos com formação profissional adequada.

2 — Quando o agrupamento não disponha nos seus quadros dos recursos humanos necessários à execução de tarefas incluídas no disposto no número anterior pode o mesmo recorrer à aquisição desses serviços, nos termos legal e regulamentarmente fixados.

### Artigo 30.º

#### Cooperação e parceria

As escolas ou agrupamentos de escolas devem, isolada ou conjuntamente, desenvolver parcerias com instituições particulares de solidariedade social, centros de recursos especializados, ou outras, visando os seguintes fins:

- a) A referenciação e avaliação das crianças e jovens com necessidades educativas especiais de carácter permanente;
- b) A execução de actividades de enriquecimento curricular, designadamente a realização de programas específicos de actividades físicas e a prática de desporto adaptado;
- c) A execução de respostas educativas de educação especial, entre outras, ensino do braille, do treino visual, da orientação e mobilidade e terapias;
- d) O desenvolvimento de estratégias de educação que se considerem adequadas para satisfazer necessidades educativas dos alunos;
- e) O desenvolvimento de acções de apoio à família;
- f) A transição para a vida pós-escolar, nomeadamente o apoio à transição da escola para o emprego;
- g) A integração em programas de formação profissional;
- h) Preparação para integração em centros de emprego apoiado;
- i) Preparação para integração em centros de actividades ocupacionais;
- j) Outras acções que se mostrem necessárias para desenvolvimento da educação especial, designadamente as previstas no n.º 1 do artigo 29.º

### Artigo 31.º

#### Não cumprimento do princípio da não discriminação

O incumprimento do disposto no n.º 3 do artigo 2.º implica:

- a) Nos estabelecimentos de educação da rede pública, o início de procedimento disciplinar;
- b) Nas escolas de ensino particular e cooperativo, a retirada do paralelismo pedagógico e a cessação do co-financiamento, qualquer que seja a sua natureza, por parte da administração educativa central e regional e seus organismos e serviços dependentes.

### Artigo 32.º

#### Norma revogatória

São revogados:

- a) O Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de Agosto;
- b) O artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 6/2001, de 18 de Janeiro;
- c) A Portaria n.º 611/93, de 29 de Junho;
- d) O artigo 6.º da Portaria n.º 1102/97, de 3 de Novembro;

e) O artigo 6.º da Portaria n.º 1103/97, de 3 de Novembro;

f) Os n.ºs 51 e 52 do Despacho Normativo n.º 30/2001, de 22 de Junho, publicado no *Diário da República*, 1.ª série-B, n.º 166, de 19 de Julho de 2001;

g) O despacho n.º 173/99, de 23 de Outubro;

h) O despacho n.º 7520/98, de 6 de Maio.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 27 de Setembro de 2007. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Maria de Lurdes Reis Rodrigues*.

Promulgado em 7 de Dezembro de 2007.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 11 de Dezembro de 2007.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

### Decreto-Lei n.º 4/2008

de 7 de Janeiro

O Decreto-Lei n.º 74/2004, de 26 de Março, na redacção que lhe foi dada pela Declaração de Rectificação n.º 44/2004, de 25 de Maio, pelo Decreto-Lei n.º 24/2006, de 6 de Fevereiro, pela Declaração de Rectificação n.º 23/2006, de 7 de Abril, e pelo Decreto-Lei n.º 272/2007, de 26 de Julho, dispõe sobre os princípios orientadores da organização e da gestão do currículo, bem como da avaliação das aprendizagens, referentes ao nível secundário de educação.

No quadro da diversificação da oferta formativa do ensino secundário, encontram-se instituídos os cursos artísticos especializados, associando, simultaneamente, dimensões estéticas e técnicas, enquanto partes integrantes de uma formação especializada.

As especificidades das diferentes áreas do ensino artístico determinaram, em conformidade com o n.º 3 do artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 74/2004, de 26 de Março, na sua actual redacção, que a revisão curricular do ensino secundário aprovada pelo mesmo diploma seria aplicável, no caso dos cursos artísticos especializados de Dança, Música e Teatro, apenas a partir do ano lectivo de 2007-2008, com a excepção do disposto para a componente de formação geral dos planos de estudos destes cursos, matéria já plenamente regulada pelo referido diploma legal.

Considera, no entanto, o XVII Governo Constitucional que não estão ainda reunidas as condições essenciais para a efectiva aplicação prática e integral desta revisão curricular nas áreas da dança, música e teatro e para dela extrair os efeitos inerentes a uma estratégia de qualificação da população escolar.

Nesse contexto, no âmbito de uma política de educação orientada e focada na superação dos défices de formação e qualificação nacionais, é intenção do Governo promover um conjunto de medidas de sustentação do ensino artístico. Assim, e sem prejuízo do quadro normativo em vigor relativamente à componente de formação geral, é aprovada a suspensão da aplicação da revisão curricular dos cursos artísticos especializados de nível secundário de educação, nas áreas da dança, música e teatro, que entraria em vigor no ano lectivo de 2007-2008, de modo a criar os meios que permitam colmatar as lacunas existentes, nomeadamente, tornando o sistema de ensino mais eficaz e diversificando as ofertas artísticas.

A suspensão da aplicação do disposto no Decreto-Lei n.º 74/2004, de 26 de Março, no contexto e nos termos

limitados ora enunciados, insere-se, pois, no âmbito da reestruturação do ensino artístico especializado, a qual procurará, com base na mobilização e participação de agentes do sector, redefinir, de uma forma abrangente, o quadro legislativo de organização e funcionamento desta área vocacional do ensino.

À luz dos objectivos prioritários da política educativa definidos pelo XVII Governo Constitucional, o Decreto-Lei n.º 24/2006, de 6 de Fevereiro, para além de outras alterações, modificou a estrutura do regime de avaliação da oferta formativa do ensino secundário regulada pelo Decreto-Lei n.º 74/2004, de 26 de Março, e, concomitantemente, a certificação dos cursos por este abrangidos, com vista a potenciar a procura de percursos educativos e formativos conferentes de uma dupla certificação, a par de uma valorização da identidade do ensino secundário.

Mantendo o princípio geral da admissibilidade da avaliação sumativa externa limitada aos cursos científico-humanísticos, cumpre reconhecer de forma efectiva a faculdade de realização de exames finais nacionais, na qualidade de candidatos autopropostos, pelos alunos que frequentemente aquela tipologia de cursos na modalidade do ensino secundário recorrente.

Ancorada na proximidade tendencial entre os cursos do ensino recorrente e os cursos homólogos do ensino secundário em regime diurno, a solução ora aprovada clarifica e flexibiliza o regime de funcionamento dos cursos científico-humanísticos do ensino secundário recorrente, salvaguardando a natureza, fisionomia e objectivos específicos desta modalidade especial de educação escolar.

Por outro lado, atenta a forma de organização e desenvolvimento dos cursos artísticos especializados, alguns dos reajustamentos introduzidos nos cursos científico-humanísticos pelo Decreto-Lei n.º 272/2007, de 27 de Julho, afiguram-se materialmente extensíveis a ofertas do ensino artístico especializado de nível secundário de educação, seja pela necessidade de preservar a natureza comum da componente de formação geral seja pela pertinência do reforço da carga horária em idêntica disciplina da componente de formação técnico-artística que contempla actividades de carácter prático.

Desta forma, contribui-se, igualmente, para a promoção do princípio da reorientação do percurso formativo dos alunos entre cursos do nível secundário de educação criados ao abrigo do Decreto-Lei n.º 74/2004, de 26 de Março, termos em que a extensão que se aprova deverá reflectir-se, consequentemente, nos planos de estudos actualmente em vigor dos cursos artísticos especializados, na exacta medida da aplicação do Decreto-Lei n.º 74/2004, de 26 de Março, na sua redacção actual, a esta oferta de ensino.

Foi ouvido o órgão de governo próprio da Região Autónoma dos Açores.

Foi promovida à audição do órgão de governo próprio da Região Autónoma da Madeira.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro, na redacção dada pela Lei n.º 49/2005, de 30 de Agosto, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

#### Artigo 1.º

##### Suspensão de efeitos

1 — É suspensa a vigência do n.º 3 do artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 74/2004, de 26 de Março, na redacção que

# **Anexo VI**

## **- Guiões das Entrevistas**

# Anexo VII

- Matrices

## TEMA 1:

### Formas de educar possíveis num hospital

#### MATRIZ/SÍNTESE Nº 1

CATEGORIA – Hospital como espaço educacional (HEE)

Dimensão		Entrevista				$\Sigma$	
		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>4</sub>		
Sim	É um espaço com características educacionais para a criança e para a família		x			x	2
	É possível e já se faz	No HESE realizam-se acções de informação 3 vezes no ano é feito: crianças e pais		x			1
	Tanto do ponto de vista da educação, como do ponto de vista psicológico				x		1

$\Sigma$  – Somatório das unidades de registo

Total de 2 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> e E<sub>2</sub>)

## MATRIZ/SÍNTESE Nº 2

CATEGORIA – Contribuição da educação para a saúde das crianças e jovens hospitalizados (CESCJH)

Entrevista		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	'Σ
Σ – Somatório das unidades de registo	Dimensão				
	Ocupação que faz com que a criança/jovem não pense na dor e no desconforto	x			1
	Na maneira de estar, nas regras		x		1
	Contribuí para o bem-estar emocional das crianças e jovens, assim como para a sua preparação futura			x	

Total de 2 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> e E<sub>2</sub>)

## MATRIZ/SÍNTESE Nº 3

CATEGORIA – Contribuição do trabalho educação/saúde para uma garantia de excelência, numa perspectiva de política de humanização do hospital (CTESGEPHH)

Entrevista		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>5</sub>	'Σ
Dimensão	Contributo						
	Prolonga o mais possível os hábitos que a criança/jovem tem na sua casa	x					1
	Criança - Está ao mesmo nível dos colegas	x					1
	Salto qualitativo muito grande em termos de humanização e qualidade existencial		x	x			2
	Novas tecnologias ao serviço da saúde				x		1
	Suporte com a vida habitual deles				x	x	2

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 5 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> a E<sub>5</sub>)

## TEMA 2:

### Operacionalização do apoio escolar a crianças e jovens hospitalizados

#### MATRIZ/SÍNTESE Nº 4

CATEGORIA – Processo de implementação da escola no hospital (IPO) (PIEHIPO)

Dimensão \ Entrevista	E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	' $\Sigma$
	Há 8 anos	x	
Conjunção de interesses e de vontade entre o Ministério da Educação		x	1

$\Sigma$  – Somatório das unidades de registo

Total de 2 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> e E<sub>2</sub>)

#### MATRIZ/SÍNTESE Nº 5

CATEGORIA – Adequação e suficiência das instalações e dos meios técnicos (ASIMT)

Dimensão \ Entrevista	E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	' $\Sigma$
	Espaço disponível no momento da implementação	x	
Tem-se revelado exíguo	x		1
As instalações deviam ser um pouco mais amplas		x	1

$\Sigma$  – Somatório das unidades de registo



Total de 2 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> e E<sub>2</sub>)

**MATRIZ/SÍNTESE Nº 6**

CATEGORIA – Gestão e manutenção da escola (responsáveis, recursos, coordenação)  
(GME)

Dimensão		Entrevista			
		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	'Σ
Faz-se uma lista de crianças/jovens internadas ou em tratamento nos diversos espaços de intervenção		x			1
Faz-se uma visita individual a cada aluno		x			1
Avalia-se a sua condição e equacionam-se estratégias de motivação e participação		x			1
As professoras repartem-se pelos diversos espaços de intervenção		x			1
Não temos apoio do Ministério da Educação			x		1
Coordenação/Responsáveis	Somos as 3 professoras e o CANTIC			x	1
Total de 3 entrevistados que responderam à questão (E <sub>1</sub> a E <sub>3</sub> ) Apoios/Recursos	Liga Portuguesa contra o Cancro		x	x	2
	Donativos pontuais de empresas ou particulares		x	x	2

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 3 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> a E<sub>3</sub>)

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 7

CATEGORIA – Tempo de exercício de funções na escola do IPO  
(TEFEIPO)

Entrevista Dimensão	E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	<sup>1</sup> Σ
4 anos	x			1
2 anos		x	x	2

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 3 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> a E<sub>3</sub>)

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 8

CATEGORIA – Aumento, ou não, do número de crianças internadas, nos  
últimos anos (ANCI)

Entrevista Dimensão	E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	<sup>1</sup> Σ
No geral, sim	x	x	2

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 2 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> e E<sub>2</sub>)

## MATRIZ/SÍNTESE Nº 9

CATEGORIA – Suficiência/ Insuficiência de recursos Pedagógicos, de saúde e sociais são suficientes (SRPSS)

Dimensão		Entrevista	E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>4</sub>	E <sub>5</sub>	'Σ
		Recursos Pedagógicos	Suficiência? <b>NÃO</b>	Internamento (incluindo isolamento)	x	x	x	
Hospital de dia	x			x	x			3
UTM <sup>1</sup>	x			x	x			3
Outros espaços onde se encontrem crianças/jovens adultos em idade escolar	x							
<b>Sim</b>						x	x	2
Recursos Saúde	Não	São mais urgentes no hospital de dia				x	x	2
		Muitas enfermeiras em período de maternidade					x	1
Recursos Sociais	Sim	De momento existe uma equipa de apoio psico-social muito eficaz				x		1
	Não	Necessário trabalho com mais qualidade a este nível					x	1

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 5 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> a E<sub>5</sub>)

<sup>1</sup> Unidade de Transplante de Medula

## MATRIZ/SÍNTESE Nº 10

CATEGORIA – Existência de legislação (artigo/decreto-lei) que regulamente especificamente o apoio pedagógico e educacional a crianças hospitalizadas, ou apenas existe o que, no geral, regulamenta as necessidades educativas especiais (LRAPE)

Dimensão		Entrevista			'Σ
		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	
Legislação vigente	DL nº3 /2008	x	x	x	3
	Ofício Circular nº50/2005	x	x	x	3
Não é suficiente		x	x	x	3
Deveria existir	Legislação específica para que a reintegração da criança na escola pudesse ser facilitada	x	x		2
	Alinea específica que regulamentasse os direitos da criança hospitalizada e salvaguardasse o caso das crianças com doença prolongada			x	1
	Este apoio, inclusive, nas unidades hospitalares localizadas, fora dos grandes centros		x		1

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 3 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> a E<sub>3</sub>)

“Quando as crianças não têm um internamento prolongado (meses), esse apoio também deveria existir inclusive nas unidades hospitalares localizadas, fora dos grandes centros” (E<sub>3</sub>)

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 11

CATEGORIA – Projecto pedagógico da Escola do Hospital, acções (gerais)  
previstas nesse documento (PPEH)

Dimensão		Entrevista	E <sub>1</sub>	'Σ
		Projecto Pedagógico	Duas vertentes	Os trabalhos escolares enviados pelas Escolas de Origem
TeleAulas	x			1

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 1 entrevistado que respondeu a esta questão (E<sub>1</sub>)

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 12

CATEGORIA – Concepções que orientam o trabalho pedagógico das professoras da Escola do IPO (COTPPIPO)

Dimensão	Entrevista			'Σ
	E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	
De acordo com a situação clínica da criança/jovem	x	x	x	3

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 3 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> a E<sub>3</sub>)

**MATRIZ/SÍNTESE Nº 13**

CATEGORIA – A tecnologia, na escola do hospital, como estando em prol da inclusão  
(TEHPI)

Dimensão		Entrevista	E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	'Σ
Tecnologia (TeleAula)	Mais-valia	Contactar com o mundo exterior/realidade	x	x	x	3
		Aplicação dos conteúdos curriculares	x			1
		Quebrar o isolamento social		x		1
		Não perder o contacto com as dinâmicas escolares			x	1

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 3 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> a E<sub>3</sub>)

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 14

CATEGORIA – Escola, vista pelos familiares das crianças e jovens  
(EVFCJ)

Dimensão	Entrevista			
	E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	<sup>1</sup> Σ
Uma das primeiras preocupações	x			1
Para não perderem o ano lectivo	x		x	2
Fonte de Vida	x			1
Dar continuidade ao seu percurso escolar		x		1
Conviver com outros alunos			x	1

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 3 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> a E<sub>3</sub>)

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 15

CATEGORIA – Percepção, dos profissionais de saúde, e seu envolvimento, acerca da escola no hospital (PPSEEH)

Entrevista		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	<sup>1</sup> Σ
Dimensão					
Valorizaram a existência da escola			x	x	2
Enfermeiros e médicos têm iniciativa e falam sobre a escola às crianças/jovens		x			1
Apresentam o serviço e incentivam as crianças/jovens a ir à escola		x			1
Relação muito estreita entre a Escola e os profissionais de Saúde	Troca de informação entre os diversos técnicos		x	x	2
	Partilha de experiências em reuniões agendadas semanalmente		x	x	2
Querem saber sobre o percurso escolar		x		x	2

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 4 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> a E<sub>3</sub>).



### MATRIZ/SÍNTESE Nº 16

CATEGORIA – Relevância da escola no hospital para a sociedade

(REHS)

Dimensão \ Entrevista	Entrevista				$\Sigma$
	E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	E <sub>4</sub>	
Quebra o isolamento quarto-família	x				1
Formação e valorização das crianças		x			1
Facilita o processo de reintegração social		x			1
Continuidade da vida escolar e sua socialização			x		1
O hospital fica mais “rico” com a Escola				x	1

$\Sigma$  – Somatório das unidades de registo

Total de 4 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> a E<sub>4</sub>)

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 17

CATEGORIA – Existência de formação dirigida ao trabalho específico dos professores da Escola Hospitalar (FDPEH)

Entrevista	E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	'Σ
Dimensão				
Não	x	x	x	1

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 4 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> a E<sub>3</sub>)

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 18

CATEGORIA – Carência de formações específicas, a nível de corpo docente, para trabalhar na escola do hospital Hospitalar (CFECDTEH)

Dimensão		Entrevista			' $\Sigma$
		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	
Sim	Formação para trabalhar a nível de comunidade hospitalar	x	x	x	3
	Doenças podem ter associadas perturbações ao nível cognitivo	x	x	x	3

$\Sigma$  – Somatório das unidades de registo

Total de 3 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> a E<sub>3</sub>)

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 19

CATEGORIA – Limites e possibilidades do professor neste *locus* de actuação (LPPLA)

Dimensão		Entrevista			' $\Sigma$
		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	
Possibilidades	O aluno vai até onde quer e consegue	x			1
	Assegurar a escolarização e socialização	x	x	x	3
	Quebrar o isolamento		x		1
Limites	Espaço		x		1
	Intervenção nos vários espaços hospitalares		x		1
	Continuidade e finalização dos trabalhos		x	x	2

$\Sigma$  – Somatório das unidades de registo

Total de 3 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> a E<sub>3</sub>)

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 20

CATEGORIA – Descrição das experiências nesta escola, pelos profissionais de educação  
(DEEPE)

Dimensão		Entrevista			
		E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	E <sub>3</sub>	'Σ
Trabalho	Muito gratificante	x		x	2
	Dá vontade de voltar todos os dias	x			1
	Bastante enriquecedor do ponto de vista profissional e pessoal		x		1
	Fascinante que desafia todos os dias		x		1
	Valoriza o ser humano em todas as suas vertentes		x		1

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 3 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> a E<sub>3</sub>)

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 21

CATEGORIA – Avaliação da importância deste projecto (AIP)

Entrevista	E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	<sup>1</sup> Σ
Dimensão			
Muito importante	x	x	2
Permite o apoio escolar	x		1
Enriquece o ponto de vista emocional	x		1
Um Serviço com este tipo de apoio funciona melhor do que um Serviço onde não haja Escola	x		1
Preenchem o dia, são estimuladas		x	1
Estimulante		x	1

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 2 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> e E<sub>2</sub>)

### TEMA 3:

Viabilidade e adaptação de um Programa de apoio pedagógico e educacional em unidades de pediatria com menor tempo de internamentos (caso específico do HESE)

#### MATRIZ/SÍNTESE Nº 22

CATEGORIA – Aumento, ou não, do número de crianças internadas na unidade de Pediatria do HESE (ANCIUP)

Entrevista	$E_1$	$\Sigma$
Dimensão		
Não	x	1
Mais internamentos com menos tempo	x	1

$\Sigma$  – Somatório das unidades de registo

Total de 1 entrevistado que respondeu à questão ( $E_1$ )

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 23

CATEGORIA – Adequação, às necessidades do quotidiano, dos recursos e espaço disponíveis para as actividades lúdicas (ANQREDAL)

Dimensão		Entrevista	$E_1$	$\Sigma$
No momento, sim			x	1

$\Sigma$  – Somatório das unidades de registo

Total de 1 entrevistado que respondeu à questão ( $E_1$ )

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 24

CATEGORIA – Previsão da constituição de um apoio pedagógico e/ou educacional para as crianças hospitalizadas no Serviço de Pediatria do HESE (PCAPECSF)

Dimensão		Entrevista	$E_1$	$\Sigma$
Protocolo para as crianças que têm internamentos mais prolongados	Parceria em conjugação com a DREAL		x	1
	No sentido de fazer uma ligação em rede entre escolas e o hospital, para todo o distrito		x	1
	Para que o aluno possa consultar online as aulas e os professores contactarem com os alunos		x	1

$\Sigma$  – Somatório das unidades de registo

Total de 1 entrevistado que respondeu à questão ( $E_1$ )



### MATRIZ/SÍNTESE Nº 25

CATEGORIA – Instalações existentes, no momento, que poderiam ser adaptadas a uma estrutura de apoio pedagógico (IEMAEAP)

Dimensão	Entrevista		
	E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	'Σ
No momento, não há nenhum sitio que pudesse ser adaptado	x	x	2
Apenas a opção de informática junto de cada criança, no seu quarto	x		1

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 2 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> e E<sub>2</sub>)

### MATRIZ/SÍNTESE N° 26

CATEGORIA – Número médio de crianças hospitalizadas carentes de apoio escolar  
(NMCCAE)

Entrevista		E <sub>1</sub>	'Σ
Dimensão			
Estatística 2008	130 crianças entre os 6 e os 10 anos de idade	x	1
	150 crianças entre os 10 e os 15 anos de idade	x	1
Estatística 2007	Números aproximados ao ano de 2008	x	1
Estatística 2006	268 crianças entre os 6 e os 10 anos de idade	x	1
	249 crianças com mais de 10 anos de idade	x	1

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 1 entrevistado que respondeu à questão (E<sub>1</sub>)

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 27

CATEGORIA – Número médio de crianças hospitalizadas carentes de apoio escolar  
(NMCCA/E)

Dimensão		Entrevista	$E_1$	${}^1\Sigma$
		Estatística 2007	130 crianças entre os 6 e os 10 anos de idade	x
150 crianças entre os 10 e os 15 anos de idade	x		1	
Estatística 2006	Números aproximados ao ano de 2008	x	1	
Estatística 2005	268 crianças entre os 6 e os 10 anos de idade	x	1	
	249 crianças com mais de 10 anos de idade	x	1	

$\Sigma$  – Somatório das unidades de registo

Total de 1 entrevistado que respondeu à questão ( $E_1$ )

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 28

CATEGORIA – Constituição de uma equipa de apoio integral à criança hospitalizada  
(IEMAEAP)

Entrevista	E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	'Σ
Médico	x	x	2
Enfermeiro	x	x	2
Professor	x	x	2

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 2 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> e E<sub>2</sub>)

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 29

CATEGORIA – Sensibilidade dos profissionais de saúde do HESE para um projecto desta  
natureza (SPS)

Entrevista	E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	'Σ
Atentos à situação	x	x	2
Bons resultados com uma equipa multidisciplinar	x	x	2

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 2 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> e E<sub>2</sub>)

### MATRIZ/SÍNTESE Nº 30

CATEGORIA – Avaliação da importância de um projecto deste tipo (AIP)

Entrevista Dimensão	E <sub>1</sub>	E <sub>2</sub>	<sup>1</sup> Σ
Benefício muito grande	x		1
Útil para todos	x	x	2
Deveria fazer parte da filosofia do hospital, rotina do internamento	x		1
Muito importante para o novo Hospital	x	x	2

Σ – Somatório das unidades de registo

Total de 2 entrevistados que responderam à questão (E<sub>1</sub> e E<sub>2</sub>)