



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

CRISTINA BRESSAGLIA LUCON

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ADOLESCENTES EM
TRATAMENTO DO CÂNCER SOBRE A PRÁTICA PEDAGÓGICA DO
PROFESSOR DE CLASSE HOSPITALAR**

**SALVADOR
2010**

CRISTINA BRESSAGLIA LUCON

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ADOLESCENTES EM
TRATAMENTO DO CÂNCER SOBRE A PRÁTICA PEDAGÓGICA DO
PROFESSOR DE CLASSE HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pesquisa e Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Alessandra Santana S. e Barros

SALVADOR
2010

L964 Lucon, Cristina Bressaglia.

Representações sociais de adolescentes em tratamento do câncer sobre a prática pedagógica do professor de classe hospitalar / Cristina Bressaglia Lucon. – 2010.
277 f.; il.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Alessandra Santana S. e Barros

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação, Salvador.

1. Jovens – Assistência hospitalar. 2. Pacientes hospitalizados – Educação. 3. Educação especial. 4. Representações sociais. 5. Análise de conteúdo (Comunicação). I. Barros, Alessandra Santana S. e. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação. III. Título.

CDD 371.9 – 22. ed.

CRISTINA BRESSAGLIA LUCON

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ADOLESCENTES EM
TRATAMENTO DO CÂNCER SOBRE A PRÁTICA PEDAGÓGICA DO
PROFESSOR DE CLASSE HOSPITALAR**

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Educação,
no programa de Pesquisa e Pós-graduação em Educação da Universidade Federal da Bahia,
pela seguinte banca examinadora:

Alessandra Santana S. e Barros – Orientadora
Doutora em Antropologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Professora da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (FACED/UFBA)

Lúcia Vaz de Campos Moreira
Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP)
Professora da Universidade Católica de Salvador (UCSal)

Sandra Maia Farias Vasconcelos
Doutora em Educação pela Université de Nantes-França
Professora Adjunta da Universidade Federal do Ceará (UFC)

Salvador, 26 de fevereiro de 2010.

Ao meu marido Dani, e
aos meus pais, Toninho e Cidinha,
minhas três pessoas... (vocês são realmente muito especiais!)
e responsáveis pela minha formação e crescimento. Pessoas que me
ajudam a superar as próprias limitações.
A vocês dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Foram tantos apoios, carinhos, cuidados, colaborações, auxílios... Ao término desta Dissertação, invade-me o sentimento de gratidão perante as pessoas e as instituições que contribuíram para a realização deste trabalho. Agradecer é algo complicado... Foram inúmeras as contribuições; mesmo se agradecesse individualmente a todos, seria insuficiente. Seria pouco! Nesse caminhar, tive o privilégio de conhecer e contar com pessoas incríveis! Disponíveis, doadoras, solidárias, prestativas e incentivadoras... Algumas, com participação mais direta, outras mais a distância; porém, cada uma contribuindo de alguma forma e à sua maneira, grafando em meu coração um ou vários momentos especiais. Essas pessoas são:

Meu marido Daniel, pelo amor que nada cobra, tudo supera, e que espera, a cada dia, um sorriso meu. Pela alegria que vejo constantemente em seu rosto, pelo companheirismo em todas as horas, principalmente, nas longas horas de espera pela concretização da pesquisa. Pela doçura que se revela em seu amor por mim;

Minha mãe, cujo sorriso tímido e olhar sereno revelam tantas virtudes: a serenidade, a doçura, o amor que me envolve a cada gesto seu. Agradeço, simplesmente, por você existir em minha vida, mãe;

Meu pai, homem alegre e brincalhão, muitas vezes, silencioso e pensativo; homem de fé e grande luta, sensível e generoso;

Meu irmão, tão inteligente e sensível. Seus gestos de generosidade sempre me encantaram, o tornam muito querido, porque essa generosidade somada à doçura, se chama bondade;

Minha cunhada Jana, pela simplicidade estampada nos seus olhos azuis;

Meus sobrinhos, João Paulo, Gabriel e Vitória, que me fizeram compreender o significado de alegria, esperança e paciência;

Minha sogra Luísa, sempre pronta a me ajudar;

Minha querida Rê, in memoriam, que tanto contribuiu para este trabalho. Sua delicada luz sempre nos guiará. Quanta saudade!

Minha querida orientadora Alessandra, por confiar em meu trabalho e ser fiel a uma causa por tantos anos: transformar a educação em contexto hospitalar! Orgulho-me, assim como todos que convivem com ela, por compartilhar dessa mesma causa. Sua energia contagia cada um de nós em nossas buscas por essa transformação. Agradeço, especialmente, pelo carinho e acolhida nos momentos difíceis.

As professoras Lúcia Moreira e Sandra Vasconcelos, por aceitarem participar da banca de defesa;

Meus amigos valiosos da UFBA: Celeste, Nívea, Aline, Adriana, Jéssica, Janete, Luciene, Lindomar, Graça, meus ex-alunos e alunas, pelas constantes atitudes solidárias, de estímulo e de encorajamento.

Os professores da UFBA, que, de uma maneira ou de outra, compartilharam comigo suas experiências e contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional;

Minha amiga Telma, que sempre me compreendeu, ouviu minhas angústias e, principalmente, sempre acreditou que um dia eu iria concluir o tão sonhado mestrado. Obrigada minha querida! Esse dia tão almejado chegou.

Minhas amigas Lia, Sandrinha e Luciene, que tanto me incentivaram a realizar o mestrado;

Ao Instituto Criança Viva, pela inestimável ajuda e apoio dispensados durante a realização deste estudo. A ajuda de vocês foi fundamental para a concretização desse sonho;

Minhas amigas Patrícia e Fran, pela paciência, pelo auxílio e, principalmente, pela confiança que vocês depositaram em mim;

Os amigos do GACC, que me receberam com muito carinho, e onde, juntos, fomos construindo uma forte relação de amizade. Obrigada por se esforçarem ao máximo para que tudo desse certo.

Os adolescentes que participaram da pesquisa! A coragem de vocês é exemplo de vida;

O adolescente (C), in memoriam, que deixou sua contribuição para ampliar os estudos sobre classe hospitalar. Sua luz sempre estará brilhando. Saudades de você!

Minha sábia e anciã amiga Dona Mariana, por tudo que me ensinou e ainda ensina. Minha gratidão e admiração pela disposição e coragem de transformar a nossa educação. Desejo mais coragem, porque educação é sempre um desafio que necessita de professores heróis como você!

Os amigos e amigas de Itapira-SP, da Escola Infantil Vivência, da Escola Criança Ativa e do Departamento de Educação da Prefeitura Municipal de Itapira, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional;

A CAPES, pela concessão de bolsa de estudos;

Os amigos e amigas de agora e aos que passaram pela minha vida e deixaram suas marcas; e que, direta ou indiretamente, contribuíram de alguma forma para este trabalho;

Finalmente, agradeço a Deus em quem acredito; um Deus solidário, dos pobres, dos pequenos; um Deus cujo exemplo humanizou as virtudes. O Deus que está sempre presente em minha história, fazendo-me compreender que é possível acreditar que o mundo pode ser melhor, e que as pessoas podem ser felizes.

Meu sincero e imenso agradecimento!



Somos sujeitos porque desejamos, sonhamos, imaginamos e criamos:
na busca permanente da alegria, da esperança, do fortalecimento da
liberdade, de uma sociedade mais justa, da felicidade a que todos
temos direito!

Madalena Freire

LUCON, Cristina Bressaglia. **Representações sociais de adolescentes em tratamento do câncer sobre a prática pedagógica do professor de classe hospitalar**. 2010. 277f. (Dissertação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, 2010.

RESUMO

A presente pesquisa teve por objetivo identificar as representações sociais que adolescentes em tratamento do câncer fazem acerca da prática pedagógica do professor de classe hospitalar. Para desenvolver a pesquisa foram observados os princípios da pesquisa qualitativa e do estudo de caso, tomando como orientação teórico-metodológica a teoria das representações sociais. Participaram do estudo dez adolescentes em tratamento do câncer, hospedados no Grupo de Apoio à Criança e ao Adolescente com Câncer (GACC), localizada na cidade de Salvador-BA. Desses adolescentes, cinco eram do sexo masculino e cinco do sexo feminino, e tinham idades entre 15 e 18 anos. Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados a observação livre e entrevistas semiestruturadas. Após a coleta, todo material foi analisado à luz da análise do conteúdo, tendo como resultado as representações sociais sobre a prática pedagógica do professor de classe hospitalar, que se ancoram em: professor não convencional, prática pedagógica mais lúdico-educativa do que escolar; o papel da classe hospitalar no resgate do prazer de estudar; O papel da classe hospitalar na reafirmação da importância da escola regular em suas vidas. Dentre os resultados alcançados, constatou-se que os adolescentes pesquisados percebem que a prática pedagógica do professor de classe hospitalar ajuda a melhorar sua saúde e a minimizar o estresse do tratamento. Ela promove o aprendizado com uma abordagem individualizada que, muitas vezes, contribui para que ele aprenda melhor, mas não é considerada como responsável pela continuidade dos seus estudos escolares, pois, na percepção dos adolescentes, essa continuidade somente será alcançada no retorno à escola regular. Esses achados demonstram a importância da classe hospitalar enquanto um *lócus* de transitoriedade, que resgata a identidade escolar do alunopaciente por gerar expectativas positivas de retorno à escola regular para que os estudos sejam retomados. Reforçam também que a prática pedagógica do professor é um ponto de apoio para que ele persista na luta pela saúde e pela vontade de viver.

Palavras-chave: Classe hospitalar. Prática pedagógica. Câncer em adolescentes; Representações sociais. Análise de conteúdo.

LUCON, Cristina Bressaglia. **Social representations that students with medical needs about the practice of the teacher- hospital school.** 2010. pp. 277 Dissertation (Master's Degree) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, 2010.

ABSTRACT

This study aimed to identify the social representations that students with medical needs are about the practice of the teacher- hospital school. To develop the research were observing the principles of qualitative research and case study, taking as its theoretical and methodological guidance to the theory of social representations. The study included 10 students with medical needs, hosted in *Grupo de Apoio à Criança e ao Adolescente com Câncer (GACC)*, located in the city of Salvador / BA. These adolescents were five males and five females, and were aged between 15 and 18. As instruments of data collection were used free observation and semi-structured interviews. After collection, all samples were examined in the content analysis, resulting in social representations about the practice of the teacher- hospital school, which is anchored in: unconventional teacher, teaching practice more playful-educational than regular school; The role of hospital school to rescue the pleasure to study, the role of hospital school in reaffirming the importance of regular school in their lives. Among the results found that the adolescents surveyed perceive that the practice of the teacher- hospital school to help improve their health and minimize the stress of treatment. It promotes learning with an individualized approach, which often helps them to learn better, but is not considered as responsible for the continuity of their school studies, as in the perception of adolescents, this continuity will be achieved only in returning to regular school. These findings demonstrate the importance of hospital school as a locus of transience, which recovers the identity of the school student-patient to generate positive expectations of a return to regular school so that the studies are discussed. Also reinforce the practice of the teacher is a point of support so that it persists in the struggle for health and the will to live.

Keywords: Hospital school. Education practice. Students with medical needs. Social representations. Content analysis (Communication).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMAB	Associação dos Magistrados da Bahia
APACHE	Association Pour l'Amélioration des Conditions d'Hospitalisation des Enfants
CICAN	Centro Estadual de Oncologia – Salvador- BA
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
C.N.F.E.I	Centro Nacional de Estudos e de Formação para a Infância Inadaptada na cidade periférica de Suresnes em Paris
CONANDA	Conselho Nacional da Criança e do Adolescente
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CORDE	Coordenação-Geral do Sistema de Informações da Pessoa com Deficiência
EACH	European Association for Children in Hospital
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FACINTER	Faculdade Internacional de Curitiba
GAAC	Grupo de Apoio à Criança e ao Adolescente com Câncer Salvador- BA
GRAACC	Grupo de Apoio à Criança e ao Adolescente com Câncer São Paulo- SP
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
HC	Hospital da Criança
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro – Niterói-RJ
HIV – AIDS	Síndrome da Imunodeficiência
HSR	Hospital São Rafael
HUPES	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LLA	Leucemia Linfóide Aguda
MEC	Ministério da Educação

MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSID	Obras Sociais Irmã Dulce
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica PUC do Paraná
RS	Representações Sociais
SEESP	Secretaria de Educação Especial
SECULT	Secretaria Municipal de Educação, Esporte, Cultura e Lazer
SMEC	Secretaria Municipal de Educação e Cultura
SNC	Sistema Nervoso Central
SOBOPE	Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
TMO	Transplante de Medula Óssea
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa do câncer infanto-juvenil no Brasil.....	88
Gráfico 1	Óbitos a cada milhão de habitantes no Brasil entre 0 e 18 anos.....	89
Gráfico 2	As leucemias são responsáveis por 25% a 35% dos casos de câncer infanto-juvenil no Brasil.....	90
Figura 2	Os primeiros sintomas dos tipos de câncer mais comum na infância e na adolescência e como tratá-los.....	91
Quadro 1	Universo consensual e Universo reificado.....	163
Quadro 2	Recursos humanos utilizados no GACC – Salvador-BA.....	192
Quadro 3	Materiais disponibilizados pelo GACC Salvador- BA (quantidade)...	192
Quadro 4	Caracterização dos adolescentes, segundo nome, sexo, idade, escolaridade, trabalho, diagnóstico, cidade de origem, religião, atividade de lazer, data de entrada no GACC e data da entrevista.....	205
Quadro 5	Categorias de análise emergidas e as falas dos adolescentes mais ilustrativas.....	222

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	O QUE É ADOLESCÊNCIA?	22
2.1	ADOLESCÊNCIA: EM BUSCA DE UM CONCEITO	22
2.2	ADOLESCÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES DOS PRINCIPAIS TEÓRICOS.....	31
2.2.1	Vertente biogenética	32
2.2.2	Vertente psicanalítica	34
2.2.3	Vertente psicogenética	51
2.2.4	Vertente antropológica cultural e psicossocial	58
3	A ADOLESCÊNCIA E O CÂNCER	73
3.1	SAÚDE X DOENÇA: O CÂNCER COMO METÁFORA.....	75
3.2	O QUE É CÂNCER.....	83
3.3	O CÂNCER INFANTO-JUVENIL.....	87
3.4	O MEDO DA MORTE E O DESAFIO DE ADOLESCER COM CÂNCER.....	93
3.5	O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.....	100
3.6	O SIGNIFICADO DO ABANDONO ESCOLAR PARA ADOLESCENTES COM CÂNCER.....	102
4	CLASSE HOSPITALAR: ESPAÇO DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E VIDA	107
4.1	HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....	107
4.2	CLASSE HOSPITALAR: PROCESSO HISTÓRICO.....	110
4.2.1	Classe hospitalar: panorama internacional	110
4.2.2	Classe hospitalar: panorama nacional	116
4.3	A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA PEDAGÓGICA DO PROFESSOR DE CLASSE HOSPITALAR À LUZ DA LITERATURA.....	125
5	UM OLHAR SOBRE A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	149
6	O SIMBOLISMO DA ESCOLA E DA PRÁTICA PEDAGÓGICA DO PROFESSOR NA ADOLESCÊNCIA	166
6.1	PESQUISAS QUE APRESENTAM COMO ORIENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	167
6.2	PESQUISAS QUE NÃO APRESENTAM COMO ORIENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	176
7	PERCURSO METODOLÓGICO	187
7.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	187

7.2	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	188
7.3	LOCAL DE ESTUDO.....	189
7.3.1	Perfil da instituição.....	190
7.3.2	Por que usar o termo “classe hospitalar” ao invés de atendimento pedagógico domiciliar?.....	193
7.4	INSERÇÃO NO CAMPO EMPÍRICO: DIFICULDADES E BUROCRACIAS.....	195
7.5	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	196
7.6	PROCEDIMENTOS PARA COLETA E REGISTRO DOS DADOS...	198
7.7	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	199
8	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	202
8.1	CARACTERIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	202
8.2	CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	206
8.2.1	Categoria 1: Professor não convencional.....	206
8.2.2	Categoria 2: Prática pedagógica mais lúdico-educativa do que escolar.....	211
8.2.3	Categoria 3: O papel da classe hospitalar no resgate ao prazer de estudar.....	214
8.2.4	Categoria 4: O papel da classe hospitalar na reafirmação da importância da escola regular em suas vidas.....	219
8.3	DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS EMERGIDAS.....	223
8.3.1	Conclusões.....	245
8.3.2	Continuando a discussão.....	247
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	252
	REFERÊNCIAS.....	258
	ANEXOS.....	268
	ANEXO A – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	269
	ANEXO B – Hospitais com Registros Hospitalares de Câncer – Região Nordeste.....	270
	ANEXO C –: Parecer do Instituto Criança Viva.....	272
	ANEXO D – Parecer do GACC.....	273
		274
	APÊNDICES.....	
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Informado Livre e esclarecido.....	275
	APÊNDICE B – Entrevista – primeira parte.....	276
	APÊNDICE C – Entrevista – segunda parte.....	277

1 INTRODUÇÃO

Não é a força, mas a perseverança que realiza grandes coisas.

Samuel Johnson

Seria um equívoco reduzir a adolescência à imagem de um ser humano impaciente, desengonçado, que não gosta de olhar nos olhos, não sabe o que fazer com as mãos e se tranca no quarto para ouvir uma música insuportável ou para ficar o tempo todo usando equipamentos eletrônicos. Torna-se até mesmo perigosa essa visão simplificada desse ser que prefere se esconder ou desaparecer entre os amigos.

A adolescência é um período de inteligência penetrante onde as imagens anteriormente sombrias tornam-se mais claras, com a aquisição do pensamento lógico. E aquilo que se descobre pode ser dito, escutado, elaborado em fonte de inspiração para o futuro. Esta fase da vida é marcada pelo despertar da produção intelectual ou dos talentos criativos. É o início da caminhada pelo domínio da prática da sexualidade, das escolhas, da conquista pela independência, dos primeiros amores. É o momento em que nasce a solidariedade, a amizade, a percepção política, a definição profissional e para muitos, são anos também de crises.

O corpo adquire a maturidade para a reprodução. Adquire também: a sonoridade da voz, barba, pelos, musculatura, seios, linhas arredondadas. A mudança é dramática. Reina uma incerteza quanto aos resultados dessas transformações físicas. Reflete no espelho uma nova imagem cuja aceitação ainda é duvidosa.

Então, inesperadamente, este adolescente recebe o diagnóstico de câncer... A novela de um adolescente com tal diagnóstico gira em torno da doença, da inquietude, da surpresa, da perplexidade diante do real ali posto. Abre-se o caminho de um tratamento incerto, prolongado, doloroso, que marca o corpo, desafia a família, faz distanciar os amigos, ameaça as células sexuais, fragiliza os planos para o futuro e o coloca em uma posição incondicional: medo da morte, às vezes, iminente.

O processo da adolescência é tido como um dos mais complexos do desenvolvimento do ser humano, sobretudo por gerar instabilidades e inseguranças em decorrência da profundidade das transformações que ocorrem. No caso de câncer durante a adolescência, este período torna-se duplamente difícil, visto que, além de vivenciar o processo de adolecer, a

doença provoca muitas outras alterações em suas vidas, exigindo readaptações frente à nova situação e estratégias para o enfrentamento.

Desaba o mundo de expectativas, sonhos e promessas da passagem adolescente. Um novo cenário é montado, com luzes permanentes, funcionários anônimos, presenças semelhantes, companheiros de tratamento que se curam ou que morrem. Em poucos dias, este cenário surpreendente será muito familiar, e palavras que antes lhe eram estranhas agora fazem parte da sua rotina como: protocolo, mielograma, líquido, contagem de leucócitos, quimioterapia, radioterapia.

O corpo em transformação da adolescência agora se torna palco dos avanços da ciência, e será olhado, medido, furado, ferido e manipulado, às vezes, sem pudor, arrancado sem cuidado de seu silêncio íntimo. Nesse sentido, o câncer nessa fase da vida condensa em um grande emaranhado os fantasmas de um corpo em transformação, a inibição da sexualidade, a presença sombria da morte, a descoberta do mundo dos hospitais, o afastamento da família, dos amigos, dos objetos pessoais e da vida escolar.

A escola, que até o presente momento, era tida como uma trivialidade cotidiana, precisa agora, ser ressignificada, visto que, frequentemente, adolescentes com câncer precisam interromper suas atividades escolares devido às limitações impostas pela doença e pelo seu prolongado tratamento. Como assinala o médico e psicanalista brasileiro Paulo Schiller (2000, p. 105), com relação à problemática do câncer na adolescência: “Uma das maiores lesões do câncer é a ruptura da vida escolar”.

O adolescente com câncer vivencia uma experiência dolorosa de privação de saúde, de liberdade e de continuidade escolar, que pode ocasionar a perda do ano letivo. Estes aspectos são responsáveis em alterar sua autoestima, criando ansiedade, medo, desânimo, depressão e dificultando sua recuperação.

Assim, a classe hospitalar surge como uma modalidade de atendimento pedagógico prestado à criança e ao adolescente hospitalizado e/ou em tratamento de saúde, que acredita que esses jovens pacientes, uma vez afastados da vida escolar e privados da vida social, permanecem prejudicados em sua escolarização e alguns até em estado de analfabetismo. Acredita também que, além de contribuir para a continuidade da vida escolar, contribui para o resgate da saúde e melhor qualidade de vida deles.

O direito ao atendimento educacional para esses jovens pacientes tem legitimidade e está previsto na Política Nacional de Educação Especial (BRASIL. MEC, 1994) e assegurado pela Resolução nº 41, de 1995, que,

além de tratar dos Direitos das Crianças e Adolescentes Hospitalizados, reafirma o direito ao acompanhamento curricular no período de internação ou de tratamento de saúde. (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1995)

Por sua vez, a classe hospitalar, no Brasil, é uma modalidade emergente que, apesar do amparo legal, é pouco conhecida nos meios acadêmicos, nos meios escolares e nos meios pediátricos. Também o número de publicações acerca do tema ainda é restrito, o que mostra a fragilidade teórica da área, que não possui um corpus de conhecimento consolidado e indica a necessidade de pesquisas que enriqueçam o debate.

Em outras palavras, a classe hospitalar e a prática pedagógica do professor neste espaço, são ainda timidamente exploradas pelas pesquisas em educação, apesar da importância deste atendimento e, uma das dificuldades que encontra o pesquisador interessado sobre esse assunto é a falta de trabalhos de revisão sobre o tema, aliada a uma bibliografia que se estenda por distintas áreas de conhecimento.

A maioria das publicações nacionais existentes sobre a temática são relatos de experiências bem sucedidas e/ou que estão sendo paulatinamente construídas em hospitais e casas de apoio. Costumam focar mais a percepção que o adulto tem sobre a importância da classe hospitalar junto ao desenvolvimento, à aprendizagem e ao resgate da saúde e melhor qualidade de vida dos pacientes-alunos.

Percebe-se que há poucos trabalhos que enfatizam a visão do próprio aluno-paciente sobre esta modalidade de atendimento pedagógico, que, por sua vez, se torna o objeto de interesse deste estudo, ou seja, compreender a importância da classe hospitalar pelo viés da experiência vivida pelos próprios jovens pacientes, tomando como orientação teórico-metodológica a teoria das representações sociais proposta por Moscovici (1976, 2007).

O objeto de estudo apresentado foi o que impulsionou a construção desta Dissertação, cujo problema da pesquisa esteve centrado nas seguintes questões: Quais as representações sociais que adolescentes em tratamento do câncer fazem acerca da prática pedagógica do professor de classe hospitalar? Acreditam que essa prática é percebida como uma maneira de dar continuidade aos seus estudos escolares? Acreditam também que ela colabora para melhora da sua saúde e minimiza o estresse do tratamento da doença?

Na busca por maior compreensão sobre esse tema, esta pesquisa tem como **objetivo geral**: Identificar as representações sociais que adolescentes em tratamento do câncer fazem acerca da prática pedagógica do professor de classe hospitalar.

Para alcançar o objetivo geral, foram elaborados os seguintes **objetivos específicos**:

- a) Analisar, por meio da percepção do adolescente com câncer, se a prática pedagógica do professor de classe hospitalar contribuiu para a continuidade da sua vida escolar.
- b) Analisar também se esta prática contribuiu para minimizar o estresse do tratamento da doença e para a melhora da sua saúde.

Nesse sentido, tendo como sustentação as considerações aqui expostas, este estudo justifica-se por sua importância, já que a partir do entendimento das representações sociais dos adolescentes com câncer acerca da prática pedagógica do professor de classe hospitalar, ter-se-á material para refletir sobre como eles se apropriam e se relacionam com esta realidade. Essa discussão pode vir a proporcionar subsídios para que a comunidade de educadores voltada para o trabalho com adolescentes hospitalizados e/ou em tratamento de câncer possam rever sua prática e ampliar a compreensão de sua importância para a formação e melhor qualidade de vida deles. Podem vir a contribuir para a ampliação desta discussão com a equipe de saúde de hospitais e casas de apoio, que dispõem ou não dessa modalidade de atendimento, de maneira que, possivelmente novas classes hospitalares possam ser criadas e as instituições de saúde que já dispõem dela possa melhor entendê-la e valorizá-la. Também pode possibilitar um repensar dos cursos de Pedagogia, de maneira a formar profissionais capazes de atuarem com práticas pedagógicas em contextos diversificados. Podem trazer uma importante contribuição para a elaboração de futuras políticas públicas que assegurem o direito à educação e à saúde nas mais diversas circunstâncias. Podem trazer dados importantes para a comunidade de pesquisadores interessada no estudo da percepção que o adolescente faz da prática pedagógica do professor em espaços formais ou não. E, principalmente, ampliar a discussão sobre essa modalidade de ensino.

Portanto, a fim de buscar uma maior compreensão sobre o assunto, esta Dissertação apresenta-se dividida em sete capítulos, além desta **Introdução**, das **Considerações Finais**. Acompanha ainda as **Referências**, que subsidiaram a pesquisa, seguidas dos Anexos e Apêndices.

No Capítulo 2, **O que é adolescência?**, faz-se uma breve discussão sobre o conceito de adolescência, ao longo dos séculos; estabelece seus limites; situa o desenvolvimento humano durante essa fase no lugar evolutivo que corresponde a ele, dentro de quatro diferentes posições teóricas: Biogenética; Psicanalítica; Psicogenética e Antropológica Cultural e Psicossocial; diferencia os componentes biológicos dos psicológicos e acentua seu caráter fortemente psicossocial, cultural e histórico.

No Capítulo 3, **A adolescência e o câncer**, apresentam-se as diferentes visões sobre saúde e doença e destaca as metáforas e os fantasmas em torno da palavra câncer. Também se faz uma discussão sobre o que é o câncer e o câncer infanto-juvenil; o desafio de adolecer com câncer; o impacto da hospitalização na adolescência; o medo da morte e o significado do abandono escolar para os adolescentes.

A leitura dos Capítulos 2 e 3 tornam-se fundamentais para o leitor compreender os motivos que levaram a pesquisadora deste estudo escolher a fase do desenvolvimento humano que corresponde à adolescência e a escolher o câncer como doença.

Já o Capítulo 4, **Classe hospitalar: espaço de educação, saúde e vida**, trata primeiramente de fazer uma breve discussão sobre o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar. Logo após, demonstra como surgiu a classe hospitalar no panorama internacional e, posteriormente, no panorama brasileiro, bem como os aspectos legais, as políticas de direito às crianças e adolescentes hospitalizados e/ou em tratamento de saúde. Também destaca a importância da prática pedagógica do professor de classe hospitalar para o paciente-aluno à luz da literatura.

O Capítulo 5, **Um olhar sobre a teoria das representações sociais**, apresenta a fundamentação respaldada nas representações sociais de Moscovici (1976, 2007) e aborda os dois processos denominados de objetivação e ancoragem. A objetivação é o ato de descobrir a qualidade icônica de uma ideia, reproduzir o conceito em uma imagem, ou seja, é tornar concreto o que para nós é abstrato. A ancoragem é o processo de adequação de algo que nos é desconhecido a um paradigma de categoria preexistente em nosso pensamento; em outras palavras, é quando trazemos para categorias e imagens conhecidas o que ainda não está classificado e rotulado, transformando o que é estranho em algo familiar.

O Capítulo 6, **O simbolismo da escola e da prática pedagógica do professor na adolescência**, trata da dificuldade de se encontrar pesquisas para estabelecer o referencial teórico deste estudo. Faz uma revisão de literatura acerca dos estudos que aproximaram doenças crônicas, adolescentes e escolarização. Ressaltou-se uma pesquisa posterior e originária que traz a representação social que adolescentes com câncer fazem sobre a prática pedagógica do professor de classe hospitalar. (VASCONCELOS, 2006) Posteriormente, foram relatados alguns estudos enfocando as representações sociais que crianças e adolescentes fazem sobre a escola regular e sobre a prática pedagógica do professor neste espaço. (CHAVES; BARBOSA, 1998; GONÇALVES, 1994; CRUZ, 1997; EMLER; OHANA; MOSCOVICI, 1987; PEREIRA, 2009; SALLES, 1995; SILVA, L., 2009) Logo após, foram apresentadas em uma perspectiva distinta adotada por esta investigação, alguns

estudos que não se apoiam na teoria das representações sociais (BENCINI; BORDAS, 2007; BURATTO; DANTAS; SOUZA, 1998; LA TAILLE, 2006; MACHADO, 2005; ZAGURY, 2004), no entanto, estes se mostraram pertinentes para esta pesquisa, por demonstrarem a simbologia da escola e da prática pedagógica do professor na adolescência.

O Capítulo 7, **Percursos metodológico**, esclarece os caminhos trilhados nesta pesquisa. Apresenta a caracterização do estudo; as considerações éticas; o local de estudo; o perfil da instituição; o motivo de usar o termo classe hospitalar ao invés de atendimento pedagógico domiciliar, as dificuldades e burocracias para a inserção no campo empírico; os participantes do estudo; os procedimentos para a coleta e registro dos dados e a organização e a análise dos dados.

No Capítulo 8, **Apresentação e discussão dos resultados**, faz-se uma caracterização dos alunos-pacientes participantes da pesquisa; a análise do conteúdo das falas desses participantes e suas representações.

Por fim, as **Considerações finais**, em que se descrevem algumas compreensões construídas ao longo do trajeto da pesquisa e traz algumas sugestões de novas vertentes de análise do tema em enfoque.

2 O QUE É ADOLESCÊNCIA?

Se a infância é a idade das mil e uma alegrias e surpresas, não é menos verdade que a adolescência é a idade das mil e uma dúvidas e contradições. Se a infância é um movimento, a adolescência é uma revolução.

Marlene Rodrigues

2.1 ADOLESCÊNCIA: EM BUSCA DE UM CONCEITO

Há vários conceitos de adolescência e estes são variáveis de acordo com a área de conhecimento estudada. A Sociologia entende que cada cultura possui determinantes singulares desta etapa; a Antropologia a considera como uma etapa sociocultural inserida em rituais de passagem; a Psicologia estuda a simultaneidade entre modificações biológicas e psíquicas e seu impacto no desenvolvimento humano; a Medicina como uma etapa do desenvolvimento humano com início na puberdade e término na fase adulta, e o direito como o período entre a minoridade e a maioridade, conforme a legislação vigente.

Destaca-se que estamos longe de poder afirmar a existência de um conceito homogêneo sobre a adolescência. Nenhuma das teorias existentes oferece uma explicação definitiva do desenvolvimento durante esse período, ainda que em cada uma delas possamos encontrar alguma contribuição que nos ajuda a compreendê-la melhor.

Dessa forma, tem-se como finalidade neste capítulo fazer uma breve discussão sobre o conceito de adolescência, ao longo dos séculos; estabelecer seus limites; situar o desenvolvimento humano durante essa fase no lugar evolutivo que corresponde a ele, dentro de quatro diferentes posições teóricas, diferenciar os componentes biológicos dos psicológicos e acentuar seu caráter fortemente psicossocial, cultural e histórico.

Não se tem a pretensão com a finalidade supracitada de derivar uma nova teoria sobre a adolescência, nem combinar diversas teorias em uma posição eclética, muito menos apresentar definições ou aprofundar teorias, afinal esse assunto é muito amplo, a ideia é apresentar as discussões sobre quatro diferentes posições teóricas sobre o tema adolescência, mostrar as divergências e convergências entre as mesmas e destacar os pontos mais relevantes de cada uma delas para essa pesquisa.

Cabe aqui salientar que etimologicamente o conceito adolescência, segundo o perfil de sua evolução diacrônica do latim ao português, prende-se ao radical *olescere*: crescer, provavelmente ligado ao conjunto dos cognatos de *oleum*: óleo, legume. A forma vernácula prende-se diretamente ao semantema de *adolere*: aumentar; queimar, sacrificar queimando, e *adolescere*: crescer em idade e força. Em todas as formas está presente a ideia de mudança, do desgaste, da busca do amadurecimento. Por isso o verbo latino é incoativo, por encerrar noção de começo e continuação de ação, ação de crescer. *Adolescer* é tornar-se adulto. Adulto é, neste plano, aquele que “*queimou*” as energias necessárias ao atingimento da plenitude de sua evolução psicofisiológica.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de adolescência, definido no ano de 1974, corresponde a um período em que o indivíduo passa do ponto do aparecimento inicial dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual, seus processos psicológicos e suas formas de identificação evoluem da fase infantil para a adulta onde ocorre a transição do estado de dependência econômica total e passa a outro de relativa independência.

Embora, de acordo com essa conceituação, a OMS não estabelece limites específicos, entende a adolescência em suas implicações psicológicas, sociais e biológicas, considerando o período da adolescência como aquele compreendido entre 10 e 19 anos de idade, sendo pré-adolescência de 10 a 14 anos, a adolescência propriamente dita de 15 a 19 anos e a condição de jovens para indivíduos da faixa etária entre 15 e 24 anos.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990, Art. 2º “Considera-se adolescente, para os efeitos desta Lei, a pessoa entre 12 e 18 anos de idade quando acontecem diversas mudanças físicas, psicológicas e comportamentais”. (BRASIL, 1990) Neste documento, a ênfase recai sobre a adolescência, sendo que a juventude não é mencionada.

Por sua vez, os termos adolescência, idade adolescente, período adolescente e mesmo *teenager* são usados intercambiavelmente¹, sendo que o sociólogo americano Paul Henry Landis (1952 apud MUUSS, 1971) acrescenta como sinônimo adicional, a palavra juventude, que ele usa para descrever o final do período da adolescência.

Em contradição à posição de Landis, o psicólogo e pediatra americano Arnold Lucius Gesell (1956) usa o termo juventude para designar o período inicial da adolescência de 10 a

¹ Significa que palavras diferentes podem ser usadas alternadamente com o mesmo propósito sem que seu significado seja prejudicado.

16 anos de idade, e o mesmo ocorre com Granville Stanley Hall (1916 apud MUUSS, 1971) psicólogo americano introdutor da psicanálise nos Estados Unidos; para este teórico, o termo juventude também se refere à primeira metade do período da adolescência de 8 a 12 anos de idade e a adolescência propriamente dita como o período de 13 a 25 anos.

Para Corti e Souza (2005), pesquisadoras sobre os temas: educação, políticas públicas, juventude, gênero e raça, as diferenças entre adolescência e juventude existem em termos conceituais e etários, demonstrando que ambos possuem natureza distinta, ou seja, para as autoras a juventude costuma ser uma categoria social representada pelo vínculo entre indivíduos de uma mesma geração, representada pelo vínculo social específico, já a adolescência seria um processo mais individual e subjetivo, ligado às transformações físicas e psíquicas do indivíduo. Com esta distinção entre as duas categorias, as autoras explicam o interesse da Sociologia pela categoria juventude e a preocupação da Psicologia com o período da adolescência.

Doutor em Ciências Sociais, com ênfase nos estudos sobre educação sociocomunitária, sociologia da educação, juventude, movimento estudantil e lazer Groppo (2000), em consonância com a distinção realizada pelas autoras acima afirma que a Psicologia, a Psicanálise e a Pedagogia utilizam o termo adolescência, já a Sociologia trabalha com o termo juventude. O autor indica também que esses termos podem aparecer denominando fases sucessivas do desenvolvimento humano, sendo a adolescência mais próxima da infância e a juventude mais próxima da maturidade, de acordo com a posição de Landis (1952 apud MUUSS, 1971) e, em desacordo com as posições de Gesell (1956) e Hall (1916 apud MUUSS, 1971).

Essas são algumas das inconsistências, que, ao mesmo tempo em que produzem, tornam-se produto das oscilações que caracterizam a adolescência tanto biológica como culturalmente. Assim, os conceitos de adolescência e juventude imbricam-se e a distinção entre ambos pode ser percebida por critérios psicológicos e sociológicos, mas é comum a utilização dos conceitos como sinônimos. Durante o trabalho isso poderá ser percebido, pois os termos serão empregados conforme citação dos autores utilizados, aqui também se destaca que o termo adolescência será preferencialmente usado nesta pesquisa, embora, algumas vezes, se venha a fazer uso do termo juventude.

É interessante ressaltar que algumas colocações encontradas, por exemplo, no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) já apresentam as seguintes superposições: crianças de 7 a 17 anos (IBGE, 2009) e, conforme Corti e Souza (2005), a Organização das Nações Unidas (ONU) define como jovens pessoas de 15 a 24 anos de idade e no Fórum

Mundial da Juventude realizado em 2001, ocorreu uma solicitação para que se estenda essa definição aos 30 anos de idade, a fim de que os países possam enfrentar mais adequadamente os desafios colocados às suas populações jovens.

Mas, afinal, quando começa e quando termina a adolescência? Impossível dizer. Varia de cultura para cultura, de grupo para grupo e até de indivíduos do mesmo grupo e do período histórico que se analisa. Para essa discussão, vamos fazer uma pequena análise da história do conceito de adolescência desde a Grécia Antiga até chegar aos dias atuais.

Jesús Palácios e Alfredo Oliva (2004), do Departamento de Psicologia Evolutiva e Educação da Universidade de Sevilha, na Espanha, descrevem que a adolescência é um fenômeno recente, e a forma como a conhecemos no Ocidente, no começo do século XXI, é, até certo ponto, um produto do século XX.

Philippe Ariès (1981), importante historiador francês da família e infância, também assinala que o conceito é relativamente recente na história da civilização, mas que a noção de adolescência tem sua raiz na Grécia Antiga.

De acordo com Outeiral (1994 apud MAAS, 2006), os primeiros a registrarem interesse específico pelo adolescente foram os gregos. Refere que Hesíodo, no século VIII a.C., já dizia que não visualizava esperança para o futuro do povo se ele dependesse da frívola mocidade de hoje, pois todos os jovens são, por certo, indizivelmente frívolos. E ainda acrescenta que quando era menino, o ensinaram a ser discreto e a respeitar os mais velhos, mas que os moços de hoje são excessivamente sabidos e não toleram restrições.

Aristóteles considerava os adolescentes como apaixonados, irascíveis, capazes de serem arrebatados por seus impulsos. Se o jovem comete uma falta é sempre no lado do excesso e do exagero, uma vez que eles levam as coisas longe demais. (ARIÈS, 1981)

A fala de Aristóteles já apresenta algumas características tidas como universais no processo do desenvolvimento humano, ainda considerada, atualmente, tipicamente relativa à adolescência.

No Império Romano (século I d.C. ano 476) não havia um marco de separação entre a criança e o adolescente; era o pai quem decidia o momento certo que a criança deveria abandonar suas vestes para usar vestes de homem. Ao nascer, a criança primeiramente deveria ser aceita pelo pai e logo após era entregue a uma ama de leite, que se tornava responsável pela sua educação, sendo essa educação extremamente rígida e tinha por finalidade a formação do caráter. Aos 17 anos, podia entrar para a carreira pública, ou seja, para o exército. Vê-se, aqui, que não há uma distinção entre infância, adolescência e juventude.

Ariès (1981) destaca que em meados do século XVI, inicia-se uma diferenciação entre *enfant*, *jeunesse* e *vieillesse*, três palavras da língua francesa que significam criança ou infância, juventude e velhice, sendo que juventude significa força da idade, referindo-se a uma idade mais tardia. A adolescência foi confundida com a infância até o século XVIII.

O autor supracitado também assinala que na Idade Média, na França, as palavras oriundas do latim, *puer* (criança) e *adolescens* (adolescente) eram usadas indiferentemente, sendo que, adotava-se como expressão fundamental a palavra *enfants* (crianças).

O jovem entrava para o mundo adulto através da cerimônia do primeiro barbear, conhecida como cerimônia da barbatoria, pois o pêlo era a prova de que a criança se tornara adulto. Deste ponto em diante cultivava-se a qualidade da agressividade e a educação tinha como objetivo formar o guerreiro, que era preparado para exercer sua virilidade para matar ou morrer, se preciso.

Dessa forma, a palavra *enfant* na Idade Média designava tanto crianças quanto adolescentes, e este último era entendido como um menino grande e às vezes mal-educado. A palavra da língua francesa *gars*, que significa rapaz, também conservou essa ambigüidade. Sobre essa ambigüidade, percebe-se que a exemplo do que já foi colocado a respeito da tipologia desta idade, desde a Grécia antiga, algumas características aparecem como constantes durante as diferentes épocas como descreve Ariès (1981, p. 42):

Tão desleal e tão perverso, que não queria aprender um ofício nem se comportar como convinha a infância [...] provocavam rixas nas tavernas e nos bordéis, e jamais encontravam uma mulher sozinha sem a violar [...] outra criança de 15 anos: embora fosse um menino bom e gracioso, recusava-se a montar a cavalo.

Percebe-se nesta citação que apesar daquela sociedade olhar o sujeito de 15 anos como uma criança, discorre sobre suas alterações de comportamento e, em particular o surgimento da rebeldia, também percebida nos dias atuais. Alguns autores, como será abordado adiante, afirmam que essas oscilações de comportamento dos adolescentes, assim como os olhares do adulto sobre eles são uma característica universal própria do adolescente.

Com relação à constituição e papel da família durante esse período, havia um predomínio da família camponesa e nesta organização familiar, a concepção fundamental era a da linhagem, e as crianças assim que não precisassem mais de cuidados básicos, eram misturadas aos adultos.

A partir do século XVII surge um novo hábito entre a burguesia, e a palavra infância restringiu-se a seu sentido moderno. Essas mudanças geram também alterações na função da

família. O sentimento de família, até então desconhecido na Idade Média, emerge juntamente com o sentimento de infância. Esse sentimento vai surgir, segundo Ariès (1981), em oposição à ideia de linhagem, passando a predominar a ligação a casa, à vida na casa.

Com o enfraquecimento da linhagem, a mulher começa a perder espaço tornando-se submissa, juntamente com os filhos, à autoridade do marido. A família passou a recusar-se a se separar dos bebês e torna-se o lugar de afeição necessária entre os cônjuges e entre pais e filhos. A autoridade é exercida primordialmente pelo pai, sustentada na moralidade. Inicia-se uma valorização da privacidade doméstica, o cultivo do amor entre seus membros e passa a ser reconhecida e exaltada por todas as forças da emoção.

O significado psicológico da família apoia-se nas relações de proteção e repressão ou de autoridade e amor, por meio das figuras dos pais e, por essas relações, define o tipo de relacionamento afetivo entre os membros.

Com as mudanças socioeconômicas ocorridas no século XVIII como, por exemplo, a industrialização e a ascensão da burguesia, a escola assume o papel de formar e disciplinar. O caráter disciplinador da escola ocorreu pelo fato de a sociedade da época admitir que as crianças não estavam prontas para a vida, para unir-se aos adultos.

Dessa forma, a criança separou-se do adulto por meio da escola e esse movimento modifica os moldes da sociedade da época, juntamente com as transformações ocorridas na função da família. A família assumiu a função moral e espiritual, deixando de ser somente uma instituição de transmissão de bens e do nome. A escola passou a contemplar a formação moral e a preparação para a vida, assumindo a tarefa de moralização dos indivíduos.

Nos séculos XVII e XVIII, os sujeitos de 10 a 25 anos, ou seja, crianças e jovens, frequentavam a mesma classe escolar, sem discriminação de atividades relacionadas ao momento de desenvolvimento. Também eram expostos a cenas de violência e sexo, pois a visão da época é que eles eram indiferentes a estas situações. A escola exerceu papel fundamental para a mudança deste quadro e para o início da noção de adolescência como transição entre a criança e o adulto.

A escola permitiu também que a noção de idade e de infância assumisse uma dimensão mais significativa. Nesse período, o conceito de infância passou igualmente a se caracterizar por sua longa duração. Para Ariès (1981), a longa duração da infância provinha da indiferença pelos fenômenos biológicos. A ideia de infância estava limitada à questão da dependência, assim, somente saía da infância quem se tornava independente economicamente.

É importante destacar que as mudanças ocorridas no século XVIII inspiraram um movimento disciplinador, cuja intensidade transformou a escola em um colégio encarregado

do ensino, da vigilância e do “processo de enclausuramento das crianças (como dos loucos, dos pobres e das prostitutas) que se estenderia até os nossos dias, e ao qual se dá o nome de escolarização”. (ARIÈS, 1981, p. 11)

A partir de então, a escola foi organizada em três princípios fundamentais: vigilância permanente, obrigação de denunciar e imposição de castigos corporais. Seu papel, juntamente com o da família, era o de retirar a criança do mundo adulto e prolongar a infância. É também por meio da constituição da família burguesa que os pais se constituirão como principais educadores, seguidos da escola.

O primeiro passo desse movimento denominado escolarização foi o de separar as crianças menores das mais velhas, permitindo a identificação de uma fase cronologicamente posterior à infância e de preparação à vida adulta, ou seja, a adolescência.

Também, no século XVIII, processo semelhante ao da escola aconteceu entre os oficiais no exército. Na modernidade, foi configurando o caráter compulsório do serviço militar, transformando-o em dever para todos os jovens do sexo masculino. Os jovens já desenvolviam atividades produtivas quando entravam para a vida militar, o que fazia desta, mais uma etapa de emancipação individual. No entanto, para os jovens estudantes, o serviço militar trazia um peso de iniciação no mundo adulto. Então, para as hierarquias inferiores, a configuração de adolescência somente seria revertida após a Primeira Guerra Mundial. Daí em diante, a adolescência expandir-se-ia, conquistando espaços antes da infância e da maturidade. Nas palavras de Ariès (1981, p. 47),

A consciência da juventude tornou-se um fenômeno geral e banal após a guerra de 1914, em que os comandantes da frente de batalha se opuseram em massa às velhas gerações de retaguarda. Daí para frente, a adolescência se expandia, empurrando a infância para trás e a maturidade para frente. Passamos de uma época sem adolescência a uma época em que a adolescência é a idade favorita. Deseja-se chegar a ela cedo e nela permanecer por muito tempo.

Pôde-se perceber que durante séculos, até o final do século XIX, não havia uma distinção entre crianças e adolescentes, o que não significa que não existisse uma cultura adolescente ou que a adolescência não fosse considerada como uma fase particular do desenvolvimento. Como foi descrito anteriormente, essa situação alterou-se completamente com as transformações do século XVIII, em decorrência da industrialização, e dos valores da época que fez com que a formação e o estudo passassem a ter uma relevante importância na cultura social, retardando a incorporação dos adolescentes ao status adulto, dando origem a

um novo grupo que desenvolve seus próprios hábitos, maneiras e que enfrenta problemas peculiares. (PALÁCIOS; OLIVA, 2004)

Os autores ainda acrescentam que, embora os filhos dos operários tenham continuado a se incorporar ao mundo do trabalho em idades precoces, os filhos das classes médias e altas permaneceram nas escolas, que aumentaram em número. No final, os filhos dos operários também foram se unindo a este estilo de vida, quando, segundo avança o século, foi se introduzindo o conceito de escolaridade obrigatória, que foi se prolongando até chegar à atualidade.

Assim, a adolescência surge mais nitidamente no final do século XIX e início do século XX. O autor Reis e a autora Zione, ambos com experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, principalmente saúde do adolescente, afirmam que a adolescência teve, na escola e no exército, seus elementos concretos de formação. (REIS; ZIONE, 1993) Os autores apontam ainda que foi por meio da observação dessas duas instituições que a sociedade moderna pôde compor a adolescência como uma nova realidade psicológica.

Sobre essa nova realidade psicológica pode-se descrever que desde o advento do século XX, tem se dado atenção especial ao período do desenvolvimento humano chamado de adolescência, com uma enorme quantidade de literatura sobre essa fase, demonstrando o profundo e sólido interesse manifestado por psicólogos, educadores, médicos, advogados e outros, que perdura até os dias atuais.

Em relação ao que já foi dito anteriormente, torna-se necessário fazer uma breve distinção entre os termos adolescência e puberdade², pois eles possuem um significado e um alcance bem diferente.

Os autores franceses Philippe Jeammet e Maurice Corcos (2005), ambos do Departamento de Psiquiatria do Adolescente em Paris, colocam em questão a referência biológica que distingue a adolescência da puberdade. Para eles, o início da adolescência define-se usualmente com ênfase no aspecto biológico, no começo do processo de maturação sexual (puberdade); no entanto, a definição do término da adolescência é sociológica, pois o adolescente passa a ser adulto no momento em que consegue sua independência do núcleo familiar, basicamente definido por uma independência do tipo econômica.

² Esta pesquisa não vai mostrar detalhes sobre as mudanças físicas da puberdade e, sobre o desenvolvimento e funcionamento dos aparelhos genitais masculinos e femininos, nesta fase, porém o leitor que quiser fazê-lo pode encontrar essas informações nos autores. (HEIDEMANN, 2006; MUUSS, 1971; PALÁCIOS; OLIVA, 2004)

Palácios e Oliva (2004) também destacam que a puberdade pode ser entendida como um conjunto de mudanças físicas que ao longo da segunda década da vida transformam o corpo infantil em um corpo capacitado para a reprodução. Já a adolescência é um período psicossociológico que se caracteriza pela transição entre a infância e a idade adulta. Para os autores, a puberdade é um fenômeno universal para todos os membros de nossa espécie, como fato biológico, sendo um importante momento do nosso desenvolvimento maturacional. Por sua vez, a adolescência é um fato psicossociológico, não necessariamente universal, e que não necessariamente adota em todas as culturas o mesmo padrão de características que adota a nossa. E concorda-se, aqui, com o posicionamento e o conceito de adolescência denominado pelos autores.

O limite cronológico superior da adolescência não é claramente determinado como a puberdade, desde que não há fenômenos fisiológicos objetivos que possam ser usados para definir o término da adolescência. Fenômenos sociais observáveis como independência econômica, êxito no emprego e casamento podem ser úteis, porém, necessariamente não indicam maturidade fisiológica, também não há nenhum acordo no tocante à importância relativa de cada um desses fenômenos supracitados e finalmente, o significado psicológico e até mesmo sociológico de tais fenômenos difere de acordo com o ambiente sociocultural; dessa forma, determinar quando a fase adulta, a maturidade, a autodeterminação e a independência financeira foram alcançadas, depende da definição que estes termos possuem em uma determinada estrutura social.

Como exemplo, aqui se pode citar as sociedades ditas primitivas, onde o período da adolescência pode ser muito breve e terminar pelos rituais de iniciação, depois dos quais o sujeito atinge o status adulto. Em contraste com este exemplo de curta adolescência, Hall (1916) citado por Muuss (1971) escreveu que a adolescência vai até os 25 anos de idade. Mas, só é possível falar sobre o término da adolescência em termos de idade cronológica, se o ambiente sociocultural for especificado.

Entretanto, como diz Kuhlen (1952 apud MUUSS, 1971), se a adolescência é o período de ajustamento sexual, social, ideológico e vocacional, e de luta pela emancipação dos pais; portanto, do ponto de vista psicológico, o critério do término da adolescência não é tanto uma determinada idade cronológica, como o grau que se alcançou tais ajustamentos. Uma pessoa que se casa sem formação universitária, consegue um bom emprego e se torna autossuficiente financeiramente, tem mais probabilidade de ter atingido a maturidade, do que um indivíduo que entra para a Universidade, sustentado pela família e o oposto também, pois

uma pessoa pode ser velha no sentido cronológico, mas apresentar ainda características sociais e comportamento de adolescente.

A enfermeira Heidemann, pesquisadora na área da saúde do adolescente brasileiro, assinala que nos dias atuais, no Brasil, se analisarmos que o processo de adolecer pressupõe o amadurecimento corporal, sexual, cerebral, psicológico, social e profissional, pode-se dizer que a adolescência inicia-se na puberdade, por volta dos 10 anos, com as primeiras alterações corporais e comportamentais, e finaliza-se quando o sujeito assume sua identidade pessoal e profissional. Os 20 anos, ou onde terminam as etapas iniciais de formação profissional e independência financeira dos pais, seria o final da adolescência. (HEIDEMANN, 2006)

A autora ainda conclui que a adolescência, em nossa sociedade, termina junto à formação escolar e à entrada no mercado de trabalho, mas aqui cabe uma ressalva, pois nem todos os adolescentes brasileiros fazem parte desta realidade, indistintamente.

Becker (2003), pediatra brasileiro com formação em medicina do adolescente, destaca que no Brasil há cerca de 190 milhões de habitantes e, considerando a adolescência como faixa etária de 10 a 20 anos de idade, tem-se em torno de 30 milhões de sujeitos neste grupo. Dessa forma, observa-se que o autor também define a adolescência, no Brasil, a faixa etária de 10 a 20 anos.

Contudo, se forem indispensáveis normas aproximadas de idade, as seguintes sugeridas pelos autores podem ser apropriadas, pelo menos no Brasil, ou seja, pré-adolescência de 10 a 14 anos, que inclui o início das mudanças puberais e, a adolescência propriamente dita, de 15 a 20 anos. Sendo assim, o recorte privilegiado nesta pesquisa será a faixa etária considerada como a adolescência propriamente dita: de 15 a 20 anos.

2.2 ADOLESCÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES DOS PRINCIPAIS TEÓRICOS

Os teóricos discutidos nesta pesquisa foram selecionados de acordo com os seguintes critérios. Primeiramente, deu-se importância principal às posições teóricas que oferecem explicações e predições diferentes em relação à adolescência, pois, posições basicamente diferentes, contribuem com novas ideias para a compreensão da adolescência e, também, deu-se certa atenção à frequência com que cada teoria é objeto de referência ou citação em publicações recentes sobre o assunto.

Dessa forma, tem-se como foco as contribuições dos principais teóricos que estudaram a adolescência desde os mais pioneiros no assunto até os mais contemporâneos. Suas teorias serão divididas em quatro vertentes, a saber: Biogenética; Psicanalítica; Psicogenética e Antropológica Cultural e Psicossocial. Importante destacar que serão enfatizados os aspectos mais relacionados com os processos envolvidos na dinâmica evolutiva do adolescente.

2.2.1 Vertente biogenética

No terreno psicológico, foi o americano Granville Stanley Hall (1844-1924) o pioneiro nos estudos sobre adolescentes, por ter sido o primeiro teórico a sugerir esta etapa do desenvolvimento humano como uma área de conhecimento específico, tornando-se reconhecido em sua época, por inserir em seus métodos científicos a coleta de dados por meio de questionários e diários como fonte de estudos sobre o adolescente, o que lhe vale até hoje a denominação de pai da Psicologia da Adolescência. (MUUSS, 1971)

Sua obra *Adolescence* foi escrita em 1904 e nela expunha seu pensamento, muito influenciado pela obra de Charles Robert Darwin (1809-1820), que foi um naturalista britânico, pesquisador das mais remotas espécies de vida, que alcançou fama ao convencer a comunidade científica da ocorrência da evolução da espécie e propor uma teoria para explicar como ela se dá por meio da seleção natural.

Também sofreu influência da Teoria da Recapitulação, ou seja, Lei da Recapitulação Ontofilogenética, mais conhecida pela expressão “A ontogenia recapitula a filogenia”. É uma teoria da biologia proposta pela primeira vez por Ernst Haeckel, que a designou por lei biogenética. A *ontogenia* refere-se ao desenvolvimento dos embriões de uma dada espécie, e a *filogenia* refere-se à história evolucionária das espécies. A teoria defende que o desenvolvimento do embrião de uma dada espécie repete o desenvolvimento evolucionário da espécie.

A Teoria da Recapitulação afirma que o desenvolvimento do ser humano depende de fatores fisiológicos, predeterminados geneticamente. O processo de maturação, crescimento e comportamento de cada indivíduo seriam predominantemente influenciados por estas forças internas, que exercem a mesma influência nos comportamentos característicos de cada estágio do desenvolvimento humano, independente da cultura na qual o indivíduo está inserido. Dessa forma, neste contexto teórico, eventuais problemas de comportamento de um adolescente

devem ser compreendidos como naturais, pois são contextualizados na fase primitiva do homem e necessários para seu desenvolvimento.

Portanto, para Hall a adolescência representava um momento crítico no desenvolvimento humano por corresponder ao momento da evolução da espécie humana que supunha a passagem da selvageria para o mundo civilizado. Essa sobreposição da adolescência entre a infância e a idade adulta tingiria esse período de tensões e sofrimentos psicológicos, devido aos conflitos entre os impulsos do adolescente e as demandas feitas pela sociedade.

Assim, Hall sugeriu que pais e educadores deveriam aceitar e permitir quaisquer problemas de comportamento do adolescente, pois estes desapareceriam naturalmente no próximo estágio de desenvolvimento, como na evolução da espécie humana. Porém, antropólogos e sociólogos contestaram suas afirmações de que os fatores socioculturais não exerciam nenhuma influência no desenvolvimento humano, mediante evidências provenientes de estudos realizados em diferentes culturas. Além disso, pode-se especular que há uma certa contradição ao se propor simultaneamente que a experiência do ser humano, ao longo da história, veio a compor seu material genético, e que seu comportamento, em contrapartida, não depende de fatores culturais.

Os principais estágios do desenvolvimento humano, segundo o teórico, se dividem em quatro etapas:

- 1) *Primeira infância*
- 2) *Infância*
- 3) *Juventude*
- 4) *Adolescência*

A *primeira infância* constitui-se nos quatro primeiros anos de vida, e reflete a trajetória do que viria a ser a espécie humana por um período anterior à sua gênese, pois, nesta etapa, a criança faz uso de “quatro pernas” para se locomover, o que é latente em uma espécie primitiva. Passando por esse estágio, a criança desenvolve habilidades sensório-motoras fundamentais para a sua sobrevivência.

A etapa denominada *infância*, por Hall, dura dos 4 aos 8 anos de idade, onde o comportamento da criança é caracterizado por jogos de esconde-esconde, pega-pega, construção de pequenos abrigos e outros desse mesmo tipo. O autor supracitado traçou aqui nesta etapa, um paralelo entre essas tendências de inclinação do homem caçador e pescador na época em que essas atividades predominavam.

Já a *juventude* dura dos 8 aos 12 anos e, é descrita como um reflexo da época de grande desenvolvimento para a espécie humana, onde a criança demonstra uma significativa predisposição para a aprendizagem, disciplina e adaptação.

Finalmente, a *adolescência* tem início na puberdade, por volta dos 12 anos e perdura até os 25 anos de idade, quando a maturidade é atingida. Essa etapa é caracterizada pela inconstância de sentimentos, muitas vezes contraditórios, com estados de euforia e estados depressivos. Observa-se também nesta etapa vestígios do egocentrismo infantil, em contraste a um crescente idealismo altruísta.

Hall comparou essa etapa do desenvolvimento humano, como um período turbulento da espécie humana, mais especificamente como o período de *Tempestade e Tormenta*, da literatura alemã; sendo assim, esse período abriu espaço a um movimento literário de idealismo, conflitos, paixão, revolução contra as tradições, sofrimento e, expressão de sentimentos pessoais, o que se assemelha ao comportamento do adolescente. (MUUSS, 1971)

Ao término da adolescência, quando o sujeito alcança a maturidade, acaba por refletir a espécie humana no começo da civilização moderna. Porém, segundo Muuss (1971), Hall não via o ser humano como produto final e acabado no processo de desenvolvimento, pois, no contexto teórico da psicologia biogenética proposta pelo teórico, há a possibilidade de uma continuação nesse processo, assim, pode-se questionar se isso poderia representar uma possível contradição referente à afirmação do autor de que o comportamento do ser humano é geneticamente determinado.

2.2.2 Vertente psicanalítica

Os autores de orientação psicanalítica também contribuíram para difundir essa imagem conflituosa da adolescência, proposta por Hall. Dentre esses autores, na vertente psicanalítica do estudo do desenvolvimento humano temos Sigmund Schlomo Freud (1856-1939), médico neurologista judeu-austriaco, fundador da Psicanálise, seguido por outros teóricos que se aprofundaram mais na etapa da adolescência.

Entre os teóricos, mais contemporâneos, de orientação psicanalítica, temos, por exemplo, Erik Homburger Erikson (1902-1994), que foi um psiquiatra responsável pelo desenvolvimento da Teoria do Desenvolvimento Psicossocial na Psicologia e um dos teóricos da Psicologia do desenvolvimento. No início da carreira, o interesse de Erikson esteve voltado

para o tratamento de crianças e as suas concepções de desenvolvimento e de identidade influenciaram as pesquisas posteriores, nomeadamente sobre a adolescência. A ele se deve a expressão *crise de identidade*, que vamos tratar mais adiante.

Temos também Maurício Knobel, psicanalista argentino, professor titular do Departamento de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da PUC Campinas-SP, autor de inúmeros artigos e diversos livros sobre adolescência, sendo figura de renome internacional e Arminda Aberastury, pioneira do estudo da adolescência na Argentina, foi membro titular da Associação Psicanalítica Argentina e Professora em Ciências da Educação, exercendo profunda influência em toda uma geração de psicanalistas da infância e adolescência.

Erikson, Knobel e Aberastury tenderam a levar em consideração a importância dos fatores sociais no processo de desenvolvimento, mas, como foi citado anteriormente, mantiveram a importância dos fatores psíquicos e o enfoque na adolescência como fase de crises psicobiológicas

No ano de 1909, Hall convidou Freud para apresentar sua teoria de desenvolvimento psicosexual em uma série de palestras em uma universidade americana e, de acordo com Muuss (1971), essa foi a primeira vez que Freud foi academicamente reconhecido nos Estados Unidos. Apesar de predominantemente diferentes, as duas teorias apresentam alguns pontos em comum, como a universalidade de seus aspectos.

Embora Freud não tenha dado ênfase ao estudo da adolescência em si, disponibilizou, em sua teoria do desenvolvimento da personalidade, os elementos necessários e fundamentais para que outros autores se aprofundassem nesse assunto. Sua teoria do desenvolvimento psicosexual da personalidade será descrita brevemente nesta sessão, sendo dada maior ênfase aos autores que estudaram a adolescência mais profundamente, dentro da vertente psicanalítica.

Freud descreveu o desenvolvimento da personalidade em quatro fases:

- 1) *Fase oral*
- 2) *Fase anal*
- 3) *Fase fálica*
- 4) *Fase genital*

A *fase oral* de 0 a 2 anos de idade, aproximadamente, consiste no período em que a área que proporciona prazer é a bucal, por meio da ingestão de alimentos. A *fase anal* de 2 a 4 anos, aproximadamente, é a área de erotização do ânus, e a criança, ao adquirir controle dos esfíncteres anal e uretral, encontra neste uma nova fonte de prazer. Na *fase fálica* de 4 a 6 anos aproximadamente, a atenção da criança se dirige à fase genital. Pondera sobre as

diferenças genitais entre meninos e meninas. Surge também nesta fase o chamado Complexo de Édipo, processo pelo qual o menino tem sentimentos de atração pela mãe e percebe o pai como rival, enquanto que a menina passa pelo mesmo processo, mas tem o pai como objeto de desejo. Quando, superada esta fase, identifica-se com o pai ou a mãe antes percebido como rival e direciona sua libido para o meio social e cultural. Os meninos, em geral, desenvolvem um interesse narcísico pelo próprio pênis e, atribuem sua ausência nas meninas como consequência de uma castração, desenvolvendo o temor da mesma. As meninas, assim, desenvolvem a inveja do pênis dos meninos, desenvolvendo então o chamado complexo de castração. (FREUD, S., 1997)

O período de latência ocorre dos 6 aos 11 anos, aproximadamente, e não é uma fase do desenvolvimento humano, pois a libido não se organiza em área alguma, assim o interesse sexual diminui e a libido mantém-se na produtividade escolar e no âmbito social. Já na *fase genital*, que se inicia por volta dos 11 anos, aproximadamente, há o retorno dos impulsos sexuais, mas esta agora tem como objeto de desejo o outro, e não mais o próprio corpo ou a figura materna ou paterna. Sigmund Freud (1997), destaca que neste ponto do desenvolvimento a identidade sexual do adolescente revela-se consciente e, neste período, o jovem precisa elaborar o luto de sua identidade infantil e dos pais infantis. Entretanto, o autor não elaborou de forma profunda seus estudos na fase da adolescência, oportunizando a outros autores de assim fazê-lo.

Dessa forma, foi justamente Anna Freud (1895-1982), filha mais nova de Freud, conhecida como uma das personalidades mais importantes da psicanálise infantil, a única a seguir os passos do pai, no campo da psicanálise, sendo intérprete e defensora constante de suas teorias. A autora aprofundou os estudos de seu pai, dando um maior enfoque à adolescência. (FREUD, A., 1983)

Anna Freud destacou a puberdade como fator formador de caráter nessa fase, afirmando que o desenvolvimento psicológico afeta diretamente o desenvolvimento psíquico do indivíduo e, nesse processo, forças libidinais são despertadas novamente, desequilibrando o estado psíquico, o qual torna-se turbulento e apresenta conflitos. Portanto, o desafio do adolescente é realçar o equilíbrio; buscando harmonia na inter-relação ego (que é governado pelo princípio de realidade), superego (consciência) e id (impulsos instintivos). Aqui, vamos discorrer brevemente sobre essas três estruturas estudadas por Sigmund Freud (1997).

De acordo com a teoria estrutural da mente, o id, o ego e o superego funcionam em diferentes níveis de consciência. Há um constante movimento de lembranças e impulsos de um nível para o outro.

O id é o reservatório inconsciente das pulsões, as quais estão sempre ativas. Regido pelo princípio do prazer, o id exige satisfação imediata desses impulsos, sem levar em conta a possibilidade de consequências indesejáveis.

O ego funciona principalmente em nível consciente e pré-consciente, embora também contenha elementos inconscientes, pois evoluiu do id. Regido pelo princípio de realidade, o ego cuida dos impulsos do id, tão logo encontre a circunstância adequada. Desejos inadequados não são satisfeitos, mas reprimidos.

Apenas parcialmente consciente, o superego serve como um censor das funções do ego, contendo os ideais do indivíduo derivados dos valores familiares e sociais, sendo a fonte dos sentimentos de culpa e medo de punição.

No contexto dessa dinâmica, os conflitos possuem raiz na intensidade dos impulsos do id, provenientes dos processos físicos e endocrinológicos na adolescência, no modo como o ego administra os impulsos libidinais, que por sua vez, dependem do desenvolvimento do superego e do treinamento do caráter no período de latência, e, finalmente, nos mecanismos de defesa adotados pelo ego.

Nas diferentes fases de desenvolvimento do indivíduo a dinâmica id, ego e superego apresentam-se diferentemente. Assim, na infância, a criança tem seus impulsos do id inibidos principalmente pelo medo de ser punida pelos pais. O fato de seus pais a recompensarem tanto psicologicamente como fisiologicamente também influencia seus atos. No período de latência, os princípios e valores dos pais ou outras pessoas percebidas como autoridade são assimilados pela criança e conseqüentemente tornam-se parâmetros para o discernimento do certo e do errado. Dessa forma, quando seu comportamento é incoerente com esses valores, sentimentos de culpa vêm à tona. O medo do mundo externo, decorrente na infância, é substituído pela ansiedade do apego, formada por meio da identificação e internalização de valores provenientes das pessoas com as quais se identifica e considera como autoridade.

Já na adolescência, forma-se um novo conflito para o ego, movidos pelos impulsos do id provenientes dos processos ativos da puberdade e simultaneamente inibido pelos valores internalizados do superego. Percebe-se que, enquanto, na infância a frustração é externa em decorrência da interferência dos pais na inibição de impulsos, na adolescência essa frustração manifesta-se internamente e, assim, as inibições provêm do superego. Essa mudança do

controle externo para o interno provoca o desequilíbrio psíquico, provavelmente responsável pelos eventuais comportamentos agressivos e exibicionistas característicos do adolescente.

Durante esse estado de desequilíbrio originado pelo ressurgimento de impulsos do id, podem ocorrer regressões para estágios anteriores, o que a autora denominou como o segundo Complexo de Édipo, que possui as mesmas características do primeiro como: inveja do pênis nas meninas e medo da castração nos meninos. Nesse caso, os impulsos são geralmente inconscientes e apaziguados por fantasias e, conseqüentemente, o superego ativa os mecanismos de defesa, os quais revertem os impulsos libidinais e provocam ansiedade, neuroses e medos.

Observa-se que a abordagem de Anna Freud centra-se principalmente em um desenvolvimento de natureza patológica, descrevendo de forma limitada um desenvolvimento sexual saudável. Em relação a isso, a autora realiza duas observações quanto a possíveis ameaças. Na primeira observação, assinala que o id pode derrotar o ego, o que levaria o adolescente a ser direcionado predominantemente por uma satisfação de instintos, perdendo, portanto as características de sua personalidade adquiridas em estágios anteriores. Na segunda, indica que o ego pode derrotar o id e mantê-lo sob controle rígido através dos mecanismos de defesa.

Assim, a autora aponta dois mecanismos de defesa nesse conflito, sendo eles o asceticismo e a intelectualização. No asceticismo, o adolescente desconfia de todos os seus instintos e desejos e, essa desconfiança, se propaga para seus hábitos de alimentação, de dormir e de se vestir, indo significativamente além da sexualidade. Na intelectualização, o adolescente transfere seus interesses para pensamentos abstratos e intelectuais, para se defender dos instintos sexuais. O ego que adota esse mecanismo, ao resistir duramente aos impulsos da libido, tende a permanecer inflexível, mesmo quando a realidade exige que assim o seja.

Anna Freud destaca que uma dinâmica de harmonia entre o ego, id e superego é plausível, mas excessivamente remota, considerando-a até mesmo anormal durante a fase da adolescência. Portanto, conclui que um adolescente considerado normal seria em si mesmo uma anormalidade.

Erik Erikson também deu muita importância à adolescência, e ainda que seja um autor de orientação psicanalítica, sofreu influência das descobertas da antropologia cultural.

O autor em sua obra de 1959 (apud MUUSS, 1971) afirma que o elemento central no desenvolvimento da personalidade é o estabelecimento da identidade do ego. O processo pelo qual a identidade é estabelecida pode variar em sociedades com culturas diferentes. Ao fazer

esta afirmação, o autor claramente desvia do âmbito da teoria psicosssexual de Freud (1997) e da Psicologia Biogenética de Hall. (1916 apud MUUSS, 1971)

Para Erikson (1959) citado por Muuss (1971), o homem passa por oito idades, e em cada uma dessas idades enfrenta um novo conflito. Se este conflito for resolvido, seu ego pode incorporar elementos positivos e prosseguir seu desenvolvimento, mas, caso contrário, pode incorporar elementos negativos, o que atrasaria o processo.

O teórico define a adolescência como crescimento corpóreo, maturidade genital e consciência sexual, onde o adolescente é confrontado com aquilo que chama de *revolução fisiológica*, um conflito interior ameaçador à identidade de seu ego. Deste ponto em diante o adolescente começa a se preocupar com o como os outros o veem, em contraste a como ele mesmo se vê. Nessa fase, o adolescente precisa estabelecer uma identidade do ego positiva e dominante.

Erikson (1959 apud MUSS, 1971) afirma que o estudo da identidade é tão importante quanto foi o estudo da sexualidade de Freud. Para o adolescente, a identidade está interligada ao desenvolvimento sexual. Destaca que a construção da identidade do ego é considerada a tarefa mais importante da adolescência, o passo crucial da transformação do adolescente em adulto. Afirma também que o adolescente, independente de sua cultura, necessita receber reconhecimento constante e significativo em suas conquistas, ou seja, apesar dos diferenciais existentes em cada cultura, esse aspecto da valorização e reconhecimento das conquistas mostra-se como um elemento comum nas diferentes culturas.

A seguir, serão descritas as oito etapas do desenvolvimento humano, de acordo com o teórico, em ordem cronológica, sendo que será dada uma maior ênfase à etapa da adolescência. Essas etapas são:

- 1) confiança versus desconfiança (sensório-oral);
- 2) autonomia versus vergonha e dúvida (muscular-anal);
- 3) iniciativa versus culpa (genital-locomotora);
- 4) produtividade versus inferioridade (latência);
- 5) identidade versus difusão de papéis (adolescência);
- 6) intimidade versus isolamento (início da fase adulta);
- 7) generatividade versus estagnação (fase adulta);
- 8) integridade do ego versus desgosto, desespero (maturidade).

Observa-se que as descrições em parênteses podem ser facilmente equiparadas aos estágios de Sigmund Freud (1997).

Na primeira etapa, a criança vivencia o conflito entre a *confiança versus desconfiança* (sensório-oral), sendo que a primeira tarefa do ego é solucionar esse primeiro conflito. A confiança se estabelece na criança por meio da qualidade da relação materna. Quando há o devido cuidado afetivo e fisiológico para com as necessidades da criança, juntamente com a aceitação da mesma, será formada a base para a formação de sua identidade. Portanto, a criança que vivencia esse tipo de relação não terá maiores problemas para suportar as frustrações no contexto social, reforçando que a confiança prevalece sobre a desconfiança.

Durante a segunda etapa, os estados interiores da criança dividem-se entre *autonomia versus vergonha e dúvida* (muscular-anal). O sujeito pode atribuir diferentes significações hostis ou moderadas, e positivas ou negativas, às suas ações de autonomia. Este fato sugere a necessidade de um controle externo firme, mas tranquilizador. Para ilustrar o conflito desta idade, cita-se como exemplo o cenário no qual a criança é encorajada a ficar em pé sozinha e, assim, exercitar sua autonomia. Ao mesmo tempo a criança deve ser acolhida e incentivada nas experiências de fracasso, para que estas não se tornem eternas geradoras de vergonha e dúvida.

A terceira etapa é descrita por sentimentos de *iniciativa versus culpa* (genital-locomotora). Por sua vez, a criança, que obteve sucesso na fase anterior e já desenvolveu a autonomia, torna-se capaz de arriscar novos movimentos, explorar o mundo ao seu redor, frequentemente surpreendendo os adultos. Não somente demonstra autonomia, mas adiciona a ela a iniciativa, planejando-a e organizando-a. Sente prazer em ser ativa. Entretanto, o conflito surge com sentimentos de culpa em relação à ação planejada, a qual muitas vezes revela-se agressiva e excede os limites. No relacionamento entre pais e filhos, é necessário que os pais disponibilizem explicações sobre o senso de responsabilidade moral na sociedade, para que a criança possa se regular e fazer bom uso de sua iniciativa, sem se submeter à culpa castradora.

Produtividade versus inferioridade (latência) são características da quarta etapa, onde a criança começa a associar o valor que lhe é dado pelas suas produções. Assim, faz uso de suas habilidades e de todas as ferramentas disponíveis para alcançar esse novo objetivo. Entre essas ferramentas pode-se citar lápis, borracha, caderno, entre outros. Os obstáculos que provavelmente encontra nessa etapa são os sentimentos de inferioridade com relação aos colegas. Alguns professores ou mesmo colegas podem valorizar mais os trabalhos das crianças que possuem condições socioeconômicas privilegiada para comprar os melhores materiais, ou até mesmo discriminar o trabalho de determinadas crianças em uma atitude preconceituosa. Portanto, a criança corre o risco de identificar-se com as ferramentas e utensílios escolares que lhe pertencem, sejam esses bons ou ruins, caros ou baratos, e também

com suas características físicas, como altura e cor de pele. Pode passar a perceber essas características como fatores que definem seu valor mais do que seu próprio desejo de aprender.

A quinta etapa ocorre no início da juventude onde a principal crise enfrentada pelos adolescentes é a de *identidade versus confusão de papéis* (adolescência), denominada por Erikson (1976) como *crise de identidade*. Em decorrência da puberdade, por exemplo, o crescimento rápido e repentino do corpo e a maturação dos órgãos genitais, a continuidade e o equilíbrio estruturantes atingidos até então são significativamente abalados. Toda a confiança da criança depositada em sua identidade por meio da autonomia, iniciativa e produtividade, nesta quarta etapa, focaliza-se, na opinião das outras pessoas a seu respeito.

Na busca de redefinir sua identidade, o adolescente passa por conflitos de etapas anteriores, muitas vezes percebendo pessoas de boa intenção como adversários, inspirado em ídolos ou ideologias. Quando reintegra todas as experiências vivenciadas no passado e no presente, relacionando-as com sua busca ideológica e consegue solidificar esses fatores como sua imagem perante os outros, provavelmente tem sucesso no processo de busca por sua identidade.

Nesta quinta etapa, a grande dificuldade encontrada está no sentimento de confusão de papel. Muitos adolescentes sentem-se incapazes de encontrar uma identidade ocupacional fixa, por isso, frequentemente chegam a perder sua própria identidade, projetando a imagem difusa do ego em líderes de um determinado grupo, heróis das multidões ou na pessoa amada. Essa fase caracteriza-se por esse sentimento de paixão, o adolescente se vê refletido nos outros e vai gradualmente se autodefinindo.

O adolescente, nesta etapa, também chega ao extremo de excluir e discriminar todos aqueles que não fizerem parte de seu grupo específico, o que Erikson (1959 apud MUUSS, 1971) admite ser uma defesa contra um sentimento de uma possível confusão de identidade. Quando se encontra com a identidade confusa ou perdida, como, por exemplo, os jovens alemães na época do pós-guerra, na gênese do Nazismo, torna-se solo fértil para a proliferação de doutrinas totalitárias. Uma identidade com liberdade de escolha traz mais dificuldades para ser atingida, pois não oferece um modo de ser já pronto. Nesta identidade democrática, o adolescente precisa construir a própria definição de si mesmo.

Então, a identidade do ego é obtida quando há a integração das aspirações ideológicas e vocacionais com qualidades construídas em conflitos anteriores e a segurança perante sua continuidade na percepção dos outros. Relacionamentos íntimos, assim como amizades profundas e relações afetivas íntimas e sexuais, poderão ser vivenciados, sem riscos para a

perda de identidade do ego, apenas quando o adolescente adquirir a integração dos aspectos supracitados.

A sexta etapa, denominada *intimidade versus isolamento* (início da fase adulta), será o próximo conflito vivenciado pelo jovem. Dessa forma, assim que tem sucesso em conseguir sua própria identidade, o adulto jovem busca associá-la a outras por meio de relacionamentos mais profundos. Se sua identidade foi devidamente estruturada e integrada, encontra-se preparado para amizades íntimas e relações afetivas íntimas e sexuais profundas. Quando isso não acontece o jovem tende a se isolar e se distanciar das pessoas com as quais pode ter relacionamentos mais profundos, o que o torna suscetível a sérios problemas de caráter no mundo adulto. Podem até haver tendências para destruir relacionamentos com potencial para uma intimidade maior. Será impedido, então, de alcançar a verdadeira genitalidade, a capacidade desimpedida de desenvolver uma capacidade orgástica livre.

Após superar o conflito da fase anterior, o adulto se vê diante de um novo conflito, agora denominado nesta sétima etapa de *generatividade versus estagnação* (fase adulta). A generatividade ocorre quando o indivíduo se dispõe de sua experiência de vida para instruir e guiar uma nova geração, mostrando-se ativo em sua produtividade e criatividade para atingir esse objetivo. Na ausência de uma inclinação para a generatividade, o sujeito regride a um estado de pseudointimidade, sentindo-se muitas vezes estagnado e com uma sensação de infertilidade. As causas para esta situação, segundo o autor, encontram-se provavelmente na primeira fase da infância, em um amor próprio além dos limites de uma personalidade que teve problemas de desconfiança (primeira etapa descrita por Erikson), e que agora demonstra ausência de confiança nos outros.

Na oitava e última etapa, o indivíduo superou os conflitos anteriores e adaptou-se às dificuldades das situações de conflito de forma positiva e atinge o *estado de integridade do ego* (maturidade), o qual implica também um estado de integridade com a sua cultura e civilização, na qual está ciente de sua contribuição e participação única. Nesta significação para sua existência, percebe a morte como parte da vida, e não como um fator aterrorizante. Quando não atinge a integridade do ego, o indivíduo revela-se descontente com a vida, perde-se em sentimentos de desesperança, os quais bloqueiam qualquer possibilidade de alcançar a sua integridade, assim, é necessário atingir a integridade de seu ego para se realizar de forma completa em sua vida.

Também com estudos na área da adolescência, Knobel e Aberastury, autores contemporâneos que procuraram manter o enfoque psicanalítico, enfatizam na obra de 1992, que apesar da relevância dos fatores socioculturais e econômicos na manifestação da

adolescência, o caráter psicobiológico desta fase não pode ser ignorado, pois o caracteriza, em contrapeso, como fenômeno universal. Portanto, deve-se considerar ambas as dimensões: psicobiológica e sociohistórica.

Dessa forma, os autores assinalam que a adolescência pode ser percebida como um processo psicobiológico vivenciado por todo ser humano, mobilizado por forças físicas e psicológicas. O adolescente se vê obrigado a reformular o conceito de si mesmo, desfazer-se de sua autoimagem infantil e se adaptar às mudanças internas e todas as implicações sociais decorrentes dessa dinâmica. Precisa vivenciar um processo de luto pelo corpo, pelos pais e pela identidade infantil para consolidar a nova identidade que as vivências durante a puberdade trarão. Afirmam que esta fase é vista como um período patológico normal, no qual o adolescente vivencia sintomas muitas vezes psicopáticos, fóbicos, maníacos, entre outros. Também destacam que a manifestação desses sintomas é necessário nesta fase, o que torna esta conduta, até certo ponto patológica, característica da evolução normal do ser humano.

Assim, os autores supracitados traçam um paralelo teórico com Anna Freud (1983) sugerindo uma considerável dificuldade em discernir o normal do patológico na adolescência. Anna Freud (1983) afirma que uma estabilidade ou equilíbrio na fase da adolescência seria certamente anormal. Já Erikson (1976), destaca que mais especificamente o conflito característico da fase adolescente, denominada *identidade versus confusão de papel* (crise de identidade), também justifica a afirmação de Aberastury de Pichon Riviere e Knobel (1992) de que a instabilidade, o processo de luto, os conflitos e eventuais sintomas patológicos característicos desta fase no desenvolvimento humano são naturais e necessários. Dessas afirmações surge o termo contraditório, formulado pelos autores de *síndrome da adolescência normal*. (ABERASTURY DE PICHON RIVIERE; KNOBEL, 1992)

Os autores ainda definem algumas características para a adolescência, que serão discutidas logo abaixo, sendo elas:

- a) a busca de si mesmo e da identidade;
- b) tendência a agrupar-se;
- c) necessidade de intelectualizar e fantasiar;
- d) crises religiosas;
- e) falta de localização no tempo;
- f) revolução sexual desde o autoerotismo até a heterossexualidade;
- g) atitude Social e Reivindicatória;
- h) contradições sucessivas em todas as manifestações das condutas;
- i) separação progressiva dos pais;

j) constantes flutuações nos estados de humor e ânimo.

A primeira característica definida pelos autores (ABERASTURY DE PICHON RIVIERE; KNOBEL, 1992) da adolescência é *a busca de si mesmo e da identidade*. Após o nascimento, começam a surgir as ansiedades e os conflitos básicos que direcionarão a criança rumo à sua evolução e desenvolvimento. A identidade é continuamente formulada em cada etapa evolutiva e enfatiza a importância temporal da infância e da adolescência não somente como períodos preparatórios para a maturidade, mas individualmente relevantes.

A maturação dos órgãos genitais e a capacidade de procriar surgem como fatores novos no processo de busca pela identidade. Os efeitos psicológicos e fisiológicos desta maturação, juntamente com os mecanismos de defesa envolvidos irão progressivamente definir a personalidade do jovem. Pode-se aqui perceber que a teoria de Erikson (1959 apud MUUSS, 1971), vista anteriormente, demonstra similaridades com esses aspectos.

Nixon (1961 apud MUUSS, 1971), também compartilha dessas similaridades e vai mais além, quando contribui com o conceito de autocognição, que se resume na formação do conceito que o jovem faz de si mesmo, depois de passar pelas turbulências da adolescência. Este pode ser definido como a consciência de sua unicidade psicobiológica e social na cultura em que vive tendo características únicas não somente nesta fase, mas em todas as fases do seu desenvolvimento.

Aberastury de Pichon Riviere e Knobel (1992) apontam que na definição de si mesmo e de sua identidade, o adolescente deve considerar o conceito corporal e do *self* proporcionalmente. As mudanças fisiológicas presentes na puberdade são diversas, como: a ativação dos hormônios específicos que estimulam a maturação do sistema reprodutor e as características sexuais secundárias. Já o esquema corporal define-se como uma representação mental que o adolescente constrói em relação a seu corpo. Sua percepção é influenciada na relação de seu mundo interno com o externo. Precisa passar pelo processo de luto pelo corpo infantil perdido, o qual se revela intenso, pois as mudanças físicas ocorrem com uma considerável rapidez.

A formação do conceito do ego é estruturada na integração progressiva do adolescente com as concepções que outras pessoas, sejam de amigos ou instituições possuem em relação a ele. Nesse processo, gradualmente vai se formando o autoconceito do adolescente. Portanto, há uma necessidade de integração das experiências passadas com as demandas atuais do meio, em um processo contínuo. Erikson (1976) ecoa a ênfase na continuidade e da busca de si mesmo no processo de construção da identidade.

Aberastury de Pichon Riviere e Knobel (1992) reafirmam o que Erikson (1976) chamou de uma *moratória psicossocial*, na qual o adolescente experimenta variados papéis antes de se definir com solidez. Estes variados papéis podem ser iguais, no processo de dupla identificação dentro de um grupo, ou opostos na identificação negativa. Grindberg (1961), citado por Aberastury de Pichon Riviere e Knobel (1992), levanta a possibilidade de que, mobilizado pela inveja, o adolescente tenta ser quem não é através da identificação projetiva. Por um lado, o jovem pode ter ainda a identidade sexual perturbada, se quando bebê invejar o peito que não o satisfaz, também pode ter fantasias destrutivas e invejar atributos masculinos e femininos sem distinção. Assim, ocorreria então a identificação com o agressor, isto é, quando o adolescente se identifica com quem o agrediu na infância.

Dentro desta flexibilidade de identidades, o adolescente ainda pode adotar identidades transitórias, como o machismo ou a sedução temporária, as identidades ocasionais diante de situações novas, e as identidades circunstanciais, as quais mudam de acordo com a circunstância vivida em um determinado momento, como, por exemplo, os diferentes tipos de comportamento em casa, na escola, no clube, entre outros. Todos estes tipos de identidade podem ser eventualmente ou mesmo simultaneamente, adotados pelo jovem durante o período de adolescência, nos conflitos e dificuldades que passam como o luto pelo corpo, os pais e a identidade infantis, além da confusão de papéis.

No processo de desprendimento dos pais, uma prova significativa do início do caminho para a independência do ego seria quando o jovem vivencia pequenas depressões que o preparam para depressões e lutos mais severos, nas drásticas mudanças de personalidade que requerem reestruturações externas e internas mais permanentes. As mudanças fisiológicas externas também são de forte intensidade e de potencial causa de depressão. O adolescente encontrará forças para superar estas microdepressões e lutos, se as primeiras figuras parentais introjetadas que estruturam seu ego forem positivas.

Outra característica da adolescência seria a *tendência grupal*. Na busca da uniformidade na construção de sua identidade, o adolescente geralmente as encontra em grupos que oferecem segurança e autoestima. Por isso o espírito de grupo é tão forte entre os jovens. Eles identificam-se entre si e fortalecem uns aos outros dentro de uma identidade padrão e aceita pelo grupo. Muitas vezes, o grupo representa a possibilidade de se obter uma identidade diferente da gerada pelo meio particular.

O grupo funciona como uma transição entre a família e o mundo externo, no processo de formação da identidade. Reforça sua segurança e autoestima no grupo, passa a seguir um líder ou se torna um e vai progressivamente conseguindo sua independência dos pais e, mais

adiante do grupo, encontrando-se pronto para seguir seu caminho. Quando se une a um grupo, o adolescente encontra espaço para a sua *conduta psicopática normal*, que ocorre em função da perda do corpo e do papel infantil. (ABERASTURY DE PICHON RIVIERE; KNOBEL, 1992) Surgem manifestações de revolta, crueldade, indiferença e desafeto. No psicopata essa conduta é permanente, mas no adolescente mostra-se temporária e circunstancial.

Devido ao processo de luto que enfrenta, e a impotência diante das perdas que vivencia, o adolescente faz uso de um outro mecanismo de defesa que vem a ser a necessidade de *intelectualizar e fantasiar*, para compensar as inevitáveis perdas. Anna Freud (1983), como foi citado anteriormente, já havia sugerido a intelectualização e o pensamento fantasioso como mecanismos de defesa típicos da adolescência. O adolescente refugia-se no seu mundo interior, para se reajustar emocionalmente por meio desta intelectualização, a qual funciona como uma reformulação de seu plano de vida e também como busca de pensamentos filosóficos para explicar e possivelmente mudar o mundo. A fantasia e a criatividade do jovem se manifestam então em poemas, desenhos, atividades artísticas, culturais e poéticas.

O adolescente também passa por *crises religiosas* no seu processo de busca por uma identidade. Geralmente escolhe entre o ateísmo absoluto ou um misticismo fervoroso, muitas vezes alternando estas posições e manifestando a mutabilidade e contradição do comportamento adolescente. Esta preocupação do jovem tem raiz no confronto com a morte absoluta, seja esta de partes do seu ego corporal, ou dos pais. Oscila entre dois extremos, sendo o primeiro a fervorosidade religiosa para ter uma garantia da continuidade existencial entre si mesmo e para seus entes queridos e o segundo extremo seria uma atitude niilista, a qual pode funcionar como uma compensação de perdas dolorosas.

A *deslocação temporal* vem a ser outra característica da adolescência, onde a percepção que o jovem possui do tempo começa a adotar gradualmente características conceituais discriminativas ao longo da adolescência, devido às experiências de separação, transitoriedade interna e externa e a percepção da passagem do tempo na dimensão física. O jovem tem uma percepção quase que irracional dessa dimensão no início dessa fase, relatando urgências e procrastinações exageradas, mas, à medida que vai passando pelo processo de luto, o adolescente vai percebendo o tempo e forma gradualmente conceitual, com a aceitação do fenômeno da morte em sua vida.

Porém, este não é um processo fácil, pois aceitar a perda da infância significa aceitar a morte parcial de si mesmo e, muitas vezes, o jovem acredita que pode ter controle sobre o tempo. Este fato pode ser direcionado com o sentimento de solidão tão presente no

adolescente, quando este se tranca no quarto e isola-se do mundo exterior, na tentativa de proteger-se e ter controle sobre o tempo no mundo exterior.

Durante a adolescência, período de grande curiosidade sexual ocorre uma evolução sexual desde o *autoerotismo até a heterossexualidade*, no qual o jovem oscila entre o comportamento masturbatório e progressivos contatos físicos que poderão terminar em relações sexuais de natureza exploratória na adolescência. O adolescente começa a explorar suas próprias emoções e desejos com carícias tímidas que gradualmente evoluem para uma relação sexual completa. Entretanto, em contraste com as relações mais maduras, ocorrentes na vida adulta, as relações dos adolescentes manifestam-se mais frequentemente do que estas e são desprovidas de responsabilidades e fins procriativos.

Segundo os autores Aberastury de Pichon Riviere e Knobel (1992), as fantasias sexuais que são definidas na época do Complexo de Édipo, irão manter-se durante toda a vida, definindo a sexualidade do indivíduo. Tanto a homossexualidade quanto a heterossexualidade vão se originar na ausência ou presença do pai e no grau de fixação da mãe.

Anna Freud (1983) assinala que o ego do adolescente sofre intensas modificações determinadas pela genitalidade e entra em sérios conflitos com o id, pressionado também pelas exigências do superego, o qual é configurado pelas intervenções dos pais. Conseqüentemente, vê-se forçado a recorrer a mais mecanismos de defesa. O adolescente, durante os conflitos com os pais, vai definindo sua própria identidade na dialética entre identificações com estes e a construção de sua própria independência e unicidade. Fazendo uso de mecanismos de defesa, o adolescente evita a consumação do incesto e dá continuidade a seu processo de individuação. Caso isso não ocorra, o jovem ficará limitado a uma relação genital precoce, com uma realização sexual indefinida em uma simbiose, na qual há a consumação do incesto com a mãe e uma possível manifestação homossexual.

Por um outro lado, apesar da homossexualidade ser o resultado final da ausência do pai em seu papel e de conseqüente fixação na mãe, Fenichel (1962) citado por Aberastury de Pichon Riviere e Knobel (1992) a descreve como uma experiência transitória normal e não patológica, na condição de que aconteça em um contexto transitório de adaptação. O adolescente pode vivenciar momentos de homossexualidade, possivelmente uma manifestação de uma recusa a perder a bissexualidade no processo de identificação genital ou mantê-la como uma defesa contra o incesto.

A masturbação, que ocorre desde a primeira infância, na qual se apresenta como um caráter exploratório e preparatório para uma posterior aceitação da genitalidade, vai configurando progressivamente a imagem do aparelho genital no esquema corporal, de acordo

com o gênero do sujeito. Conforme a criança cresce e surgem outras fontes de satisfação, a atividade masturbatória diminui e na adolescência ela se intensifica com a função de negar a perda da bissexualidade e como uma reação ao processo de luto experienciado. Funciona também como um processo de aprendizagem para a genitalidade madura, com responsabilidades e características de procriação. Em suma, em sua evolução sexual, o adolescente passa por vários processos de experimentação e integração de seus órgãos genitais ao seu esquema corporal e autoconceito, descobrindo sua identidade em meios de angústias, conflitos e intensas mudanças.

Os autores ressaltam também a *atitude social reivindicatória* do adolescente, pois o processo de desenvolvimento do jovem não é restrito a fatores inerentes apenas a ele. Outras variáveis como, a constelação familiar, influem na formação da identidade do adolescente. Os pais reagem às mudanças que acontecem, e confrontam seus próprios conflitos edípicos.

Os autores Stone e Church (1959) são citados por Aberastury de Pichon Riviere e Knobel (1992) quando se referem ao processo de separação entre pais e filhos na adolescência. Ambos, pais e filhos, vivenciam a turbulência dessa fase. Considerando-se os mecanismos de defesa projetivos e esquizo-paranóides³ envolvidos no processo, os dois últimos autores concluem que a sociedade é um componente ativo nos conflitos adolescentes.

A cultura na qual o jovem está inserido tem uma influência de grande significação nos processos envolvidos na adolescência, apesar dos processos psicobiológicos comuns em todos os seres humanos. Há uma necessidade de levar em consideração as tendências e tradições culturais ao se buscar analisar e compreender a adolescência. O comportamento do jovem refletirá os mesmos processos interiores de formas diferentes, de acordo com a sua cultura.

Geralmente, o mundo adulto percebe o adolescente como uma ameaça que pode vir a ocupar o seu lugar e, assim, muitas vezes, as oportunidades são fechadas para os jovens. São criados estereótipos, com a intenção de definir, classificar, isolar e manipular o mundo adolescente. Esta tendência a criar estereótipos é proveniente de conflitos edípicos não resolvidos e remanescentes no mundo adulto. Dessa forma, além de seus conflitos internos, o

³ A esquizofrenia é uma doença mental grave que se caracteriza classicamente por uma coleção de sintomas, entre os quais avultam alterações do pensamento, alucinações (sobretudo auditivas), delírios e embotamento emocional com perda de contacto com a realidade, podendo causar um disfuncionamento social crônico. Paranóide é a forma que mais facilmente é identificada com a doença. O quadro clínico é dominado por um delírio paranóide relativamente bem organizado. Os doentes com esquizofrenia paranóide são desconfiados, reservados, podendo ter comportamentos agressivos.

adolescente ainda precisa se adaptar às incertezas e ao caos de uma sociedade predominantemente discriminante, paranóide e, muitas vezes, ilógica.

Diante desse contexto, o jovem pode ter reações comparáveis a verdadeiras atitudes de natureza psicopática. Pode também transferir seus conflitos com os pais para a sociedade e projetar sua frustração proveniente do processo de luto que atravessa no mundo externo.

Muitas vezes, o adolescente culpa os pais e a sociedade por não o tratarem mais como criança, expressando ódio e inveja de modo destrutivo, por um outro lado, também possui o potencial para, de forma revolucionária, libertar-se das limitações impostas pela sociedade, adotando uma estrutura lógica revolucionária.

Se o jovem tiver sucesso na elaboração de seus lutos, poderá iniciar-se no mundo adulto reformulando ideais construtivos e conceitos revolucionários, descobrindo novas alternativas para um mundo melhor. “É então a parte sadia da sociedade que se refugia no baluarte de uma adolescência ativa, que canaliza as reivindicações lógicas de que a própria sociedade precisa de um futuro melhor”. (ABERASTURY DE PICHON RIVIERE; KNOBEL, 1992, p. 54)

No decorrer da adolescência, pode-se observar *contradições sucessivas em todas as manifestações da sua conduta*, a qual se expressa predominantemente por meio da ação. Para organizar seus pensamentos, o jovem necessita transformá-lo em ação, devido a isso, apresenta tamanha dificuldade para expressar coerência e permanência em seu comportamento. O jovem projeta e introjeta intensamente, o que se denomina esse aspecto na adolescência como *normal anormalidade*. Um aspecto de rigidez no comportamento seria em si considerado anormal e, é isso que o diferencia do psicopata. Este último apresenta as mesmas características de forma coerente e estável.

Os adultos encontram dificuldades para entender esta instabilidade presente na busca pela identidade do adolescente. Geralmente não aceitam as identidades transitórias e circunstanciais e, illogicamente, demandam atitudes de natureza adulta dos jovens. Infelizmente não compreendem que estas identidades temporárias são necessárias para o adolescente e que os ajudam a elaborar os lutos durante esta fase.

Dentre os lutos a serem vivenciados e elaborados pelos adolescentes, destaca-se *a separação progressiva dos pais*. A natureza desse processo de separação vai depender da elaboração de experiências anteriores e presentes, provenientes do relacionamento com os pais. Como foi mencionado anteriormente, a evolução sexual ativa do adolescente não passa despercebida pelos pais. Estes inevitavelmente vivenciam temores, angústias, ciúmes e ansiedades, os quais ilustram conflitos edípicos não resolvidos.

O curso que o desenvolvimento do adolescente tomará depende principalmente da reação dos pais perante o desprendimento do jovem e os conflitos gerados no processo. Quando os pais negam o fato de que seus filhos estão crescendo e se tornando ativos sexualmente, estes os percebem de forma diretamente persecutória. Esta dinâmica é propícia a ocorrer quando há dificuldades na elaboração da fase anterior na qual a figura dos pais combinados apresenta elementos de indiferenciação e persecução na percepção da criança. Se, ao contrário, esta cena primária é percebida como amorosa e criativa com papéis definidos, apresentará menos elementos persecutórios e promoverá um processo de separação produtivo e favorecerá o amadurecimento do adolescente.

Em outros casos, quando há instabilidade e indiferenciação na percepção das figuras dos pais, o adolescente pode desvalorizá-los e se procurar identificar com figuras mais fortes e estáveis, como ídolos, heróis, professores, entre outros. Muitas vezes estabelecem relações fantasiosas com estes. Poderá também ocorrer uma identificação introjetiva, de natureza psicopática, na qual o jovem começa a viver os papéis que atribui às figuras fortes. Nesta fase de separação progressiva dos pais, para evitar uma possibilidade de uma relação edípica, os mecanismos esquizoparanóides do adolescente entram em atividade intensa. O modo como percebe os pais durante este processo depende de como as figuras destes foram introjetadas na fase anterior.

Outro aspecto presente na adolescência, o qual ocorre devido aos sentimentos de depressão e aos processos de luto característicos da adolescência é definido como as *constantes flutuações de humos e o estado de ânimo* do jovem. A intensidade e a ocorrência destas flutuações são inversamente proporcionais à elaboração dos lutos. Uma elaboração positiva tende a estabilizar mais humor e ânimo do adolescente. Durante esse processo de elaboração do luto, o jovem sofre muitas frustrações e vivencia sensações de fracasso perante a procura de satisfações muitas vezes impossíveis de serem alcançadas. Busca refúgio então em si mesmo, para processar todos esses sentimentos e elaborar seus conflitos, o que não acontece com o psicopata, o psicótico ou o neurótico. Vivencia um grande sentimento de solidão nestes momentos.

Portanto, Aberastury de Pichon Riviere e Knobel (1992) concluem em seus estudos que toda a dinâmica dos processos introjetivos e projetivos que ocorrem no adolescente causam constantes instabilidades em seu humor e ânimo, as quais são típicas e necessárias neste período. A lógica desse processo deve ser vista na ótica dos mecanismos de luto e projeção, nos quais se manifesta como microdepressões de caráter maníaco-depressivo, essenciais e preparatórias para outros conflitos a vir.

2.2.3 Vertente psicogenética

Na vertente psicogenética, temos como principal teórico o biólogo suíço Jean Piaget (1896-1980), que dedicou sua vida a submeter-se à observação científica rigorosa no processo de aquisição do conhecimento pelo ser humano.

Do estudo das concepções infantis de tempo, espaço, causalidade física, movimento e velocidade, o teórico criou um campo de investigação que denominou epistemologia genética, isto é, uma teoria do conhecimento centrada no processo de construção do pensamento da criança. Segundo ele, o pensamento infantil passa por quatro estágios, desde o nascimento até o início da adolescência, quando a capacidade plena de raciocínio é atingida.

Esse processo de construção das estruturas cognitivas é contínuo e gradual, mas possibilita a distinção de fases ou estágios diferenciados no desenvolvimento. Cada estágio caracteriza-se por determinadas estruturas de conjunto que integram as anteriores e constituem a preparação para os estágios subsequentes.

Embora possa haver uma variação na idade em que diferentes pessoas atingem cada estágio, sua ordem sequencial se mantém sempre a mesma, porque cada estágio é necessário para a construção do seguinte.

As estruturas que caracterizam os estágios se incorporam ou se integram nos estágios seguintes, formando uma nova organização, qualitativamente diferente da organização anterior, mas conservando as estruturas anteriores, a título de subestrutura.

Cada estágio inicia por um período de preparação antes de atingir o período de efetivação ou equilíbrio. Durante o período de preparação, as estruturas características do estágio encontram-se em processo de formação ou organização. Este período, também chamado de transição, caracteriza-se pelo desequilíbrio e pela utilização das novas estruturas juntamente com as estruturas anteriores. Aos poucos, a desorganização vai sendo superada pela organização das novas estruturas em um todo mais estável e equilibrado, e é justamente esta a característica do período de efetivação e equilíbrio.

Piaget (2006) distingue quatro estágios no desenvolvimento cognitivo do ser humano, sendo eles: *sensório-motor* (0 a 2 anos, aproximadamente); *pré-operatório* (2 a 8 anos aproximadamente); *operatório-concreto* (8 a 14 anos, aproximadamente) e *hipotético-dedutivo ou operatório formal* (14 anos em diante).

Logo abaixo, vamos discorrer brevemente sobre esses estágios dando uma maior ênfase ao estágio que corresponde à adolescência.

A principal característica do estágio *sensório motor* (0 a 2 anos aproximadamente), anterior a toda e qualquer forma de representação, é a inteligência prática, isto é, a possibilidade de solucionar problemas práticos pelas ações.

Logo após o nascimento do bebê, seus reflexos vão sendo ativados no contato com o mundo exterior. Esse exercício serve para consolidá-los e provocar sua transformação. O reflexo perde sua rigidez inicial e, adaptando-se às situações externas, transforma-se em esquema.

Esquema é tudo o que é generalizável em uma ação, tudo o que pode ser repetido e transposto para outras situações. É o que há em comum nas diversas repetições e adaptações de uma mesma ação. Por exemplo, o reflexo de sugar o bico do seio da mãe, que se transforma no esquema de ação sugar, agora também podendo sugar o bico do seio, o bico da mamadeira, o bico da chupeta, entre outros.

Os esquemas também tendem ao exercício que serve para consolidá-los e, na medida em que vão sendo aplicados aos mesmos objetos, vão se coordenando entre si, constituindo sistemas de esquemas de ação cada vez mais complexos, mais equilibrados e com maior possibilidade de assimilar uma gama cada vez mais ampla de objetos.

No estágio *pré-operatório* (2 a 8 anos, aproximadamente), inicia-se um processo de interiorização, no qual os esquemas de ação construídos no estágio anterior tomam forma de intuições articuladas e regulações representativas, que constituem a inteligência representativa ou pré-operatória, ou seja, a capacidade de representar alguma coisa ou significado por um significante específico e diferenciado devido à construção da imagem mental, da imitação, do jogo simbólico, do desenho e da linguagem oral e escrita.

A criança, que no outro estágio estava presa ao presente e à possibilidade da ação física, passa a referir-se aos objetos ou pessoas ausentes, lembrar acontecimentos passados e antecipar o futuro próximo. A função simbólica liberta-se do aqui e agora em sua relação com o mundo exterior.

Entretanto, apesar da tendência para formar estruturas de conjunto, os estados e as transformações ainda não formam um todo. Explicando melhor, quando ocorrem transformações nos objetos ou situações, centra-se na configuração espacial do momento ou incorpora a transformação às próprias ações, não podendo considerá-los em um todo. A única coordenação possível entre estado e transformação são as regulações, isto é, as correções ou

ajustamentos intrínsecos à ação pessoal, sem chegar a uma compensação complexa das transformações. Isto se deve à falta de reversibilidade⁴, que irá caracterizar o próximo estágio.

O próximo estágio denominado *operatório-concreto* (8 a 14 anos, aproximadamente) inicia-se quando as ações interiorizadas se coordenam e se tornam reversíveis, constituindo sistemas de operações.

Operações são sistemas de ações interiorizadas, que podem ser executadas nos dois sentidos complementares, ida e volta, como sendo uma única ação. Isto implica na anulação da transformação. Para que isto se torne possível, há necessidade de conservar pelo menos uma propriedade do objeto transformado.

Assim, a criança torna-se capaz de continuar afirmando que há a mesma quantidade de massa em duas bolinhas, mesmo depois de uma delas ter sido transformada em “salsicha”, por ser capaz de anular mentalmente a transformação observada e conceber a volta ao estado anterior como parte da mesma ação.

Percebe-se que no estágio anterior, pré-operatório, em que não havia ainda a reversibilidade, essa ação era concebida como heterogênea em relação à primeira, e a massa em forma de “salsicha” era considerada como tendo mais, ou menos massa, que a bolinha de massa.

No início do estágio operatório-concreto, a reversibilidade de pensamento permite o retorno ao ponto de partida, não por uma nova ação, mas, sim, por meio de uma ação mental que, anulando a transformação observada, leva à dedução da conservação de pelo menos uma propriedade do objeto. Dessa forma, as situações estáticas são concebidas como resultado das transformações.

Assim, as estruturas de classes e relações, construídas neste estágio, permitem ao sujeito classificar e seriar operatoricamente objetos, mas não esgota toda a lógica das classes e relações.

No período de efetivação ou equilíbrio do estágio operatório-concreto, são ainda construídos os agrupamentos que já constituem um prenúncio do pensamento hipotético-dedutivo. Entretanto, há necessidade de manipulação de objetos concretos para operar; assim, as operações ainda consistem em agir sobre os objetos, em organizar o real, reunindo cada vez

⁴ Compreende-se por reversibilidade, a possibilidade de considerar uma ação ou transformação em seus dois sentidos como partes complementares. É o que ocorre, por exemplo, quando a criança, já tendo construído a conservação de massa, ao observar a transformação de uma bolinha de massa (estado A) em “salsicha” (estado B), considera o retorno ao estado anterior (A) como parte da mesma transformação, considerando as duas quantidades (A e B) necessariamente iguais, sem necessidade de efetuar materialmente essa transformação.

mais classes ou relações, mas permanecendo como grupos incompletos ou semirreticulados por considerarem apenas inclusões contínuas (relações entre as classes próximas) e não reunirem em um único sistema todas as relações possíveis.

Os agrupamentos são grupos incompletos, são regidos por leis semelhantes às dos grupos lógico-matemáticos, mas apresenta limitações, dentre as quais se podem destacar:

A composição⁵, lei que trata da operação direta, que se refere à composição de um elemento pela reunião de outros dois, só se aplica a elementos contínuos de um agrupamento, enquanto no grupo quaisquer elementos podem se combinar para compor um terceiro. Por exemplo, em um agrupamento tal que $A + A' = B$; $B + B' = C$; $C + C' = D$... Seria possível compor A com C' para obter D.

A reversibilidade⁶ refere-se à operação inversa, isto é, toda operação pode ser invertida. Para ser aplicada ao agrupamento, assume a seguinte forma: toda transformação é reversível, assim é possível retornar ao estado anterior à transformação e, além de sofrer as mesmas limitações que a composição, no que diz respeito a aplicar-se apenas aos elementos contíguos, ainda se apresenta sob duas formas complementares que não se coordenam entre si, a inversão própria das classificações e a transitividade das seriações, sem uma coordenação de conjunto.

A associatividade⁷ refere-se às diferentes maneiras de se atingir o mesmo resultado, podendo ser enunciada, para o agrupamento, como dois caminhos diferentes podem conduzir ao mesmo resultado, porque é possível combinar as operações de todas as maneiras, permitindo rodeios de pensamento. Pelo fato do agrupamento ser construído pela operação passo a passo sobre as classes contíguas mais próximas (PIAGET, 1975), a associatividade também é limitada, somente sendo possível depois que os elementos entre parênteses forem simplificados. Assim, $(A + A') + B = B + B' = C$; não é o mesmo que $A + (A' + B')$.

A identidade⁸ refere-se à anulação de uma operação. Para o agrupamento assume a seguinte forma: pode-se anular uma operação combinando-a com a sua inversa, por exemplo, transvasar um líquido para um copo mais estreito e depois voltar ao copo anterior, significa não mudar nada; ou $(+ A - A = 0)$.

⁵ Lei de composição: dois elementos de um conjunto podem se reunir dando origem a um terceiro elemento do mesmo conjunto, por exemplo, $2 + 3 = 5$; ou duas operações podem compor uma terceira operação.

⁶ Lei de reversibilidade: toda operação admite uma inversa ou toda operação pode ser invertida.

⁷ Lei da associatividade: o mesmo resultado pode ser obtido de várias maneiras, por exemplo: $(2 + 3) + 5 = 2 + (3 + 5)$.

⁸ Lei de identidade: a operação direta e sua inversa são uma operação nula ou idêntica, por exemplo, $+2 - 2 = 0$.

Finalmente, a tautologia aplica-se apenas ao agrupamento, constituindo um de seus limites. Pode ser enunciada como um elemento qualitativo, quando repetido não se transforma, ou o fato de se aplicar novamente uma operação a um mesmo objeto não o transforma. Por exemplo: maçã + maçã = maçã; ou $A + A = A$.

Pelo fato de não se compor um novo elemento pela repetição de um mesmo elemento, a tautologia restringe as operações e a associatividade a elementos distintos. Assim, também, o agrupamento limita-se às combinações contíguas devido à necessidade de manipulação dos objetos.

Por outro lado, a reversibilidade própria desse estágio ainda se apresenta sob duas formas complementares, a negação (ou inversão) e a reciprocidade. A primeira anula a operação efetuada, resultando na operação nula ou idêntica e refere-se às classes, a segunda, a reciprocidade, anula a diferença, resultando em uma equivalência e refere-se às relações. As inversões e reciprocidades ainda não formam um sistema único e, assim, classes e relações não possuem ainda coordenação conjunta.

No estágio *hipotético dedutivo* (14 anos em diante) as operações já podem se referir a elementos puramente verbais, não havendo necessidade de ação imediata sobre os objetos, o que possibilita a operação de operações. Neste estágio operações diversas aparecem, assim como as operações combinatórias, tendo início nos chamados *conjuntos de partes* na matemática.

Os adolescentes, no estágio anterior, operatório-concreto, eram capazes de apenas encaixar conjuntos de forma simples, e de realizar operações elementares, mas agora, neste estágio, hipotético-dedutivo, eles começam a realizar operações combinatórias e produzir a estrutura de uma rede combinatória. Tornam-se capazes de raciocinar, representando-se com relação a dois sistemas de referência, simultaneamente.

Aparecem também as estruturas de equilíbrio mecânico e as proporções, entre os fatores. Quatro operações coordenadas começam a aparecer na resolução de problemas de naturezas variadas: A operação direta (I), o seu inverso (N), a operação direta e o inverso de outro sistema recíproco ao primeiro (R), e a negação deste último ($NR = C$). Inhelder e Piaget (1976) denominaram essas operações de transformações INRC.

Agora, o adolescente pode raciocinar sobre hipóteses e enunciados, fazendo uso complementar das operações combinatórias e proposicionais, que se tornou capaz de realizar. Não precisa mais de objetos imediatamente representados ou à vista, condições necessárias no período anterior. É capaz, graças a essa estrutura de conjunto, de realizar o pensamento hipotético-dedutivo, entre outras operações complexas.

Inhelder e Piaget (1976), em sua obra com foco no pensamento do adolescente, discorrem amplamente sobre esse tema e a dinâmica entre as diferentes dimensões do desenvolvimento do jovem. Os autores apontam que as modificações nas estruturas lógicas do pensamento nesta fase desencadeiam também uma série de mudanças em outros âmbitos. Afirmam, também, que a integração por parte do jovem no mundo dos adultos deve ser considerada um fator fundamental na adolescência.

Enquanto, a puberdade, por um outro lado, ocorre aproximadamente na mesma idade em diferentes culturas, a integração do adolescente na sociedade adulta tende a variar de forma considerável em sociedades diferentes, às vezes mesmo em diferentes ambientes sociais. Portanto, o aprimoramento do pensamento em direção às operações formais da adolescência não depende somente do desenvolvimento das estruturas cerebrais, mas também dos fatores socioambientais envolvidos.

Por um lado, a maturação neurofisiológica determina as limitações das possibilidades dentro de cada estágio do desenvolvimento humano, em um meio social específico. Pode ser considerada, portanto, fundamental nesse processo. Mas a efetivação das possibilidades pode ser facilitada e aprimorada, ou mesmo dificultada, dependendo dos fatores culturais educativos envolvidos.

Aqui se explica porque o início do pensamento hipotético-dedutivo e da própria adolescência em geral, ou seja, a gradual integração do adolescente no mundo adulto, “[...] depende de fatores sociais, tanto e até mais do que os fatores neurológicos”. (INHELDER; PIAGET, 1976, p. 251) Em contrapartida, é importante destacar que, para que haja o pensamento formal, é preciso que haja também a maturação neurológica necessária.

Nesse processo, as estruturas formais podem ser definidas como formas de equilíbrio que se constroem gradualmente nas dinâmicas entre o sistema nervoso e o meio externo, e também com outros indivíduos presentes neste meio. Esses intercâmbios são, na verdade, partes de um único sistema, que pode ser visto de dois pontos de referência, e no qual cada adolescente se manifesta de forma espontânea e com base em suas vivências individuais.

O objetivo do jovem passa a ser a integração no mundo dos adultos e, dessa forma, passa a se relacionar com os adultos de igual para igual, abandonando a postura infantil de subordinação. Possui a necessidade de criar um plano de vida e de reforma da sociedade na qual se encontra inserido. Para isso, formula teorias ou as adota, fazendo as modificações que acreditar serem necessárias. Por meio dessa postura ideológica, o adolescente tem a necessidade de se autoafirmar, manifestar sua criatividade e reformar o meio social.

Identifica-se que, em cada estágio do desenvolvimento da teoria de Piaget, há um processo que vai do egocentrismo à descentração. Por exemplo, há, para a criança, no início, uma indiferenciação entre as atividades próprias e o objeto ou os outros indivíduos. Por meio da descentração, a criança atinge a objetividade e a reciprocidade. E no período anterior a esse, ou seja, sensório-motor, o bebê é incapaz de diferenciar suas próprias ações de ações externas e de outras pessoas. Após processos de descentrações específicas, termina por diferenciar o seu eu e o perceber em um universo espacial e causalmente organizado, composto por objetos permanentes e por pessoas semelhantes a ele. Ao longo do processo de desenvolvimento, portanto, o egocentrismo e o processo de descentração vão ressurgindo em novos planos.

Com o surgimento do pensamento hipotético-dedutivo, aparece uma nova forma de egocentrismo, característica do adolescente, que é uma indiferenciação entre a sua capacidade de refletir sobre o mundo e o próprio mundo e seus componentes. Isso pode ser considerado como um egocentrismo do pensamento. O jovem adota ou cria ideologias em uma espécie de postura messiânica e, envolve-se intensamente com elas, percebendo-as como a própria realidade do universo. Não percebe fragilidades ou limitações em suas ideias. Parece também adotar ambições inalcançáveis e fantasiosas no seu plano de vida, as quais serão mantidas enquanto o satisfizer.

O processo de descentração desse período tem início nas possibilidades encontradas no mundo exterior. O jovem tende a realizar atividades e encontros em grupos e, é principalmente nas interações entre os colegas e suas respectivas visões de mundo que o jovem vem a perceber as limitações da sua própria. Mas o aspecto principal na descentração rumo à realização de ideais é a oportunidade que o adolescente possui de concretizar as suas ideias no trabalho. Ao procurar efetivá-las em uma tarefa, encontra possibilidades para finalmente integrar-se no mundo adulto, pois o pensamento formal irá se voltar para a realização de ideias. Porém, Inhelder e Piaget (1976) assinalam que reconciliar o pensamento e a experiência pode ser um processo difícil e demorado e, muitas vezes, evitado pelo adolescente.

Os autores supracitados também destacam que fatores cognitivos e afetivos são indissociáveis no processo de desenvolvimento dos sujeitos e apontam um paralelo entre cognição e afetividade na adolescência, assim, para o jovem integrar-se ao mundo dos adultos deve passar por duas transformações. A primeira é expressar seus sentimentos sobre ideais e ideias, além de sentimentos por pessoas e objetos concretos e manipuláveis apenas e, segundo, vivenciar a formação da personalidade.

O jovem no estágio hipotético-dedutivo, em oposto à criança, pode expressar sentimentos em relação à injustiça social, liberdade de consciência, o patriotismo, entre outros. Também torna-se capaz de compreender e reconhecer a morte como parte da vida, como um processo que opera internamente, e que implica a cessação de vida corporal. A questão da compreensão da morte pelo adolescente será mais bem discutida adiante.

Quanto à personalidade, ressaltam que esta pode ser definida como o eu após o processo de descentração, pois o eu é egocêntrico em sua origem. Agora, o adolescente precisa disciplinar o seu eu para adotar um papel social, no qual poderá criar-se e realizar-se por meio de um programa de vida e de uma escala de valores. Destaca-se que essa escala de valores refere-se à organização afetiva, que corresponde à organização cognitiva daquilo que o adolescente intenciona colocar em prática.

O plano de vida do jovem é também o “motor afetivo da personalidade” e, além disso, através do seu plano de vida, ele poderá afirmar também a sua autonomia, outro fator de enorme importância para seu processo de desenvolvimento. (INHELDER; PIAGET, 1976, p. 250)

2.2.4 Vertente antropológica cultural e psicossocial

Dentre os autores da Vertente Antropológica Cultural e Psicossocial do estudo de adolescentes temos os seus fundadores, sendo eles, o americano Robert J. Havighurst (1900-1991), que foi um ávido pesquisador, um escritor prolífico, e um ativista dos direitos civis. Como pesquisador, ele conduziu estudos transversais e longitudinais do impacto social, emocional e moral no desenvolvimento de crianças e adolescentes em várias culturas americanas, incluindo americanos nativos, assim como em vários outros países e, o também autor americano, Allison Davis (1902-1983) que foi educador, antropólogo, escritor, pesquisador e estudioso, considerado um dos maiores pesquisadores sobre os temas raça e classe social, durante a década de 1930. Também temos autores mais contemporâneos nesta vertente como a socióloga Janice Gibson Cline (1986 apud MACHADO, 2005), que realiza pesquisas sobre adolescentes.

É importante destacar que os autores supracitados dão maior ênfase à interação dos adolescentes com o meio no qual vivem e convivem, pois acreditam que essa dinâmica pode

gerar eventuais crises. Também possuem interesse em como os jovens lidam com essas crises, que são vistas como potencializadoras de estratégias.

Torna-se importante também ressaltar nesta vertente, as descobertas antropológico-culturais realizadas pelas antropólogas americanas Margaret Mead (1901-1978) e Ruth Benedict (1887-1948). Essas pesquisadoras influenciaram muitos outros teóricos e deram solidez à afirmação de que a adolescência não é necessariamente negativa e caracterizada por uma crise interna universal.

A pesquisadora Mead, em suas obras *Coming of Age in Samoa* (1961) e *Growing up in New Guinea* (1953), revelou seus estudos sobre o desenvolvimento da personalidade do adolescente sob um ponto de vista antropológico-cultural. Os resultados dos seus estudos em sociedades primitivas vieram a contrastar com as afirmações de Hall (1916 apud MUUSS, 1971) e de Sigmund Freud (1997), pois ambos os teóricos afirmavam que os fatores específicos envolvidos na formação da personalidade eram universais e inerentes aos seres humanos, independente de sua cultura.

Ao investigar essas hipóteses por meio de uma ótica antropológica e cultural, Mead obteve resultados que indicaram que o desenvolvimento humano é significativamente influenciado por fatores sociais e culturais. Suas investigações na sociedade de Samoa (1961 apud MUUSS, 1971) retratam um estudo empírico de campo realizado com uma metodologia antropológica, porém não possui uma teoria explícita da adolescência. Dessa forma, ao discutir os achados de Mead, Muuss (1971) faz uma associação à teoria de desenvolvimento de Benedict (1959 apud MUUSS, 1971), que também possui como base a antropologia cultural.

O autor destaca que as investigações de Mead (1961, 1953), vistas sob a ótica da teoria de Benedict (1959 apud MUUSS, 1971), estruturam a dinâmica entre a sociedade, a cultura e o indivíduo; descrevendo a vida do adolescente e seus rituais em Samoa e Guiné.

Sobre a teoria de Benedict (1959 apud MUUSS, 1971), pode-se destacar que esta é centrada nos conceitos de continuidade e descontinuidade no condicionamento cultural, ou seja, quando há continuidade no desenvolvimento do sujeito, como na cultura da sociedade de Samoa, não é esperado que as crianças mudem de papel radicalmente no decorrer do seu crescimento.

Assim, essas mudanças não são percebidas como fundamentalmente diferentes dos adultos, como por exemplo, em termos de responsabilidade, as meninas de Samoa de aproximadamente 6 anos de idade, são incentivadas a assumir um papel responsável tomando conta dos irmãos mais novos e trabalhando em plantações.

Já os meninos, desde cedo, adquirem suas responsabilidades aprendendo a pescar e navegar, sendo encarregados dessas tarefas juntamente com os pais, portanto, tanto para as meninas como para os meninos, não há nenhuma mudança durante a adolescência, porque a responsabilidade aumenta de forma gradual e contínua, conforme o jovem cresce e se torna mais forte.

Nas sociedades que promovem o desenvolvimento descontínuo, não há expectativas para que a criança se dedique ao trabalho até alcançar a adolescência, e quando esta é alcançada, ocorre uma mudança repentina de papéis, o que pode gerar, conseqüentemente, conflitos para o jovem. Assim, os papéis isentos de responsabilidade são substituídos pelos de responsabilidade, isto é, o papel de submissão é substituído por aquele de dominação, e o papel de ser assexuado por aquele de expressão sexual. Assim, a autora assume que a descontinuidade presente no desenvolvimento gera conflito e estresse emocional na adolescência.

Também, nesta vertente, como foi dito anteriormente, temos como teóricos pioneiros, os autores americanos Davis (1944) e Havighurst (1951), ambos citados por Muuss (1971). O interessante desses autores é a descrição do desenvolvimento humano com base na resolução de tarefas evolutivas, definidas pela maturação biológica e as normas sociais de uma determinada cultura.

Essa perspectiva tem como foco os meios utilizados pelo ser humano, nas diferentes fases do seu desenvolvimento, para interagir com o meio no qual vive e convive. As teorias de natureza psicossocial afirmam que uma grande proporção das crises enfrentadas pelos adolescentes possui gênese na interação com o meio, além das mudanças fisiológicas e vulnerabilidades ao estresse nesta fase de desenvolvimento. (GIBSON-CLINE, 1996; MUUSS, 1971)

A sociedade, com suas expectativas e demandas, leva os adolescentes a tomarem decisões e a encontrar meios para lidar com suas crises, sendo os desafios enfrentados pelos jovens necessários para que ocorra sua inserção no mundo adulto. As habilidades, atitudes e conhecimentos a serem adquiridos para se ter sucesso nestes desafios são denominados tarefas evolutivas, diferenciando-se de acordo com a cultura e nacionalidade do indivíduo.

Essas tarefas não são definidas apenas como demandas da sociedade, mas também como necessidades inerentes do sujeito que podem se manifestar quando este atinge a maturidade biológica adequada. Torna-se essencial que o jovem se empenhe em cada uma dessas tarefas evolutivas, que formam um processo sequencial no desenvolvimento.

Havighurst (1951) citado por Muuss (1971) ressalta que obter sucesso em uma determinada tarefa é pré-requisito para se realizar a próxima, dessa forma, quando o sujeito é bem-sucedido nesse processo terá a preparação necessária para enfrentar tarefas ainda por vir, porém, caso tenha problemas em algum desses desafios estará sujeito à inadaptação, desaprovação da sociedade, um aumento de ansiedade e dificuldades em tarefas subsequentes na própria adolescência ou na fase adulta.

As tarefas evolutivas descritas pelo autor são:

- a) aceitação da própria aparência física;
- b) novas relações com amigos e amigas da mesma idade;
- c) independência emocional em relação aos pais e outros adultos;
- d) atingir segurança e independência financeira;
- e) escolha e preparação de uma profissão;
- f) desenvolver habilidades cognitivas e conceitos necessários para obter competência enquanto cidadão;
- g) exercer um comportamento socialmente responsável;
- h) preparar-se para o casamento e vida familiar;
- i) construir valores para agir de maneira consciente no meio social.

Essas tarefas evolutivas devem ser consideradas como uma indicação de que a idade adulta e a maturidade foram alcançadas, entretanto, novas tarefas evolutivas estarão reservadas para o início da idade adulta.

Vale destacar, aqui, que o autor supracitado e suas tarefas evolutivas convergem com outras teorias da adolescência, anteriormente discutidas, como nas tarefas b e h, o ajustamento sexual parece ser fundamental, que converge com as afirmações de Freud (1997); o conceito de identidade do ego de Erikson (1976) que se reflete nas tarefas a, c e g; a tarefa F que expressa o conceito da teoria de Inhelder e Piaget (1976) sobre a aquisição do pensamento hipotético-dedutivo e as tarefas d, e, h, i possuem bases sociológicas, ou seja, dependem do meio no qual o sujeito vive e convive, sendo, portanto, características de algumas sociedades apenas.

Os pesquisadores da vertente psicossocial concordam com a fragilidade do adolescente diante do estresse, e não descartam a ideia da adolescência como um estágio de *Tempestade e Tormenta* e, sim, abordam o assunto dando ênfase a como os adolescentes reagem à crise e lidam com os problemas que enfrentam, portanto, a crise não é vista de maneira negativa, mas como geradora de estratégias potencializadas para o desenvolvimento.

Nesta vertente, também ressalta-se a pesquisa realizada por Gibson Cline. (1996 apud MACHADO, 2005) A autora por meio de suas investigações destaca a importância dos adolescentes para o futuro da humanidade e, como a situação política, econômica e social das nações impõe dificuldades ao desenvolvimento desses jovens.

A autora realizou um amplo estudo em 13 nações diferentes⁹, tendo como participantes mais de cinco mil jovens, nas idades entre 15 e 19 anos, de diferentes nacionalidades, níveis socioculturais, e gênero, pois é escasso o conhecimento da maneira como os adolescentes lidam com suas crises, a estratégia que usam para resolver problemas, e como o ambiente afeta os jovens. Também é raro o conhecimento sobre como esses fatores se diferenciam culturalmente e, assim, ela estabeleceu esses pontos como objetivos da sua pesquisa.

Os sujeitos da sua investigação foram questionados sobre os problemas que os deixam mais ansiosos e quais são os meios, ou, as estratégias que usam para lidar com eles e, quais são as pessoas que buscam ajuda para lidar com esses problemas. Os dados obtidos pela autora foram únicos e de uma considerável pluralidade sociocultural.

Gibson-Cline (1996) aponta que as dificuldades psicobiológicas encontradas na fase da adolescência são proporcionais à complexidade de tarefas evolutivas a serem cumpridas; assim, com base nas dificuldades dessas tarefas, a crise da adolescência pode ser considerada previsível, em oposto a um fenômeno surpreendente, pois os problemas enfrentados podem ser encontrados em jovens de nações e níveis sociais diferentes, e sensíveis a eventuais mudanças econômicas, políticas e sociais desses lugares.

Os achados desse estudo multicultural revelaram que a maioria dos adolescentes interrogados reportou suas maiores preocupações provenientes da escola, e a segunda maior preocupação consiste em problemas familiares. Já as preocupações com doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez indesejada foram registradas em número mínimo, contradizendo outras pesquisas como de Benson e outros colaboradores (1987).

Com relação às estratégias que o adolescente usa para resolver problemas, os resultados indicam que eles possuem uma tendência a lidar individualmente com estes e, quando precisam de ajuda recorrem a um amigo próximo ou à própria mãe. Interessante é que a maioria procura aconselhamento. Os fatores que influenciam a natureza dos problemas descritos pelos adolescentes participantes e as estratégias para abordá-los se destacam a

⁹ As nações pesquisadas foram: Austrália, Brasil, China, Grécia, Índia, Israel, Kuwait, Holanda, Phillipinas, Rússia, Turquia, Estados Unidos e Venezuela.

questão do nível socioeconômico, a nacionalidade e o grupo minoritário (que sofre preconceito e discriminação social e gênero).

A nacionalidade dos adolescentes não os diferenciou na mesma proporção que o nível socioeconômico. Os problemas dos adolescentes considerados pobres ou de nível socioeconômico baixo foram descritos, em sua maioria, como relacionados à família. Estes jovens se demonstraram mais preocupados com a própria pobreza, a falta de recursos e a falta de capacidade para subir na vida. Suas preocupações com a escola aparecem em uma porcentagem bem baixa.

Já os adolescentes de nível socioeconômico avantajado, em sua maioria, descrevem suas preocupações primeiramente com a escola e depois com a família. Em seus relatos, percebe-se que eles estão preocupados com sua identidade, com suas emoções e com seus sentimentos. A autora enfatiza a possível interpretação de que há uma maior semelhança entre jovens do mesmo nível socioeconômico do que da mesma nacionalidade e, portanto, sugere novos estudos para confirmar esta vaga hipótese, a qual necessita de pesquisas de maior amplitude e com um número maior de sujeitos para adquirir maior solidez.

Os relatos das estratégias usadas pelos jovens de nível socioeconômico menos favorecido não comprovaram estudos anteriores, cujos resultados implicaram que estratégias ativas são pouco encontradas em adolescentes nesta situação, pois os estudos de Gibson Cline (1996) citado por Machado (2005) indicaram que a resolução individual de problemas ocorre com menos frequência em adolescentes pobres; porém, as estratégias usadas por eles podem ser significativamente ativas e assertivas.

Conclui a autora, com base nos resultados desta pesquisa realizada, que muitos fatores indicam a existência de crises vivenciadas pelos participantes deste estudo. Porém, essas crises provêm do meio no qual o adolescente está inserido, o que não parece ter uma origem interna, na psique do sujeito, o que contradiz as teorias mais tradicionais da adolescência.

Também sugere que, nos países pesquisados, os sistemas educacionais e as instituições familiares encontram-se em crise por não serem capazes de propiciar um ambiente que favoreça a aprendizagem e o cuidado destinados a crianças e adolescentes, respectivamente.

Sugere também que, apesar da sua vulnerabilidade às crises externas, os jovens são capazes de lidar com problemas produtivamente, desde que sejam ajudados a entendê-los da melhor maneira possível e apoiados pelos adultos. O estudo demonstrou também que os adolescentes das treze nações investigadas apresentam uma forte tendência de procurar ajuda em pessoas com as quais se identifique e em quem possam confiar.

Os estudos realizados no Brasil, que contribuíram para as pesquisas de Gibson-Cline (1996), foram feitos por Guimarães e Pereira (1996 apud MACHADO, 2005), no capítulo *Brazil*, que compõe a obra da autora: *Adolescence from crisis to coping: a thirteen national study*.

Os adolescentes participantes do estudo proposto foram divididos em dois grupos socioeconômicos. O primeiro grupo recebeu a denominação de grupo socioeconômico advantajado, por frequentarem escolas privadas, as quais possuíam salas de aula em excelentes condições, e pertencerem a famílias de renda socioeconômica privilegiada. O segundo foi chamado de grupo de baixo poder econômico, caracterizado pelos fatores que definem a pobreza de acordo com os critérios adotados para a amostra multicultural, ou seja, os jovens desse grupo frequentavam escolas públicas, em condições ruins, com um número excessivo de alunos, e eram localizadas em áreas pobres com alto índice de delinquência.

Os jovens brasileiros, em seus relatos, reportam seus principais problemas como relacionados à escola, à família, à identidade e ao autoconceito, o que veio a condizer com os dados encontrados nos outros países, sendo que os adolescentes do grupo de baixo poder econômico relataram mais problemas relacionados à família do que os adolescentes do grupo socioeconômico advantajado, que demonstraram estar mais preocupados com a identidade e o autoconceito.

Em geral, os adolescentes brasileiros expressaram lidar com seus problemas de maneira bem semelhante ao dos adolescentes da amostra cultural e entre si, isto é, os dois grupos socioeconômicos proporcionaram relatos semelhantes.

Em primeiro lugar, procuram resolver o problema individualmente, e caso não consigam fazê-lo sozinhos buscam ajuda de outras pessoas, as quais se identificam e tendem a confiar. As estratégias individuais de resolução de problemas formuladas por estes adolescentes foram planejar uma solução e tentar novamente para alcançá-la e, as estratégias interpessoais de resolução de problemas, foram relatadas em sua maioria, como a procura da mãe.

O segundo maior número de respostas estava relacionado à busca da ajuda em um amigo mais próximo e aqui, também, expressaram que procuram ajuda nas pessoas que demonstram se importar com os outros e que se mostram compreensivas, com, por exemplo, os professores.

O que acontece é que a figura adulta mais próxima do adolescente, além dos pais, é o professor. Segundo Marcel Postic, da Universidade de Nantes na França, pesquisador dos temas: Formação de professores e Relação professor x aluno, o professor “[...] pode levar o

aluno a descobrir as suas possibilidades e os seus pontos fracos levando-o a construir uma imagem realista e positiva de si mesmo”. (POSTIC, 1995, p. 86) Importante aqui destacar que, mesmo com muitas críticas, os adolescentes confiam nos professores. (BURATTO, DANTAS; SOUZA, 1998; LA TAILLE, 2006; ZAGURY, 2004)

Percebe-se que as vertentes aqui discutidas apresentaram diferentes visões sobre a adolescência, também demonstraram pontos divergentes e convergentes. Logo abaixo, destacam-se os fatores mais relevantes de cada uma delas para esta pesquisa.

A vertente biogenética foi a primeira a surgir com um embasamento teórico, com uma estrutura mais empírica, tem seus méritos por ter indicado o caminho de pesquisa para as outras vertentes, mas não é a mais utilizada na literatura científica ao se estudar essa fase do desenvolvimento humano e também não será utilizada nesta pesquisa.

Alguns teóricos de base psicanalítica tenderam a enfatizar somente os fatores psicobiológicos, enquanto que a vertente antropológica cultural e psicossocial, ao contrário, atribuíram maior importância aos relacionamentos interpessoais, e aos aspectos sociais, históricos, culturais e econômicos.

Porém, no decorrer dos anos, a visão de que os fatores externos são significativos para o desenvolvimento do ser humano, também influenciaram teóricos de base psicanalítica como Erikson (1959 apud MUUSS, 1971), Aberastury de Pichon Riviere e Knobel (1992).

Assim, surgiu uma maior coerência, entre os pesquisadores de diferentes abordagens teóricas em referência à afirmação de que a cultura na qual o adolescente está inserido torna-se fator relevante nos processos envolvidos, pelos quais os jovens vivenciam, e esta pode facilitar ou até mesmo dificultar seu desenvolvimento.

A vertente psicogenética pode até mesmo ser considerada única, por focar diferentemente o aspecto do desenvolvimento humano, ou seja, aspectos mais relacionados ao desenvolvimento do pensamento. Nesta vertente, a puberdade é considerada universal, ocorrendo aproximadamente na mesma idade, em diferentes culturas, contudo, também destaca a influência da sociedade nas dinâmicas envolvidas na adolescência, assinalando a integração do adolescente ao mundo dos adultos, transição esta fundamental para o amadurecimento do jovem, e esta pode variar consideravelmente de cultura para cultura, ou mesmo em diferentes meios sociais. Nesta vertente, portanto, os fatores externos, também têm um papel ativo na construção do pensamento em direção às operações formais. (INHELDER; PIAGET, 1976)

Por sua vez, para esta pesquisa, tornam-se relevantes as considerações dos teóricos aqui discutidos de que, não somente os fatores internos como também os fatores externos influenciam no desenvolvimento dos adolescentes.

Desse modo, os estudos de Aberastury de Pichon Riviere e Knobel (1992) são relevantes para esta pesquisa, por apresentarem as perdas simbólicas e/ou lutos simbólicos que o adolescente vivencia durante essa etapa do desenvolvimento humano, pois como este estudo foi realizado com adolescentes com câncer eles além de vivenciarem a perda da identidade e do corpo infantil e dos pais da infância, também agora precisam enfrentar outros lutos simbólicos como: a inibição da sexualidade, a descoberta do mundo dos hospitais, o afastamento da família, dos amigos, dos objetos pessoais, da vida escolar, e a presença sombria da morte. Muitas vezes, até mesmo vivenciam o verdadeiro processo de luto com a morte de amigos e amigas que também estavam em tratamento de câncer.

Também os estudos de Piaget (2006) são importantes por apresentarem que o adolescente com a aquisição do pensamento formal adquire a capacidade de engendrar possibilidades, formular hipóteses e pensar a respeito de símbolos sem base na realidade, o que permite a ele passar a especular, abstrair, analisar, criticar. Essa transformação na inteligência afeta todos os aspectos da sua vida, pois agora faz uso das novas capacidades para pensar a respeito de si mesmo e do mundo que o cerca. Essa capacidade também faz que o adolescente entenda o adoecimento pelo câncer, os benefícios do tratamento para sua saúde e a possibilidade de cura ou de morte. Este assunto será mais bem discutido no próximo capítulo.

Por fim, a relevância das pesquisas feitas pelos teóricos da vertente antropológica cultural e psicossocial, para este estudo, encontram-se na questão de que eles não eliminaram totalmente a visão de tempestade e tormenta da adolescência, mas abordaram o tema com maior ênfase em dois pontos. O primeiro ponto está na interação dos adolescentes com o meio o qual vivem e convivem, uma vez que, essa dinâmica pode gerar eventuais crises. O segundo está nas estratégias utilizadas pelos jovens para reagir a essas crises e lidar com elas, pois, estas não devem ser percebidas de maneira negativa e sim como uma forma de potencializar o desenvolvimento. Nas palavras de Becker (2003, p. 95):

O conflito e a dúvida costumam trazer muito sofrimento. Mas o valor positivo deles pode ser muito maior. São importantes tanto para o indivíduo alcançar sua identidade plena e integrada, quanto para a sociedade, que tem aí a sua maior oportunidade de transformar-se, criar, procurar novas sínteses, buscar o seu crescimento. Será ótimo aprendermos a aproveitar os nossos conflitos. Tanto quanto indivíduos, quanto como grupo social, vamos ter

muito a ganhar. A adolescência é muito importante nesse momento. Nem o indivíduo nem a sociedade podem prescindir dela.

Diante desse contexto, Palácios e Oliva (2004) sugerem uma demanda crescente no meio científico de se pesquisar o ambiente o qual o jovem está inserido, porém, por meio da sua própria ótica.

Corroborando os autores supracitados Marília Pontes Sposito no artigo *Estudos sobre juventude em educação*, ressalta que as pesquisas devem considerar a ótica do próprio adolescente sobre o ambiente o qual ele vive e convive, pois, a maioria das pesquisas sobre jovens enfoca a ótica do adulto. (SPOSITO, 1997)

Os autores e a autora abordados ainda acrescentam que, entender de maneira mais ampla como o adolescente percebe o meio o qual vive e convive, pode-se levar a uma melhor compreensão sobre os fatores que influenciam suas reações, sentimentos, e formação da identidade.

Em relação ao que foi dito, cabe aqui se fazer uma breve discussão sobre identidade pessoal e autoconceito.

Os psicólogos brasileiros Ramos e Menandro (2002) no artigo intitulado: *Inserção laboral: mudanças na identidade e nas relações sociais de adolescentes de classe popular* enfatizam que a identidade é um processo de construção, que ocorre a partir das relações que os indivíduos estabelecem com as diversas instâncias sociais: família, religião, comunidade, trabalho e escola, sendo que esta (identidade) irá permitir a individualização e a independência no momento em que o sujeito se iguala e se diferencia.

Se as diversas instâncias sociais atuam sobre a construção da identidade dos sujeitos, pode-se acrescentar aqui que as instituições totais também possuem a mesma abrangência na construção da mesma.

O termo instituições totais foi usado pelo sociólogo Erving Goffman, em sua obra *Manicômios, prisões e conventos*, para definir um “[...] local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada”. (GOFFMAN, 2007 p. 11)

O autor ainda acrescenta que uma disposição básica da nossa sociedade é que os sujeitos tendem a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral, porém, o ponto

central das instituições totais pode ser descrito como a ruptura das barreiras que comumente separam esses três aspectos da vida.

Primeiramente, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária dos indivíduos é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto.

Também, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários e, finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas em um plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição. Como é o caso dos adolescentes deste estudo, que estão em tratamento de câncer. Eles vivenciam hospitalizações para realizarem o tratamento, muitas vezes, com procedimentos invasivos e dolorosos e, além disso, precisam ficar hospedados em uma casa de apoio.

No decorrer da adolescência, o indivíduo amplia seu universo de relações para além da família, aproximando-se, sobretudo de outros jovens e pessoas com quem vai realizar novas descobertas e construir novas experiências. Passa a descobrir sua própria individualidade, como algo que não mais se confunde com o ambiente social, mas que é único.

O psicanalista Erikson (1976), no final da década de 1960, mencionou em seus estudos, à formação da identidade pessoal como a principal tarefa que o adolescente deve resolver, o estudo desse aspecto passou a ser reconhecido no campo do desenvolvimento do eu, pois o conceito de identidade está estritamente ligado ao autoconceito. Dessa forma, o autor tornou-se um dos teóricos mais citados nas pesquisas que discutem a construção da identidade em adolescentes. Também, esse teórico será escolhido para trazer suas contribuições para esta pesquisa.

Como foi discutido anteriormente, o modelo de Erikson (1959 apud MUUSS, 1971) sobre o desenvolvimento prosocial ao longo do ciclo vital, a adolescência representa a quinta etapa e supõe um momento chave na formação da identidade. Lembrem-se de que cada etapa está caracterizada por uma crise que gira em torno de uma tarefa dominante e que pode ser resolvida de maneira positiva, com a obtenção de determinado êxito ou, ao contrário, pode ser resolvida de forma negativa, que corresponde ao fracasso. Ainda que essas crises possam ser vivenciadas pelo adolescente como um estágio de incerteza e confusão, representam um momento crucial e necessário.

Após a puberdade, irá ocorrer uma crise de identidade devido à transição da infância para a adolescência e de todas as mudanças características dessa fase, que vão fazer com que o adolescente venha a sofrer um sentimento de despersonalização e de estranhamento consigo mesmo, porém, esse estado de crise, com sua correspondente busca, é o que irá proporcionar o desenvolvimento da sua identidade pessoal.

O autor também destaca que é na adolescência que o sujeito adquire os instrumentos da idade adulta como: linguagem, habilidades físicas, pensamento abstrato, internalização de regras sociais e, também aprende como usá-los. A construção da identidade pessoal apresenta uma dimensão biológica, uma dimensão individual e uma social, sendo estes três aspectos, interdependentes. Para vivenciar a complexa tarefa da construção de sua identidade, o adolescente não lança mão de toda sua experiência passada, como criança. Ao fazer isso, coordena suas potencialidades com suas perspectivas de futuro. Até o início da adolescência, o indivíduo amplia seu repertório de vivências e habilidades. A partir daí tratará de dar-lhes um sentido singular, passando a adotar uma perspectiva sobre sua própria vida. Todo esse processo só é possível porque ele já possui um conjunto complexo de habilidades cognitivas e intelectuais. Ao descobrir suas habilidades, preferências e características, o adolescente passa a confrontar a imagem que constrói de si próprio com as imagens que os outros lhe atribuem. É neste jogo entre o eu e os outros que sua identidade vai sendo construída.

É bom lembrar que a formação da identidade se inicia na primeira infância e percorre todo o ciclo vital, não estando totalmente acabada até a velhice. Trata-se de um processo dinâmico, que se constrói ao longo de toda uma vida. Mas é na adolescência que esse processo atinge seu ápice, sendo esta uma fase da vida crucial na definição das possibilidades futuras. Nas palavras de Erikson (1976, p. 87):

[...] um estágio de desenvolvimento caracterizado por uma diversidade de mudanças no crescimento físico, maturação genital e consciência social. Eu denominei sentido de identidade interior a totalidade a ser alcançada nesse estágio. A fim de experimentar a totalidade, o jovem deve sentir uma continuidade progressiva entre aquilo que ele vem sendo durante os longos anos da infância e o que promete converter-se num futuro antecipado; entre aquilo que ele se concebe ser e o que percebe que os outros vêem nele e esperam dele.

A identidade não se coloca apenas enquanto descoberta de si mesmo, mas também enquanto elaboração de uma orientação de vida. Assim, faz parte desse processo um trabalho do adolescente, no sentido de escolher os caminhos a serem trilhados e os rumos a serem perseguidos por ele. Se uma forte característica da adolescência é a capacidade de integrar

experiências passadas com perspectivas futuras, é importante observar que a concretização dessa potencialidade passa cada vez mais a depender do esforço do próprio sujeito, embora as condições sociais sejam cruciais para favorecer ou dificultar esse processo.

Portanto, esta pesquisa se sustenta no ponto de vista do teórico supracitado, onde o desenvolvimento psicossocial humano ocorre durante todo o ciclo vital; é na adolescência que o aspecto crucial do desenvolvimento da identidade pessoal ocorre, quando o indivíduo estrutura o seu autoconceito, e é nessa fase que o jovem desenvolve o senso de identidade para responder à questão: Quem sou eu? O fundamento básico da identidade é a busca pessoal que envolve decisões importantes, a necessidade de formular padrões de conduta capazes de avaliar o próprio comportamento, bem como o do outro, o desejo de sentir bem e permitir que os outros entendam o seu eu.

Sobre o seu eu ou sobre o autoconceito, o filósofo Willian James (1890) citado pela pedagoga Camargo-Magalhães e pelo psicólogo Souza (2008) destaca que o *self* de uma pessoa é a soma total de tudo o que ele pode chamar de seu, não apenas o seu corpo e suas forças psíquicas, mas suas roupas e sua casa, sua esposa e seus filhos, seus ancestrais e amigos, sua reputação e seu trabalho. Todas essas coisas lhe dão as mesmas emoções, sendo que, se elas crescem e prosperam, ele se sente triunfante, mas, se elas minguam e desaparecem, ele se sente deprimido; não necessariamente no mesmo grau por cada coisa, mas na maioria das vezes da mesma forma para todas.

Assim, o autoconceito consiste nas percepções que o indivíduo faz de si próprio, das suas qualidades e características, ou seja, o componente avaliativo, também denominado autoestima, sendo que esta última é caracterizada pela avaliação, positiva ou negativa, que o sujeito faz acerca de si próprio, das suas qualidades e características, da qual resultam sentimentos de satisfação ou insatisfação consigo mesmo.

Com a chegada da adolescência, uma série de mudanças físicas e psíquicas irá ocorrer, e estas terão importantes repercussões sobre o autoconceito do sujeito. Destaca-se que as mudanças físicas próprias da puberdade irão fazer com que os adolescentes façam uma revisão da imagem a qual tinham construído para, a partir de então, incluir os novos traços que configuram seu novo corpo de adulto, o que não é estranho, na adolescência, as definições que os adolescentes fazem de si mesmos incluíam muitas referências às características corporais, já que seu aspecto físico representa uma das suas principais preocupações.

Desse modo, as mudanças físicas próprias da puberdade como: uso de óculos, obesidade, acne, excesso de pêlos, aumento passageiro dos mamilos (nos adolescentes), seios

muito grandes ou pequenos (nas adolescentes), entre outros, em princípio, irão interferir na autoestima deles, fazendo com que se sintam insatisfeitos com seu corpo, devido ao fato da nossa cultura, ser especialmente exigente com relação a esse fato.

Se as mudanças próprias da puberdade interferem na autoestima do adolescente, o que dizer do adolescente que, além de enfrentar essas mudanças, ainda precisa enfrentar o desafio de padecer de uma doença crônica como o câncer, que expõe suas marcas como: cicatrizes, emagrecimento ou obesidade, deformidades, amputações ou queimaduras, ausência de cabelos e pêlos.

Para finalizar essa discussão, torna-se importante destacar que o conceito de identidade está estritamente ligado ao autoconceito, porém o autoconceito depende em grande parte do desenvolvimento cognitivo e já a identidade é um fenômeno psicológico bastante complexo de natureza psicossocial. Desse modo, ainda que os componentes cognitivos sejam importantes, pois a capacidade para pensar sobre si mesmo de forma abstrata ajudará o indivíduo a tomar consciência do seu papel na sociedade, o sentimento de identidade irá incluir outros componentes, como o componente afetivo. (ERIKSON, 1976)

Por um lado, o jovem deve vivenciar um sentimento de integridade pessoal, de forma que suas ações e decisões sejam coerentes entre si e conformem um estilo próprio pelo qual se defina e seja reconhecido pelos demais. É importante que este estilo tenha certa estabilidade ao longo do tempo e por meio de diferentes situações.

Além disso, torna-se necessário considerar que essa identidade, apesar de ser uma característica pessoal, é vivenciada em um contexto social determinado, em que o sujeito estabelece uma série de relações e experimenta diversos papéis.

Essa identidade vai incluir as normas dos grupos no qual o adolescente se integra, os valores que interioriza sua ideologia pessoal e os compromissos que assume e vai recolher as experiências do passado para dar significado ao presente e dirigir sua conduta futura. Definitivamente, trata-se de uma estrutura ou organização interna construída pelo sujeito, nas suas interações com o ambiente, que agrupa todas aquelas características que definem sua forma de ser.

Voltando às falas de Sposito (1997), Palácios e Oliva (2004), entender de maneira mais ampla como o adolescente percebe o meio o qual vive e convive, pode-se levar a uma melhor compreensão sobre os fatores que influenciam suas reações, sentimentos, e formação da identidade, porém, pesquisas que destaquem a ótica do próprio adolescente, porque a maioria delas enfoca a ótica do adulto.

Nessa mesma linha, Yves de La Taille (2006), Tânia Zagury (2004) e Ana Luiza Buratto, Maria Rita Dantas e Maria Thereza Souza (1998) destacam em suas pesquisas, com adolescentes brasileiros, que a literatura nacional ainda é escassa sobre como o adolescente percebe o meio que ele vive principalmente o meio escolar e a prática pedagógica do professor nesse espaço, e sugerem mais pesquisas sobre esse tema.

Fazendo uma analogia à situação supracitada e, como já descrita na introdução deste estudo, a classe hospitalar, no Brasil, é uma modalidade emergente que, apesar do amparo legal, é pouco conhecida nos meios acadêmicos, nos meios escolares e nos meios pediátricos, o que merece uma maior atenção das pesquisas acadêmicas. Acrescenta-se ainda que, além da literatura ser escassa sobre como o adolescente percebe o meio escolar e a prática pedagógica do professor nele, o mesmo ocorre nas pesquisas que enfocam a classe hospitalar, que também sinalizam mais a ótica do adulto, e esse é o objetivo deste estudo, ou seja, buscar no ponto de vista do próprio adolescente em tratamento de câncer como ele percebe a prática pedagógica do professor neste espaço, se essa ação pedagógica é percebida como uma maneira de dar continuidade aos seus estudos escolares, se ela colabora para melhora da sua saúde e minimiza o estresse do tratamento da doença.

Assim, fica o desafio e a curiosidade de encontrar as respostas dessa questão na própria ótica dos adolescentes em tratamento do câncer sobre esse tema, visto que, frequentemente, adolescentes com câncer precisam interromper suas atividades escolares devido às limitações impostas pela doença e pelo seu prolongado tratamento e, agora, possivelmente vão poder vivenciar a escola em outros espaços, como, por exemplo, no hospital ou em uma casa de apoio para crianças e adolescentes com câncer.

No próximo capítulo, o leitor encontrará discussões a respeito dos termos saúde e doença, sobre os preconceitos e metáforas relacionados ao câncer, e, também discussões sobre o que é o câncer, o desafio de adolecer com câncer; o medo da morte e o significado do abandono escolar para esses adolescentes.

3 A ADOLESCÊNCIA E O CÂNCER

[...] Ninguém quer a morte, só saúde e sorte [...]

Gonzaguinha

Pode-se dizer que a doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa, pois todas as pessoas vivas possuem dupla cidadania. A primeira é no reino da saúde e a segunda é no reino da doença. É bem verdade que as pessoas preferem estar no reino da saúde, porém, mais cedo ou mais tarde elas são obrigadas, pelo menos por um curto espaço de tempo, a se identificarem com o reino da doença.

Desse modo, neste capítulo, pretende-se apresentar diferentes visões sobre saúde e doença e demonstrar que cada contexto social específico, cada cultura, constrói formas diferentes de explicação para esses dois termos, considerando que os seres humanos, tementes por sua própria finitude, não somente justificam a doença, como criam preconceitos e estereótipos relacionados a ela e ao doente, como é o caso do câncer (recorte desta pesquisa), uma doença carregada de metáforas, como veremos a seguir.

Além de apresentar as diferentes visões sobre saúde e doença, e destacar as metáforas e fantasmas em torno da palavra câncer, tem-se também como finalidade fazer uma discussão sobre o que é o câncer e o câncer infanto-juvenil; o desafio de adolecer com câncer; o impacto da hospitalização na adolescência; o medo da morte e o significado do abandono escolar para esses adolescentes.

O leitor deve estar se perguntando o motivo de se ter um tópico denominado o impacto da hospitalização na adolescência, já que este estudo foi realizado em uma casa de apoio. Destaca-se que esse tópico foi aqui abordado, pois os adolescentes, mesmo hospedados em uma casa de apoio, vivenciam o processo de hospitalização.

A escolha, nesta pesquisa, pelo câncer não é aleatória, pois ele atualmente é considerado a primeira causa de mortes por doença no Brasil, na faixa etária que corresponde de 1 a 19 anos de idade. Outras patologias poderiam ser escolhidas, como as cardíacas, que também expõem a vida ao risco. Porém, como veremos nas discussões abaixo, ao contrário do câncer, não evocam a dúvida: Por que eu? Por que meu corpo foi oferecido a esse destino? Enquanto essas perguntas insistirem, haverá alguma coisa paralisada, a ser tratada. Restará decifrar o enigma que perpetua a repetição e barra a reapropriação da existência.

Também não é aleatória a escolha de adolescentes com câncer, e para explicar melhor essa decisão busca-se ajuda nos psicólogos brasileiros William Barbosa Gomes e Viviane Ziebell de Oliveira, no artigo *O adolecer em jovens portadores de doenças crônicas orgânicas*. Os autores explicam que a adolescência como uma etapa do desenvolvimento psicológico, pode ser frustrante e difícil para jovens saudáveis, e, já para os adolescentes doentes pode ser extremamente penoso, levando-os a uma grave frustração. (OLIVEIRA; GOMES, 1998)

Os autores ainda destacam que a maioria dos adolescentes portadores de doença crônica apresenta desordens emocionais, porque possuem mais tempo de sofrerem as perdas e limitações que a doença impõe, na medida em que sua vida é prolongada e, assim, sugerem que as doenças são vivenciadas sempre como um ataque à integridade, e que, na adolescência, essa situação assume peculiaridades das demandas desta etapa de vida que, para muitos autores, já discutidos no Capítulo 2, já é definida como uma crise. Deste ponto de vista, uma doença crônica grave como o câncer na adolescência seria uma outra crise, sobreposta à própria crise da adolescência, dita normal, já desencadeada pelas modificações físicas e psicossociológicas inerentes à adolescência.

Como exemplo do que foi exposto, cita-se a alteração da imagem corporal numa época em que a autoimagem tem grande importância para o adolescente em desenvolvimento, o que ocasiona rebaixamento da autoestima. A insegurança em relação a seu futuro, que envolve o trabalho, a construção de uma família, ter filhos e a preocupação de que estes sejam saudáveis, e, finalmente, as dúvidas sobre a possibilidade de superar a doença sem sequelas e assim dar continuidade a seu projeto de vida.

O corpo em transformação do adolescente tornado transparente é, às vezes, devastado por exames invasivos, pelo tratamento agressivo, por olhares de pessoas estranhas, muitas vezes, vestidas de branco, que o despojam dos traços que asseguravam sua identidade íntima, sexual e social. A preservação do sujeito em sua independência e privacidade física impede que seu corpo se torne um objeto alheio, passivo. A ciência possui instrumentos para avaliar a evolução da doença e da dor, mas sobre a solidão, o medo e o sofrimento ela pouco sabe.

3.1 SAÚDE X DOENÇA: O CÂNCER COMO METÁFORA

Para iniciar esta discussão, reporta-se a Organização Mundial da Saúde, que no ano de 1946 formulou um conceito histórico de saúde que compreende “o estado de mais completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidades”. Paulo Schiller, médico e psicanalista brasileiro, considera esta afirmação um tanto quanto ambiciosa, e acrescenta que deve ser uma tarefa bem difícil encontrar pessoas que se ajustem a essa definição. (SCHILLER, 2000)

A vida moderna com sua inconstância, mostra que cada vez mais oportunidades aparecem para que as pessoas venham a adoecer, ou mesmo para que convivam com situações e fatores que são prejudiciais à saúde, porém, ao mesmo tempo, surgem alternativas para uma vida mais saudável e algumas tendências apontam para um novo horizonte, onde a saúde deixa de ser simplesmente a ausência de uma doença, e sim, a prevenção da incidência de patologias e acidentes e a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis. Percebe-se que, ao se considerar este conceito como saúde biopsicossocial, concorda-se com o autor supracitado, ou seja, serão poucas as pessoas totalmente saudáveis.

Por sua vez, saúde é mais do que não sentir dor, pois a ausência de dor não significa saúde, e sua presença também não é indicativo de doença. Torna-se importante destacar que há vários tipos de dor como: a dor física, a dor psicológica e a dor moral. A primeira pode ser causada por doenças, acidentes, lesões e distúrbios. A segunda pode ser oriunda de problemas de ordem emocional como desilusões, perdas e outras causas e, por último, a dor moral sentida a partir dos confrontos dos valores morais, que podem ser pessoais e/ou individuais ou socioculturais, elas por vezes surgem nos confrontos, onde os valores de uma pessoa podem ser violados pela realidade que ela vivencia nos vários locais onde as relações pessoais acontecem, como, por exemplo, no trabalho. A dor pode ser também categorizada por níveis, mas, tais níveis são muito relativos, sendo que podem variar conforme a sensibilidade, a dor de cada pessoa, bem como das influências culturais sobre a mesma.

No artigo intitulado *Análise do conceito de saúde*, a partir da Epistemologia de Canguilhem e Foucault, a psicóloga Maria Thereza Ávila Dantas Coelho e o médico, mestre em saúde comunitária, Naomar Monteiro de Almeida Filho assinalam que:

Para Canguilhem (1965, 1978, 1990), a saúde implica poder adoecer e sair do estado patológico. A ameaça da doença é, portanto, um dos seus

elementos constitutivos. Também as pesquisas antropológicas de Stacey (1986), Lewis (1986) e D’Houtaud & Field (1993) revelaram que a ausência de enfermidade não implica necessariamente a saúde. Se um indivíduo enfermo resiste e afirma estar bem, ele é considerado saudável. Variadas são as representações positivas da saúde. (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2003, p. 102)

De acordo com os autores supracitados, a escritora americana Marilyn Ferguson (1938-2008), em sua mais famosa obra, *A conspiração aquariana: transformações pessoais e sociais nos anos 80*, destaca que a saúde é uma harmonia determinante, assim como a lua determina as marés, não se pode manipular o corpo para lhe dar saúde por processos externos, do mesmo modo que não se pode manobrar a maré com seus fluxos e refluxos por meio de um organizado sistema de comportas. (FERGUSON, 1992)

A autora ainda acrescenta que saúde não pode ser introduzida nas veias e muito menos ser tomada oralmente como remédio, pois, saúde emana de uma matriz: corpo e mente; reflete uma harmonia psicológica e somática, assim, “[...] o curador que existe dentro de nós é a mais sábia, a mais complexa unidade integrada do universo. Em certo sentido, sabe-se agora, há sempre um médico dentro de casa”. (FERGUSON, 1992, p. 235)

Percebe-se, segundo as palavras dos autores, que não é muito simples a compreensão do conceito de saúde, uma vez que sua definição envolve indicadores como: o social, o político, o econômico, o psicológico, o cognitivo e o cultural, que acabam por perpassar a compreensão de si mesmo e do outro que estão inseridos em uma sociedade dinâmica, com regras e leis próprias e em constante construção e reconstrução. Dessa forma, pode-se aqui destacar que se entende a saúde como um complexo emaranhado de atitudes pessoais, coletivas e sociais.

Para ilustrar essa ideia sobre saúde busca-se respaldo na antropóloga Maria Helena Villas Boas Concône, em seu artigo denominado *Os sentidos da saúde*, onde ela comenta que as experiências da saúde e da doença são experiências que estão tanto fora quanto dentro. São experiências objetivas e subjetivas, pessoais e coletivas, universais e culturais. Ao pensar a saúde ou a doença objetivamente e, sobretudo, cientificamente, se está apenas lidando com um dos seus aspectos, mas tomar esses fenômenos apenas desse ângulo é não se permitir perceber a dimensão da doença como construção sociocultural. É não percebê-lo como objetos de indagação ampliada, não questionar sobre processos inesperados de remissão e cura e menos ainda sobre a ação do terapeuta. (CONCÔNE, 2003)

Pode-se aqui inferir que há vários elementos subjetivos implícitos ao ser humano e o conceito de saúde, por exemplo, é subjetivo e intersubjetivo, ou seja, os seres humanos são

frágeis e ao mesmo tempo fortes, plurais e individuais, pessoas e cidadãos, atores sociais que se constroem individual e coletivamente. Assim, a saúde não é tão somente o sujeito, mas os atores sociais que se movimentam, possuem vontades e desejos, sofrem injustiças e praticam justiça, é o constante paradoxo que constituem física, mental, social e pessoal cada ser humano.

Esses seres humanos possuem uma única certeza na vida, a de que todos morrerão um dia. Essa certeza foi descrita pelo historiador francês Jean Delumeau, em seu livro *a História do medo no ocidente*, onde demonstra que essa convicção é cada vez mais temida e contestada pela vontade daqueles que desejam alcançar a imortalidade, vontade esta que é almejada desde a Antiguidade por sujeitos das mais diversas nações. (DELUMEAU, 1989)

Possa ser que em razão disso, cada vez mais as pessoas tenham procurado retardar o processo de envelhecimento e morte, na busca de promessas de rejuvenescimento, de controle da vida e da morte, ou na procura de uma vida melhor e mais saudável. Essa postura vem acompanhando a história da humanidade e até mesmo intrigando a ciência.

Na busca pela eternidade é possível encontrar novos conhecimentos que surgem com a intenção de melhorar e aprimorar a qualidade de vida do ser humano. O sociólogo alemão Norbert Elias demonstra em seu livro, *A solidão dos moribundos*, que na realidade os processos naturais seguem o seu curso distribuindo aleatoriamente situações boas e ruins, as alegrias da saúde e as dores da doença, aos seres humanos; e, as únicas criaturas, que quando necessário, podem dominar até certo ponto o curso sem sentido da natureza e ajudar-se mutuamente são os próprios seres humanos. (ELIAS, 2001)

Frente ao que foi supracitado, percebe-se que em algum momento da vida, seja por ironia do destino ou não, o organismo pode vir a adoecer e, desse modo, cada cultura apresenta uma explicação para a origem, as causas e tratamentos das doenças, ou seja, cada cultura constrói uma relação própria com a saúde e a doença, assim como um sistema próprio, coerente e pertinente de cura. Dessa forma, indivíduos, grupos e sociedades distintas possuem diferentes explicações para a doença, as suas origens e possíveis causas. Também as variações culturais determinam a maneira com a qual o doente é identificado, porém todas elas possuem a ideia de que este é portador de algum mal. Se o indivíduo adoecer, precisa se afastar da sociedade até apresentar melhora e, para que esse afastamento seja aceito, a sua cultura deve aprovar sua doença como sendo verdadeira.

Percebe-se que as concepções de doença e saúde é uma construção social, ou seja, o sujeito é doente segundo a classificação da sua sociedade e de acordo com critérios e

modalidades que ela fixa, pois a percepção do estado de doença quase sempre se traduz em sintomas.

Nas sociedades ditas primitivas ou tradicionais, as práticas de cura estão relacionadas a xamãs, feiticeiros, benzedeadas, legitimados para exercer o combate à doença. Já nas sociedades conhecidas como complexas, há profissionais como: médicos, dentistas, enfermeiros, entre outros, que são reconhecidos pelo discurso oficial para intervir no corpo do doente, sendo que, este discurso e essa prática são chamados de medicina oficial. Importante destacar que são considerados como sistemas médicos os sistemas direcionados para a cura, e, qualquer medicina que fuja dos preceitos institucionalizados pela ciência será denominada paralela ou alternativa.

Na nossa cultura a doença é composta por um conjunto de representações presentes no imaginário coletivo e, também, no imaginário pessoal. O ser humano precisa de uma explicação para a causa da dor e, para tanto, busca respostas tanto através da ciência, quanto através das explicações místicas.

Na procura de respostas nas explicações místicas, observa-se que a ação invisível do mundo espiritual, quando codificada, representa a possibilidade de manipular uma solução. Quando algo é aprendido ele pode ser dominado e enfrentado. Ancorado nessa premissa, o antropólogo americano Clifford Geertz (1926-2006) comenta que quando se educam os sentidos, pode-se desenvolver uma nova atitude frente à doença. Assim, é comum observar a presença de práticas mágicas e diferentes práticas populares de cura, ou ainda, de explicações religiosas para a dor e seu alívio. Têm-se aqui as estratégias de cura pela imposição das mãos, rezas, cantos, enfim, processos rituais distintos e explicáveis à luz da cultura. (GEERTZ, 1989).

Já na procura de respostas nas explicações da ciência, observa-se que para o paciente, a doença e o sofrimento que ela causa é um fato concreto, e até incapacitante para ele, de forma que transcende sua capacidade de autocuidado, o que torna necessária a intervenção de um especialista. Para o médico, muitas vezes, o sofrimento é irrelevante; sua preocupação é com a doença e o paciente é um mero canal de acesso a ela. Desse modo, para o médico a única realidade concreta é a da doença, expressão da lesão. O esquema referencial das doenças é uma mera classificação, ou seja, um artifício criado para enquadrar os fenômenos do processo saúde-doença. Quando o médico esquece esse fato acaba por sobrevalorizar o artifício e desvalorizar o sofrimento do paciente.

Analisando os conceitos de saúde e doença e sua relação com a cultura, o médico brasileiro, especialista em saúde pública, Gastão Wagner de Souza Campos, comenta que

tanto a cultura quanto a saúde determinam a existência das pessoas, a maneira que elas são e o jeito de ser delas, porém, acrescenta que a cultura é produzida, às vezes, ao longo dos séculos e com muita dificuldade, mas é sempre um produto humano. Dessa forma, quando se pensa em cultura e saúde tem-se então um terceiro elemento presente que vem a ser as pessoas. (CAMPOS, 2002) O autor ainda alerta para o fato de que as diferentes concepções de saúde presentes em sociedades distintas estão relacionadas aos traços culturais presente nestas sociedades; assim, cada sociedade irá construir sua concepção sobre saúde a partir de suas perspectivas de sobrevivência, anos de vida ganhos, meios identificados para defender a vida. Também assinala que

[...] a cultura é um conjunto de valores, mas como o ser humano não é trouxa, não é idealista, toda vez que a gente cria uma série de contextos nós criamos juntos instituições, organizações, ações organizadas humanas para garantir a reprodução e a produção dessa cultura, então não tem nenhuma cultura que não trata de escrever a Bíblia, de fazer ministro, sacerdote, Constituição, leis, regras, guardiões, etc., etc., e a saúde, como um pedaço da cultura, nós também tratamos de montar instituições que vão procurar influenciar a cultura no sentido que a saúde, que os guardiões da saúde, da saúde coletiva, da medicina, da clínica, etc., achamos que isso deve ser. Então a saúde, ao longo da história, tem inventado instituições: Sistema Único de Saúde, o sacerdote, o guru, o médico, o sanitarista, etc., e as suas instituições e conhecimentos, ou seja, aparelhos especializados encarregados de cuidar da saúde, de produzir saúde, de interferir nos valores tradicionais em nome da defesa da vida, em geral nessa perspectiva mais quantitativa, anos de vida. (CAMPOS, 2002, p. 109-110)

Observa-se que pensar saúde e doença implica primeiramente identificar como cada sociedade e cultura constroem esses significados e as identidades e o status social daqueles que ficarão encarregados de tratar delas.

O filósofo e pesquisador brasileiro Leônidas Hegenberg, em seu livro *Doença: um estudo filosófico*, destaca que já na Antiguidade havia o desejo e a preocupação popular para tentar compreender as causas das doenças e da morte. Devido a essa preocupação e desconhecendo as verdadeiras causas do adoecer, a ele relacionavam os pecados contra os mandamentos divinos ou a infração às regras sociais. (HEGENBERG, 1998)

Na era Medieval, a medicina era dotada de caráter dogmático que incorporava o conhecimento sobre a cura com a religião e as práticas relacionadas ao sagrado. É importante lembrar que nessa época as doenças eram vistas como um sofrimento necessário para a salvação da humanidade e o exercício da medicina estava nas mãos dos monges e dos

clérigos. Nesse período, epidemias como a malária, o tifo e a peste bubônica alastravam-se por todo o ambiente europeu.

A fé e os amuletos demonstravam-se ineficazes para a cura. Desse modo, as epidemias passaram a ser vistas como castigos divinos à Humanidade, que não cumpria os preceitos de cristãos. Como exemplo, pode-se citar os doentes de hanseníase que eram isolados em cavernas e vales, sendo banidos do convívio social e considerados imundos e impuros, segundo as palavras da Bíblia Sagrada. Neste exemplo, nota-se que havia uma total ignorância, da população dessa época, sobre a transmissibilidade e contágio da hanseníase, que somente fora descoberta e conceituada no século XIX. Também a sociedade, nesse período, em geral atribuía aos doentes a condição de impuros e pecadores. Estigmatizados, os doentes eram tratados como pessoas amaldiçoadas pela ira divina, e por isso a doença purgaria seus pecados.

Foi com Hipócrates que a primeira tentativa de dissociar a doença de causas sobrenaturais ocorreu. Entre 460 e 370 a.C., o Pai da Medicina ousou atribuir às doenças, causas naturais. Hegenberg comenta (1998) que Hipócrates, ao estudar a doença sagrada, ou seja, a epilepsia, assinala que esta parece não mais divina ou mais sagrada do que outras doenças; tem, ao contrário, uma causa natural de que como outros males se origina.

Já no período renascentista, a medicina se fortaleceu com os estudos realizados pelo médico, alquimista e astrólogo suíço Paracelso (1493-1541). Segundo o estudioso, o saber se dissipava pela terra, e antevia a necessidade de intervenções mais amplas, onde o conhecimento não deveria ser compartimentalizado. Para defender suas ideias, critica o *Canon de Avicena*, que na época era considerado a síntese máxima da ciência médica. Dessa maneira, Paracelso acaba por ganhar inimigos em sua época e na posteridade.

Para o autor, os médicos deveriam educar-se na Escola da Natureza, criticava o excesso teórico-filosófico dizendo que os médicos eram doutores da escrita e não da arte de curar e afirmava que a verdadeira medicina deveria apoiar-se em quatro pilares, sendo eles: a astronomia, a ciência natural, a química e o amor.

No século XIX, a medicina ganhou um grande impulso, isto é, no ano de 1878, o cientista francês Louis Pasteur (1822-1895) desenvolveu estudos sobre os germes e revelou a existência de microorganismos e sua relação com as doenças. Iniciam-se os estudos relacionados à microbiologia e à parasitologia. Ao mesmo tempo, o médico, patologista e bacteriologista alemão, Heinrich Hermann Robert Koch (1843-1910), isola o bacilo da tuberculose e a bactéria do cólera, atribuindo-se ao conceito de doença contornos nítidos. Assim, a doença passou a ser entendida como consequência da invasão do organismo por

agentes estranhos, cuja agressão provocava lesões nos órgãos e tecidos. Doenças eram, portanto, resultados de infecções (do Latim, *inficire*, que significa envenenar) provocadas pelos microorganismos. (HEGENBERG, 1998)

Mesmo perdendo força para a visão religiosa que atribuíra ao adoecer causas sobrenaturais e mesmo tendo evoluído não apenas em seus conceitos, mas, sobretudo, nas práticas terapêuticas e de cura, a doença continua a rondar o imaginário social, provocando nas pessoas, o medo e instigando o estigma e o preconceito. Em diferentes contextos onde se percebe avanços nos estudos e nas pesquisas científicas sobre a doença, a dor e a cura, ainda persistem práticas e pensamentos estigmatizantes em relação ao doente e o adoecer.

A famosa escritora americana Susan Sontag (1933-2004), em sua obra *A doença como metáfora*, destaca que duas doenças foram intensamente e de modo similar, sobrecarregadas com ornamentos da metáfora: a tuberculose e o câncer. (SONTAG, 1984) Os pensamentos estigmatizantes inspirados pela tuberculose no século XIX e pelo câncer no século XX e até mesmo nos dias atuais, constituem reflexos de uma concepção, segundo a qual a doença é intratável, um mal não compreendido em uma época onde a premissa básica da medicina é de que todas as doenças podem ser curadas.

Tal tipo de enfermidade é misterioso por definição, pois, enquanto não se compreendeu a sua causa, e as prescrições dos médicos mostraram-se ineficazes, a tuberculose foi considerada uma insidiosa e implacável ladra de vidas. Agora é a vez do câncer ser a doença que chega sem pedir licença, é ele que desempenha o papel de enfermidade cruel e furtiva, um papel que irá conservar, até que algum dia sua etiologia se torne tão clara e seu tratamento tão eficaz quanto se tornaram a etiologia e o tratamento da tuberculose.

Cabe aqui assinalar que qualquer doença encarada como um mistério e temida será tida como moralmente, senão literalmente, contagiosa. Dessa forma, pessoas acometidas pelo câncer, em número surpreendentemente elevado, veem-se afastadas por parentes e amigos e são objetos de procedimentos de descontaminação por parte das pessoas da casa, como se o câncer, fosse uma doença transmissível.

O contato com um sujeito acometido por uma doença tida como misteriosa malignidade afigura-se inevitavelmente como uma transmissão, ou, pior, como a violação de um tabu. O próprio nome câncer é possuidor de um poder; ele evoca a imagem de tentáculos que crescem, invadem, devoram, se ramificam e lançam raízes a distância, ocupam os espaços e consomem a vida. É encarada como a doença do mal absoluto, da degradação e da condenação a uma morte sofrida. (SCHILLER, 2000; SONTAG, 1984)

No convívio social, o câncer tornou-se a doença a ser ocultada em meio a sentimentos de vergonha e medo. O imaginário popular associa o câncer aos inibidos, aos sexualmente reprimidos, incapazes de expressar suas emoções. É a doença dos que renunciam à esperança e aos prazeres. É a doença dos perdedores e dos que merecem punição, sendo este último pensamento característico, como foi visto anteriormente, da era Medieval, em pleno século XXI.

Ao contrário da tuberculose, que era uma doença vinculada à pobreza, à carência alimentar e à falta de higiene, o câncer atinge todas as classes sociais. A ocorrência de algumas formas, como a leucemia e o câncer de mama, é maior em países ricos, onde se consome em excesso; acredita-se que isso aconteça devido a uma utilização ou exposição maior a substâncias cancerígenas. Entre as classes pobres, outros tumores são mais frequentes, como o do colo do útero, que estão ligados à presença de alguns vírus que atuam pela insuficiência de cuidados com a higiene, por falta de prevenção ginecológica e por acesso restrito aos recursos diagnósticos.

Há pouco tempo atrás, estar com câncer era sinônimo de sentença de morte que levava o médico a ocultar o diagnóstico de seus pacientes e, algumas vezes, até mesmo da família. Era temível por se iniciar em silêncio, consumir lenta e secretamente e acenar com um final doloroso. Enquanto uma doença for tratada como uma maldição e não simplesmente como uma doença, as pessoas com câncer, em sua maioria, se sentirão duramente discriminadas, ao saber de que enfermidade são portadores. A solução, por sua vez, não é ocultar a verdade a eles e, sim, retificar a concepção da doença, em desmitificá-la.

Também cabe aqui destacar que quando curada, a pessoa vive sempre com medo que a doença retorne, e este é um dos motivos mais comuns da retomada da fé religiosa, assim como da procura de soluções à margem da medicina dita oficial.

Certamente, é provável que a linguagem usada sobre o câncer evolua nos anos vindouros e decisivamente mudará quando a doença for finalmente compreendida e a proporção de curas se tornar mais elevada. Aliás, já está mudando com os recursos diagnósticos e o desenvolvimento de novas formas de tratamento.

3.2 O QUE É CÂNCER

Há relatos de casos de câncer desde a Antiguidade. Foi encontrado em múmias egípcias e pré-colombianas. Papiros egípcios de 3.500 a.C., assim como escritos babilônicos e indianos, descrevem a doença. É na Grécia, no século V a.C., na escola de Hipócrates, Pai da Medicina ocidental, que aparecem as primeiras descrições sistemáticas e surge o termo *karkínos*, que significa caranguejo. Acredita-se que o nome se origine das dores que causa, semelhantes às ferroadas do crustáceo. Uma outra versão sugere que a dilatação dos vasos sanguíneos que alimentam o tumor traça um desenho que lembra as patas de um caranguejo. Desse modo, conhecido desde os tempos mais remotos, somente com a criação do microscópio é que o câncer pôde ser estudado com maior êxito.

Destaca-se que mais de 200 tipos de neoplasias malignas com comportamentos biológicos distintos são agrupados sob a denominação de câncer, e estas podem ser compreendidas em termos das alterações do material genético das células, as chamadas mutações celulares. Estas alterações ocorrem frequentemente em nosso corpo, devido a fatores externos como substâncias químicas, radiações e infecções virais, interferindo na estrutura e alterando as informações básicas das células.

Geralmente essas mutações não trazem maiores consequências para a forma e o funcionamento celular, porém, quando há mutações em “genes chaves”, responsáveis pelo controle do crescimento, multiplicação ou diferenciação das células, pequenas modificações podem causar grandes danos ao nosso corpo.

Segundo Bruce Alberts e Alexander Johnson, no livro *Biologia molecular da célula*, o câncer é formado por células mutantes que adquirem autonomia de crescimento e multiplicação, interrompendo o seu processo de amadurecimento normal. Suas células caracterizam-se por um aspecto jovem e indiferenciado, cujo crescimento desordenado origina um tumor ou neoplasma, sendo que, um tumor será maligno e, portanto, chamado de câncer, se suas células tiverem a capacidade de migrar para tecidos vizinhos causando tumores secundários. As neoplasias malignas são divididas em neoplasias hematológicas e tumores sólidos. (ALBERTS; JOHNSON, 1997)

Cláudio Ferrari e Vitória Herzberg, na obra *Tenho câncer, e agora? enfrentando o câncer sem medos ou fantasias*, assinalam que as neoplasias hematológicas têm sua origem nas células do sangue, sendo representadas pelas leucemias agudas e crônicas, os linfomas, o mieloma a doença de *Hodgkin*, dentre outras. Por sua vez, estas doenças não se restringem a

uma única região do corpo, podendo atingir o sangue, a medula óssea, os gânglios linfáticos, o baço e o fígado, caracterizando-se pela rápida evolução e grande sensibilidade a diferentes formas de tratamento. (FERRARI; HERZBERG, 1997)

Já os tumores sólidos têm sua origem nas células geneticamente alteradas de um determinado órgão, crescem em seu interior e migram para os gânglios que recebem a drenagem de sua linfa, podendo se estender para órgãos vizinhos criando implantes ou *metástases*¹⁰, em regiões distintas do corpo. Dividem-se em dois grandes grupos, sendo eles: carcinomas e sarcomas. O primeiro grupo, ou seja, os carcinomas originam-se em tecidos epiteliais, os que possuem função de revestimento ou que formam gânglios. São tumores que se iniciam em glândulas como a tireóide ou a mama ou em células de revestimento como a mucosa das vias aéreas ou do tubo digestivo. O segundo grupo, ou os sarcomas são formados por células que se originam na mesoderme¹¹ e, dessa forma, sem função epitelial. Também os tumores sólidos são representados pelos melanomas, que são formados por células pigmentadas da pele, pelos tumores de células germinativas, que são originados nas células reprodutoras dos testículos e ovários e pelos tumores do sistema nervoso.

O câncer está associado a inúmeros fatores e a maioria deles relacionados ao meio ambiente; assim, produtos químicos, radiação e microorganismos podem ser considerados agentes carcinogênicos, isto é, capazes de causar modificações no DNA de uma célula, levando-a a uma proliferação desordenada que dá origem a um câncer. Pode-se também citar como agentes carcinogênicos a luz solar com sua irradiação ultravioleta, os agentes químicos presentes no fumo, o asbesto utilizado na construção civil, as aminas aromáticas presentes na manufatura de tinturas e o benzeno utilizado na indústria química.

Além destes já citados, podem ser acrescentados microorganismos como o Papiloma Vírus, que causa a verruga vaginal e o Vírus de Epstein-Baar, responsável pela Mononucleose Infecciosa que alteram o DNA das células favorecendo o desenvolvimento de uma neoplasia. O HIV, responsável pela Aids, é um vírus que, embora não cause diretamente o câncer, cria condições ideais para o desenvolvimento da doença, por meio do comprometimento do sistema imunológico, dentre outros.

O médico oncologista francês Maurice Tubiana, da Faculdade de Medicina de Paris, estima que mais da metade dos casos de câncer podem ser evitados impedindo-se a exposição aos fatores de risco ambientais, utilizando-se de medidas simples, como a adoção de uma

¹⁰ Em grego, significa mudança de lugar.

¹¹ Camada intermediária do processo de divisão embrionária que dá origem aos ossos, músculos, gordura, tendões, vasos sanguíneos e outros tecidos.

dieta rica em verduras, legumes e cereais, eliminação do ato de fumar, o controle na exposição à radiação ultravioleta e a moderação no consumo de bebidas alcoólicas e alimentos gordurosos. (TUBIANA, 1999)

O patrimônio genético de uma pessoa é que define a sensibilidade da mesma aos fatores causadores do câncer; assim sendo, algumas são mais sensíveis que outras à exposição de substâncias carcinogênicas, e este padrão de sensibilidade costuma ser comum aos membros de uma mesma família. Raramente o câncer se apresenta como um componente hereditário importante. (FERRARI; HERZBERG, 1997)

Para o professor de epidemiologia e oncologia da Universidade McGill em Quebec, no Canadá, Eduardo Franco, a velocidade da multiplicação de uma célula tumoral não é a mesma em todos os tipos de câncer, pois, enquanto um câncer no pulmão pode ter se iniciado por células formadas há muitos anos, uma leucemia se desenvolve muito rapidamente a partir da primeira célula alterada. (FRANCO, 1997) O tempo é uma variável importante para o desfecho do tratamento. Devido a isso, logo após o diagnóstico, se faz uma avaliação da extensão da doença no corpo do paciente, o que é chamado de estadiamento. A presença de *metástase* é relevante na definição do estadiamento de um tumor, o que vai definir a estratégia de tratamento e as probabilidades de cura do paciente.

O tratamento do câncer pode ser curativo de maneira a almejar a eliminação completa da doença, paliativo que visa apenas o seu controle, ou de suporte que está voltado para a diminuição da dor e do sofrimento. Este abrange cirurgia, quimioterapia, radioterapia, transplante de medula, dentre outros que podem ser empregados isoladamente ou em conjunto, dependendo do caso. A cirurgia tem como finalidade a remoção mecânica de todas as células infectadas, o que envolve a retirada de uma boa quantidade de tecido e gânglios linfáticos ao redor do tumor.

A quimioterapia é um tratamento que está baseado na administração de substâncias químicas ao paciente. Os medicamentos atuam nas células do câncer, principalmente durante sua divisão, interferindo na multiplicação do seu DNA e na produção de proteínas. A ação destas substâncias se estende por todo o corpo, sem limites anatômicos, com exceção do sistema nervoso; dessa forma, seus efeitos são sentidos nos tecidos com alto grau de renovação como o sangue e as mucosas, sendo seus principais efeitos colaterais: queda na produção das células do sangue, ocasionando indisposição física e suscetibilidade a infecções e sangramentos, inflamação nas mucosas do trato digestivo manifestas por aftas ou diarreias, além de náuseas, vômitos e queda dos pêlos e cabelos. Devido à sua toxicidade, o tratamento quimioterápico é realizado em espaços de tempo predeterminados, para que o organismo do

paciente possa se recuperar da ação das drogas, sem que dê tempo para a recuperação das células do câncer. Baseada na ação de raios X, a radioterapia pode ser administrada externamente ao corpo ou pela colocação da fonte de raios em seu interior. Ela apresenta ação local atuando na destruição das células doentes através da interferência na estrutura de seu DNA. Os efeitos colaterais dessa terapia são geralmente restritos às áreas irradiadas, podendo atingir células em divisão, tais como as das mucosas e as células do sangue.

O transplante de medula óssea (TMO) é um tratamento baseado na administração de altas doses de quimioterápicos que podem ou não estar combinadas à radioterapia. Em consequência das altas doses de medicação, a medula óssea é destruída e necessita de substituição. Essa reposição pode ser realizada pela administração endovenosa de células da própria medula do paciente, denominado de transplante autólogo e, pela administração da célula de um doador, chamado de transplante alogênico, ou por meio de células de um irmão gêmeo idêntico, assim denominado de transplante singênico. Nos casos de transplante autólogo, a recuperação completa da medula praticamente encerra o tratamento, já no transplante alogênico, o acompanhamento médico torna-se necessário, por um tempo indefinido, pois a nova medula pode agredir o organismo que passou a hospedá-la. (FERRARI; HERZBERG, 1997)

No decorrer do tratamento de câncer, principalmente, devido à ação medicamentosa, que compromete o sistema imunológico, o paciente fica vulnerável a ter infecções, e estas infecções podem vir a comprometer os pulmões, a boca e a região próxima ao ânus, que são a porta de entrada de germes no organismo. Portanto, para evitar o acúmulo de microorganismos nocivos ao paciente, cuidados com a higiene pessoal, são essenciais para o progresso do tratamento como: banho diário, escovação dos dentes e limpeza anal. A febre, comumente um sinal de infecção, é um valioso alerta, pois permite que a infecção seja tratada sem maiores prejuízos à saúde do paciente. É importante assinalar que o tratamento à base de quimioterapia ou radioterapia pode gerar alguns efeitos colaterais tardios, como déficits intelectuais e esterilidade.

Tem-se observado, nas últimas décadas, uma melhora no prognóstico de determinados tipos de câncer como a leucemia linfática aguda (LLA), a doença de *Hodgkin* e o câncer testicular. Essa melhora ocorreu dos avanços tecnológicos no tratamento e do emprego de métodos de rastreamento visando um diagnóstico mais precoce, tal como acontece no câncer de mama, colo de útero e ovário. (TUBIANA, 1999)

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2002), excluindo-se as causas mal definidas, o câncer constitui a segunda causa de morte no Brasil por doença, atrás somente das

doenças cardiovasculares. Seguindo um raciocínio clínico, que orienta os programas de prevenção e controle do câncer no Brasil, o INCA apresenta como fatores determinantes sociais do câncer a urbanização, a industrialização e a maior expectativa de vida. Tais fatores contribuem para o aumento de agente cancerígena ambiental ou para uma maior e mais prolongada exposição dos seres humanos a estes agentes. Todavia, com cerca de 470 mil novos casos, a cada ano no Brasil, o câncer tornou-se um importante problema de saúde pública.

3.3 O CÂNCER INFANTO-JUVENIL

Segundo o INCA, no livro *Câncer na criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade*, o câncer infanto-juvenil (abaixo de 19 anos) é considerado raro quando comparado com os tumores do adulto, correspondendo entre 2% e 3% de todos os tumores malignos. Estimativa realizada pelo Instituto Nacional de Câncer para o biênio 2008/09 revela que ocorrerão cerca de 9 890 casos por ano em crianças e adolescentes com até 18 anos de idade. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2008)

Em países desenvolvidos, o câncer pediátrico é a segunda causa de óbito entre 0 e 14 anos, atrás apenas dos acidentes. Atualmente, destaca-se como a mais importante causa de óbito nos países em desenvolvimento. Isso talvez se deva às atuais políticas de prevenção em outras doenças infantis. No Brasil, em 2005, a mortalidade por câncer em crianças e adolescentes com idade entre 1 e 19 anos correspondeu a 8% de todos os óbitos, colocando-se, assim, como a segunda causa de morte nesta faixa etária. Considerando-se que a primeira causa de mortalidade refere-se às causas externas como: acidentes e violências; entende-se que a mortalidade por câncer é, atualmente, a primeira causa de mortes por doença nesta população. Tal constatação implica relacionar esse perfil de óbitos à organização específica dos serviços de saúde, particularmente da rede de atenção à saúde da criança e do adolescente, trazendo novos desafios para a atenção oncológica e o Sistema Único de Saúde (SUS).

No Figura 1 pode-se verificar o mapa do câncer infanto-juvenil no Brasil, sendo que a Leucemia é o tipo mais comum de câncer nos 20 municípios, onde a pesquisa do INCA foi realizada. Esse é um padrão mundial, e, no Gráfico 1 verifica-se os óbitos a cada milhão de habitantes no Brasil, entre 0 e 18 anos.

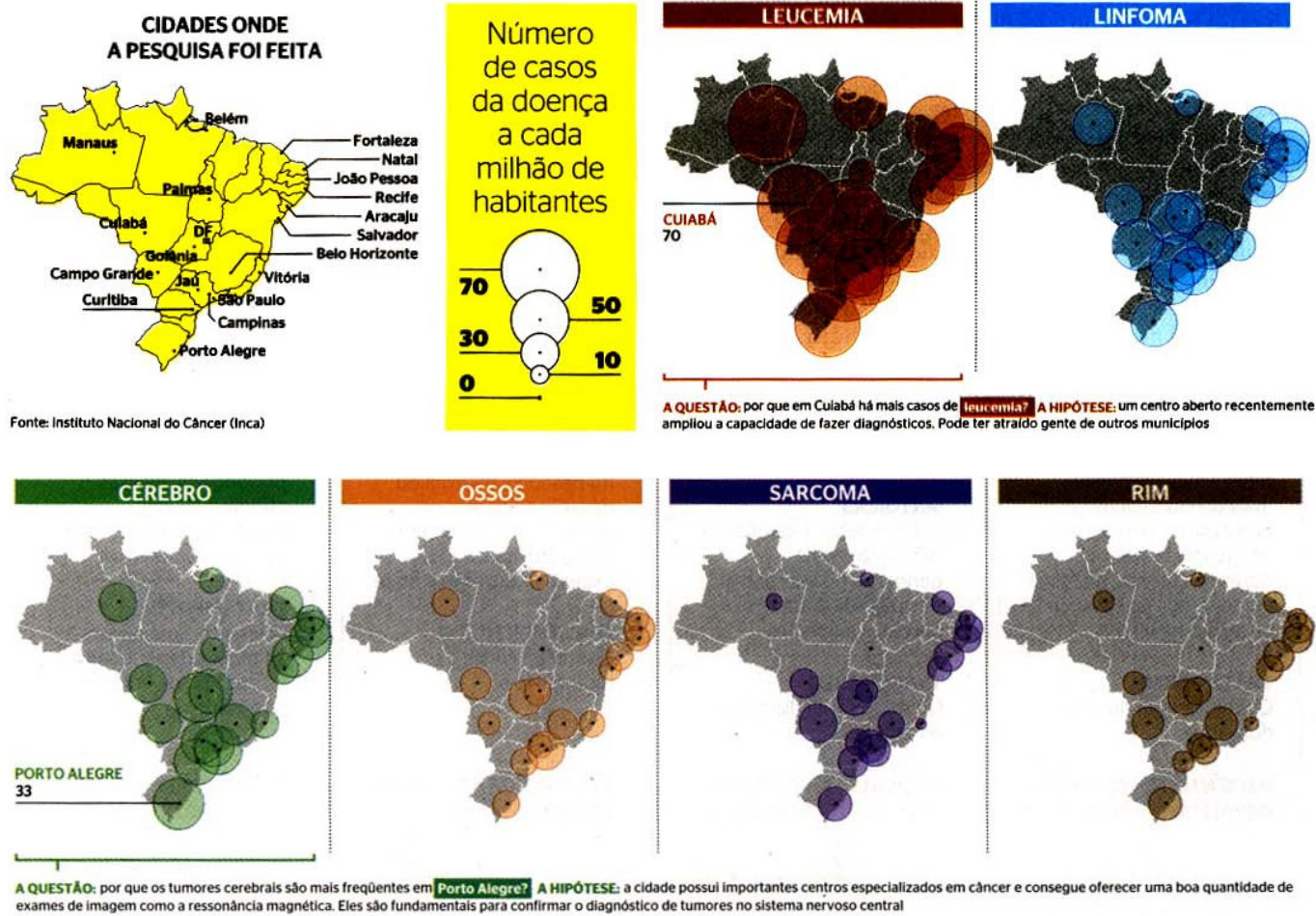


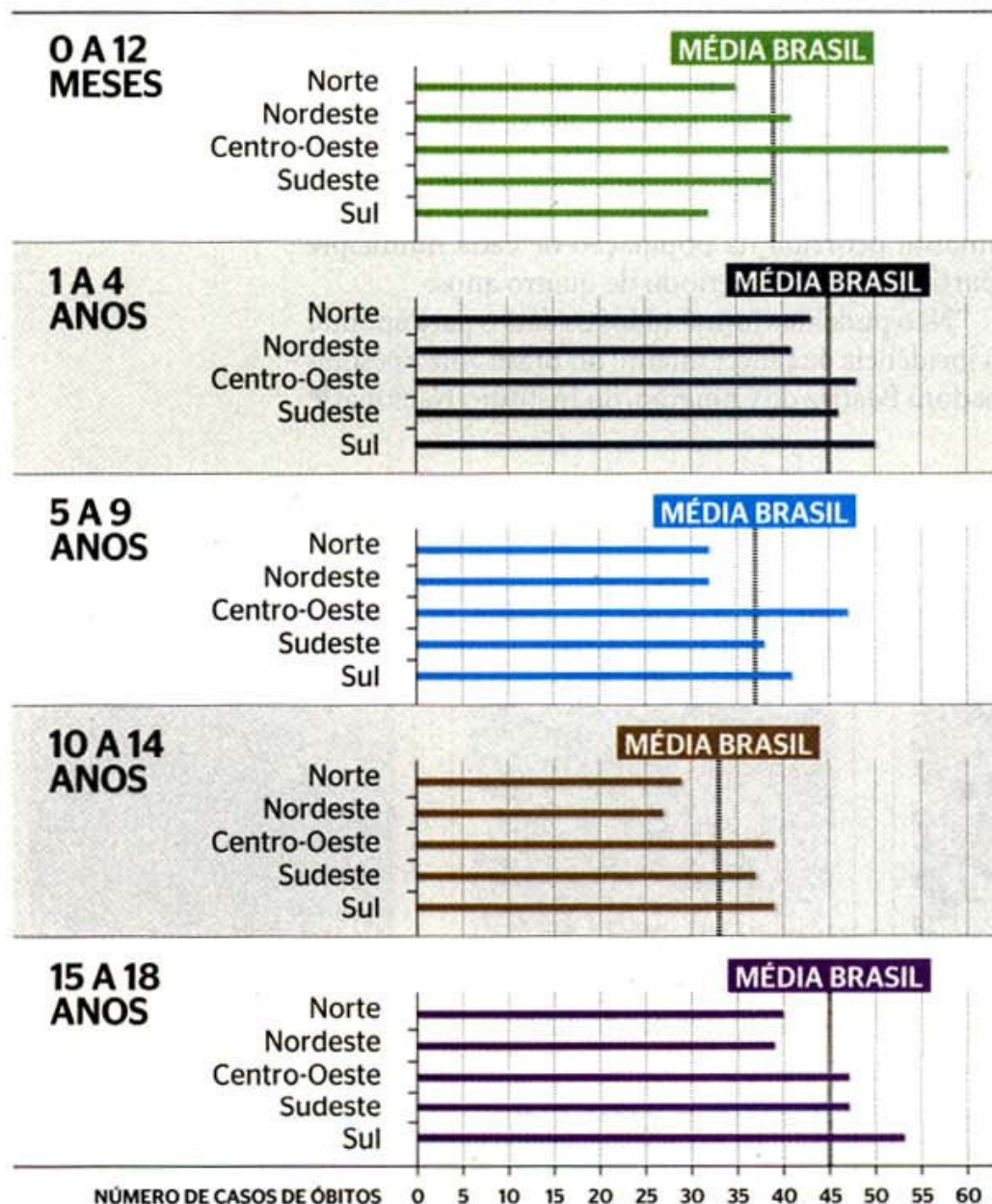
Figura 1 - Mapa do câncer infanto-juvenil no Brasil.

Fonte: Segatto¹² (2008, p. 84).

¹² Cristiane Segatto é repórter que faz parte da equipe da revista *Época*, desde seu lançamento em 1998. Escreve sobre medicina há 14 anos e ganhou mais de dez prêmios nacionais de jornalismo.

A DISTRIBUIÇÃO DAS MORTES

Óbitos a cada milhão de habitantes entre 0 e 18 anos. Em todas as faixas etárias, a mortalidade da Região Centro-Oeste está acima da média nacional. Enquanto isso, os óbitos no Norte e no Nordeste estão sempre abaixo da média nacional. O próximo passo dos pesquisadores será tentar explicar essas diferenças



Fonte: Instituto Nacional do Câncer (Inca)

Gráfico 1 - Óbitos a cada milhão de habitantes no Brasil entre 0 e 18 anos. Fonte: Segatto (2008, p. 88).

Segundo a pesquisa de mestrado feita por Patrícia Emília Braga, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, as neoplasias mais incidentes entre crianças e adolescentes são: leucemias (glóbulos brancos), tumores do sistema nervoso central e linfomas (sistema linfático). Também acometem essa população os sarcomas (tumores de partes moles), retinoblastoma (tumor da retina do olho), tumor de *Wilms* (tumor renal), neuroblastoma (tumor de gânglios simpáticos), osteossarcoma (tumor ósseo), tumor germinativo (tumor das células que vão dar origem às gônadas). As leucemias são responsáveis por 25% a 35% dos casos de câncer infanto-juvenil. Dentre as leucemias, as agudas são as mais comuns e, dentre elas, a leucemia linfóide aguda (LLA) sozinha, é responsável por 75% a 80% de todas as leucemias. (BRAGA, 2000) O Gráfico 2 e a Figura 2 ilustram bem essas informações.

LEUCEMIA

Varição das taxas de mortalidade⁽¹⁾ a cada milhão de habitantes até 18 anos. Em ambos os sexos, houve redução média de cerca de 1% ao ano no Sul, Sudeste e Centro-Oeste. No Norte e Nordeste, houve aumento de cerca de 2% ao ano - possivelmente pela melhora na coleta de dados

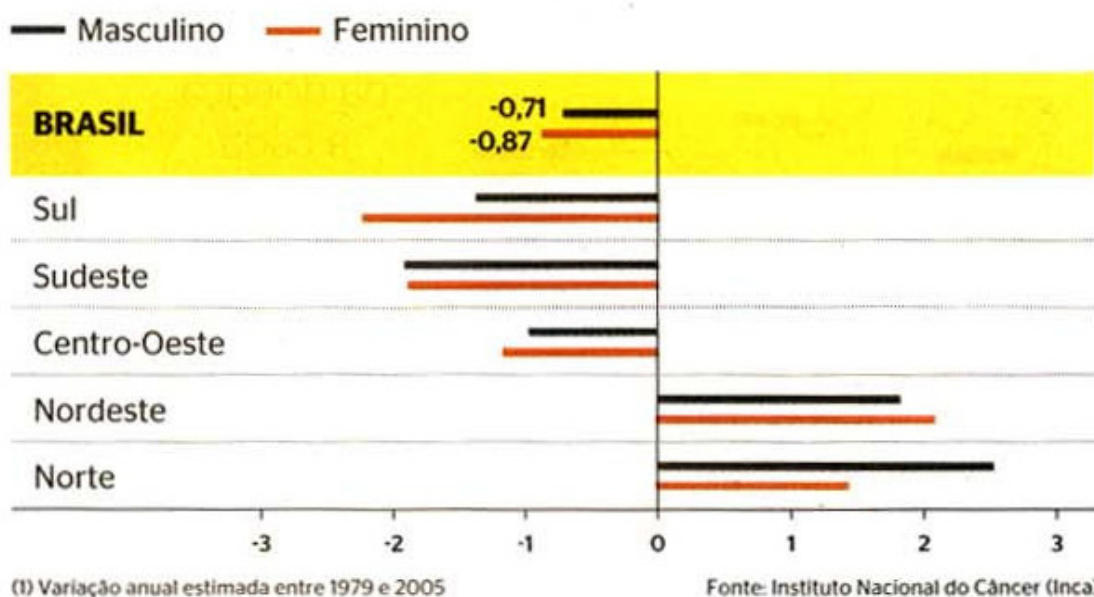


Gráfico 2- As leucemias são responsáveis por 25% a 35% dos casos de câncer infanto-juvenil no Brasil
Fonte: Segatto (1980, p. 83).

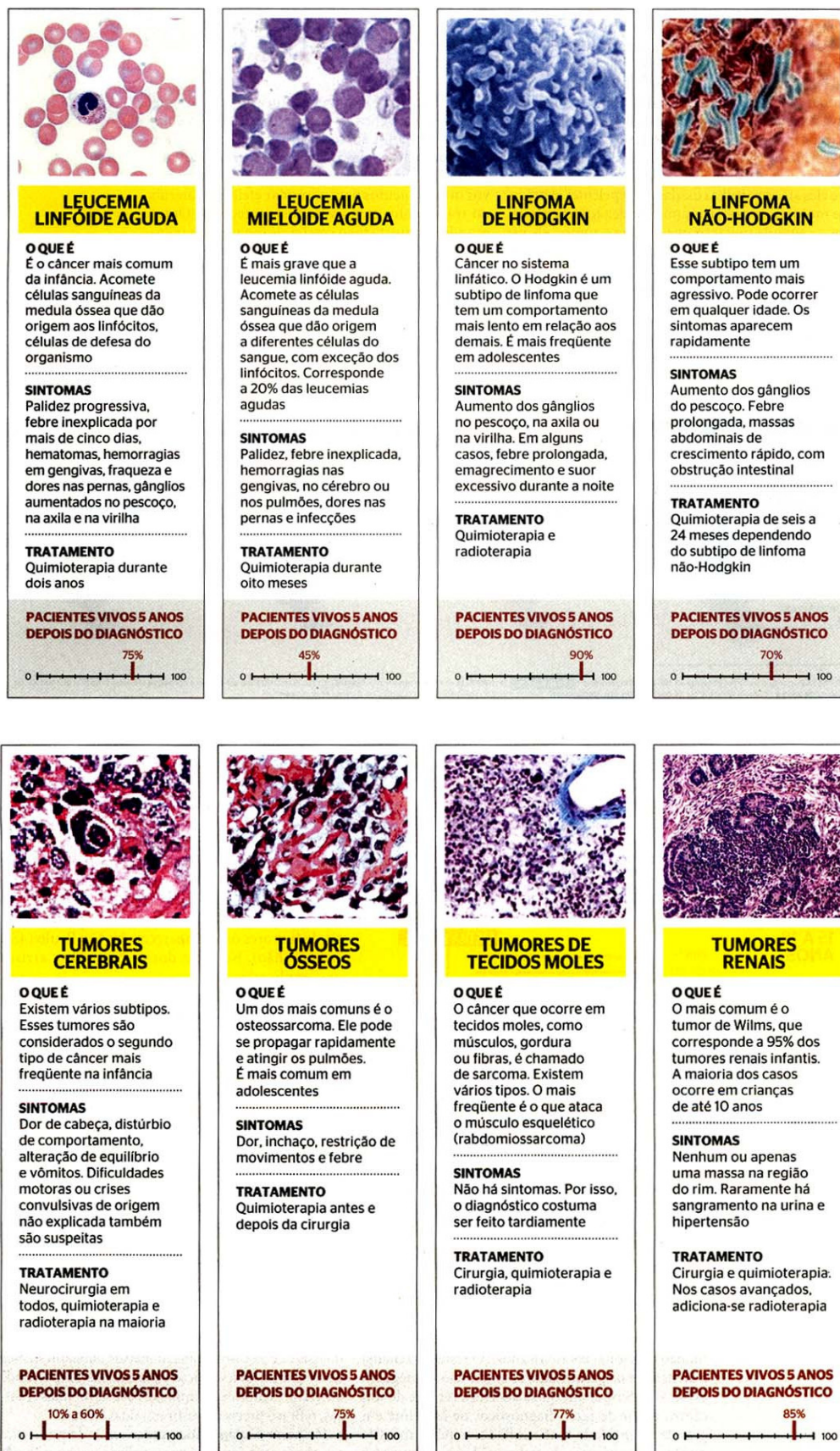


Figura 2 - Os primeiros sintomas dos tipos de câncer mais comum na infância e na adolescência e como tratá-los.

Fonte: Segatto (1998, p. 86-87)

A frequência e os tipos dos tumores que ocorrem nas crianças diferem consideravelmente daqueles que ocorrem nos adultos quanto à localização, ao tipo histológico e ao comportamento clínico.

Durante a primeira infância e a puberdade, quando ocorre uma divisão celular mais intensa, observam-se picos de incidência de algumas neoplasias, sugerindo que o crescimento normal dos tecidos embrionários e puberais criam um ambiente propício para o desenvolvimento tumoral. Desse fato pode advir a alta incidência de neoplasias dos tecidos hematopoiéticos, linfáticos, osteomusculares e do sistema nervoso central em crianças e adolescentes.

Assim, o câncer em pessoas menores de 21 anos é entendido como proveniente de mutações espontâneas, o chamado “câncer de crescimento”, que tende a ocorrer em locais de intensa proliferação celular, apresentando um período curto de latência entre o tumor clinicamente detectável e o disseminado, e tende a ser agressivo e invasivo. Já nos adultos, maiores de 21 anos, o câncer provém de 60% a 80% dos casos de mutações celulares induzidas por fatores ambientais, é o “câncer da idade”, que apresenta um período de latência longo, possibilitando a realização de diagnósticos precoces. No caso de crianças, medidas preventivas relacionadas ao câncer só serão úteis para sua vida adulta. (TUBIANA, 1999)

A psicóloga brasileira Elizabeth Ranier Martins do Valle, no livro *Câncer Infantil: compreender e agir* alerta que o diagnóstico de câncer infanto-juvenil é de difícil detecção devido a fatores relacionados ao despreparo médico, a condições socioeconômicas e culturais das famílias, que as impedem de procurar um centro de atendimento médico adequado, à precariedade do sistema de saúde que não apresenta recursos para um diagnóstico rápido e eficiente, às grandes distâncias nacionais que dificultam o acesso aos serviços especializados, dentre outros. Destaca também que os próprios sintomas do câncer complicam seu diagnóstico precoce, pois os sinais iniciais da doença são inespecíficos como: dor de cabeça, palidez, dor óssea e febre, sendo facilmente confundidos com patologias comuns na infância e menos sérias. (VALLE, 1997)

Valdeção, no artigo publicado na *Folha de São Paulo* com o título: *Diagnosticar câncer infantil ainda é difícil*, descreve que a minimização do tempo no estabelecimento do diagnóstico do câncer infanto-juvenil é tão importante que a Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (SOBOPE) vem realizando cursos em todo o país para orientar pediatras sobre a doença e chamar a atenção para o problema. (VALDEJÃO, 2001)

No Brasil, o espaço de tempo entre o aparecimento do primeiro sintoma e o diagnóstico é maior que o de países como a Inglaterra, a Suécia e os Estados Unidos, em uma

diferença que vai de 9 a 22 semanas, dependendo do tipo da doença. Não se deve perder de vista o fato de que a agilidade no diagnóstico é de suma importância, pois somente a partir dele é que se inicia o tratamento.

Como foi visto anteriormente, o tratamento do câncer é composto basicamente pela cirurgia, a radioterapia, e tratamento medicamentoso, incluindo a quimioterapia. Em alguns casos, utiliza-se uma modalidade terapêutica separadamente, e, em outros, pode existir uma combinação de duas ou até das três modalidades. No caso do câncer infanto-juvenil, a quimioterapia é um importante componente terapêutico, uma vez que a maioria das doenças malignas em crianças e adolescentes é sensível a ela.

Nos casos de câncer infanto-juvenil, a taxa de sobrevivência, a médio e longo prazo, varia de 60% a 80%, enquanto que no adulto é de 50% a 55%. O paciente de câncer é considerado curado quando se mantém sem a recorrência por um período de cinco anos. O avanço no tratamento do câncer tem como objetivo cada vez mais proporcionar a esse paciente uma qualidade de vida após a cura do ponto de vista físico, intelectual, emocional e social, que justifiquem o prolongamento de sua existência. Vale destacar, com relação ao câncer infanto-juvenil segundo o sexo, que há ainda de acordo com a literatura, um predomínio de tumores, na maioria dos países, inclusive no Brasil, em meninos. (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2004)

3.4 O MEDO DA MORTE E O DESAFIO DE ADOLESCER COM CÂNCER

Conforme Melvin Lewis e Fred Volkmar, na obra *Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência*, assinalam que a adolescência é relativamente saudável e, apenas, 6% dos adolescentes sofrem de doenças crônicas, dentre elas, o câncer. Os adolescentes podem considerar sua doença como algo vergonhoso ou fraqueza física, ou mesmo como castigo. Eles podem usar a doença como um instrumento para a expressão de sua rebeldia e, ao mesmo tempo, temem a perda de controle sobre suas vidas. Diante da doença, eles podem se isolar tanto para conservar sua força como também porque se sentem desesperançados. (LEWIS; VOLKMAR, 1993)

De acordo com a psicóloga brasileira Nely Guernelli Nucci (2003), na sua tese de doutorado *Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo*, o significado do câncer é subjetivo e depende de vários fatores que envolvem o momento de vida em que o paciente

recebe o diagnóstico, experiências passadas, preconceitos culturais e as informações obtidas pelos meios de comunicação.

Percebe-se que o estigma e as metáforas do câncer, já discutidos anteriormente, ainda marcam de forma negativa seus portadores, embora, com o progresso da medicina, sejam maiores as chances de cura e as possibilidades de uma longa sobrevivência. E, apesar de se falar mais sobre essa doença, atualmente o medo sobre ela permanece, o que faz parecer que a palavra câncer é sinônimo de morte.

Na adolescência, graças à maturação do desenvolvimento cognitivo, já existe perfeita compreensão do que é a doença e suas consequências, neste caso, o estresse que o diagnóstico de câncer provoca se torna quase insuportável para ele e sua família.

Em relação ao que foi dito, cabe aqui se fazer uma breve discussão sobre o conceito de morte para o adolescente.

A morte e sua problemática é um dos fatores presentes em todos os períodos do desenvolvimento humano, mas, sobretudo, atuante nos momentos críticos de passagem. Por sua vez, a adolescência, como uma etapa crítica de passagem, já discutida anteriormente no Capítulo 2, torna-se fortemente afetada pela ideia de morte.

Com a aquisição do pensamento formal, o adolescente tem a possibilidade cognitiva de compreender o conceito de morte. Para ilustrar essa consideração, pode-se citar a pesquisa de mestrado realizada pela psicóloga Wilma Costa Torres (1934-2004), denominada *O conceito de morte em diferentes níveis cognitivos*. (TORRES apud KOVÁCS, 1992)

A autora supracitada pesquisou 183 sujeitos de 4 a 14 anos de idade, e estudou a relação entre o desenvolvimento cognitivo, segundo Piaget (descritos no capítulo 2), e a evolução do conceito de morte, e encontrou os seguintes estágios:

- a) período pré-operacional;
- b) período das operações concretas;
- c) período das operações formais.

No *período pré-operacional* (2 a 8 anos, aproximadamente), as crianças não fazem distinção entre seres inanimados e animados, e possuem dificuldades para perceber uma categoria de elementos inorgânicos que, portanto, não vive e não morre. As crianças não negam a morte, mas é difícil separá-la da vida, e atribuem a fatores externos a impossibilidade de viver, de maneira que não percebem a morte como definitiva e irreversível.

Já no *período das operações concretas* (8 a 14 anos, aproximadamente), as crianças distinguem entre seres animados e inanimados, porém não expressam respostas lógico-

categoriais de causalidade da morte, ou seja, buscam aspectos perceptivos da morte como a imobilidade para defini-la, mas já a definem como irreversível.

Por fim, o período das operações formais (14 anos em diante), o sujeito reconhece a morte como um processo interno, que implica na parada de atividades do corpo. Percebem-na como universal, podendo dar explicações lógico-categoriais e de causalidade. A morte é definida como parte da vida.

Cabe aqui uma ressalva, pois esta relação entre os estágios de desenvolvimento cognitivo e o conceito de morte não foram observados com tanta clareza pelos pesquisadores Apeece e Brent (1984 apud KOVÁCS, 1992), que verificaram que as relações entre o desenvolvimento cognitivo e o conceito de morte podem ser ambíguas. Entretanto, se não se considerar o desenvolvimento cognitivo como um todo, e sim suas habilidades específicas, como a conservação e conceitos de tempo, esta relação parece mais clara.

No artigo, *Childrens's understaing of death: a review of three components of death concept*, os teóricos acima citados destacaram que a maioria das crianças de 7 anos já havia assimilado os principais atributos ligados à morte como: irreversibilidade, não-funcionalidade e universalidade. (APEECE; BRENT, 1984 apud KOVÁCS, 1992)

A irreversibilidade refere-se à compreensão de que o corpo físico não pode mais viver depois da morte; desse modo, inclui o reconhecimento da impossibilidade de mudar o curso biológico ou de retornar a um estado prévio. Já a não-funcionalidade refere-se à compreensão de que todas as funções definidoras da vida cessam com a morte. Por último, a universalidade refere-se à compreensão de que tudo que é vivo morre.

É interessante que o adolescente adquira os principais atributos ligados à morte, levanta hipóteses e discute sobre ela enquanto tema; porém, emocionalmente, a morte, nesta etapa do desenvolvimento, é tida como algo distante, ou seja, o adolescente não se deixa projetar pela ideia de morte, projetando-a para um futuro bem distante, como uma defesa para a vulnerabilidade e a finitude.

De acordo com o ponto de vista exposto, a psicóloga Júlia Maria Kovács, em seu livro *Morte e desenvolvimento humano*, destaca que ao construir o mundo, o adolescente deixa as ideias e os pensamentos infantis, e o faz de conta é relegado como coisa de criança, pois, adquirir conhecimentos, tornar-se adulto, ter um corpo de homem ou de mulher são tarefas da adolescência. (KOVÁCS, 1992)

Para a autora, a palavra chave do adolescente é desafiar, porque ele também é um herói como a criança havia sido, porém, um herói mais potente, com um corpo mais forte e

uma mente mais aguçada, com todas as possibilidades de criação e execução, sem os freios restritivos da razão e da maturidade.

Assim, nas representações figurativas, os heróis são jovens, belos, fortes, predominando, sempre, a característica de impetuosidade; dessa forma, não há lugar para a morte, que representa para o adolescente a derrota, o fracasso e a incompetência. Destaca-se aqui que esta visão do adolescente de morte é a visão atual que nossa sociedade tem dela e descrito no tópico *Saúde x Doença: o câncer como metáfora*.

Mas, em seu íntimo, ocorre uma dúvida: será ele apenas humano, frágil, e terá o mesmo destino do outro? A adolescência se configura pela ambivalência, assim, ao mesmo tempo em que se sente onipotente, o adolescente também tem medo da morte, porém, dificilmente expressa essa fraqueza e acaba por ocultá-la de maneira a acreditar que ela (a morte) acontece somente com os outros, ou acontecerá com ele muito tempo no futuro. Para o adolescente, a morte não é uma presença no presente.

Kovács (1992) também acrescenta que, nesta etapa da vida, o adolescente pode vivenciar mortes concretas de parentes e amigos, mas, em seu pensamento não é concebível sua própria morte. Nesta fase de conquistas e descobertas, planos e sonhos, a morte pode ser encarada como um desafio prazeroso, e sendo a morte parte da vida, alguns adolescentes passam a desafiá-la. Esportes radicais, uso abusivo de drogas e álcool, excesso de velocidade com carros e motos, os “rachas”, podem ser indicativos de que os adolescentes vivem a desafiar a ideia de morte como algo distante de sua realidade.

Entretanto, para o adolescente com câncer, a morte não é mais encarada como um desafio, como é descrito por Bessa (2000, p. 96):

[...] foram arrancados da sua vida e do seu desenvolvimento “normal” para serem subitamente agredidos e ameaçados pelo tratamento. Não puderam optar pela situação em que se encontram e o enfrentamento da morte deixa de ser um desafio prazeroso para ser uma luta aterrorizada em busca da sobrevivência.

Diante do supracitado, a psicóloga brasileira Wilma da Costa Torres, (1999) no livro *A criança diante da morte*, assinala que para o adolescente, entre as muitas implicações que acarreta, o diagnóstico de câncer pode prejudicar o desenvolvimento da sua autoestima e a afirmação da sua identidade pessoal, levando-o a perder o sentido de sua continuidade histórica e a perspectiva de futuro.

A autora também enfatiza que, para o adolescente, sua exuberância vital lhe impõe uma maior percepção de sua condição física, isto é, de que ele tem um corpo, por outro lado,

ele ainda não admite ver este corpo como um corpo que dói, sangra, definha e morre, por causa dessa mesma exuberância física. Desse modo, a morte, ou a simples ameaça desta, pode ser considerada na fase da adolescência, uma situação muito mais dolorosa do que para outros grupos etários.

O diagnóstico de câncer é sempre vivido como uma catástrofe, mas é ainda mais arrasador quando atinge um jovem. É como se existisse um momento certo para que a doença e a morte ocorressem e esse momento, certamente, não seria a adolescência ou a infância, quando existem tantos planos e expectativas para o futuro. Destaca-se que os sintomas mais comuns nos adolescentes que sofrem de câncer são os sintomas depressivos, enquanto em crianças menores são os sintomas de ansiedade.

O tratamento do câncer traz à vida do adolescente novas experiências, que são vividas de acordo com as suas peculiaridades. Porém, geralmente, o adolescente passa a conviver com a rotina hospitalar e ambulatorial, às vezes, tendo que se hospedar em uma Casa de Apoio para a realização do tratamento; desse modo, passa a entrar em contato com espaços, pessoas e situações que passam a fazer parte de sua vida cotidiana. A realidade da doença e do tratamento passa a limitá-los em relação à participação em eventos sociais e familiares e com relação à frequência escolar.

A quimioterapia é conhecida como assustadora por causa dos inúmeros efeitos colaterais, sendo responsável pelos medos e recusas ao tratamento, mesmo quando indicada para possibilidade de cura. Muitas vezes, é neste período que o paciente entra em contato com a doença, pois, em alguns casos, o paciente está assintomático. As náuseas, vômitos, a queda do cabelo (alopecia) trazem a desfiguração física, a mudança da autoimagem corporal e preocupações que geram angústias com relação à aceitação social e à interrupção de algumas atividades.

Para a enfermeira Tânia Maas (2006), em sua dissertação de mestrado *O processo de transição do ser adolescente hospitalizado com doença crônica sob a ótica da enfermagem*, diz que uma doença crônica pode ser definida como aquela que altera as funções diárias do indivíduo por mais de três meses, resulta em hospitalização durante um mês por ano ou exige situações especiais de adaptação.

De acordo com Maas, as pesquisadoras brasileiras Maria Aparecida Vieira e Regina Aparecida Garcia de Lima, no artigo *Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças*, descrevem que doença crônica, como o câncer, é uma doença que tem o curso longo, podendo ser incurável, deixando sequelas e impondo limitações às funções dos indivíduos, requerendo adaptação. (VIEIRA; LIMA, 2000)

Descrevem também que, nestes casos, os adolescentes sofrem uma brusca modificação no seu cotidiano, muitas vezes, com limitações, principalmente físicas, devido aos sinais e sintomas da doença, e podem ser constantemente submetidos a hospitalizações para exames e tratamentos. Desse modo, a hospitalização permeia seus processos de crescimento e desenvolvimento, modificando em maior ou menor grau, sua rotina, separando-os do convívio de seus familiares e do ambiente social.

A complexidade do câncer, o seu tratamento, o uso e o acesso às tecnologias influenciam o seu rumo; desse modo, algumas etapas da doença podem ser previsíveis, e outras, incertas, mas independente de serem previsíveis ou incertas, elas acabam por causar impacto e danos ao adolescente e, conseqüentemente, à sua família. Ressalta-se, aqui, que o câncer pode apresentar períodos de remissões prolongadas e recaídas, intercalando períodos de maior otimismo e esperança com outros de maior desestruturação.

Na condição de portador de câncer, o adolescente tem seu comportamento modificado, ou seja, sua reação diante dessa experiência desconhecida, que vem a ser a doença, pode lhe trazer sentimentos de culpa, medo, angústia, depressão e apatia, e ameaçar sua rotina diária. Conseqüentemente, a doença, o tratamento e as hospitalizações na adolescência constituem-se uma importante crise na vida dos adolescentes e suas famílias.

Elizabeth Kübler-Ross (2005), em seu clássico livro, *Sobre a morte e o morrer*, descreve sobre as reações ao diagnóstico de uma doença grave e evidencia que um paciente vivencia cinco estágios a partir do diagnóstico da doença, sendo eles:

- a) negação
- b) raiva
- c) barganha
- d) depressão
- e) aceitação

O primeiro estágio é o de negação, quando o paciente recusa-se a aceitar a situação. O segundo, é a raiva, onde o paciente demonstra sentir ódio, revolta e inconformismo pela doença. A barganha é a fase onde o paciente procura protelar o inevitável, na tentativa de fazer negociações (esse estágio é bem característico da adolescência). O quarto estágio, ou seja, a depressão, ocorre quando o paciente não consegue mais esconder ou negar sua doença, sendo este estágio marcado pela elaboração de lutos, apresentando tristeza e retraimento. No último estágio, a aceitação, o paciente não sente mais depressão, raiva ou medo da doença e da morte, necessitando de constante descanso. (KÜBLER-ROSS, 2005)

Como toda doença grave, o câncer suscita no doente e em sua família a possibilidade de morte, através da constante ameaça de uma recaída ou de intercorrências, o que provoca profundas alterações em suas vidas, demandando readaptações frente à nova situação e estratégias para o enfrentamento. Esse processo depende da gravidade e complexidade da doença, da fase em que eles se encontram e das estruturas disponíveis para satisfazer suas necessidades e readquirir o equilíbrio.

A reação dos pais de um adolescente ao saberem do diagnóstico de câncer é de choque, por considerarem que esta doença é irreversível. Após esse choque inicial, seguido pela confusão que desencadeia e, após a urgência de busca de informações sobre a doença, a preocupação da família centraliza-se nas condições atuais da doença e seu tratamento.

Além da busca aterrorizada pela sobrevivência, pelo adolescente com câncer, tem-se também a reação dos seus pais que ao saberem do diagnóstico, geralmente, entram em choque, por considerarem que esta doença é irreversível. Após esse choque inicial, seguido pela confusão que desencadeia e, após a urgência de busca de informações sobre a doença, a preocupação da família centraliza-se nas condições atuais da doença e seu tratamento.

Portanto, após ser dado o diagnóstico de câncer, a vida do adolescente e da família passa por uma brusca transformação. De uma hora para outra eles (filho/a e família) se veem atirados em um hospital realizando uma série de exames invasivos e dolorosos, cercados por pessoas estranhas, em um ambiente estranho. Independente de sua idade, se criança ou adolescente, estes se dão conta de que algo ruim está acontecendo, sentem-se afogados pela sensação de perigo, de ameaça de algo desconhecido.

Além disso, os efeitos colaterais do tratamento se fazem notar, podendo ser imediatos como: náuseas, vômitos, diarreias, febre, ou, a longo prazo, demorando dias, meses e até anos como: queda de cabelos, mucosites anais, bucais e genitais, lesões da radioterapia, esterilidade, entre outros.

Devido a essa rápida e brusca mudança na rotina e do sofrimento vivenciado por esses adolescentes e seus familiares, em todo o mundo, profissionais e pessoas têm-se sensibilizado com as diversas questões que envolvem o paciente com câncer, na busca de proporcionar uma melhor qualidade de vida a eles.

A partir dessa preocupação, surgiram os grupos de apoio aos pacientes com câncer, que além de prestar assistência biopsicossocial a essas crianças, ainda mantêm uma casa de apoio. Essas casas funcionam como local onde tanto crianças como adolescentes em segmento de câncer, não residentes na cidade em que fazem o tratamento, possa se hospedar nos

períodos em que são submetidos à radioterapia e à quimioterapia, não precisando muitas vezes ficar internados nos hospitais.

Têm-se valorizado muito os retornos ambulatoriais durante o tratamento de câncer, e as internações ocorrem apenas quando os medicamentos endovenosos necessitam ser aplicados por um período maior ou na eventualidade de algumas intercorrências (febre, mucosites, infecções). Assim, as casas de apoio contribuem para amenizar o sofrimento de crianças e adolescentes, evitando internações sucessivas e também favorecendo a adaptação ao contexto hospitalar.

As informações supracitadas tornam-se importantes, pois esta pesquisa foi realizada em uma casa de apoio, onde crianças e adolescentes com câncer ficam hospedados para realizarem o tratamento, porém, percebe-se que mesmo hospedados em uma casa de apoio eles vivenciam o processo de hospitalização, o que gera um forte impacto tanto na infância como na adolescência. Como o recorte privilegiado deste estudo é o adolescente com câncer no tópico seguinte destaca-se o impacto da hospitalização na adolescência.

3.5 O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Ficar hospitalizado significa hospedar-se em um ambiente frio, impessoal e ameaçador, que se caracteriza por uma opção feita pela necessidade e muitas vezes em emergência. Implica, geralmente, na interrupção do ritmo comum de vida, seja por curto ou longo prazo. O espaço hospitalar, o tratamento e a manipulação por pessoas estranhas agride o paciente, tanto física como emocionalmente.

Para o sociólogo Erving Goffman (2007), no livro *Manicômios, prisões e conventos*; o ser humano a ser hospitalizado sofre um processo de despersonalização. Deixa de ter o seu próprio nome e passa a ser um número de leito ou então alguém portador de uma determinada doença. O estigma do doente-paciente até mesmo no sentido da sua própria passividade frente aos novos fatos e perspectivas existenciais, irá fazer com que exista a necessidade urgente de uma total reformulação de seus valores e conceitos.

Também, para o autor supracitado, em sua outra obra *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, destaca que o estigma é um sinal, um signo utilizado pela sociedade para discriminar os sujeitos portadores de determinadas características, e, pelo simples fato de se tornar hospitalizado faz com que a pessoa adquira os signos que irão

enquadrá-lo em uma nova categoria existencial e até mesmo os seus vínculos interpessoais passarão a existir a partir desse novo signo. Seu espaço vital não é mais algo que dependa de seu processo de escolha, seus hábitos anteriores terão de se transformar frente à realidade da hospitalização e da doença. (GOFFMAN, 1982) Pôde-se perceber aqui que temos dois estigmas: da hospitalização e de estar doente de câncer.

Os médicos Alcion Sponhoz Junior e Catalina Camas Cabrera, no artigo intitulado *Ansiedade e insônia*, assinalam que no ambiente hospitalar, o paciente encontra um universo de ameaças internas e externas: a ameaça a sua integridade corporal pelos procedimentos a que é submetido, a exposição de sua intimidade a estranhos, a convivência com o ambiente de doença, dor e morte; a separação de seus familiares, seus pertences, seus hábitos, enfim, a perda de seus referenciais conhecidos. O paciente também sofre com a incerteza da evolução da doença e suas possíveis consequências. (CABRERA; SPONHOLZ JÚNIOR, 2006)

Torres (1999) destaca que a hospitalização mobiliza profundamente o adolescente, pelo seu processo de mudanças. Não é fácil para o adolescente, isolar-se e admitir passivamente o tempo necessário para sua recuperação e, dessa forma, tende a ser impaciente, questionador e revoltar-se com facilidade.

Também não é fácil para o adolescente admitir perdas físicas e psicológicas, bem como aceitar proibições. A necessidade de afirmação e independência frente à autoridade entra em choque com a rotina hospitalar, onde ele perde sua identidade e autonomia ao ingressar na instituição.

A autora também assinala algumas reações psicológicas tais como: ansiedade, medo, tristeza, luto, depressão, raiva e uma grande dificuldade de se adaptar ao hospital, comuns e até mesmo compreensíveis no paciente adolescente, estressado pela doença e seu tratamento e, impossibilitado de realizar tarefas próprias de sua etapa de vida.

Para Nucci (2003), o câncer para os jovens significa ameaça a seus planos de vida, carreira profissional, sexualidade, família, entre outros. Também afirma que os adolescentes sofrem com as alterações na aparência física, na autoimagem corporal, bem como com as eventuais limitações, impedimentos e restrições, quase sempre ocasionando prejuízos em sua autoestima e em sua socialização.

Para finalizar essa discussão, busca-se respaldo na pesquisa realizada pelas enfermeiras brasileiras Maria José Menossi e Regina Aparecida Garcia Lima (2000), e descrita no artigo intitulado *A problemática do sofrimento: a percepção do adolescente com câncer*. Neste estudo, as autoras tinham como objetivo identificar as principais causas de sofrimento vivenciadas pelos adolescentes com câncer. A partir de seus relatos, foram

identificados como causadores de sofrimento as hospitalizações, a terapêutica agressiva, a alteração na autoimagem, o medo da morte e as restrições às atividades cotidianas, principalmente da vida escolar.

De acordo com as autoras supracitadas, Schiller (2000) alerta que uma das maiores lesões do câncer para o adolescente é a ruptura da vida escolar. Esse ponto será discutido logo abaixo.

3.6 O SIGNIFICADO DO ABANDONO ESCOLAR PARA ADOLESCENTES COM CÂNCER

Para falar sobre o significado do abandono escolar para adolescentes com câncer, buscou-se respaldo nas pesquisas realizadas pelas psicólogas brasileiras Cláudia Fontenelle Gonçalves e Elizabeth Ranier Martins do Valle, no artigo intitulado *O significado do abandono escolar para a criança com câncer* (GONÇALVES; VALLE, 1999) e também pela psicóloga brasileira Lea Cristina Lázzari Bessa (2002), no livro *Conquistando a vida: adolescentes em luta contra o câncer*.

Gonçalves e Valle (1999) realizaram uma pesquisa no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, quando entrevistaram crianças e adolescentes em tratamento do câncer nas idades entre 9 e 15 anos, totalizando sete meninos e quatro meninas. A questão norteadora das pesquisadoras foi: “Para você, como foi ter ficado afastado da escola por causa do tratamento?”. Por meio desta questão alguns pontos foram destacados sobre o significado da ruptura da vida escolar para os sujeitos pesquisados:

- ficar afastado da escola promove a perda de amigos e o sentimento de solidão;
- também percebem a escola de maneira positiva, que os estudos os transformam em pessoas produtivas e se ressentem das ausências das aulas;
- temem o esquecimento por parte do grupo a que pertenciam;
- acreditam no empenho pessoal e força de vontade para manterem a continuidade dos estudos, mesmo estando doentes.

Os sujeitos investigados pelas autoras evidenciam uma visão positiva da escola, o que pôde ser percebido por meio de suas falas: “Ir na escola é bom pra gente. [...] Só de estudar já

é bom!”. “Eu tava na melhor época, de sair, de namorar, de estudar... mesmo porque eu adorava estudar”. “Eu não queria sair da escola”. (GONÇALVES; VALLE, 1999, p. 276)

Bessa (2000) realizou sua pesquisa no ambulatório de Hematologia e Oncologia da Unidade de Pediatria e Puericultura do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Fizeram parte da sua pesquisa cinco adolescentes do sexo feminino e seis do sexo masculino, nas idades entre 12 e 16 anos, em tratamento de câncer.

Analisando os achados da sua pesquisa sobre como é adolecer para o paciente com câncer, encontra-se pistas que denunciam alguns desdobramentos pertinentes com relação à escola:

- os adolescentes expressam o quanto é difícil ter que parar a escola e necessitam parar várias vezes devido ao tratamento e às internações frequentes;
- reclamam que perdem aulas e provas para estarem no hospital
- denunciam a reprovação da escola, dizendo que a escola não entende a situação que estão vivenciando;
- também denunciam a escola dizendo que poderiam realizar atividades e provas no hospital, mas que infelizmente em muitos dos casos a escola não permite tais procedimentos e infelizmente acabam abandonando a escola.

Conciliar tratamento e vida escolar não é tarefa fácil e demanda dos adolescentes, pais, professores e equipe da saúde empenho para combater os inúmeros fatores que levam o adolescente hospitalizado com câncer a se distanciar de sua vida escolar como o desconhecimento da escola, da doença e do adolescente; a indiferença dos hospitais com relação à situação escolar dos seus pacientes; as dificuldades que a família encontra para dialogar com a escola e o hospital, de maneira que as duas Instituições criem condições para que o aluno-paciente continue estudando.

Também, a dificuldade que os professores encontram para entrar em contato com o seu aluno, quando esse se encontra hospitalizado ou em tratamento em uma outra cidade, como é o caso dos adolescentes que necessitam ficar hospedados em uma casa de apoio; a indiferença de alguns professores que não se empenham em melhorar a situação do seu aluno e, ainda, a impotência do adolescente doente diante de tantos obstáculos, como foi denunciado na fala destes adolescentes pesquisados por Bessa (2000, p. 54): “Eu vou ter que fazer de novo o ano que vem. A escola criou caso e disse que eu não poderia fazer prova no hospital.

Eles me repetiram de ano... (A. C.). Parece que eles (a escola) não entendem, a gente não tem culpa de ficar doente! (G.)”.

A hospitalização, o tratamento e as constantes internações são responsáveis por levar esse aluno a se ausentar da escola por tempo prolongado, o que, infelizmente, acarreta prejuízos, por vezes irreparáveis, no curso normal de suas atividades escolares, como se pode perceber na fala dos adolescentes estudados por Bessa (2000, p. 54): “Só faltavam cinco pontos pra fechar cada matéria e eles (a escola) não deixaram... (A. C.). O que eu já perdi de aula e de prova para vir aqui no hospital... (B.)”.

Observa-se que as investigações efetuadas por Gonçalves e Valle (1999) e Bessa (2000) evidenciaram por intermédio da discursividade dos adolescentes em tratamento do câncer o que para eles significa o abandono escolar.

Por meio dos relatos dos adolescentes percebe-se que eles sentem-se sozinhos por estarem afastados de suas escolas e de seus colegas, o problema do excesso de faltas, da perda de provas e trabalhos, a falta de compreensão da escola com relação à situação que estão vivenciando, e, principalmente, eles sentem falta da escola.

Outro ponto importante a destacar é quando os adolescentes com câncer percebem que estão improdutivos no hospital, ou em uma casa de apoio, ou até mesmo no próprio domicílio e, seus colegas estão realizando atividades dentro da escola e se desenvolvendo no processo de escolarização. Essa situação, muitas vezes, faz com que o atraso escolar seja cumulativo, ou seja, quanto mais tempo o adolescente ficar afastado da escola, maior será o prejuízo em relação ao conteúdo escolar e, conseqüentemente, mais difícil será seu retorno às aulas.

Cabe aqui uma explicação, isto é, o processo de desenvolvimento e construção do conhecimento de um adolescente doente e que necessita de hospitalização e até mesmo ficar hospedado em uma casa de apoio não fica estagnado durante todo o período de afastamento da escola, pelo contrário, quando o adolescente é submetido ao tratamento de câncer, ele vivencia situações adversas como o contato próximo com a morte, a experiência de estar hospitalizado e até mesmo de ficar hospedado em uma casa de apoio, pode vivenciar um processo cirúrgico, sofrer a amputação de algum membro do seu corpo, entre outros.

Acredita-se que vivenciar essas situações adversas supracitadas podem fazer com que esse adolescente venha a construir uma maturidade emocional maior do que outros adolescentes que não vivenciaram tais situações, desenvolvendo-se, dessa forma, em aspectos que muitas vezes não são abrangidos na escola. (GONÇALVES; VALLE, 1999)

Além disso, os adolescentes acabam por adquirir conhecimentos sobre os assuntos médicos com relação à doença e ao tratamento. Também sua vivência com enfermeiros,

médicos, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros, fazem com que ele aprenda, na prática, acerca da atuação dos diversos profissionais envolvidos no seu tratamento e do funcionamento do seu próprio corpo, bem como conhecimentos sobre anatomia, higiene, saúde, sobre a alimentação adequada que deve fazer que agora no hospital recebe o nome de “dieta” e também condutas adequadas diante de febres altas, náuseas e vômitos.

Entretanto, estar hospitalizado ou hospedado em uma casa de apoio não é um fator limitador para o desenvolvimento do adolescente com câncer, e, por sua vez, às dificuldades que ele enfrenta, com relação à escola, que já foram citados, se mostram como os mais difíceis de serem superados, uma vez que esbarram na dificuldade burocrática da escola. Também, os retornos são necessários e a equipe médica não têm condições de modificar suas datas, pois isto pode vir a interferir no tratamento do adolescente doente.

Dessa forma, o problema do adolescente com câncer mostra o quanto é insidiosa e corrosiva a influência das circunstâncias adversas que imperam nos sistemas de Educação e Saúde, tanto na sua vida presente como futura. Compreender o problema enfrentado por esses adolescente pode ser o primeiro passo para que tanto a escola como a equipe médica percebam a importância da escolarização em outros espaços, como o hospital ou uma casa de apoio. Nesse sentido, torna-se fundamental a necessidade da união de interesses das duas áreas: Saúde e Educação, pois a falta de comunicação entre essas duas áreas pode comprometer os direitos básicos de crianças e adolescentes doentes.

Parafraseando a pedagoga Elizete Lúcia Moreira Matos e a assistente social Margarida Maria Teixeira de Freitas Mugiatti na obra *Pedagogia hospitalar: a humanização integrando educação e saúde*, a sociedade encontra-se em débito com esses adolescentes, pois são seus direitos: saúde e educação, ou será que esses direitos somente pertencem aqueles que não estão hospitalizados? É sim uma questão de respeito ao ser humano, à sua dignidade, à sua liberdade e aos seus inalienáveis direitos. (MATOS; MUGIATTI, 2008)

É importante lembrar que o câncer é apenas uma das doenças que obrigam crianças e adolescentes a se ausentarem da escola. Há inúmeras outras que também prejudicam a vida escolar como: asma, problemas renais crônicos, diabetes, cardiopatias, epilepsia, hemofilia, desnutrição, problemas ortopédicos, entre outros. Assim, reconhecer que a oportunidade de aprender no hospital ou em uma casa de apoio, obviamente passível de erros e acertos, como em qualquer outro ambiente escolar, aberto a novas alternativas, e, principalmente, fundamentada em princípios humanizadores e científicos, é uma excelente forma de ajudar o escolar doente.

Para tanto, no próximo capítulo, busca-se demonstrar os primeiros passos da classe hospitalar no panorama internacional e, posteriormente, no panorama brasileiro, bem como os aspectos legais, as políticas de direito às crianças e adolescentes hospitalizados e a importância da prática pedagógica do professor de classe hospitalar para essa clientela.

4 CLASSE HOSPITALAR: ESPAÇO DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E VIDA

Não é a força, mas a perseverança que realiza grandes coisas. Se o desenvolvimento tecnológico constitui por si só um elemento humanizador, posto a serviço das necessidades dos indivíduos e dos povos, será necessário fazer também um resgate dos instrumentos terapêuticos mais antigos: a palavra e a mão – a fim de darmos a devida importância ao mundo dos sentimentos e da inteligência do coração.

José Carlos Bermejo

Este capítulo tem como finalidade demonstrar como surgiu a classe hospitalar no panorama internacional e, posteriormente, no panorama brasileiro, bem como os aspectos legais, as políticas de direito às crianças e adolescentes hospitalizados e a importância da prática pedagógica do professor de classe hospitalar para essa clientela. Para tanto, busca-se, inicialmente, fazer uma breve discussão sobre o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), lançado no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2001)

4.1 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), lançado no ano de 2000, pelo Ministério da Saúde, é um programa que contempla ações que visam resgatar a importância dos aspectos humanos e não apenas científico e biomédico, o que infelizmente, muitas vezes, tem-se considerado como elementos norteadores do trabalho na área da saúde, na atualidade, centrando-se mais na doença do que no próprio doente como um todo. (BRASIL, 2001)

O termo humanização tem sido bastante empregado no contexto atual de saúde, e designa-se a uma assistência de qualidade que valorize não só a parte técnica e estrutural, mas também a relação no atendimento ao paciente. Alguns programas como a Maternidade Segura

e o Método Canguru,¹³ apoiados pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), já seguem tal princípio.

Percebe-se, portanto, que a preocupação com a questão da humanização hospitalar na esfera pública surge em forma de programas e projetos de humanização implementados pelo governo federal, através do Ministério da Saúde, e um breve resumo das políticas existentes se faz pertinente neste contexto.

Em maio de 2000, o Ministério da Saúde lançou o projeto de Humanização Hospitalar, que para Augusto Mezzomo, no livro *Fundamentos da humanização hospitalar*, o objetivo central de tal projeto volta-se a “Deflagrar um processo de humanização dos serviços, para prover mudanças na cultura de atendimento à saúde em benefício dos usuários e dos profissionais”. (MEZZOMO, 2003, p. 1)

De julho de 2001 a dezembro de 2002 houve a implantação da Rede Nacional de Humanização, criada com o objetivo de facilitar a comunicação e a articulação entre os programas implementados nas diversas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o Brasil. (BRASIL, 2001)

A Rede Nacional de Humanização é, assim, considerada como um importante instrumento ao PNHAH, cujo objetivo é atingir toda a rede conveniada ao SUS, e, assim, criar uma nova cultura de relação entre trabalhadores da saúde e usuários, na busca de uma maior valorização da vida humana.

O PNHAH busca a democratização das relações que envolvem o atendimento, a necessidade de diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente, ou seja, o reconhecimento e respeito à dignidade da pessoa humana e à subjetividade dos usuários, sejam estes pacientes ou profissionais da saúde.

Diante do exposto, Mezzomo (2003) assinala que se faz necessário combater o anestesiamiento sensitivo dos profissionais da saúde, porém, segundo o autor, isso somente se fará possível com uma mudança de cultura tanto na gestão quanto entre os trabalhadores dessa

¹³ O Projeto Maternidade Segura consiste num esforço interinstitucional, cujo objetivo é reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil (perinatal). Já o Método Canguru é um tipo de assistência neonatal que implica em contato pele a pele precoce, entre a mãe e o recém-nascido de baixo-peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo assim uma participação maior dos pais no cuidado ao seu recém-nascido. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito prono (decúbito ventral), na posição vertical, contra o peito do adulto. Só serão considerados como "Método Canguru" os sistemas que permitam o contato precoce, realizado de maneira orientada, por livre escolha da família, de forma crescente, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada. Disponível em <<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=58>> Acesso em: 15 out. 2009.

área. Neste contexto, cabe, aqui, delimitar o sentido da humanização considerado pelo autor supracitado, sendo eles:

- Humanizar é resgatar e atender a importância dos aspectos emocionais, sempre presentes na doença.
- Humanizar é adaptar uma prática de agir, em que os profissionais considerem os aspectos subjetivos emocionais que envolvem o atendimento.
- Humanizar requer assumir uma postura ética de respeito ao outro em sua dignidade e fragilidade.
- Humanizar é atender o doente como pessoa, ser humano, com nome e não como um número, uma doença, uma perna, braço ou órgão.
- Humanizar exige reconhecer e respeitar todas as dimensões do ser humano; biofísica, social, psíquica/emocional e transcendental/espiritual.
- Humanizar deve ser a luta de cada um, para a vitória de todos, em vista do bem dos que sofrem. (MEZZOMO, 2003, p. 3)

Concorda-se com a visão do autor supracitado e apenas faz-se necessário acrescentar que a humanização não deve tomar como centro somente o paciente, pois, para humanizar, deve-se atentar a ambos os lados envolvidos neste processo, ou seja, pacientes e profissionais de saúde, entre eles o professor que trabalha no contexto hospitalar. Nesta perspectiva, pode-se ampliar o conceito e afirmar que humanizar é resgatar a dimensão humana do profissional, do paciente e, também, do acompanhante.

Quando se pensa em humanização da assistência, a primeira coisa que nos vem à mente são os fatores que são envolvidos nessa humanização, o hospital, a equipe de saúde e o próprio paciente. Poucas vezes ou até nunca se pensou em uma equipe humanizada formada de pedagogos, psicólogos, assistentes sociais, no espaço hospitalar.

Quando se fala de uma equipe humanizada, imaginamos todos aqueles que mantêm compromisso e estão dispostos a proporcionar uma assistência sistematizada, fundamentada em princípios científicos, valorizando os aspectos técnicos dos cuidados a serem desenvolvidos e embasando-se nas abordagens humanas de compreensão, sentimento de interação entre estes profissionais e o paciente, ajudando a manter o equilíbrio físico-emocional, através da comunicação que se estabelece pessoa a pessoa e pessoa/ambiente.

E por falar em uma equipe humanizada, destaca-se que o hospital é historicamente conhecido como o espaço de atuação privilegiado de médicos e enfermeiros. Segundo Sandra Maia Faria Vasconcelos, que realiza estudos sobre classe hospitalar, somente a partir do início do século XX que profissionais como psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais, que são responsáveis pelo aspecto terapêutico e social, ou seja, aspectos humanizadores necessários à evolução do quadro clínico do paciente, começam a ser, pouco a pouco, e pode-se dizer com

certa parcimônia e contradição, integrados ao contexto hospitalar. Em relação ao professor então, como membro dessa equipe humanizada, sua participação, no hospital, é ainda mais recente e contraditória. (VASCONCELOS, 2006)

Neste contexto, dada a já mencionada legitimidade do hospital enquanto espaço privilegiado de médicos e enfermeiros e, secundariamente, de outros profissionais da saúde, o professor neste novo espaço é visto pela equipe da saúde como mais um profissional no hospital para garantir a política de humanização desse setor.

Nesse sentido, a prática pedagógica, enquanto campo delimitado e reconhecido no hospital e casas de apoio é dotado de um caráter problemático o que torna a legitimidade do papel do professor nestes contextos como uma ação ainda em franca construção. É sobre esse assunto que vamos discorrer no próximo tópico.

4.2 CLASSE HOSPITALAR: PROCESSO HISTÓRICO

Pôde-se perceber que a implantação do PNHAH ocorreu em 2001, o que nos leva a questionar o leitor com a seguinte pergunta: O professor entrou no hospital somente após a implantação do PNHAH para ser mais um profissional no hospital para garantir a política de humanização desse setor?

Para responder essa questão, busca-se primeiramente demonstrar os primeiros passos da classe hospitalar no panorama internacional e posteriormente no panorama brasileiro, bem como os aspectos legais e as políticas de direito às crianças e adolescentes hospitalizados.

4.2.1 Classe hospitalar: panorama internacional

A anestesista-reanimadora e Pediatra do Hospital de Crianças Doentes em Paris, Sylvie Rosenberg-Reiner, no artigo *O papel das Associações para crianças hospitalizadas na França e na Europa*, destaca que a França possui seus pioneiros na questão da escolarização para crianças hospitalizadas, e diz que foi Marie-Louise Imbert que criou em 1929, a escola no hospital, e esta escola funcionava junto a sanatórios onde as crianças ficavam hospitalizadas por muito tempo. (ROSENBERG-REINER, 2003)

Já Vasconcelos (2006) assinala que foi em 1935 que surgiu a primeira intervenção escolar em hospitais com o objetivo de suprir as dificuldades escolares de crianças tuberculosas, doença contagiosa e fatal na época. Essa primeira intervenção inicia-se quando o francês Henri Sellier (1883-1943), que no momento era o Ministro da Saúde Pública no âmbito do governo da Frente Popular, inaugura a primeira escola para crianças inadaptadas, nos arredores de Paris, sendo que essa primeira intervenção chegou a atender até 80 crianças hospitalizadas por mês, sendo a iniciativa de Henri Sellier, seguida na Alemanha, em toda a França, na Europa e nos Estados Unidos.

A francesa Odile Delorme, no livro *Etre malade et apprendre (Estar doente e aprender)* citada por Vasconcelos (2006), destaca que se pode considerar como marco decisório das escolas em hospitais a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), onde o grande número de crianças e adolescentes atingidos, mutilados e impossibilitados de frequentar a escola, fez surgir um engajamento, principalmente dos médicos, que atualmente defendem a escola no hospital. Porém, sem sombra de dúvidas, foi no voluntariado, sobretudo religioso, que a escola hospitalar ganhou espaço na sociedade, sendo difundida por toda a Europa.

A autora supracitada também acrescenta que em 1939 surge o Centro Nacional de Estudos e de Formação para a Infância Inadaptada (C.N.F.E.I.), na cidade periférica de Suresnes em Paris, com o objetivo de formar professores, num tempo regular de dois anos, para o trabalho em institutos especiais e em hospitais, sendo criado o cargo de Professor Hospitalar junto ao Ministério de Educação na França.

Este centro de estudos promove estágios em regime de internato para professores, diretores de escolas, médicos de saúde escolar e assistentes sociais. Vale aqui assinalar que desde 1939, o C.N.F.E.I. já formou mil professores para atuar nas classes hospitalares e, atualmente, todos os hospitais públicos da França possuem em seu quadro quatro professores: dois de ensino fundamental e dois do ensino médio.

Rosenberg-Reiner (2003) também demonstra outras iniciativas que são referências de serviço para crianças enfermas como a de Marguerite Perrin, em 1945, com as *dames de jeu* (senhoras que entretêm), denominadas ainda de *les blouses roses* (as blusas cor-de-rosa). Este movimento de voluntárias, que tinha como objetivo entreter as crianças, dará origem futuramente à associação *Animation, Loisirs à l'Hôpital* (Animação, Lazer no Hospital) que progressivamente será implantada nos serviços hospitalares de crianças.

Para ilustrar o que foi supracitado, busca-se apoio no livro, *Oscar e a Senhora Rosa*, do escritor francês Eric-Emmanuel Schmitt, que traz a fala do personagem Oscar, um menino

de 10 anos que luta contra o câncer e sempre recebe a visita de uma senhora de blusa rosa no hospital:

Não preciso apresentá-la a você Deus, é uma boa amiga sua, pois foi ela que me disse para lhe escrever. O problema é que só eu a chamo de Vovó-Rosa. Então faça um esforço para perceber de quem estou falando: das senhoras de blusa rosa que vêm de fora visitar as crianças doentes e passar um tempo com elas, é a mais velha. (SCHMITT, 2003, p. 10)

Na França, estas experiências se amplificaram, dando origem a outras iniciativas, como a Associação para a Melhoria das Condições de Hospitalização das Crianças, conhecida como APACHE, e criada na década de 40. A experiência desta associação se deve a outras experiências estrangeiras. Pertencente a uma associação europeia, *European Association for Children in Hospital* (Associação Europeia para Criança em Hospital) – EACH, a APACHE vem mantendo relações regulares com outras associações que buscam os mesmos objetivos em outros países europeus.

Pode-se destacar seis tipos de associações, que buscam os mesmos objetivos que a APACHE, e descritas por Rosenberg-Reiner (2003), no âmbito de crianças em hospital, que são:

- 1) as associações cujo objetivo primário é a animação e lazer;
- 2) as associações de artistas;
- 3) as associações cujo objetivo prioritário é dar continuidade à escolaridade;
- 4) as associações de acompanhamento e ajuda;
- 5) as associações locais de serviços;
- 6) as associações para doenças específicas.

Destaca-se que cada uma dessas associações originou-se para dar conta das necessidades de crianças e adolescentes em tratamento de saúde, quer sejam em unidades hospitalares ou domiciliares.

Porém, voltando à colocação anterior de que o marco decisório das escolas em hospitais foi a Segunda Guerra Mundial, ressalta-se que isso ocorreu devido à tragédia desse momento histórico, que fez originar diversos documentos internacionais de valorização do ser humano e a manutenção de seus direitos e deveres.

Dentre esses documentos, destaca-se a *Declaração universal dos direitos humanos*, que foi constituída sob a coordenação da ONU e do Parlamento europeu, e publicada em 10 de dezembro de 1948, no diário da ONU.

Esse documento procurava resgatar os direitos civis, políticos, sociais, culturais, entre outros, implícitos à vida humana de maneira a implantar um processo de se reaprender a conviver respeitosamente em sociedade. Fatores esses que foram desrespeitados pelas atrocidades e horrores do holocausto.

Na *Enciclopédia digital dos direitos humanos II* encontra-se a relevância da Declaração dos Direitos Humanos, ou seja, garantir os direitos básicos dos seres humanos nos aspectos individuais e pessoais, a liberdade e respeito a todos sem distinção. (ENCICLOPÉDIA, 2007)

Nesse momento da história, uma paz aparente reinava soberana na sociedade europeia, pois mais do que bens imobiliários, monumentos e obras de arte a população precisava reconquistar a confiança no outro e na possibilidade de realização de trabalhos de cooperação internacional, em outras palavras, recuperar os valores éticos, morais e a capacidade de socializar-se e viver bem com o outro.

Essa Declaração foi assinada por países dos cinco continentes, dentre esses, pode-se destacar a Inglaterra, o Canadá, o Egito, a França, os Estados Unidos da América, o Brasil, entre outros e, atualmente, mais de 340 países ratificam-na em todos os continentes. Isso se deve ao fato da Declaração conter princípios que contemplam os direitos de saúde e bem-estar, o direito a uma alimentação digna, a seguridade em momentos de adoecimento, atenção médica de qualidade, direito a ter uma moradia digna, receber segurança em momentos de desemprego, invalidez temporária ou permanente, na viuvez ou na velhice.

Este documento recebeu muitos elogios pela imprensa mundial, porém, também foram assinalados os aspectos negativos, isto é, os países pobres não conseguiriam suprir todas essas necessidades, desse modo, desde sua elaboração, a Declaração tornou-se uma diretriz a ser almejada pelos países que a ratificaram e, até hoje, muitas nações ainda lutam para alcançar tais metas.

É importante destacar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos também menciona a Educação quando ressalta que toda pessoa tem direito a Educação, e esta, deve visar à plena expansão da personalidade humana e ao esforço dos direitos do ser humano e das liberdades fundamentais, além de favorecer a tolerância, a compreensão e a amizade entre todas as nações e todos os grupos raciais e religiosos. (ENCICLOPÉDIA, 2007) Percebe-se aqui a preocupação com a convivência harmoniosa entre os povos.

Influenciados pelas mesmas ideias que nortearam a Declaração, o Parlamento europeu, apoiado pela ONU, na data de 13 de maio de 1986, elaborou e publicou no *Jornal Oficial das*

Comunidades Europeias a Carta Europeia dos Direitos da Criança Hospitalizada, tendo em sua extensão 23 alíneas. (JORGE, 2004)

No artigo intitulado *La pedagogia hospitalaria en Europa: la historia de un movimiento pedagógico innovador*, Aquilino Polaino Lorente e Olga Lizasoian afirmam que o Parlamento Europeu solicitou à comissão que elaborou a Carta, que esta contemplasse em suas linhas uma atenção à saúde, uma assistência médica de qualidade, como direito fundamental de todos e o dever de serem estas garantidas às crianças, principalmente nos primeiros anos de vida, que são considerados decisivos para toda a vida. (POLAINO-LORENTE; LIZASOIAN, 1992)

Os autores supracitados também dizem que a preocupação do Parlamento Europeu era com a qualidade no atendimento às crianças hospitalizadas, não somente no que diz respeito ao bem-estar físico, mas também com a saúde mental, cognitiva e a manutenção dos direitos universais fundamentais, sendo destaque o direito à educação de qualidade e à inclusão da criança em ambientes propícios ao processo educativo, como mais um elemento a contribuir com a melhora da sua saúde.

Portanto, Rosenberg-Reiner (2003) destaca que a APACHE, em maio de 1988, participou de um encontro na cidade de Leiden, nos países baixos, onde foi realizada a primeira Conferência Europeia das Associações “Criança no Hospital” com representantes de associações de 12¹⁴ países da Europa com o importante objetivo de defender as necessidades e os direitos de crianças e adolescentes hospitalizados na Europa. Essas várias associações puseram em marcha mecanismos para que a Carta elaborada pelo Parlamento europeu fosse aceita e realmente cumprida nos respectivos países e, após discussão, foi redigida e aprovada uma versão mais curta da Carta, com dez alíneas.

Essa Carta contempla dez itens que, resumidamente, apresentam as necessidades de crianças e adolescentes hospitalizados e solicita que esses direitos sejam respeitados. Esse documento foi divulgado pelas associações em seus respectivos países e com o objetivo de conquistar a adesão de profissionais da saúde, associações, administradores de hospitais,

¹⁴ APACHE - França; *Associazione per il bambino in Ospedale* (ABIO) - Itália; *Kind en Ziekenhuis* - Bélgica; *Kind en Ziekenhuis* - Países Baixos; *Aktionkomitee Kind im Krankenhaus* (AKIK) - Alemanha, *Kind und Krankenhaus* - Suíça; *National Association for the Welfare of Children in Hospital* (NAWCH) - Grã-Bretanha; *NOBAB* - Suécia; *NOBAB* - Noruega; *NOBAB* - Dinamarca; *NOBAB* - Finlândia, *UMHYGGJA* - Islândia.

instâncias representativas nacionais e europeias. Logo abaixo encontra-se a *Carta europeia da Criança Hospitalizada* citada por Rosenberg-Reiner (2003, p. 43-44)¹⁵:

O direito aos melhores tratamentos possíveis é um direito fundamental, particularmente para as crianças” - UNESCO¹⁶

1) A admissão de uma criança a um hospital somente deve ser feita se os cuidados de que necessita não puderem ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital-dia;

2) Uma criança hospitalizada tem o direito de ter seus pais ou seus substitutos junto a elas dia e noite, qualquer que seja sua idade ou estado de saúde;

3) Os pais serão encorajados a permanecer junto a seus filhos e, por isso, ser-lhes-ão oferecidas todas as facilidades materiais, sem que isso acarrete um suplemento financeiro ou uma parte do salário.

Os pais serão informados sobre as regras de convivência e os modos próprios de funcionamento do serviço, afim de que participem ativamente dos cuidados de seu filho;

4) As crianças e seus pais têm o direito de receber informações sobre a doença e os tratamentos, adaptados a suas idades e compreensão, a fim de participar das decisões que lhes concernem;

5) Serão evitados todos os exames e tratamentos que não sejam indispensáveis. Tentar-se-á reduzir ao máximo as agressões físicas ou emocionais e a dor;

6) As crianças não devem ser admitidas em serviço de adultos. Elas devem ser reunidas por grupos etários para beneficiar os jogos, lazer, atividades educativas adaptadas a suas idades, com toda a segurança. Seus visitantes devem ser aceitos sem limite de idade;

7) O hospital deve oferecer à criança um ambiente compatível às suas necessidades psíquicas, afetivas e educativas, tanto com relação ao equipamento, quanto de pessoal e segurança;

8) A equipe terapêutica deve ser formada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e sua família;

9) A equipe terapêutica deve estar organizada de modo a assegurar uma continuidade nos cuidados dados a cada criança;

10) A intimidade de cada criança deve ser respeitada. Ela deve ser tratada com tato e compreensão em todas as circunstâncias.

Esta Carta, portanto, foi elaborada e assinada em Leiden, em 1988, por doze associações europeias. (ROSENBERG-REINER, 2003)

Outros países da Europa, como Portugal e Espanha, também demonstraram preocupação com os mesmos princípios da Carta supracitada, ou seja, a preocupação com projetos de humanização nos hospitais, com o bem-estar da criança hospitalizada e com a continuidade de escolarização delas. Os autores espanhóis José Luís Gonzáles-Simancas e

¹⁵ A Carta está também disponível no site <http://www.iacrianca.pt/crianca/Carta_livro.pdf>. Acesso em: 15 out. 2009.

¹⁶ Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; foi fundada em 16 de novembro de 1945.

Aquilino Polaino-Lorente, no livro *Pedagogia Hospitalaria: actividd educativa em ambientes clínicos*, falam sobre a importância da escolarização da criança hospitalizada e acrescentam:

[...] No fundo se pretende atender as necessidades fundamentais da pessoa enferma, as necessidades humanas que perpassam a ação comum do pessoal sanitário, muitos centros hospitalares já têm uma pessoa especializada (assistente social, serviço pastoral...) para tais funções; mas estas devem ampliar-se, e já é chegado o momento de programar especificamente todo um serviço educativo no hospital. (GONZÁLES-SIMANCAS; POLAINO-LORENTE, 1990, p. 11)

Assim como os países europeus demonstraram e demonstram preocupação com a escolarização da criança hospitalizada e/ou em tratamento de saúde, o Brasil também possui essa iniciativa.

4.2.2 Classe hospitalar: panorama nacional

A pedagoga e pesquisadora sobre Educação Especial, Gilberta Jannuzzi, no seu livro *A luta pela educação do deficiente mental no Brasil*, demonstra que no ano de 1600, ainda no Brasil colônia, foi criado o primeiro atendimento escolar hospitalar destinado aos deficientes físicos, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. (JANNUZZI, 2004)

Os arquivos deste hospital revelam relatórios anuais do movimento escolar de alunos deficientes físicos, que datam de 1931, e também revela que, atravessando os séculos, o atendimento escolar hospitalar continuava sendo oferecido somente aos alunos com deficiência física. Esses registros podem ser considerados como o marco histórico que revela a longa trajetória entre Saúde e Educação Especial no Brasil.

Diferentemente desse trabalho na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, tem-se a classe hospitalar do Hospital Municipal Jesus, na cidade do Rio de Janeiro, que desde 1950 atende qualquer criança ou jovem internado, independente da patologia.

Para falar sobre essa história, buscam-se os escritos da pedagoga, coordenadora adjunta de Educação e Saúde e responsável pelo Programa Pedagogia Hospitalar em Niterói – RJ, Ana Lúcia Schilke, no artigo *A ação educativa hospitalar que temos... a escola no hospital que queremos*, onde ressalta que em 14 de agosto de 1950, no Hospital Jesus, no município do Rio de Janeiro, a professora Lecy Rittmeyer, que cursava Assistência Social, criou a primeira classe hospitalar, que visava o atendimento às crianças hospitalizadas,

independente da patologia, de maneira que elas pudessem continuar seus estudos normalmente. (SCHILKE, 2007)

Nessa época o Hospital Jesus contava com 200 leitos e uma média de 80 crianças hospitalizadas em idade escolar. No ano de 1958, foi alocada mais uma professora, Ester Lemes Zaborowski, para também atender alunos hospitalizados. Em 1960, a classe hospitalar do referido hospital já contava com três professoras.

A avaliação do trabalho escolar no espaço hospitalar apresenta resultados satisfatórios, e, em 1960 é criada mais uma classe hospitalar, só que agora no Hospital Barata Ribeiro, também no município do Rio de Janeiro. Porém, esses dois hospitais não possuíam nenhum vínculo ou regulamentação junto à Secretaria de Educação, o que levou os diretores desses dois hospitais a procurar o órgão responsável do antigo estado da Guanabara, na tentativa de regulamentar essa iniciativa. Por sua vez, foram necessários alguns anos para que as autoridades constituídas para o exercício da Educação fossem compelidas a aceitar e normatizar a classe hospitalar.

Pode-se dizer que o fator determinante para essa aceitação e normatização inicia-se com a Constituição Federal Brasileira de 1988, que, textualmente, no Capítulo II Dos Direitos Sociais, destaca no Art. 6º: “*São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição*”¹⁷.

Também a Constituição supracitada no Capítulo III Da Educação, Da Cultura e do Desporto, na Seção I, acerca da Educação, no Art. 205º assegura que “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.” E ainda neste mesmo capítulo, no Art. 208º, no item III, indica que: “O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de *atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino*”. (SCHILKE, 2007, grifos nossos)

Vale aqui destacar três aspectos importantes que caracterizam a classe hospitalar como atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência.

O primeiro aspecto, já citado, é o marco do atendimento escolar hospitalar que se deu com alunos deficientes físicos no ano de 1600. O segundo é que quando os diretores dos dois hospitais: Jesus e Barata Ribeiro buscaram ajuda na Secretaria da Educação para regularizar a

¹⁷Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 15 out. 2009.

classe hospitalar, nas décadas de 50-60, a poliomielite era responsável por grande parte dos casos de internação das crianças e, com isso, o eixo do atendimento nas classes hospitalares, por ironia do destino ou não, girava em torno dos deficientes físicos. (SCHILKE, 2007)

Porém o terceiro aspecto é destacado por Alessandra Barros, coordenadora do Centro de Estudos sobre Recreação, Escolarização e Lazer em Enfermarias Pediátricas¹⁸ no artigo intitulado *A prática pedagógica em uma enfermaria pediátrica: contribuições da classe hospitalar à inclusão*, onde a autora coloca que crianças e adolescentes hospitalizados [ou em tratamento de saúde], independente da patologia são considerados alunos temporários de Educação Especial por se acharem afastados do universo escolar e privados da interação social propiciada na vida cotidiana e terem pouco acesso aos bens culturais. Portanto, elas estão mais vulneráveis a sofrerem com a reprovação e evasão, podendo configurar um quadro de fracasso escolar. (BARROS, 1999)

Concorda-se com a autora, pois, alunos hospitalizados não são necessariamente alunos com deficiência, ou seja, há alunos que estão hospitalizados e que possuem deficiência, porém, há alunos que estão hospitalizados que não possuem deficiência, e, sim, podem estar passando por um momento especial, com necessidade de atendimento educacional especializado, portanto, são alunos temporários de Educação Especial. Também corre-se o risco do escolar ser hospitalizado e devido a um tratamento agressivo, como no caso do câncer, que pode provocar lesões cognitivas irreparáveis ou devido a uma cirurgia de retirada de membros, passe agora a ter uma deficiência e ser um aluno permanente da Educação Especial.

Estes três aspectos ilustram bem os motivos da escolarização hospitalar ser considerada como uma modalidade da Educação Especial.

Posteriormente, os direitos destacados na Constituição de 1988 são ratificados no Estatuto da Criança e do Adolescente, regido pela Lei nº. 8.069, de 13 de junho de 1990, que dispõe garantias de direito para crianças e adolescentes, com relação à sua situação especial de saúde e à continuidade da sua vida escolar. (BRASIL, 1990) Logo abaixo são destacados os artigos que ilustram bem esses direitos, sendo eles:

Art. 4º - Parágrafo Único:

a) Primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;

¹⁸Disponível em <www.cerelepe.faced.ufba.br> Acesso em: 15 out. 2009.

- b) Precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) Preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e juventude;

Art. 7º - A criança e o adolescente têm o direito à proteção, e à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitem o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Art. 11º É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 57º O Poder Público estimulará pesquisas, experiências e novas propostas relativas a calendário, seriação, currículo, metodologia, didática e avaliação, com vistas à inserção de crianças e adolescentes excluídos do ensino fundamental obrigatório.

Nota-se que a lei apresentada, especificamente o Art. 57º, ampara a iniciativa com relação a propostas que procure atender crianças e adolescentes excluídos do ensino fundamental obrigatório, como é a situação de crianças e adolescentes hospitalizados e/ou em tratamento de saúde. Desse modo, essas crianças e adolescentes devem ter seus direitos atendidos, tanto no que diz respeito à saúde quanto à educação.

Em 1994, os princípios política e reconhecimento do direito à Educação Especial às crianças e adolescentes foram legitimados na Declaração de Salamanca. Essa Declaração trata-se de uma resolução das Nações Unidas adotada em Assembleia Geral, a qual apresenta os procedimentos-padrões das Nações Unidas para a equalização de oportunidades para pessoas com deficiências. A Declaração de Salamanca é considerada mundialmente um dos mais importantes documentos que visam a inclusão social, e sua origem é normalmente atribuída aos movimentos em favor dos direitos humanos. (BRASIL, 1994b)

O princípio 3, que se encontra nessa Declaração, consta que a escola deve incluir a todas as crianças, sejam elas, deficientes ou superdotadas, crianças de rua e que trabalham, crianças de origem remota ou de população nômade, crianças pertencentes a minorias linguísticas, étnicas e culturais, e crianças de outros grupos desvantajados ou marginalizados, sendo este último ponto o qual se incluem crianças hospitalizadas.

Percebe-se que tanto na Constituição de 1998, como no Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 e na Declaração de Salamanca de 1994, não é citado crianças e adolescentes hospitalizados e/ou em tratamento, como também não é citado classe hospitalar.

Somente em 1994¹⁹ na Política Nacional de Educação Especial que a primeira vez no Brasil, define-se a classe hospitalar como um ambiente que possibilita o atendimento educacional de crianças e jovens internados e/ou em tratamento de saúde, que necessitam de Educação Especial com o objetivo de propiciar o acompanhamento curricular desses alunos-pacientes, garantindo a eles a manutenção do vínculo com as escolas de origem. (BRASIL, 1994a)

É importante assinalar que até o presente momento a escolarização hospitalar no Brasil não tinha qualquer denominação, portanto, somente nesta política surge o termo classe hospitalar e os objetivos desta modalidade para crianças e adolescentes hospitalizados e ou em tratamento de saúde.

Bem verdade que a literatura da área traz outras denominações, tais como: atendimento pedagógico-educacional hospitalar (FONSECA, 1999); espaço escolar para crianças hospitalizadas, atendimento escolar no ambiente hospitalar (FONSECA, 2002); escola hospitalar. (FONSECA, 2003); escola no hospital. (PAULA, 2004); espaço de ensino em ambiência hospitalar. (ORTIZ; FREITAS, 2005); pedagogia hospitalar. (FONTES, 2005; MATTOS; MUGIATTI, 2008); escolarização hospitalar. (MATTOS, 2009).

No decorrer desta pesquisa o leitor poderá perceber que os termos acima serão empregados conforme citação dos autores utilizados, porém, a expressão classe hospitalar será preferencialmente usada, em vista de ser a nomenclatura utilizada pelo Ministério da Educação. Incorpora-se, ainda, sob essa mesma rubrica, o atendimento pedagógico domiciliar prestado por casas de apoio.

O processo de consolidação da classe hospitalar ganha mais força na Resolução nº. 41 de 13 de outubro de 1995 no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, que dispõe sobre os amplos direitos de crianças e adolescentes hospitalizados. Como exemplo destes direitos, destaca-se que crianças e adolescentes hospitalizados possuem o direito de brincar e de ter o acompanhamento curricular durante sua hospitalização e/ou tratamento de saúde. (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1995)

Dentro da resolução citada, a classe hospitalar aparece no cenário nacional com mais credibilidade, o que coloca a ação educativa no hospital como parte de uma série de transformações pela qual o nosso país está passando na busca de colocar saúde e educação como direito de todos.

¹⁹ Disponível em < <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf> > Acesso em: 25 out. 2009.

Também para consolidar a classe hospitalar, a Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação instituiu as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (Resolução CNE/CEB n. 2, de 11/09/2001, publicada no DOU, número 177, seção IE, de 14/09/2001, p. 39-40)²⁰ que, no Art. 13º ressalta:

Os sistemas de ensino, mediante ação integrada com os sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional especializado a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio.

§ 1º As classes hospitalares e o atendimento em ambiente domiciliar devem dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem de alunos matriculados em escolas da Educação Básica, contribuindo para seu retorno e reintegração ao grupo escolar, e desenvolver currículo flexibilizado com crianças, jovens e adultos não matriculados no sistema educacional local, facilitando seu posterior acesso à escola regular.

§ 2º Nos casos de que trata este Artigo, a certificação de frequência deve ser realizada com base no relatório elaborado pelo professor especializado que atende o aluno. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001)

Essas diretrizes têm caráter obrigatório desde 2002. Ademais, a proposta implícita na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) é a de que toda criança e adolescente disponha de todas as chances quanto possíveis para que os processos de desenvolvimento e aprendizagem não sejam interrompidos. (BRASIL, 1996)

Buscando adequar-se ao que prevê a legislação em vigor, o MEC, por meio de sua Secretaria de Educação Especial, elaborou o documento *Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações*, de maneira a regulamentar esse serviço; tendo como objetivo estruturar as ações políticas de organização do sistema de atendimento educacional nesses contextos:

O atendimento educacional hospitalar e o atendimento pedagógico domiciliar devem estar vinculados aos sistemas de educação como uma unidade de trabalho pedagógico das Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Educação, como também as direções clínicas dos sistemas e serviços de saúde em que se localizam. Compete às Secretarias de Educação, atender à solicitação dos hospitais para o serviço de atendimento pedagógico hospitalar e domiciliar, a contratação e capacitação dos professores, a provisão de recursos financeiros e materiais para os referidos atendimentos. (BRASIL, 2002, p. 15)

²⁰ Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/resolucao2.pdf>> Acesso em: 25 out. 2009.

Também a implantação de brinquedotecas em espaços de atendimento infanto-juvenil é prevista na Lei federal nº. 11.104, de 21 de março de 2005²¹, que passou a vigorar 180 dias após sua publicação. A lei prevê penas de advertência, interdição, cancelamento da licença ou multa para as instituições que oferecem atendimento pediátrico, se estas não se adaptarem à nova norma.

Trabalhos científicos realizados no exterior, a exemplo dos publicados por Winnicott (1975) e Lindquist (1993) já demonstraram a eficácia das brinquedotecas na melhor recuperação de crianças e adolescentes hospitalizados e/ou em tratamento de saúde. Já no Brasil pode-se citar o estudo realizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo²². Este estudo realizado demonstrou que o brincar reduz o estresse, o medo do tratamento ambulatorial, com remédios, seringas e exames, e melhora na qualidade do sono para sujeitos com doenças respiratórias.

Destaca-se também, no segundo semestre de 2009, a criação da Adoleteca²³ pelo Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (GRAACC), hospedados na Casa de Apoio Ronald McDonald em São Paulo. Este espaço dedicado especialmente aos adolescentes em tratamento do câncer possui três computadores com acesso à internet e uma TV de 42 polegadas, com videokê e dezenas de títulos de DVDs. Há 25 diferentes jogos, como batalha naval, jogo da memória, dama, palavras cruzadas, quebra-cabeça e Uno. Também há uma biblioteca com um acervo de mais de 120 títulos e um cantinho para leitura. Essa iniciativa demonstra a preocupação não apenas com a recuperação no momento presente do adolescente, mas também com sua inserção social após o tratamento.

A adoleteca é um espaço para esse público que, muitas vezes, se sente deslocado ao participar de atividades com as crianças, pois existem brinquedotecas para as crianças, e os adolescentes merecem um espaço só para eles.

Também o GRAACC dispõe de programas de reinserção na sociedade, com auxílio na busca por um emprego, e o projeto Escola Móvel (classe hospitalar), que permite ao jovem estudar o conteúdo escolar, enquanto faz o tratamento. Todo esse trabalho contribui para amenizar os questionamentos comuns a essa fase, os adolescentes reavaliam seus valores, se aproximam das famílias e acabam amadurecendo bastante. Eles percebem que tem uma missão importante, que é lutar pela sua vida.

²¹ Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm> Acesso em: 26 out. 2009.

²² Disponível em <http://www.olhao.com.br/saude_09092005122444.shtml> Acesso em: 21 out. 2005.

²³ Disponível em <<http://www.maxpressnet.com.br/adoleteca>> Acesso em 26 out. 2009

A defesa e a credibilidade no potencial das brinquedotecas e adoletecas levam a alertar os gestores das instituições que oferecem atendimento infanto-juvenil que a instalação das mesmas não isenta a instituição de oferecer a classe hospitalar, como foi abordado acima. Alguns gestores podem acreditar que somente a implantação de um local para brincar basta para a criança e o adolescente. Porém, como já foi demonstrado neste trabalho, a própria legislação apresenta claramente os dois âmbitos conectados, ou seja, o brincar e o acompanhamento curricular.

Ressalta-se que tanto o Documento do MEC de estratégias e orientações para classes hospitalares e domiciliares (BRASIL, 2002) como a política das brinquedotecas do ano de 2005 fazem parte da política de humanização da assistência hospitalar e, aqui cabe responder a pergunta feita inicialmente para o leitor.

O professor entrou no hospital bem antes da implantação do PNHAH e sua atuação não é somente ser mais um profissional para garantir a política de humanização desse setor. Sua prática vai além de atender o sujeito no seu estado biológico e psicológico, para também atendê-lo no seu aspecto pedagógico, no que diz respeito à continuidade da sua vida escolar, por meio de atividades pedagógicas e lúdicas. Atividades estas que se apresentam como princípio a promoção da saúde e, como variáveis que influem na resposta à hospitalização e ao tratamento. Como diz Rejane Fontes, no seu artigo intitulado *O desafio da educação no hospital*: “[...] a aprendizagem no hospital [ou na casa de apoio] é vida”. (FONTES, 2005, p. 24)

Lembrando que, como já escrito no capítulo anterior, uma das maiores lesões do câncer para o adolescente é a ruptura da sua vida escolar.

O adolescente hospitalizado e/ou em tratamento sofre uma profunda cisão nos seus laços sociais: de um lado a escola, os amigos e, do outro, o hospital, os procedimentos clínicos e, às vezes, ter que ficar hospedado em uma casa de apoio, como os adolescentes desta pesquisa. Portanto, sua vida fica restrita aos espaços casa de apoio e hospital. Para os adolescentes, em nossa sociedade, a escola é um espaço de contato social, de vida. A manutenção desse laço é uma necessidade para ele.

É aqui que o professor ou o pedagogo de classe hospitalar encontra seu campo de atuação, ou seja, realizar um trabalho que permite não somente ao adolescente com câncer (foco desta pesquisa), mas também crianças e adolescentes com outras patologias, mães e acompanhantes, mesmo em um ambiente diferenciado, se integrarem por meio de ações lúdicas e pedagógicas novas possibilidades e maneiras de dar continuidade à sua vida escolar, e, com isso, beneficiar sua saúde física, mental e emocional.

É importante assinalar que a discussão ficaria muito restrita em focar somente a importância da classe hospitalar para adolescentes com câncer, pois temos crianças e adolescentes com outras patologias que também se beneficiam desta modalidade de atendimento. No artigo *Atendimento pedagógico-educacional para crianças e adolescentes hospitalizados: realidade nacional*, Fonseca (1999) destaca que da clientela atendida nas classes hospitalares brasileiras, o diagnóstico mais frequente é a desnutrição com 22%, principalmente para a faixa etária abaixo dos 5 anos de idade. A outra causa mais frequente foi a pneumonia, com 12%, que inclusive pode estar associada à desnutrição ou a outra enfermidade, como por exemplo, a Aids, com 5%. Problemas oncológicos acometem 12%, problemas renais 8% e os demais 41% dos diagnósticos refere-se a diversas outras problemáticas de saúde como: problemas ortopédicos, doenças cardíacas, congênitas, algumas crônicas ou letais, como a fibrose cística²⁴.

A grande maioria da clientela atendida nas classes hospitalares tem idade entre 0 e 15 anos, o que corresponde a 60%. A idade máxima mencionada para atendimento foi 18 anos. As crianças com menos de 3 anos de idade correspondem a 14% do quantitativo atendido. O número de crianças e adolescentes atendidos em cada classe hospitalar, por mês, é de 60 alunos, variando de um mínimo de 10 a um máximo de 200 crianças, esse quantitativo depende muito da realidade de cada hospital. (FONSECA, 1999)

A autora ainda apresenta que, em geral, 73% das crianças e adolescentes assistem de três a quatro horas diárias de aula, e 61% deles chegam a ter uma média de dez aulas durante seu período de internação. Um período de internação pode corresponder até dez dias para 44% das crianças e adolescentes e igual percentual desta clientela (44%) fica hospitalizado de 20 dias (25%) e a mais que 30 dias (19%).

As classes hospitalares, geralmente, funcionam no período vespertino, o que evita possíveis tensões com a rotina médico-hospitalar que tendem a ser mais intensas pela manhã, quando acontecem as rondas médicas, muitos dos exames e decisões quanto ao tratamento e à alta. Independente do horário de funcionamento, vários acontecimentos mesclam-se com a rotina de atividades da classe hospitalar, como por exemplo, a necessidade de um aluno-paciente retornar à enfermaria para ser examinado pelo médico, a chegada de uma visita para

²⁴Fibrose cística, ou mucoviscidose, é uma doença genética que se manifesta em ambos os sexos. O gene defeituoso é transmitido pelo pai e pela mãe (embora nenhum dos dois manifeste a doença) e é responsável pela alteração no transporte de íons através das membranas das células. Isso compromete o funcionamento das glândulas exócrinas que produzem substâncias (muco, suor ou enzimas pancreáticas) mais espessas e de difícil eliminação. Disponível em <http://www.drauziovarella.com.br/arquivo/arquivo.asp?doe_id=113> Acesso em: 14 nov. 2009.

um dos alunos ou mesmo para a classe hospitalar, entre outros. Porém, essas situações não são consideradas interferências e tendem a ser parte da dinâmica do dia a dia de uma classe hospitalar.

O professor, à medida que vivencia o que ocorre no espaço da classe hospitalar, seja no hospital ou na casa de apoio, transforma essas interferências em situações que dinamizam ou reestruturam a atividade, redimensionando um assunto que esteja sendo tratado, ou abrindo um novo assunto para o interesse dos alunos-pacientes e para o desempenho deles frente às atividades em desenvolvimento neste espaço. Logo abaixo, destaca-se a importância desta prática pedagógica do professor de classe hospitalar para essa clientela.

4.3 A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA PEDAGÓGICA DO PROFESSOR DE CLASSE HOSPITALAR À LUZ DA LITERATURA

Eu acho que prática educativa e prática pedagógica são a mesma prática. Na escola ou no hospital, elas são a mesma coisa. Eu acho que pedagogia e educação lá na prática são a mesma coisa. Conceitualmente, no plano histórico, educação é mais ampla, apresenta um campo mais vasto que a pedagogia. Eu acho que a pedagogia é o instrumento da educação. Eu acho que a prática educativa e pedagógica na prática são a mesma coisa.

Maurice Tardif²⁵

Torna-se muito pertinente a citação de Tardif no início deste item e, concorda-se com ele, ou seja, prática pedagógica e educativa são a mesma coisa, portanto far-se-á uso de ambos os termos nesta pesquisa.

Pensar a prática pedagógica do professor em outros espaços significa que não há fronteiras para sua atuação e, se convencionalmente, na nossa sociedade essa prática somente ocorria na escola formal, agora ela se amplia e os hospitais e as casas de apoio, conhecidos como lugares de tristeza, doença, sofrimento e morte, passam a ser também espaços dos cadernos, dos lápis, das tintas, do colorido, da alegria e das produções de crianças e adolescentes, ou seja, espaços de vida.

Entretanto, esses espaços são diferenciados e as condições de aprendizagem fogem à rotina escolar, ou seja, os alunos são crianças e adolescentes hospitalizados ou em tratamento

²⁵Extrato da entrevista realizada no dia 06/11/2007 e citada por Ricardo Tomasini na sua dissertação de mestrado *Concepções de profissionais sobre as práticas educativas e pedagógicas no ambiente hospitalar*. (TOMASINI, 2008)

de saúde. Desse modo, a condição de aprendizagem, nesta situação que se difere da rotina de uma escola formal, exige uma visão mais ampla do profissional, de forma a demandar práticas pedagógicas que superem a prática conservadora de ensino para uma prática pedagógica emergente.

Esses dois modelos de prática pedagógica abordados acima foram apresentados por Marida Behrens no livro *O paradigma emergente e a prática pedagógica*, onde a autora realiza a distinção entre as práticas: conservadora e emergente. (BEHRENS, 2003)

A prática pedagógica conservadora valoriza o conteúdo humanístico e da cultura geral, de forma a se preocupar com a reprodução de conhecimento. É uma prática austera, conservadora, cerimoniosa, que tem como função preparar intelectual e moralmente os alunos. Pautada no método indutivo, enfatiza aulas expositivas, demonstrações e sistematizações da matéria, de forma sequencial, lógica, ordenada e desvinculada das outras disciplinas e da realidade do estudante. Procura valorizar principalmente a variedade e quantidade de noções, conceitos, informações, a repetição dos conteúdos e a memorização deles e, tanto a exposição quanto a análise, são feitas somente pelo professor, ou seja, o ensino é centrado na pessoa do professor.

Em geral, esse tipo de ensino considera os seguintes aspectos: a preparação do aluno, a apresentação de pontos-chave, a associação do conhecimento novo com o já conhecido por meio da comparação e abstração, a generalização e a aplicação através da explicação de fatos adicionais e ou resolução de exercícios.

Percebe-se que essa prática pedagógica magistral produz aprendizagens que são esquecidas rapidamente, pois, como desconsidera a personalidade criadora do aluno, este não se sente estimulado intelectualmente, fazendo com que ele fracasse ou não tenha motivação para aprender. Também essa prática é um recurso de reprodução de uma sociedade hierarquizada, na qual são estimuladas a obediência, a disciplina e a ordem de superiores, para conseguir cidadãos mais dóceis e menos críticos do poder estabelecido.

Já o modelo de prática pedagógica emergente, discutida por Behrens (2003), estabelece uma aliança entre vários paradigmas, a exemplo do paradigma holístico, da abordagem progressista, do ensino como pesquisa e da instrumentação da tecnologia inovadora, que têm em comum a produção de conhecimento. O ensino pautado nesta prática tem como alicerce o diálogo, a construção gradativa do conhecimento, e considera tanto a pessoa do professor como do aluno e, principalmente, a realidade desse aluno.

Esta prática pedagógica emergente é crítica, reflexiva e transformadora, capaz de estabelecer o equilíbrio e a interconexão entre a teoria e a prática. O professor que a realiza é

capaz de propor projetos criativos e transformadores que propiciem uma aprendizagem que seja mais significativa, além de propiciar relações pessoais e interpessoais do ser humano, por acreditar na capacidade dos alunos e na legitimidade de seus sentimentos e emoções.

O professor se preocupa com as necessidades e interesses dos alunos, e com a formação da pessoa humana, pois, à medida que a ênfase é colocada na aprendizagem, o papel predominante do professor deixa de ser o de ensinar, e passa a ser o de ajudar o aluno a aprender. Assim, em uma relação dialética, como assinala Paulo Freire no livro *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa* “[...] quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”. (FREIRE, 2001, p. 23)

A partir dos dois modelos expostos, percebe-se que a prática pedagógica não é uma ação isolada, é sim uma ação coletiva, um trabalho conjunto que envolve uma parceria entre professores e alunos em uma nova perspectiva de ensinar e aprender, seja na sala de aula de uma escola formal, de um hospital ou de uma casa de apoio. Isso pressupõe um compromisso da conquista do conhecimento com posicionamentos de escuta, parceria e solidariedade.

Porém, a prática pedagógica em hospitais e casas de apoio está além da parceria entre professores e alunos, por envolver também outras pessoas que atuam nesses espaços como: os profissionais da área da saúde, os acompanhantes dos alunos, o voluntariado, entre outros, que se proponha ao desempenho cada vez mais qualificado da tarefa de ensinar e aprender nos hospitais ou em casas de apoio, comprometidos com uma prática emergente e fundamentada em uma perspectiva multi/inter/transdisciplinar.

Para Matos e Mugiatti (2008), a multidisciplinaridade encontra-se nos diversos saberes conferidos no contexto hospitalar e das casas de apoio, como uma resposta sensível à promoção da vida com saúde, para onde as diversas ciências convergem, isto é, em prol da vida com mais qualidade. A interdisciplinaridade corresponde na inter-relação e integração dos profissionais, estejam estes nos hospitais ou em casas de apoio e, finalmente, a transdisciplinaridade que é transcender a própria ciência para o além-corpo. A preocupação não somente com o biológico e o físico, mas com a pessoa humana. É fazer uso da escuta pedagógica, de maneira a lembrar que este termo escuta provém da psicanálise e diferencia-se da audição. Enquanto a audição se refere à apreensão/compreensão de vozes e sons audíveis, a escuta se refere à apreensão/compreensão de expectativas e sentidos, ouvindo através das palavras as lacunas do que é dito e os silêncios, ouvindo expressões e gestos, condutas e posturas. (CECCIM, 1997)

Portanto, a prática pedagógica do professor de classe hospitalar, seja no contexto de um hospital ou de uma casa de apoio, precisa transpor as barreiras da prática conservadora,

apoiar-se em uma prática emergente e provocar o encontro entre saúde e educação, de maneira a não priorizar somente o resgate da escolaridade, e sim o resgate da saúde e melhor qualidade de vida de crianças e adolescentes.

Vale lembrar que hospitais e casas de apoio não são locais comuns de trabalho de um professor ou pedagogo, o que demanda tanto do profissional de educação como da instituição um período de adaptação e reconhecimento para que possíveis trocas sejam estabelecidas, pois esses novos espaços de atuação se diferem do costumeiro ambiente escolar, por começar pelo espaço onde a classe hospitalar funciona e do tipo de atividades propostas para dar continuidade à escolarização das crianças e adolescentes que habitam esses espaços.

Sobre esses novos espaços, Alessandra Barros, no seu artigo *Contribuições da educação profissional em saúde à formação para o trabalho em classes hospitalares*, destaca que uma classe hospitalar é um local aberto e de estrutura dinâmica, onde entram e saem crianças e adolescentes com relativa frequência, assim, a constituição da classe hospitalar é sempre variável ao longo de um período. (BARROS, 2007)

Isso acontece porque temos pacientes-alunos que sofrem internações eventuais e aqueles que sofrem internações recorrentes e/ou extensas, por isso, ao longo de um dia em uma classe hospitalar, tem-se uma alta rotatividade, pois crianças e adolescentes iniciam suas atividades e logo são solicitadas para realizar algum tipo de exame ou tomar medicação, algumas vezes, esses sujeitos retornam à classe no mesmo dia e finalizam suas atividades, outros retornam somente no dia anterior, outros recebem alta e outros ainda chegam à classe com as atividades em andamento ou quase bem ao término das atividades, pois estavam realizando exames ou acabaram de ser hospitalizados. Além dessa alta rotatividade, os alunos-pacientes possuem idades, níveis socioeconômicos e de escolarização diferentes, o que faz de uma classe hospitalar uma sala mutisseriada, como aquelas encontradas em salas de aula de escolas rurais, de assentamentos rurais, entre outras.

Diante do exposto, Eneida Simões da Fonseca, pesquisadora na área de atendimento escolar hospitalar e docente da classe hospitalar do Hospital Jesus no Rio de Janeiro, no livro *Atendimento escolar no ambiente hospitalar*, aborda que a classe hospitalar deve sempre receber crianças e adolescentes, independente de possíveis limitações, pois estas não devem ser encaradas como impedimento à participação das atividades, assim se uma criança ou adolescente precisa sair antes, estratégias de fechamento da atividade devem ser implementadas, a fim de que o paciente-aluno possa ter a ideia de que concluiu o que estava fazendo e que, havendo possibilidade, poderá retornar à sala mais tarde ou no dia seguinte. (FONSECA, 2003)

A autora também enfatiza que quando o aluno-paciente chega depois de já iniciada a atividade, estratégias de inclusão devem ser utilizadas para que a criança ou o adolescente não se sinta perdido dentro do que está acontecendo na aula, mas sim, venha a perceber que é uma pessoa importante para o grupo e que sua chegada e participação são fundamentais, e “[...] isto, por parte do professor, deve ser uma afirmativa, e não apenas uma desculpa polida e paliativa”. (FONSECA, 2003, p. 42)

Isso não significa que, se por alguma razão o professor não consiga fazer o fechamento ou a abertura adequada para cada criança ou adolescente, seu trabalho seja inviabilizado, pois não está se falando de um superprofissional e sim de um profissional que se preocupa com a melhora da sua prática pedagógica para realmente atender as necessidades e interesses dos alunos, estejam estes hospitalizados, em tratamento nas casas de apoio ou em uma escola formal.

Entretanto nem todos os hospitais e casas de apoio contam com um espaço próprio para o funcionamento de uma classe hospitalar, alguns de fato até possuem, porém, muitas vezes, pode-se fazer uso da biblioteca, do refeitório, em horários ociosos, as varandas, corredores e até mesmo os leitos, onde se podem realizar atendimentos individuais. Barros (2007) acrescenta que passeios externos, como idas a parques, cinemas, teatro, praia, feiras de livros, entre outros, também se configuram como atendimentos na forma de classe hospitalar.

Então, o professor de classe hospitalar atua em espaços diferenciados onde há uma alta rotatividade de crianças e adolescentes e, segundo o sanitarista Ricardo Burg Ceccim e outros (1997) no artigo *Escuta pedagógica à criança hospitalizada*, o professor deve estar atento também à necessidade de conhecer as dependências e funcionários da instituição, seja no hospital ou em uma casa de apoio, devido ao caso de alguma criança ou adolescente sentir-se mal durante a aula. Precisa saber como proceder de imediato e a quem e onde recorrer, de maneira a evitar que o paciente-aluno seja prejudicado por desinformação. (CECCIM et al, 1997)

Os autores abordados enfatizam outro ponto importante para o professor de classe hospitalar, que é conhecer um pouco sobre as diferentes patologias, de maneira a respeitar os limites clínicos de cada paciente-aluno e para que se tenha a sensibilidade de perceber que uma criança ou adolescente não está se sentindo bem, e assim não exigir atividades que estejam acima de seus limites físicos.

Corroborando as colocações supracitadas, Fontes (2005) descreve que o professor de classe hospitalar tem que se envolver com questões da área da saúde e, antes de iniciar sua

atuação com qualquer criança ou adolescente, torna-se necessário pesquisar e conhecer a doença que os acometem e conversar com o médico para saber o que eles podem ou não fazer.

Diante da realidade exposta, para um efetivo atendimento pedagógico na classe hospitalar é essencial o professor conhecer a rotina e os funcionários do hospital ou da casa de apoio, conhecer a patologia do aluno-paciente e estar ciente de que cada dia de trabalho na classe hospitalar se constrói com atividades que possuem começo, meio e fim quando desenvolvidas.

Para ilustrar o que foi colocado, destaca-se a fala da professora de classe hospitalar Geane Yada, do Hospital Darcy Vargas, em São Paulo, entrevistada pela repórter Bianca Bibiano da revista *Nova Escola*, onde conta que:

É um ritmo estranho. Eu posso planejar tudo hoje e, amanhã, o estudante recebe alta. Daí eu tenho que fazer coisas novas para outra criança que acabou de chegar. A carga horária também muda, pois, o professor pode iniciar uma conversa e, em instantes ter de parar devido a uma indisposição. O indicado é que o aluno consiga ter a mesma carga horária da escola, mas com o sobe e desce do tratamento, isso nem sempre é possível. (BIBIANO, 2009, p. 82)

Importante assinalar que esse vai e vem também acontece em uma casa de apoio, a única diferença é que como os alunos-pacientes não estão hospitalizados e sim em tratamento, um transporte coletivo vem à instituição para levá-los até o hospital e/ou em clínicas especializadas, para que o tratamento seja efetivado, e aí a história se repete.

Essa realidade encontrada, tanto no contexto hospitalar como em uma casa de apoio, demonstra bem o perfil de um professor ou pedagogo que vislumbra uma prática pedagógica emergente, com uma visão sistêmica desses novos espaços e da realidade do paciente-aluno, sendo que sua prática não será apenas a de resgatar a escolaridade, mas de transformar essas duas realidades de maneira a fazer fluir sistemas que as aproximem e as integrem.

Sobre isso, Clodoaldo Cardoso (1995), no livro *A canção da inteireza: uma visão holística de educação*, coloca que o professor deve fazer uso de práticas que simultaneamente desenvolvam “[...] razão, sentimento e intuição e que estimulem a integração intercultural e a visão planetária das coisas, em nome da paz e da unidade do mundo”. (CARDOSO, 1995, p. 48)

Assim, segundo o autor abordado, a prática do professor, além de transmitir e construir o saber sistematizado, assume um sentido terapêutico ao despertar no aluno uma consciência nova que transcenda do eu individual para o eu transpessoal.

Afirmando a premissa de Cardoso (1995), Barros (1999), que vivenciou a experiência de ser professora de classe hospitalar na Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor, na unidade de Salvador/ BA, apresenta sua preocupação com relação às exigências escolares formais destinadas a alunos-pacientes deprimidos e afligidos por distúrbios emocionais e prescreve outro tipo de atividade escolarizante, ou seja, uma prática pedagógica que considere também os aspectos lúdicos, como uma atitude de respeito ao quadro de fragilidade efetiva desses alunos.

A prática pedagógica no ambiente hospitalar, que valoriza o aspecto lúdico, considera que jogos e brincadeiras são recursos para a promoção da aprendizagem, a construção do conhecimento e a abertura de um campo onde aspectos se encontrem com os elementos da realidade externa, possibilitando ao sujeito hospitalizado ou em tratamento de saúde: liquidar seus conflitos, compensar necessidades não satisfeitas e para a liberação e extensão do eu. (PIAGET, 1975)

Como bem lembra Maria Mitre e Romeu Gomes no artigo *A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde*, quando lidamos com uma clientela que tem sua vida desestruturada pela doença, o lúdico aparece como uma possibilidade de organização desse caos. (MITRE; GOMES, 2004)

De acordo com Barros (1999), Mitre e Gomes (2004), Fontes (2005), que foi professora da classe hospitalar do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), em Niterói/ RJ, coloca que primeiramente o mais importante é o aluno-paciente conhecer o novo espaço que está inserido, seja no hospital ou em uma casa de apoio e, por meio de atividades lúdicas, o professor pode trabalhar o reconhecimento deste novo espaço, da doença e de si próprio, no sentido de tranquilizá-lo acerca desse novo ambiente.

Dentre essas atividades lúdicas, a autora cita produções artísticas como fantoches, desenhos, contações de histórias que são atividades onde crianças e adolescentes podem expressar seus sentimentos a respeito do novo universo que agora fazem parte. Os jogos que ajudam na socialização e no respeito às regras, que permitem os sujeitos respeitarem a si mesmo e aos outros.

As datas comemorativas podem ser festejadas tanto no hospital como na casa de apoio, e o aluno-paciente pode ajudar na elaboração de produções para enfeitar a classe hospitalar, pode confeccionar os convites para serem entregues às pessoas que vão ser convidadas para participar. Todas essas propostas geram certa expectativa, ao mesmo tempo que promovem a produção de conhecimento.

Outra autora que enfoca a importância do lúdico é Ercília de Paula, que foi professora de classe hospitalar no Hospital Sarah, nas unidades de Brasília/ DF e São Luís (MA), e também é pesquisadora sobre o tema. No artigo *Crianças e adolescentes que voam em jaulas: a tecnologia promovendo a liberdade no hospital*, Paula (2007) assinala as oportunidades que os meios de comunicação, como TV, vídeo, fotografias, computadores, entre outros, oferecem às crianças e adolescentes hospitalizados ou em tratamento de saúde, como instrumentos de inclusão social e de superação de desafios em ambientes adversos como os hospitais e as casas de apoio. Como exemplo, cita uma de suas experiências com o uso de brincadeiras e jogos no computador, ferramenta esta que contribuiu para que muitas crianças e adolescentes que nunca tinham ido à escola, começassem a desenvolver o interesse pela alfabetização.

A experiência de Paula bem demonstra que muitos pacientes-alunos não possuem contato com essas tecnologias e, convencionalmente conhecidos como espaço de doença e dor, hospitais e casas de apoio passam a ser espaços do lúdico e de novos conhecimentos. Porém, ela também fala da necessária “[...] democratização da tecnologia para que, em redes, possam ser criados novos elos e possibilidades de ‘vôos’ para que todas as crianças e adolescentes possam usar este instrumento como práticas de liberdade”. (PAULA, 2007, p. 333)

Sendo as intervenções em classe hospitalar pautadas pelo emprego do elemento lúdico e pontuadas pela possibilidade de aprender e ao mesmo tempo de contribuir para o enfrentamento do estresse da hospitalização ou do tratamento de saúde, são valiosas as práticas de outros profissionais, que juntamente com os professores de classe hospitalar, buscam a alegria, o humor e o riso para a saúde psíquica e bem-estar do paciente-aluno.

Esses profissionais são os voluntários: contadores de histórias, os Doutores da Alegria (*Clown*), e uma infinidade de artistas plásticos, músicos, atores teatrais que, preocupados com a qualidade de vida e humanização de crianças, adolescentes, adultos e idosos em espaços adversos, elaboram e realizam trabalhos de toda ordem.

Para ilustrar o efeito dessas práticas, Masetti (1998), no livro *Soluções de palhaços: transformações na realidade hospitalar*, comenta uma pesquisa realizada onde se verificou que o grupo pesquisa apresentava de três a quatro vezes mais alterações que o grupo controle. Dentre essas alterações, destaca-se a modificação do conteúdo das histórias contadas após a atuação dos palhaços, onde era nítido perceber um enriquecimento de conteúdos, com enredo positivo ou final feliz, e também uma expressividade maior de conflitos. Outras alterações ainda foram percebidas, como o aumento no tamanho dos desenhos, uso variado de cores, e formas mais aprimoradas. “Todas essas alterações indicam que, de alguma forma, houve uma

expansão dos movimentos da criança e de sua forma de se posicionar diante da hospitalização”. (MASETTI, 1998, p. 72)

Portanto, a prática pedagógica do professor de classe hospitalar é trazer para a educação tudo, aproveitar qualquer motivo, qualquer movimento do paciente-aluno, desde a hora das rotinas (do hospital ou de uma casa de apoio), como o café da manhã, o almoço, a visita, os meios de comunicação que o ambiente dispõe, a participação dos voluntários, até a hora de fazer um exame, um tratamento ou ir ao banheiro. Tudo isso pode ser pedagógico, e é isso que marca o trabalho do professor de classe hospitalar.

Desse modo, considerando o aspecto lúdico exposto, o acompanhamento curricular de crianças e adolescentes hospitalizados ou em tratamento em uma casa de apoio, segundo Barros (2007), pode acontecer de maneira a entrar em contato com a escola de origem do paciente-aluno, caso este já frequentava uma escola, para que as atividades, então empreendidas, correspondam em continuidade. Entretanto, se não houver a possibilidade de entrar em contato com a escola, serão utilizados materiais didáticos disponibilizados pela própria classe hospitalar e o professor irá criar estratégias para favorecer o aprendizado de conteúdos que estejam de acordo com sua série escolar.

Cabe lembrar que, caso o aluno-paciente não esteja regularmente frequentando uma escola, é oportunizada a aprendizagem de competências próprias para os seus estágios de desenvolvimento intelectual²⁶. Logo abaixo são apresentadas as experiências de acompanhamento curricular em classe hospitalar.

Primeiramente, destaca-se o acompanhamento curricular que é feito quando o hospital ou a casa de apoio conseguem entrar em contato com a escola de origem do escolar-paciente. Para falar sobre essa experiência, conta-se com a ajuda de Matos e Mugiatti (2008), que vivenciam esse tipo de prática no Hospital Pequeno Príncipe, em Curitiba-PR, por meio do Projeto Hospitalização Escolarizada.

Para as autoras citadas, a classe hospitalar trata-se de uma nova realidade multi/inter/transdisciplinar com características educativas, sendo um processo alternativo de educação continuada que vai além de uma escola formal por propor parâmetros para atender as necessidades especiais do aluno-paciente, sejam estas transitórias ou não, no espaço hospitalar ou de uma casa de apoio.

O Projeto abordado abrange dois momentos de escolarização. No primeiro momento, a preocupação encontra-se em respeitar o estado de saúde do paciente aluno, seu grau de

²⁶ Os estágios de desenvolvimento intelectual estão descritos no Capítulo 2 desta dissertação.

escolaridade e sua procedência, de maneira a atendê-lo de forma personalizada. Logo após desenvolve-se uma proposta pedagógica específica para cada aluno-paciente, de acordo com suas necessidades, contatando-se a realidade da escola de origem de cada aluno, e elaborando uma proposta didático-pedagógica, conforme os padrões que sua escola trabalha. Para que isso aconteça, o serviço social do hospital entra em contato com a professora da escola de origem, para que esta envie as atividades para o hospital por meio da família do aluno-paciente. A professora de classe hospitalar recebe as atividades da escola de origem, porém, de maneira criativa, ela torna essas atividades adequadas para a necessidade e estado de saúde do aluno-paciente, e promove outras atividades que vão além destes conteúdos propostos.

Observa-se que neste tipo de prática, o educando precisa estar matriculado em uma escola. Caso não esteja matriculado o próprio Projeto, por meio do serviço social do hospital e da família ou do responsável realiza esse procedimento.

Sobre esse fato, Fonseca e Ceccim (1999), em pesquisa realizada para averiguar a validade da classe hospitalar para crianças e adolescentes hospitalizados ou em tratamento, verificaram que este tipo de atendimento possibilita detectar crianças e adolescentes em idade obrigatoriamente escolar, que já abandonaram ou nunca chegaram a frequentar uma escola.

Infelizmente, além da evasão escolar, Ceccim (1999) detectou que muitas das crianças e adolescentes em condições de hospitalização ou em tratamento nas casas de apoio apresentam, em média, uma defasagem escolar de um a três anos, se comparadas com sujeitos de mesma idade cronológica e que nunca sofreram hospitalizações.

Compartilhando com as duas pesquisas citadas, porém, com um relato de sua experiência, Barros (1999) coloca que é fácil perceber uma parcela significativa de crianças e adolescentes em idade escolar, mesmo antes de serem internados, fora da escola ou bem defasados na relação entre a idade e a série cursada, o que demonstra que a maioria dos alunos que necessitam ser hospitalizados ou ficar em tratamento nas casas de apoio apresentam um percurso escolar permeado pela evasão, pelo ingresso tardio ou pela segregação promovida pelo próprio sistema educacional.

A autora citada ainda acrescenta que esses condicionantes somam-se à baixa qualidade do ensino em nosso país, o que torna perceptível que os conteúdos correspondentes à série cursada pelo aluno-paciente não foi atingido satisfatoriamente; sendo assim, o analfabetismo no seu sentido estrito e o analfabetismo funcional são realidades presentes.

Dessa forma, nem sempre os programas curriculares, por ventura, encaminhados pela escola, ou previstos pela série cursada, poderão ser cumpridos na íntegra, e o professor de classe hospitalar fará seu atendimento para esses alunos, no sentido de dar suporte para a

superação de dificuldades de aprendizagem que podem ser decorrentes da baixa qualidade do ensino, da própria patologia do aluno ou de ambos os aspectos.

Para ilustrar esse fato, busca-se na fala de Ceccim e outros (1997, p. 80) uma experiência que aconteceu na classe hospitalar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA):

[...] Trabalhamos, por exemplo, com uma criança, que estava na primeira série, em processo de alfabetização. Ela nos trouxe o material utilizado por sua escola (tarefas e trabalhos), mas não foi possível aproveitá-lo, já que os mesmos estavam além do seu nível de compreensão da escrita, que caracterizava-se, dentro da classificação criada por Emília Ferreiro, como nível pré-silábico²⁷. Como ela conhecia bem as letras do seu nome, achava que em todas as palavras que escrevia estas tinham que aparecer. Resolvemos, então, iniciar o trabalho a partir destas letras, propondo atividades em que ela podia utilizá-las em outras palavras. Após várias internações, sua escrita estava silábico-alfabética, apesar de a criança ter abandonado a escola.

As pesquisas apresentadas bem demonstram a triste realidade do nosso sistema educacional, mas a feliz validade da classe hospitalar no que tange a continuidade da vida escolar, tanto para alunos matriculados como não no sistema educacional, e que a participação das atividades elaboradas na classe hospitalar têm papel importante não apenas no desempenho escolar dos alunos-pacientes que delas se beneficiam, mas também repercute em um período de internação mais breve, pois aprender é vida.

O Projeto Escolarização Hospitalizada contempla em um segundo momento atividades integradas entre os escolares, de forma lúdica, por acreditar que esta ação se insere no processo pedagógico, assim, efetiva o acompanhamento individual e especializado de cada aluno-paciente e, por meio de jogos e brincadeiras, promove a socialização entre todos eles.

A relevância de tal projeto foi destaque do jornal *Gazeta do Povo* de Curitiba-PR de 1º de novembro de 1990, na reportagem denominada *Hospital não impede criança de estudar*, citada por Matos e Mugiatti (2008), onde salienta a impossibilidade de avaliar os efeitos sociais benéficos da classe hospitalar para crianças e adolescentes de diversos graus de educação básica que precisam ficar hospitalizados, e, mesmo assim, continuam os estudos.

Esse projeto tornou-se realidade depois de um convênio firmado entre a Secretaria da Saúde e a Prefeitura Municipal que disponibilizou duas professoras para trabalharem no

²⁷ Esta pesquisa não vai apresentar os estudos realizados por Emília Ferreiro, porém, o leitor que quiser fazê-los poderá encontrar essas informações na obra *Psicogênese da língua escrita* de autoria de Emília Ferreiro e Ana Teberosky, 1985.

hospital. A reportagem ainda traz a experiência de um garoto de 14 anos de idade que realizou uma avaliação de ciências no próprio hospital como parte de suas obrigações escolares, e conta com o depoimento de uma criança que diz:

[...] “a gente se sente menos doente!” Esse depoimento de uma criança participante bem demonstra o alcance terapêutico de tal projeto! Na realidade, o envolvimento com essas atividades traz ilimitados benefícios, pelos seus próprios princípios educativos da individualização e da socialização do escolar doente. Por outro lado é bastante pertinente a observação relacionada à adequação metodológica em vigência. Pelas condições circunstanciais, a flexibilidade tem-se constituído na tônica de seus procedimentos pedagógicos. A prática cotidiana tem demonstrado a validade do respeito pela condição clínica do doente. É o momento em que devemos esperar, dos profissionais que prestam a sua específica e integrada colaboração, um elevado grau de sensibilidade e perspicácia, a fim de que não haja deturpação do sentido cooperador do projeto. Este pretende facilitar e não impor instruções àquelas crianças [e adolescentes] que, em virtude de sua doença, se vêem impossibilitadas ao acesso normal à escola. (GAZETA DO POVO, 1 nov. 1990, p. 3 apud MATOS; MUGIATTI, 2008, p. 118)

Observa-se que na experiência apresentada acima, os hospitais ou as casas de apoio conseguem fazer uma ponte com a escola de origem do aluno-paciente. Porém, essa ação nem sempre é possível, o que demanda do professor de classe hospitalar a procura de novas maneiras de se fazer o acompanhamento curricular.

Para falar sobre essa outra maneira de se fazer o acompanhamento curricular em classe hospitalar, busca-se ajuda na fala da pedagoga e professora do Hospital da Criança (H.C.) das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), em Salvador-BA, Maria Celeste Ramos da Silva, em sua dissertação de mestrado *A criança e o adolescente enfermos como sujeitos aprendentes: representações de professores da rede regular de ensino no município de Salvador-BA*, onde relata sua experiência no trabalho com salas multisseriadas, tanto na escola formal como na classe hospitalar, que exige do professor reger em um mesmo espaço, o trabalho com alunos de diferentes níveis de escolarização. (SILVA, M., 2009)

A autora aludida expressa a dificuldade de se trabalhar nestas salas, mas acredita que essa configuração ajuda o professor a criar estratégias para atender à diversidade, presente na escola formal e na classe hospitalar. Desse modo, para trabalhar com uma proposta que atenda à atenção dessa diversidade dos alunos, já que o H.C. nem sempre consegue estabelecer uma ponte entre o hospital e a escola de origem do escolar doente, o trabalho é realizado com base na Pedagogia de Projetos.

A pedagogia de projetos, descrita por Ana Cristina Bezerra no texto *Pedagogia de Projetos: possibilidades transformadoras para a escola*, é um sistema que trabalha com

questões e situações-problema da vida real. Situações estas que os sujeitos da aprendizagem vivenciam cotidianamente e que são trazidos para o contexto escolar com o objetivo de reorganizar os conteúdos a serem trabalhados a partir de metas estabelecidas pelos próprios alunos e os professores. (BEZERRA, 2002)

Maria Celeste Silva (2009) concorda com a autora citada e acrescenta que essa proposta, além de possibilitar a oportunidade de se trabalhar com as diversas áreas do conhecimento por meio de assuntos que fazem parte da realidade dos alunos; ainda em face da característica multisseriada da classe hospitalar traz a riqueza das interações de crianças e adolescentes que priorizam em suas relações a autoajuda que não ocorre somente em relação aos alunos-pacientes, mas também em relação aos adultos, sejam estes professores, profissionais da saúde, mães, acompanhantes, entre outros.

Para explicar esse processo de autoajuda, a autora mencionada baseia-se no trabalho de dois autores: David Duran e Vinyet Vidal (2007 apud SILVA, M., 2009), no livro *Tutoria: aprendizagem entre iguais*, onde enfatizam que o processo de tutoria entre iguais comporta o conceito de que todos têm capacidade para ajudar seus colegas a aprenderem, o que é muito verificado entre crianças e adolescentes que estão internados ou em tratamento nas casas de apoio, sendo que, não somente os alunos mais capazes, em função do potencial de tutores, mas aquele que também puder se valer da ajuda de outras pessoas. Este processo se constitui em instrumento extremamente útil em relação à diversidade, baseado no poder de colaboração entre os alunos.

É importante destacar que, diariamente, no H.C., as professoras organizam um momento onde cada criança e/ou adolescente fica à vontade para falar de coisas que para eles são significativas e, nesta prática, é possível perceber que eles, geralmente, não se sentem à vontade dentro do hospital [ou de uma casa de apoio], exceto quando podem desfrutar da companhia dos colegas no espaço destinado à classe hospitalar. (SILVA, M., 2009)

Concordando com a autora abordada, Fontes (2005) comenta que a abordagem pedagógica começa com um trabalho em grupo, pois crianças e adolescentes precisam conhecer seus pares e vivenciar com eles esse período de hospitalização ou de tratamento de saúde, e isso somente é possível no grupo, pois a construção do conhecimento é coletiva.

A atividade em grupo promove momentos de socialização de conhecimentos e, mais do que os profissionais da educação e saúde, acompanhantes e voluntários, o maior parceiro de crianças e adolescentes hospitalizados ou em tratamento são as outras crianças e adolescentes que estão vivenciando essa mesma experiência. (FONTES, 2005)

De acordo com Fontes (2005) e Silva, F. (2007), a professora integrante do Programa de Pedagogia Hospitalar de Niterói-RJ, Fátima Júlia Martins da Silva, conta uma experiência com base na Pedagogia de Projetos, onde expressa que sensibilizada pelos óbitos que ocorriam no hospital, sentiu a necessidade de pensar em estratégias pedagógicas com a finalidade de abordar essa temática com os alunos. A partir de então, surge o projeto Germinação, com o objetivo de refletir sobre a morte, compreendendo-a como parte do ciclo da vida, respeitando a capacidade emocional e intelectual dos pacientes-alunos. (SILVA, F., 2007)

A autora acrescenta que refletir sobre a morte é necessário, mesmo quando o sujeito não tenha vivenciado uma perda significativa, e tanto a escola formal como a classe hospitalar podem trabalhar com o tema, fazendo com que crianças e adolescentes, dentro do seu nível de compreensão, possam perceber o ciclo da vida e as razões da morte. No senso comum, morte é associada ao sentimento de perda, sofrimento e ausência, porém, em uma outra perspectiva ela pode ser concebida como parte fundamental da vida, seu fechamento e conclusão.

Também assinala que o projeto germinação contribuiu para que vários conceitos fossem trabalhados como: conservação da vida, ciclos da natureza, entre outros, reforçando atitudes de solidariedade, respeito mútuo e vínculos socioafetivos. Ainda comenta que esse projeto promoveu a discussão relativa ao fato de que muitas doenças são decorrentes da falta de saneamento básico, por exemplo, fruto do descaso do poder público. (SILVA, F., 2007)

Portanto, por meio da pedagogia de projetos, o acompanhamento curricular é feito em conjunto entre o professor e seus educandos, permitindo uma conexão entre a escola (escola formal ou classe hospitalar) e a realidade do aluno, de maneira a construir estratégias para que juntos possam refletir sobre suas necessidades e possibilidades.

Outra forma para que o acompanhamento curricular do paciente-aluno aconteça, é proposta por Patrícia Lupion Torres, doutora em Engenharia de Produção: mídia e conhecimento, que apresenta o ambiente virtual de aprendizagem denominado de *Eurek@Kids*, que permite ao paciente-aluno hospitalizado ou em tratamento de saúde dar continuidade a sua escolarização. (TORRES, P., 2007)

Este ambiente virtual de aprendizagem é resultado de um trabalho de pesquisa de professores e alunos do Programa de Pós-Graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), baseado em uma mídia de terceira geração, que possibilita a interatividade, a flexibilidade e a integração entre os diversos atores do processo, garantidas pela sincronidade e assincronidade da comunicação.

O ambiente virtual de aprendizagem permite uma proximidade virtual que garante a inclusão da criança em sua turma regular (escola de origem), apesar do seu afastamento físico. Com a internet é possível superar a sensação de isolamento vivenciada, pois os alunos hospitalizados ou em tratamento de saúde mantêm uma interação constante com seus colegas de escola. “Por meio da comunicação entre os diversos membros de uma ‘turma virtual’, o aluno passa a vivenciar um sentimento de pertença”. (TORRES, P., 2007, p. 339)

A importância deste projeto, além do acompanhamento curricular, é minimizar sensivelmente, grandes percalços sociais, com soluções que abordam a inclusão social, a democratização tecnológica, a promoção humana, as novas formas de comunicação e a educação inclusiva. Porém, como já foi assinalado anteriormente por Paula (2007), torna-se necessária a democratização da tecnologia para que esse tipo de acompanhamento curricular aconteça, sendo que ele já é realidade em alguns hospitais, como no Hospital Pequeno Príncipe, em Curitiba-PR.

Além das propostas acima abordadas, a classe hospitalar, segundo Barros (2007), também se configura em um espaço para o desenvolvimento de educação em saúde junto a pacientes e acompanhantes, já que a imediata referência à doença torna-se elemento motivador para a adoção de atitudes e comportamentos onde a saúde possa ser promovida.

As mães dos pacientes são alvos de educação em saúde no que tange a educação em saúde reprodutiva, com atividades em torno das metas do planejamento familiar e da orientação sexual, o que demonstra o potencial sócio-político da classe hospitalar como promotora da educação para a cidadania. (BARROS, 2007)

A referida autora enfoca que, devido à ociosidade vivenciada pelas mães e/ou acompanhantes no acompanhamento dos filhos nos internamentos (no hospital ou na casa de apoio), faz com que se sintam motivados a participar das atividades da classe hospitalar, e, algumas dessas experiências de incorporação das mães ou acompanhantes (em períodos mais longos de internação ou de tratamento de saúde) às atividades da classe hospitalar têm inclusive contribuído para a alfabetização dos mesmos.

Dentro desse contexto, independente da maneira como o acompanhamento curricular é feito na classe hospitalar, é importante que alguns aspectos sejam considerados, tais como:

- levar em conta o momento social, afetivo e clínico que a criança ou o adolescente está vivenciando, de maneira a não forçá-los a realizar determinada atividade previamente planejada;

- o fato de crianças e adolescentes estarem hospitalizados ou em tratamento de saúde não significa que se deve ter uma atitude complacente com eles, de maneira a tratá-los com piedade, como se fossem incapazes;
- procurar realizar tarefas de acordo com o nível cognitivo, interesse e motivação do paciente-aluno e, principalmente, atividades que respeitem seu quadro clínico, procurando não se centrar apenas no ensino regular, que, muitas vezes, não considera as peculiaridades de crianças e adolescentes;
- não restringir o ensino somente às atividades que estão presentes nos livros didáticos e nos conteúdos e atividades propostas pela escola e sim averiguar o conhecimento que o paciente-aluno já possui e a realidade que ele vivencia, para, a partir destes, possibilitar novas aprendizagens, abrindo espaço para que educador e educando possam fazer perguntas e juntos solucionarem dúvidas;
- fazer com que o conteúdo proposto seja significativo, o que muitas vezes significa trabalhar com assuntos relacionados à enfermidade ou à experiência da hospitalização e, desse modo, possibilitar que crianças e adolescentes tenham iniciativa e possam propor atividades;
- levar em conta a situação subjetiva do paciente-aluno, porém, estar ciente de que o professor ou pedagogo de classe hospitalar, apesar de estar buscando seu papel e reconhecimento nestes novos espaços, não tem as mesmas funções que o psicólogo, o assistente social, ou recreacionista, ou substituta da mãe, nem mesmo tia, pois sua função localiza-se pelo exercício e contribuição da educação;
- dispor do atendimento na classe hospitalar, mesmo que por um tempo mínimo que talvez pareça não significar muito para uma criança que vai à escola regular, tem caráter importantíssimo para o paciente-aluno, uma vez que ele pode atualizar suas necessidades, desvincular-se, mesmo que momentaneamente, das restrições que uma instituição total impõe e adquirir conceitos importantes para sua vida escolar e pessoal;

Dentre esses aspectos assinalados, acrescenta-se que o professor de classe hospitalar deve ter a disponibilidade de estar com o outro e para o outro, pois fica menos doloroso enfrentar o percurso de estar hospitalizado ou em tratamento de saúde, compartilhando com o outro (professor) a dor, por meio do diálogo e da escuta pedagógica, já abordada anteriormente. A escuta pedagógica do professor diferencia-se das demais escutas que são realizadas por outros profissionais como o assistente social ou o psicólogo. A escuta do professor é ser sensível ao estado conflituoso do paciente-aluno, é revestir sua ação de educar

em um ato de companheirismo, de disponibilidade de estabelecer parcerias e cumplicidades. Desse modo, sua prática é fortemente marcada pelas relações afetivas, servindo de reforço para que o paciente-aluno persista na luta pela saúde e mantenha a esperança na sua capacidade de esforço.

Entretanto, apesar da reconhecida importância apresentada sobre a classe hospitalar, deve-se considerar que ela não é, a priori, um ambiente estimulador da aprendizagem no grau de sistematização e acumulação seqüenciado proposto por uma escola, e que a investida neutralizadora do sofrimento proposta por ela sempre será paliativa e provisória, pois a característica de instituição total, já descrita por Goffman (2007), nunca estará superada em um hospital ou em uma casa de apoio. (GOFFMAN, 2007)

Também as iniciativas da classe hospitalar ocorrem à custa de escassez de recursos de variadas ordens, comumente encontradas no financiamento da educação e da assistência médica de caráter público, o que é de se esperar, que esses espaços sofram com a falta de material de consumo diário ou permanente, como jogos, livros, brinquedos, televisores, computadores, mobiliários, entre outros. Algumas são beneficiadas pela infraestrutura já existente de suporte às atividades psicossociais e de terapia ocupacional ou de voluntariado organizado na forma de ONG, que realizam juntamente com crianças e adolescentes hospitalizados ou em tratamento de saúde atividades de contação de histórias ou brinquedotecas, por exemplo. Por sua vez, esse quadro de precariedade para a sustentação institucional da classe hospitalar acena com um crescimento positivo, e a cada dia novos hospitais e casas de apoio são identificados com a implantação de mais uma classe.

Segundo um mapeamento nacional feito por Fonseca (1999) e apresentado em um site da internet,²⁸ o Brasil conta hoje com classes hospitalares em 116 hospitais, localizados em 18 estados e no Distrito Federal. Há, ainda, 19 estabelecimentos, em 12 estados, que oferecem a classe hospitalar nas Casas de Apoio – para crianças e jovens que estejam em tratamento oncológico ou de cardiopatias. A cidade de Salvador conta com classes hospitalares distribuídas nos hospitais: Martagão Gesteira, Couto Maia, Roberto Santos, Santa Izabel (Unidade de Hematologia Erik Loeff), Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce, Hospital Sarah de Reabilitação, Hospital João Batista Caribé, Hospital Eládio Lasserre, Hospital Otávio Mangabeira, Hospital Ana Nery (Unidade de Nefrologia), Hospital São Rafael, Casa de Apoio à Criança Cardiopata, Casa de Apoio à Criança e ao Adolescente com

²⁸ Disponível em <www.escolahospitalar.uerj.br> Acesso em: 13 nov. 2009.

Câncer (GACC) e no Centro Pediátrico Professor Hosanah de Oliveira, do Complexo HUPES (Hospital Universitário Professor Edgard Santos).

Estas classes hospitalares, em sua maioria, resultam de convênios firmados entre secretarias estaduais ou municipais de Educação ou da Saúde com hospitais. Ainda, podem operar, por meio de iniciativas de hospitais-escola de instituições públicas de ensino superior, cujos quadros de pessoal admitem funcionários técnico-administrativos de nível médio ou pedagogos para atuarem nas classes hospitalares, desse modo, por meio de seleção pública, são criados os quadros de professores hospitalares para a Rede Sarah de Hospitais²⁹. Ainda podem se dar, a partir da cooperação com professores de escolas de formação em Saúde dos estados, sob cujas parcerias hospitais do SUS e hospitais universitários implementam as atividades de classe hospitalar em suas enfermarias pediátricas.

Os professores que atuam nestas classes hospitalares, em geral, são selecionados do quadro de professores em serviço nas escolas da prefeitura ou do estado, desde que estes tenham interesse em trabalhar com crianças e adolescentes hospitalizados e/ou em tratamento em uma casa de apoio. O que acontece é que muitas vezes esses professores começam a atuar sem qualquer preparo para exercerem essa função.

Paula (2004), em sua tese de doutorado *Educação, Diversidade e Esperança: a práxis pedagógica no contexto da escola hospitalar*, assinala que a prática pedagógica de um professor de classe hospitalar exige formação acadêmica, mas também como já descrito anteriormente, habilidades específicas que envolvem diferentes aspectos no trabalho cotidiano como fazer uso da escuta pedagógica para atuar com os pacientes-alunos e com as famílias, conhecer a realidade do contexto da classe hospitalar (hospital ou casa de apoio) e as patologias que acometem os pacientes-alunos, habilidade para lidar com diferentes grupos de alunos, mães, acompanhantes e com as equipes multidisciplinares, capacidade de elaboração e estratégias didáticas para atender escolares provenientes de diversas regiões e com conteúdos escolares diversos, sensibilidade e abertura para com o outro, independente de sua condição física, econômica e social, respeito às diferenças de etnia, raça e religião, dentre vários outros aspectos que envolvem o fazer pedagógico em uma instituição total.

De acordo com a autora abordada, Barros (2007) enfatiza que esta exigência para com os professores das classes hospitalares não tem permitido a manutenção de um banco de reservas de professores, tendo em vista que a adaptação dos mesmos a esta nova realidade de

²⁹ A Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor é uma rede de hospitais públicos – Brasília (DF), São Luís (MA), Salvador (BA), Belo Horizonte (BH), Belém (PA), Macapá (AP), Fortaleza (CE) e Rio de Janeiro (RJ) – cujo modelo de gestão não é equivalente àquele do Sistema Único de Saúde.

trabalho, resulta em algumas desistências e, por conseguinte, substituições. Essas substituições são decorrentes nas classes hospitalares de Salvador-BA, que sofrem continuamente com a mudança de professores, com exceção do Hospital Sarah e do OSID.

Voltando à formação desses professores, segundo documentos do MEC, no que se refere a este aspecto, a Política de Educação Especial (BRASIL, 2001) propõe em suas diretrizes a necessidade do professor de classe hospitalar ser professor de Educação Especial.

Já no documento de 2002 há uma redefinição nesta formação, onde enfoca que o professor de classe hospitalar não precisa necessariamente ser um profissional de Educação Especial, e sim “[...] ter formação pedagógica preferencialmente em Educação Especial ou em cursos de Pedagogia ou licenciaturas”. (BRASIL, 2002, p. 22)

O documento supracitado ainda assinala, com relação aos recursos humanos, uma proposta de ampliação dos mesmos, com diretrizes que contemplam tanto o professor de classe hospitalar para atuação direta com os alunos, como a inserção do professor coordenador e de profissionais de apoio para auxiliarem este professor em suas funções.

Embora o MEC venha a enfatizar a importância da educação especial para professores de classes hospitalares, infelizmente esta não é a realidade que acontece, pois muitos professores que atuam nestes novos espaços (hospital e/ou casa de apoio) não possuem formação em Educação Especial. Normalmente, os professores são formados e/ou estão cursando Pedagogia ou outras licenciaturas e, com relação ao apoio pedagógico, poucos professores contam com esse tipo de serviço.

Apesar dessas dificuldades e sem a formação específica para o exercício docente nas classes hospitalares, o que se pode verificar é que não há dicotomia professor de classe comum e professor de educação especial. Alguns desses professores que não possuem formação específica têm conseguido superar os desafios e impasses que são colocados no contexto de uma classe hospitalar, criando estratégias próprias e mecanismos criativos de atuação para lidar com a diversidade dos pacientes-alunos.

Outros professores procuram mesclar a prática pedagógica conservadora com a prática emergente, e assim, em alguns momentos, o professor é o centralizador das atividades e em outros possibilita aos alunos serem agentes do processo de educação, porém, ainda há professores que não conseguem vencer os desafios impostos por uma classe hospitalar e acabam por reproduzir a prática pedagógica conservadora, tornando sua prática monótona, desinteressante e estressante para os pacientes-alunos. (PAULA, 2004)

Paula (2004) aborda que a falta de orientação adequada para esses professores, muitas vezes, acabam por evidenciar práticas pedagógicas homogeneizadoras e excludentes que não

atendem à diversidade que está presente em uma classe hospitalar, o que por sua vez, ao contrário de contribuir para que o paciente aluno supere as dificuldades encontradas nestes espaços, acabam por gerar mais sofrimento, ou seja, o sofrimento de uma hospitalização ou de estar hospedado em tratamento em uma casa de apoio e o sofrimento da exclusão na classe hospitalar. Desse modo, a formação desses professores para atuar neste novo espaço é uma questão que merece ser discutida.

A autora assinalada ainda acrescenta que a prática pedagógica de um professor se forma por meio de diversos saberes como: saberes disciplinares e curriculares, saberes de formação pedagógica, da experiência profissional, saberes da cultura e do mundo vivido na prática social; eles (saberes) vão se imprimindo nas marcas de suas identidades, em suas trajetórias profissionais, de maneira a assegurar a cientificidade e competência no seu trabalho, o que exige do professor ser um profissional reflexivo, pesquisador e que domine a complexidade de seu trabalho.

Torna-se necessário que o professor tenha um momento para receber orientações e discutir seus problemas, pois, várias vezes, se podem encontrar a falta de preocupação de órgãos públicos que implantam projetos educacionais e não fazem o acompanhamento deles o que gera a falta de material pedagógico e o desânimo de alguns professores que não têm com quem compartilhar suas dúvidas e conquistas, e nem um espaço para a formação contínua do seu trabalho, porém, mesmo diante desses impasses, muitos professores buscam vencer esses desafios e aprimorar seus conhecimentos.

Daniela Amaral e Maria Silva, no artigo *Formação e prática pedagógica em classes hospitalares: respeitando a cidadania de crianças e jovens enfermos*, constataram que do ponto de vista da formação acadêmica dos professores de classes hospitalares, predominou a formação universitária, com significativa presença de pós-graduandas. (AMARAL; SILVA, 2003 apud PAULA, 2004)

Fonseca (1999, p. 35) também constatou que 46% dos professores que trabalham na classe hospitalar possuem nível superior, o que leva a autora a considerar que “[...] as exigências da classe hospitalar impulsionam estes professores ao aperfeiçoamento”, o que pode demonstrar que muitos deles buscam aperfeiçoamento para possivelmente suprir as necessidades que não foram devidamente preenchidas na formação acadêmica.

Embora a crescente demanda de classes hospitalares, atualmente no Brasil, como foi assinalado anteriormente, ainda há uma significativa ausência de disciplinas e cursos que enfoquem a educação de crianças e adolescentes hospitalizados ou em tratamento nas casas de apoio nos cursos de Pedagogia e licenciaturas.

Pode-se até mesmo ser considerada recente esta iniciativa, pois, como destaca Paula (2004), foi na década de 90, que em nosso país, por iniciativa própria de alguns docentes, nos cursos de graduação em Pedagogia que surgiram as primeiras preocupações com a inserção desta temática na formação dos professores, porém elas acontecem de formas diferenciadas, por exemplo, Alessandra Barros, no curso de Pedagogia da Universidade Católica de Brasília em 2001, e atualmente na Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia, conseguiu implantar na grade curricular a disciplina que aborda especificamente esta temática.

Docentes que ministram outras disciplinas como: Distúrbios de aprendizagem, Psicologia da Educação, Educação Especial, têm se preocupado em apresentar esta temática, mas como este tema não é o foco destas disciplinas ele acaba sendo tratado de maneira secundária.

Há ainda a modalidade de docentes responsáveis por estágios de estudantes que, por meio de estágios curriculares e Projetos de Extensão em Universidades, levam estudantes de pedagogia aos hospitais e casas de apoio e de formas diferenciadas: existem estágios contínuos, cursos de extensão e estágios que ocorrem esporadicamente nos hospitais e casas de apoio, nos quais se discute a formação de professores para esta área. Ricardo Ceccim, desde 1998, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS-RS, já oferecia curso de extensão nesta área. Também Alessandra Barros, na Universidade Federal da Bahia já coordenou dois cursos de extensão nos anos de 2007 e 2008 de classe hospitalar para professores da educação básica, e ainda conta com uma página na internet com várias informações, referências bibliográficas, entre outros, sobre o tema, sendo ela, <www.cerelepe.faced.ufba.br>. Ercília de Paula, docente da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG-PR), realiza projetos de extensão com alunos de Pedagogia, no Hospital da Criança em Ponta Grossa. Estas são algumas amostras de projetos que estão sendo desenvolvidos nesta área.

No que se refere às pesquisas nas Universidades, algumas instituições, por meio do programa P.I.B.I.C./CNPq e outras agências de fomento à pesquisa, têm propiciado que estudantes de Pedagogia desenvolvam projetos sobre a classe hospitalar, como, por exemplo, a Faculdade Federal da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG-PR), Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Paraná e (PUC) de Campinas, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), entre outras.

Nos cursos de pós-graduação lato sensu, já estão começando a surgir os primeiros cursos de especialização que tratam especificamente sobre Pedagogia Hospitalar, como por exemplo, na Faculdade da Cidade em Salvador-BA, Faculdade Método de São Paulo-SP, Centro Universitário São Camilo em São Paulo-SP, Faculdade Internacional de Curitiba (FACINTER) em Curitiba-PR. Também surgem em outros cursos como Psicopedagogia ou Pedagogia Social, que abordam o tema de maneira secundária.

Nos cursos de pós-graduação stricto sensu, já existem várias dissertações e teses sobre o tema; muitos desses trabalhos podem ser encontrados e acessados para pesquisa no site de Alessandra Barros, descrito anteriormente. Vale destacar que ainda são poucos os programas de pós-graduação que contemplam em suas linhas de pesquisa a educação para crianças e adolescentes hospitalizados ou em tratamento de saúde.

Ainda há os congressos que são realizados sobre a temática, com o objetivo de discutir a prática pedagógica no ambiente da classe hospitalar e a preparação de professores para atuar nesse novo espaço. No Brasil, esses congressos já foram realizados nas seguintes cidades: Rio de Janeiro-RJ (2000), Goiás-GO (2002), Salvador-BA (2004), Porto Alegre (2005), Curitiba/PR (2007) e Niterói/RJ (2009). Alguns estados como Paraná, Bahia e Rio de Janeiro realizam encontros regionais, porém, necessita-se da realização de mais eventos, para que haja uma maior integração entre os professores de classes hospitalares e os professores das redes pública e privada que trabalham com crianças que sofrem frequentes internações, como é o caso de crianças e adolescentes com câncer. Há os congressos internacionais sobre Pedagogia Hospitalar; por exemplo, o 6º Congresso de Educação Hospitalar que aconteceu na cidade de Tampere na Finlândia, no ano de 2008, no período de 4 a 7 de junho.

Voltando à fala de Paula (2004), os cursos de formação, anteriormente assinalados, precisam ser criteriosos, pois se os professores não forem bem preparados, eles podem não vir a atender as necessidades dos alunos-pacientes e, desse modo, criar relações conflituosas com a equipe multidisciplinar.

Dentro desse contexto, a autora citada descreve a importância das ideias apresentadas pelo pesquisador inglês Peter Millter, que é um estudioso da área de educação das pessoas portadoras de deficiência, de renome internacional. Sua bandeira foi sempre a defesa das pessoas portadoras de deficiência e, mais recentemente, a defesa das crianças e jovens de grupos vulneráveis que são (foram ou serão) excluídos dos sistemas regulares de ensino, porque as escolas ainda não aprenderam a responder aos seus estilos de aprendizagem. (MILLTER, 1999 apud PAULA, 2004)

Este autor esteve no Brasil no ano de 2000 e apontou algumas perspectivas e caminhos para a busca de soluções de alguns de nossos problemas, porém com a necessária reflexão sobre nossas características e adequações, ou seja, ele apresenta a maneira como a educação na Inglaterra é estruturada, afirma que lá há leis que obrigam todo curso de formação de professores a incluir componentes que tratam da educação especial.

Porém, o autor discutiu a utilização do termo educação especial, por este evidenciar às pessoas a ideia de que os professores necessitavam ter uma educação especializada, ser um superprofissional para trabalhar com crianças e adolescentes em contextos diferenciados. Millter considera que esse aspecto acabava por segregar os sujeitos. Desse modo, a educação passou a formar professores para entender todas as escolas como lugares diversificados e responsáveis por todas as crianças e jovens.

Assim, os cursos de formação de professores passaram a incluir disciplinas teóricas como parte natural do programa com conteúdos sobre a diversidade, a individualidade, minorias étnicas, multiculturalismo, e ainda incluem deficiências como parte natural de todo o curso. Sobre essa realidade, Millter (1999, p. 15 apud PAULA, 2004, p. 37) assinala que

[...] nós cometemos um terrível erro nos últimos cem anos, com a melhor das intenções. Pensávamos estar trabalhando no interesse das crianças, criando uma aura mística sobre crianças com necessidades especiais, dizendo que cuidar delas requer habilidade especial. Não estou dizendo que ninguém deva ter treinamento especializado, mas que professor não especialista também pode fazê-lo. Contudo, em um país como o Brasil, com professores que precisam de treinamento e apoio, há formas de dar isso a eles. Eles devem agir politicamente. No país de Paulo Freire nem seria necessário lembrar isso. Os professores têm que agir politicamente, não só no sentido de pedir dinheiro e melhores condições de trabalho, mas também para pedir apoio para atender as crianças [e os adolescentes] que eles não haviam previamente atendido.

Essas referências de Millter estão de encontro com o ponto de vista de Fonseca (2003), quando coloca que há muitos anos a prática educacional bem demonstra que a Educação Especial não é um apêndice da Educação, que se preocupava somente com crianças e adolescentes que eram considerados elegíveis para o ensino regular, ela deve ser vista no seu sentido mais amplo, na medida em que ela conta com um instrumental que lhe permite perceber e compreender as peculiaridades e atender de maneira eficiente as necessidades e interesses daqueles que dela precisam. “Na realidade, se deixarmos um pouco de lado nosso orgulho, percebemos que temos necessidades educacionais se estamos na escola (não apenas quando alunos, mas mesmo como professores)”. (FONSECA, 2003, p. 15) Assim, temos

necessidades especiais se nunca antes vivenciamos uma determinada situação de vida, e assim por diante.

Concordando com Fonseca (2003) e Millter (1990 apud PAULA, 2004), destaca-se que é preciso banir a segregação de nossas escolas, e isso precisa começar com a conscientização de que todo e qualquer aluno no cotidiano da sala de aula (seja de uma escola formal ou de uma classe hospitalar), não somente aqueles alunos com necessidades educacionais permanentes, requerem atenção específica e mediação mais efetiva, mesmo que seja em uma ou outra situação, para que eles possam transpor limites e avançar em seus processos de desenvolvimento e aprendizagem.

Dessa forma, torna-se necessário pensar em mecanismos que integrem diferentes saberes, e considerar que a formação de professores, em nosso país, deve contemplar a diversidade de nossos alunos como as crianças e jovens que estão hospitalizados ou em tratamento de saúde, crianças de rua, indígenas, negras, entre outras que durante muito tempo foram consideradas minorias silenciadas pelas políticas educacionais.

Portanto, os estudos e pesquisas abordados neste item demonstraram os impasses que podem ser encontrados em uma classe hospitalar como: não é um lugar, a priori, estimulador da aprendizagem, a escassez de recursos das mais variadas ordens e a problemática na formação dos professores para atuar nesse novo espaço.

Também demonstraram a importância da prática pedagógica do professor de classe hospitalar junto ao desenvolvimento, à aprendizagem e ao resgate da saúde e melhor qualidade de vida dos pacientes-alunos, lembrando que para não se tornar reducionista nesta discussão, enfocou-se a importância desta prática para crianças e adolescentes independente de suas patologias, mães e acompanhantes; porém, o foco desta pesquisa são os adolescentes com câncer.

Nesse sentido, para se alcançar o objetivo proposto nesta pesquisa, busca-se compreender a importância da prática pedagógica do professor de classe hospitalar na ótica dos próprios adolescentes em tratamento do câncer, tomando como orientação teórico-metodológica a teoria das representações sociais, que será discutida no próximo capítulo.

5 UM OLHAR SOBRE A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As representações sociais são elaborações psicológicas e sociais, construídas pelos indivíduos e com os indivíduos e possuem uma dupla função: tornar familiar o que é estranho/ameaçador e perceptível o que é invisível. É o conhecimento habitualmente denominado de espontâneo, ingênuo, vulgar, do senso comum ou pensamento natural por oposição ao pensamento científico.

Serge Moscovici

O interesse desta pesquisa é o posicionamento dos adolescentes em tratamento do câncer por meio das suas representações sociais sobre a prática pedagógica do professor de classe hospitalar por sua importância na continuidade da vida escolar, construção da identidade, regate da saúde e melhor qualidade de vida.

Porém, diferentemente do que ocorre nas pesquisas sobre classe hospitalar, como se pôde perceber no capítulo anterior, esta temática é geralmente investigada a partir da ótica do adulto; desse modo, este estudo busca compreender a importância da prática pedagógica do professor de classe hospitalar pelo viés da experiência vivida pelos próprios adolescentes, tomando como orientação teórico-metodológica a teoria das representações sociais, proposta por Moscovici (1976, 2007).

As reflexões à respeito do conceito de representações sociais têm sido objeto de diversas disciplinas como a filosofia, a sociologia, a psicologia social, a história, a antropologia, entre outras, e esse conceito tem possibilitado o estudo de relações complexas entre sujeitos e sociedade, nas quais se recuperam e evidenciam articulações entre as dimensões cognitiva, afetiva e social.

No *Dicionário de filosofia*, escrito pelo filósofo italiano Nicola Abbagnano, encontra-se a palavra representação como um vocábulo de origem medieval e com a significação de “idéia ou imagem”. (ABBAGNANO, 2000, p. 853) Já no *Dicionário básico de filosofia*, escrito pelos filósofos brasileiros Hilton Japiassú e Danilo Marcondes, significa a “[...] operação pela qual a mente tem presente em si mesmo uma imagem mental, uma idéia ou um conceito correspondendo a um objeto externo”. (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1996, p. 235) E no *Dicionário da Língua Portuguesa Houaiss* representação significa: “idéia, conceito, entendimento, imagem, juízo, opinião”. (HOUAISS, 2005, p. 580)

É importante destacar que na filosofia, desde os pré-socráticos, já havia a ideia de representações, porém eles a consideravam uma categoria enganadora, por se tratar de uma opinião comum sobre o mundo. Os filósofos Platão, Aristóteles e Descartes mencionavam a representação a todo tempo, ora como uma forma de verdade, ora como conhecimento comum, ora como uma forma enganadora de viver a realidade.

Entretanto, Abbagnano (2000) assinala que o filósofo alemão Immanuel Kant (1724-1804) estabelece um significado generalíssimo para representações de maneira a considerá-la o gênero de todos os atos ou manifestações cognitivas, independente de sua natureza de quadro ou semelhança, ou seja, para ele as representações não eram nem verdade, nem falsidade, como mencionavam os filósofos abordados anteriormente, e sim, algo intermediário. Desse modo, Kant, no seu livro *Crítica da razão pura*, diz:

Não há dúvida de que todo o nosso conhecimento começa com a experiência; do contrário, por meio do que a faculdade do conhecimento deveria ser despertada para o exercício senão através de objetos que toquem nossos sentidos e em parte produzem por si próprias representações, em parte põe em movimento a atividade de nosso entendimento para compará-las, conectá-las ou separá-las [...]. Nenhum conhecimento em nós precede a experiência, e todo conhecimento começa com ela. (KANT, 1983, p. 23)

Nesse sentido, a fala do autor mencionado sugere que mesmo que todo o nosso conhecimento comece com a experiência, nem por isso todo ele (conhecimento) se organiza juntamente na experiência, assim sendo, o mundo sensível e perceptível também é composto de representações. Destaca-se que foi por este motivo que o termo representações passou a ser usado pela filosofia.

Porém, de acordo com a psicóloga Ângela Arruda, no artigo *Teoria das representações sociais e teorias de gênero*, o conceito de representações cruza as ciências humanas não sendo patrimônio de uma área em particular. (ARRUDA, 2002) Suas raízes estão na sociologia de Émile Durkheim (1858-1917), sociólogo e fundador da escola francesa de sociologia, que “[...] insistia no isomorfismo entre representações e instituições: categorias que servem à classificação das coisas; são solidárias as formas de agrupamento social; as relações entre classes o são face àquelas que organizam a sociedade”. (JODELET, 2001, p. 29)

Passa também pela escola dos *Annales*, que foi um movimento inovador que surgiu na França, no século XX, dando origem ao que conhecemos hoje de Nova História. Tudo começou com a criação da revista *Annales*, a qual tinha como público-alvo os grandes

estudiosos das Ciências Sociais, a exemplo dos historiadores, sociólogos, antropólogos, geógrafos, entre outros. Embora tenha surgido na França, o movimento dos *Annales* conseguiu, ao longo do século XX, expandir-se por todo o mundo adquirindo novos adeptos, os quais iriam contribuir para o crescimento dessa nova história sobre a influência das ciências sociais e não mais sobre a influência das ciências naturais, isto é, até o surgimento dos *Annales* a história tradicional regia-se pela metodologia positiva, inspirada nas ciências naturais. E, por fim, o conceito de representações se instala na História Cultural. Diversos conceitos surgem em uma área e ganham uma teoria em outra, ainda que possuam uma presença marcante na antropologia e na história cultural.

No campo historiográfico, a história cultural voltou-se para o conceito de Representação, principalmente a partir dos estudos de Roger Chartier, que é reconhecido internacionalmente como uma liderança expressiva na chamada Nova História, com importantes contribuições no terreno da História da Ciência e História Cultural. Atualmente, professor do Collège de France e professor visitante da Universidade da Filadélfia, nos EUA, atua também no Centre des Recherches Historiques, da França.

Chartier (1990), em sua obra *A história cultural entre práticas e representações*, afirma que a história cultural apresenta como objetivo principal identificar o modo como, em diferentes lugares e momentos, uma determinada realidade social é construída, pensada, dada a ler. Dessa forma, conceitua o vocábulo representação nesse enfoque e propõe a retomada desse conceito (representação) em um sentido mais particular e historicamente determinado.

O autor abordado pertence à geração de historiadores que rompeu, nos anos 80, com a tradição hegemônica francesa, constituída desde 1929 em torno da revista *Annales*. Mesmo assim, ele concorda com postulados básicos dos antecessores, como a multiplicação das fontes de pesquisa. Para ele, o trabalho com fontes primárias é fundamental. Por outro lado, sua trajetória se forjou sob o impacto da obra do filósofo francês Michel Foucault (1926-1984), que, segundo a historiadora brasileira Mary Del Priore (2001), no livro *Histórias do cotidiano*, recusa uma história global. Nasceu, assim, a Nova História Cultural, que se preocupa com a singularidade dos objetos. Para Chartier, o movimento representa o estudo não das continuidades, como para a primeira geração dos *Annales*, que analisava os fenômenos em sua longa duração, mas das diferenças e descontinuidades.

De acordo com Chartier (1990), as definições antigas de representação apresentam dois sentidos: por um lado, a representação como dando a ver uma coisa ausente, o que distingue o que representa do que é representado e, por outro lado, a representação como

exibição de uma presença. Um quadro ou um ator no palco tanto evoca e substitui a realidade que representa como também pode distorcê-la.

A teoria das representações sociais, segundo Robert Farr (1995), Professor de Psicologia Social na Escola de Política e Economia de Londres, é uma forma sociológica de Psicologia Social, originária da Europa, com a publicação feita pelo romeno e diretor de estudos na Escola de Estudos Avançados em Ciências Sociais na França, Serge Moscovici (1961), com uma segunda edição revisada no ano de 1976 de sua obra inaugural: *La Psychanalyse, son image et son public*, que trata do fenômeno da socialização da Psicanálise, da sua apropriação pela população parisiense e do processo de sua transformação para servir a outros usos e funções sociais. Com isso, Moscovici, partindo da tradição sociológica do conhecimento, começava a desenvolver uma psicossociologia do conhecimento.

No final da década de 50, Serge Moscovici apoiou o desenvolvimento de sua teoria nos fundadores das ciências sociais na França, especialmente em Durkheim o primeiro autor que trabalha, explicitamente, o conceito de representações sociais, usado no mesmo sentido que representações coletivas. Por isso a teoria de Moscovici foi classificada como uma forma sociológica da Psicologia Social. (FARR, 1995)

A vertente psicossociológica, da qual Moscovici participa, tem origem europeia, opondo-se à tradição norte-americana fundamentada, basicamente, nos processos psicológicos individuais. O trabalho deste autor difere, fortemente, das formas psicológicas de Psicologia Social, predominantemente presente nos Estados Unidos da América e, desde o início, constitui-se em uma importante crítica sobre a natureza da pesquisa em Psicologia Social na América do Norte.

Para o psicólogo Celso Pereira de Sá, no artigo *Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria*, Moscovici, ao propor o estudo das RS, volta-se para o campo sociológico, e não psicológico de Psicologia Social, pois, ao avançar no campo da Sociologia, entra no campo das representações coletivas, e no campo da Psicologia avançaria nos estudos das representações individuais, pois estas não dariam conta das relações informais, cotidianas da vida humana, em um nível mais social ou coletivo. (SÁ, 1993)

Para ilustrar o que foi abordado Guareschi, no texto *Representações sociais: comentários críticos*, assinala que Moscovici

[...] organiza os pressupostos básicos de sua teoria ao redor da complexidade do mundo social e, propositadamente, abandona o microscópio, pois não lhe interessam as células e os genes, mas os seres humanos no contexto amplo das relações sociais. (GUARESCHI, 2000 p. 40)

Observa-se que, para Moscovici, é mais oportuno, em um contexto moderno e em função da complexidade do mundo contemporâneo, investigar representações sociais do que representações coletivas, pois as representações coletivas que Durkheim descrevia era um objeto de estudo mais apropriado para um contexto social menos complexo, um contexto estático e tradicional, no qual as mudanças ocorrem lentamente e, segundo Moscovici, isso não se adapta às sociedades mais modernas, caracterizadas por seu pluralismo e pela rapidez com que as mudanças econômicas, políticas, filosóficas, religiosas e culturais ocorrem, ou seja, sociedades mais dinâmicas e fluidas.

Segundo ainda o autor abordado, o conceito de representações coletivas não era compatível com essa nova sociedade, pois não dava conta dos novos fenômenos detectados, pelos seguintes aspectos: em primeiro lugar, o conceito de Durkheim abrangia uma gama muito ampla e heterogênea de formas de conhecimento e, para Moscovici, as RS deveriam ser reduzidas a “[...] uma modalidade de conhecimento que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (SÁ, 1993, p. 23) no quadro da vida cotidiana.

Em segundo lugar, a concepção de Durkheim, como foi dito, era estática, o que não correspondia à plasticidade, mobilidade e circulação das representações contemporâneas emergentes. E finalmente, as representações coletivas eram vistas como dados, como entidades explicativas absolutas, irredutíveis por qualquer análise posterior, e não como fenômenos que deveriam ser explicados. À Psicologia Social, pelo contrário, segundo, Moscovici, caberia penetrar nas representações para descobrir a sua estrutura e os seus mecanismos internos. Nesse sentido, o conceito de representação para este autor, tem o caráter de fenômeno cognitivo, cujas bases buscam as relações entre sujeito individual e coletivo, a diversidade e a unidade, entre conhecimento, práticas e suas representações na sociedade. (MOSCOVICI, 1976)

No livro *Representações sociais: investigação em psicologia social*, Moscovici (2007) assinala que as representações sociais são consideradas formas de conhecimento, geradas na interação com o outro, por isso sua característica híbrida e mutável, nesse sentido, as formas e os conteúdos que permitem as relações intersubjetivas são históricos culturais, transformando-se conforme as necessidades individuais ou coletivas.

Dessa forma, as representações dizem respeito ao universo de construções, reelaborações dos indivíduos em relação a um determinado objeto de conhecimento, de acordo com a história de vida, as condições intelectuais e sua relação com o grupo social, nas palavras de Moscovici (2007, p. 181):

[...] por representações sociais queremos indicar um conjunto de conceitos, explicações e afirmações interindividuais. São equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; poder-se-ia dizer que são a versão contemporânea do senso comum.

Percebe-se que, para o autor citado, representação é uma forma de conhecimento sobre os saberes partilhados pelos grupos sociais que tanto estruturam os sujeitos quanto suas realidades sociais. O senso comum das elaborações mentais, decorrentes das interações dos grupos sociais, é fundamental para se entender a racionalidade das ações individuais e coletivas dos sujeitos.

As representações sociais, como modalidades de conhecimento prático, guiadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideológico vivido, ou como construções expressivas, são formas de conhecimento que se demonstram em elementos cognitivos, como imagens, conceitos, categorias e teorias.

Dessa forma, “[...] o que as sociedades pensam de seus modos de vida, os sentidos que conferem as suas instituições e as imagens que partilham, constituem uma parte essencial de sua realidade e não simplesmente um reflexo seu”. (MOSCOVICI, 2007, p. 173) Contudo, esses conjuntos de conceitos, afirmações e explicações, que são as representações sociais, devem ser considerados como verdadeiras teorias do senso comum, ciências coletivas, pelas quais se procede à interpretação e mesmo a construção das realidades sociais.

Importante ressaltar que Moscovici se apoiou em outros pensadores que, segundo ele, precisavam ser retomados. Em Lévy-Bhrul (1857-1939), filósofo e sociólogo francês valeu-se de sua contribuição na área da Antropologia; em Freud (na Psicanálise) buscou a chave para os processos inconscientes que determinam a produção de saberes sociais; em Piaget, embasou-se na Psicologia do desenvolvimento das estruturas cognitivas e, em Vygotsky (1896-1934), professor e pesquisador russo, contemporâneo de Piaget, procurou a gênese profundamente social da construção do saber, rompendo com as dicotomias que separam a ontogênese da sociogênese, de forma a resgatar o entendimento de que o saber social é simbólico e, enquanto tal, é de uma só vez produto da ação, da comunicação e da construção do sujeito. (JOVCHELOVITCH, 1998) Para esta autora, Sandra Jovchelovitch, gaúcha e pesquisadora sobre representações sociais, nos teóricos mencionados, são encontradas as fontes que orientam a teoria das RS e a forma como ela conceitua a produção dos saberes sociais.

Ao elaborar representações sociais, os indivíduos organizam imagens, histórias e linguagens coletadas de atos e situações que lhes são comuns. Ao vivenciar ou apenas ter conhecimento desses fatos da realidade e da natureza, eles procuram meios de reproduzi-los, porém as representações sociais não são meras reproduções da realidade. Elas vão mais além, resultam de uma lógica natural em que os elementos são interpretados e passam por uma reconstrução, sendo-lhes atribuído um significado específico, cujos aspectos podem ser cognitivos, emocionais e afetivos. Desse modo, a realidade é conhecida, remodelada e representada, fazendo parte das relações cognitivas do grupo. Moscovici (2007, p. 25) discorre sobre as representações sociais e afirma que:

Toda representação é composta de figuras e de expressões socializadas. Conjuntamente, uma representação social é a organização de imagens e linguagem, porque ela realça e simboliza atos e situações que nos são e que nos tornam comuns. Encarada de modo passivo, ela é compreendida a título de reflexo, na consciência individual ou coletiva, de um projeto, de um feixe de idéias que lhe são exteriores. A analogia com uma fotografia captada e alojada no cérebro é fascinante; a delicadeza de uma representação é, por conseguinte, comparada ao grau de definição e nitidez ótica de uma imagem. É nesse sentido que nos referimos, freqüentemente, à representação (imagem) do espaço, da cidade, da mulher, da criança, da ciência, do cientista, e assim por diante.

A analogia das representações sociais como uma fotografia alojada no cérebro é realmente interessante, porque dá a dimensão do significado das representações sociais para os grupos nas suas relações. Através delas, obtém-se uma imagem da realidade, com seus elementos, fatos e pessoas, todos identificados e classificados, cujo registro está na memória de todo o grupo. É a partir da figura destes dados que os grupos têm um conhecimento elaborado, de forma coletiva, que eles vão dar um sentido e interpretar a realidade, para, na sequência, agir sobre ela em coerência com o que veem, conhecem e interpretam.

Para Moscovici, o que desencadeia o processo formador das representações sociais, seu propósito, é o de transformar algo não familiar em familiar, ou a não familiaridade em familiar. O processo de formação das representações sociais tem como princípio a familiarização do que é desconhecido pelo grupo. Fatos, pessoas ou leis jurídicas, por exemplo, não familiares, que se inserem no cotidiano do grupo, interferindo de algum modo nas relações, precisam se tornar familiares. Com este objetivo, serão codificados, analisados e assimilados aos dados anteriormente conhecidos, para serem, finalmente, compreendidos, tornando-se familiar ao grupo. Essa familiaridade estará permeada pelos elementos dados pelo

grupo, será peculiar e não necessariamente semelhante à forma original desses fatos não-familiares ou como estes são percebidos em outros grupos. (MOSCOVICI, 2007)

O autor supracitado ainda diz que o desconhecido atrai, mas, ao mesmo tempo, perturba tanto as pessoas quanto o seu grupo, fato que mexe com as referências habituais de compreensão da realidade, tornando mais premente a necessidade de transformar o não-familiar em familiar. Para o autor, entender o mundo não é somente necessário, mas: as representações sociais tomam forma e são comunicadas para fazer o mundo cotidiano mais excitante. Mais excitante porque é mais rápido em suas variações, um mundo novo, na medida em que está sempre em transformação, precisando ser constantemente observado, interpretado e reproduzido para que seja nítido o seu lugar nele.

Dessa forma, a psicóloga social Maria Alice Leme, indica que RS é tornar familiar o não familiar em uma dinâmica onde objetos e eventos são reconhecidos, compreendidos com base em encontros anteriores, em modelos. No caso, a memória predomina sobre a lógica, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo, perturbador do universo exterior para o interior, “[...] coloca-o em uma categoria e contexto conhecidos. Nesse universo consensual o veredicto precede o julgamento”. (LEME, 1993, p. 48)

Afirmar que no universo consensual o veredicto precede o julgamento, significa dizer que quando se dá o processo de construção das representações sociais, os indivíduos são parciais na escolha de histórias, mitos ou fatos para identificar e se familiarizar com o novo. Não se trata de uma decisão neutra.

A atitude com o novo é para defini-lo como bom ou ruim, normal ou desviante, isto é, as classificações vão sempre ter uma conotação positiva ou negativa e uma posição numa ordem hierárquica. Assim, além de serem classificados de modo positivo ou não, os fatos novos serão comparados e classificados como melhores ou piores àqueles anteriormente conhecidos, revelando, mais uma vez, o caráter relacional do processo de construção das representações sociais.

Ocorre, ainda, que quando o novo é observado para ser transformado em familiar, isso se dá sem que haja a intenção de abandonar totalmente o familiar, mas assimilá-lo, reconstruí-lo dialeticamente porque a questão que se coloca para a teoria é que as representações não só familiarizam o desconhecido, mas (por vezes, ao fazê-lo) também permitem o estranhamento do familiar. (ARRUDA, 2002)

Moscovici (1976) afirma que a representação social, modalidade de conhecimento particular e consensual, utiliza-se de dois meios para exercer sua função de familiarizar o

grupo com o desconhecido: a objetivação e a ancoragem. Para Moscovici (1976, p. 110), a objetivação

[...] faz com que se torne real um esquema conceptual, com que se dê a uma imagem uma contrapartida material, resultado que tem, em primeiro lugar, flexibilidade cognitiva: o estoque de indícios e de significantes que uma pessoa recebe, emite e movimenta no ciclo das infracomunicações pode tornar-se superabundante. [...] objetivar é reabsorver um excesso de significações materializando-as (e adotando assim certa distância a seu respeito). É também transplantar para o nível de observação o que era apenas inferência ou símbolo.

Vê-se que a objetivação é o processo de transformar algo que está no nível abstrato, desconhecido para um outro mais tangível, isto é, torná-lo mais concreto e objetivo, na medida em que há uma aproximação para observá-lo. Porém, nesse movimento, são feitas relações e hierarquizações com aquilo que é já conhecido, é feita a observação e, ao mesmo tempo, lhe imprime algum significado.

Para Moscovici (1976), as duas operações essenciais da objetivação são naturalizar e classificar. No ato de naturalizar, o símbolo se torna real e, com a classificação, é dado à realidade um ar simbólico. Com a objetivação, há um enriquecimento da gama de elementos atribuídos às pessoas e separam-se alguns desses elementos seus atributos para poder guardá-los, num quadro geral, de acordo com o sistema de referência que a sociedade institui. Com o processo de objetivação o grupo social adquire novos dados para o seu conjunto de ideias e informações sobre a realidade. Todos os dados, novos e antigos, são assimilados numa teoria consensual para auxiliar na explicação das relações dos indivíduos dentro e fora do grupo.

Naturalização e classificação são realizadas, na objetivação, e seu resultado é inserido em um quadro mais amplo com outras objetivações e representações sociais, completando um universo representacional, para ser acionado quando for preciso. Todo esse processo faz parte da lógica consensual de interpretação da realidade social do grupo.

Outro processo formativo da representação social é a ancoragem, que é a vinculação social da representação, tanto em relação aos valores cognitivos de sentido e saber com que deve ser coerente no grupo social a que vê surgir, quanto pela atribuição de um valor funcional a seu conteúdo específico.

A ancoragem vai dar àquilo que é estranho ao grupo, uma ligação à representação social já existente. Vai ligá-lo aos dados já conhecidos, fazendo uma correlação, buscando semelhanças e efetuando uma classificação hierarquizada. Todavia, deve-se levar em consideração que esse processo não é neutro; assim, essa ligação não se dá aleatoriamente,

mas com dados conhecidos e repletos de símbolos e histórias que posicionarão o novo elemento em um lugar positivo ou negativo, de acordo com o conjunto de fatos que o grupo já conhece.

A historiadora brasileira Laura Mello e Souza (1986), citada por Arruda (1999), apresenta uma situação de ancoragem que serve de exemplo para o entendimento do processo coletivo de construção da representação social. A autora discorre sobre a forma como escritores, poetas e viajantes descreveram a Índia e seus habitantes para o velho mundo, a Europa. Para se referir ao que lhes era novo, eles precisavam de dados já conhecidos e realizavam uma correlação entre eles, facilitando o entendimento, no sentido de eliminar o que era desconhecido. Assim, os modelos usados por Colombo e os cronistas das viagens àquele país vinham de esquemas literários escritos pelos poetas gregos e romanos para exaltar a idade feliz. Nas palavras de Souza (1986 apud ARRUDA, 2002, p. 22), os portugueses, por exemplo, procuravam

[...] no acervo imaginário, os elementos de identificação da nova terra associar a fertilidade, a vegetação luxuriante, a amenidade do clima às descrições tradicionais do paraíso terrestre tornava mais próxima e familiar para os europeus a terra tão distante e desconhecida.

Na ancoragem, o segundo processo formativo da representação social, há a construção de uma rede de significados quando os indivíduos do grupo associam o que já conhecem ao que é desconhecido. Significados conhecidos são acionados na busca do entendimento e descrição do novo, nesse processo ele vai se tornando mais familiar, para ser inserido, vestido com uma “roupagem” que lhe dá sentido.

Moscovici (2007) aponta mais uma característica desse conhecimento conformado: a constante repetição das representações sociais pelos membros do grupo. Para ele, esse recurso não só tem uma função de economia, pois cada ideia já não precisa ser demonstrada de novo, mas também uma função de organização do julgamento. Os indivíduos fazem da repetição uma forma de se lembrarem em que posição se encontram nas relações sociais em que estão inseridos. Quando falam, repetidamente, estão repassando seu discurso, reafirmando suas ideias e, ao mesmo tempo, desenvolvendo-as.

Percebe-se que os dois processos, objetivação e ancoragem, integram-se um ao outro, não podendo nenhum deles ser analisado de forma independente, ou seja, a ancoragem está, dialeticamente, articulada à objetivação. O resultado da integração desses dois processos (objetivação e ancoragem) constitui-se em um ingrediente básico no processo que gera as

representações sociais, possibilitando uma compreensão maior sobre os fenômenos que ocorrem no mundo social.

Cabe aqui destacar que as representações sociais, a partir dos anos 60³⁰, são aprofundadas pela psicóloga social francesa, Simone Jodelet, conhecida como a principal colaboradora de Moscovici, que, diante de seus estudos teórico-metodológicos sobre a Teoria das Representações Sociais, afirma que uma representação social possui cinco características, a saber:

- 1) é sempre a representação de um objeto;
- 2) tem um caráter de imagem e a propriedade de poder intercambiar o sensível e a ideia, a percepção e o conceito;
- 3) tem um caráter simbólico e significante;
- 4) tem um caráter de construção e reconstrução;
- 5) tem um caráter autônomo e criativo. (JODELET, 2001)

Em síntese, ao se pensar nas representações sociais como um processo de apropriação do objeto provindo de um fenômeno social, pensa-se também que esse objeto deve ser um elemento do campo relacional de um grupo. Implica dizer que não existe representação sem existir a relação entre sujeito e objeto. Toda a representação possui uma imagem e um significado e, portanto, é simbólica, construtora e reconstrutora, autônoma e criativa.

A autora mencionada ainda acrescenta que essas características assinalam que a representação social é uma forma de conhecimento que modela o objeto, utilizando-se de vários recursos, como: os linguísticos, a comunicação, as ações e os materiais.

Destaca também que as representações sociais são “[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 20), e faz uma advertência sobre a maneira de estudarmos as representações, onde expressa a importância de se articular elementos afetivos, mentais e sociais integrados.

Observa-se que, para Jodelet, as representações sociais são fenômenos sempre ativos e em construção e reconstrução na vida social, elas surgem, assim, como a capacidade de dar às coisas uma nova forma por meio da atividade psíquica, sendo que esta envolve uma mediação entre o sujeito e o objeto-mundo. Como o sujeito se insere em uma comunidade concreta e simbólica, este não está condenado a simplesmente reproduzir a realidade.

³⁰ Como já foi destacado anteriormente, a obra inaugural de Moscovici (1961) foi *La Psychanalyse, son image et son public*.

Além disso, essa forma de conhecimento adquirido por meio dos processos sociais não é somente um produto de características inerentes à mente humana; também não é um simples reflexo de influência do meio ambiente. O conhecimento apresenta-se como uma construção, onde interage o sujeito psíquico e o mundo exterior. Nesse sentido, a experiência surge como componente principal e desafiador de quem pesquisa, de quem pretende perceber, identificar ou localizar como as representações sociais são instituídas e instituidoras de um dado grupo social.

Quanto aos campos de estudo das representações sociais, Jodelet (2001) destaca três perguntas básicas que delineiam este campo:

- 1) Quem sabe e de onde sabe?
- 2) O que e como se sabe?
- 3) Sobre o que se sabe e com que efeito?

Estas questões sinalizam pistas não somente para a caracterização do grupo social, alvo de estudo, como também para a forma como esse grupo lida com os conhecimentos partilhados, os organiza e os materializa para servir de referências em suas práticas.

Essas perguntas correspondem, respectivamente, às seguintes dimensões de estudo:

- a) produção e circulação das representações sociais;
- b) processo e estado das representações sociais;
- c) o estatuto epistemológico das representações sociais. (SÁ, 1998)

Quanto à primeira dimensão, as condições de produção e circulação das representações sociais possuem seus referenciais na cultura, linguagem, comunicação e sociedade. Esta dimensão trata da investigação da relação entre o contexto sociocultural e o aparecimento e a propagação das representações sociais.

Já a segunda dimensão trata da investigação do que é pensado sobre determinado objeto, foco das representações sociais como: discurso, registros, práticas; para posteriormente, deduzir seu conteúdo, sua estrutura e a análise dos processos formadores das representações sociais, bem como sua lógica e sua possível transformação.

Finalmente, a terceira dimensão trata do estudo das relações entre as representações sociais e a ciência, ou seja, entre o pensamento natural, aquele produzido no cotidiano, e o pensamento científico.

Essas três dimensões do campo das representações sociais se articulam e, portanto, a pesquisa desenvolvida nessa área deve mantê-la dentro do possível.

Após essa discussão a respeito das representações sociais, é possível considerar que elas emergem de um triplo cenário, cujos elementos estão interligados. O primeiro cenário é o do imaginário individual, no qual surgem as representações individuais; o segundo o do imaginário coletivo, no qual aparecem as representações sociais construídas pelo grupo, pode-se dizer que é este cenário que integra os mitos, os preconceitos, os estereótipos, os lugares comuns, as religiões, as ideologias, etc. E o terceiro cenário trata da realidade social como atuação; é nele que tomam forma as representações que têm por objeto as ações sociais.

A teoria das representações sociais tem um conjunto coeso de elementos; neste caso, funções, sistematicamente organizadas para seu uso como instrumento de análise. Segundo Jodelet (2001), as representações sociais têm três funções básicas: função cognitiva de interação, função de interpretação da realidade e função de orientação das condutas e das relações sociais.

Essas três funções articuladas (e caracterizadas como representações sociais que são) permitem aos indivíduos, integrantes de grupos sociais específicos, terem um entendimento com a realidade que os cerca e com a qual, de algum modo, convivem ou se relacionam. Com base nelas podem interpretar a realidade a partir do seu conhecimento, por permitir que eles a relacionem com fatos e situações que já avaliam, sendo capazes de conformar novas percepções e formas de agir quando depararem com novas situações e relações sociais.

As representações sociais são elaboradas nas esferas próximas da vida social, ou seja, não se constroem representações sociais sobre o que não se relaciona ou do que pouco se tem conhecimento. Por outro lado, quando se oferece uma questão que, de algum modo, faz parte do cotidiano, é possível receber dos informantes alguns dados que vão além de meras opiniões, mas que fazem parte de um conhecimento consensual. Dados que foram organizados dentro do grupo, com base em suas relações sociais e em sua história, vêm a se configurar em uma representação social. Vê-se, desse modo, que representações sociais diferem de meras opiniões ou da opinião pública.

Para ilustrar o que foi dito, busca-se ajuda em Guarechi (2000) quando ele explica que o termo opinião pública recebe seu significado a partir de uma situação multindividual, em que os indivíduos se expressam, ou são chamados a se expressar, a favor ou contra (apoiando ou opondo-se) alguma condição específica, alguma pessoa ou proposta de importância geral, em tal proporção de número, intensidade e constância, que isso dê origem à probabilidade de afetar, direta ou indiretamente, a ação em direção ao objeto referido, porém, as representações

sociais, ao contrário da opinião pública, têm a ver com as dimensões de construção e de mudança, ausentes do conceito de opinião pública. Por meio da teoria das representações sociais dá-se mais importância aos elementos do senso comum, isto é, à modalidade de conhecimentos práticos, partindo do princípio que esse conjunto de noções deve ser observado de modo cuidadoso, com o objetivo de captar todas as suas partes e a lógica natural que as engendram e lhes dão significado.

É possível perceber a percepção, observação, formação e constatação de ideias e conceitos. Os teóricos da representação social entendem essa lógica natural como um conhecimento válido, construído pelo saber leigo, mas, nem por isso, menos importante ou portador de menos significados que o saber reificado.

Entretanto, de acordo com essa linha de pensamento, a diferença entre esses dois saberes deve estar evidente, eles não podem ser confundidos. Isto é, para ser utilizado como um foco de análise desta teoria, somente o conhecimento construído pelo senso comum tem relevância. Assim, quando do seu emprego, devem ser coletadas e analisadas as afirmações vinculadas ao senso comum do grupo estudado.

Como exemplo, pode-se afirmar que a teoria das representações sociais não é o instrumento teórico apto para se averiguar qual é a percepção que os urbanistas têm da organização de um espaço urbano específico, pois o conhecimento que possuem deste fato é preponderantemente teórico³¹. A diferença entre o saber reificado e o consensual fica evidente a partir das reflexões de Sá (1993, p. 28), para quem nos universos reificados,

[...] é que se produzem e circulam as ciências e o pensamento erudito em geral, com a objetividade, seu rigor lógico e metodológico, sua teorização abstrata, sua compartimentalização em especialidades e sua estratificação hierárquica.

Para melhor ilustrar esses dois universos, tem-se a seguir um quadro baseado nos estudos de Arruda (2002):

³¹ Embora temas científicos não possam ser considerados representações sociais, os cientistas, ao elaborar uma teoria, podem, sem o perceber, usar concepções retiradas do universo consensual. Porém, esse traço não é o fator preponderante dessa lógica reificada, além de estar absolutamente subordinada a ela, atentando, inclusive para que esse traço consensual não interfira no resultado a ser obtido pela lógica reificada. (GUARECHI, 2000)

Universo Consensual	Universo Reificado
Nós	Eles
Sociedade: grupo de iguais, todos podem falar com a mesma competência.	Sociedade: sistema de papéis e classes diferentes. O direito à palavra pertence aos experts, portanto é desigual.
Sociedade de “amadores”, curiosos: conversação, cumplicidade, impressão de igualdade, de opção e afiliação aos grupos. O conhecimento parece exigir exigência de comunicação para alimentar e consolidar o grupo. Resistência à intrusão	Sociedade de especialistas: a especialidade define o grau de participação, a propriedade do discurso e o comportamento. Unidade do grupo por prescrições globais, não por entendimentos recíprocos. Divisão por áreas de competência
Representações Sociais: Senso comum, consciência coletiva; acessível a todos; variável.	Ciência: retratar a realidade independente de nossa consciência; estilo e estrutura frios e abstratos.

Quadro 1 – Universo consensual e Universo reificado.

Na teoria das representações sociais o entendimento do senso comum é de extrema importância, porque é na utilização do senso comum que os grupos sociais vão construir uma definição da realidade e de sua situação. A partir dele vão agir e atribuir significado a essa ação, de modo coerente com a sua história e com o conjunto de conhecimentos que possui. As representações sociais dos grupos compõem o olhar que eles lançam sobre a sua vida cotidiana e, como foi apontado por Moscovici (2007), influencia sua ação. Percebe-se, desse modo, a relação entre o subjetivo (olhar do sujeito) e o objetivo (a realidade). Nela, a realidade ganha *nuances* de subjetividade, pois é relacionada pelos indivíduos à símbolos, particularidades, no esforço para alcançar o seu entendimento.

A importância de apreender o conhecimento do senso comum – as representações sociais – serve como um guia para as práticas cotidianas e como construtora de novas realidades sociais, sobretudo desencadeadora de transformações. Portanto, ao conhecer os processos pelos quais os adolescentes desta pesquisa objetivam e ancoram os novos conhecimentos advindos da experiência na classe hospitalar e da prática pedagógica do professor neste novo espaço, compreende-se seu modo de atuação e comunicação neste novo contexto (objetivação) e quais os sentidos atribuídos a esses novos elementos (ancoragem).

Para tornar os dois conceitos (objetivação e ancoragem) mais compreensíveis, na análise dos dados desta pesquisa, as categorias descritivas ilustram a objetivação do conhecimento do adolescente acerca do objeto de estudo – a prática pedagógica do professor de classe hospitalar, às quais foram elaboradas a partir da sua fala. As categorias interpretativas revelam como essas representações estão ancoradas. Por exemplo, a fala de um dos sujeitos da pesquisa – *Toda vez a professora daqui (se refere à professora do GACC) me pergunta como eu estou de saúde, o que eu estou fazendo. Pergunta como eu estou me*

sentindo no momento, como está a família, pergunta pelos meus pais, pergunta como estou na escola, pergunta até sobre a igreja, o que está tendo lá – ilustra a objetivação. A ideia subjacente de que este professor é diferente do professor de uma escola regular (portanto um professor não convencional), porque ele sabe escutar, dialogar, e com essa atitude faz com que a saúde do aluno-paciente melhore, ilustra a ancoragem.

Nesse sentido, o estudo das representações sociais de adolescentes com câncer acerca da prática pedagógica do professor de classe hospitalar poderá trazer importantes informações sobre como eles se apropriam e se relacionam com a realidade de uma classe hospitalar e da prática do professor neste espaço. Essas representações podem vir a proporcionar subsídios para que a comunidade de educadores voltada para o trabalho com adolescentes hospitalizados e/ou em tratamento de câncer possa rever sua prática e ampliar a compreensão de sua importância para a formação e melhor qualidade de vida deles. Podem vir a contribuir para a ampliação desta discussão com a equipe de saúde de hospitais e casas de apoio que dispõem ou não desta modalidade de atendimento, de maneira que, possivelmente, novas classes hospitalares possam ser criadas, e as instituições de saúde que já dispõem dela possam melhor entendê-la e valorizá-la. Também podem possibilitar um repensar dos cursos de Pedagogia, de maneira a preparar um profissional capaz de atuar com práticas pedagógicas em contextos diversificados. Podem trazer uma importante contribuição para a elaboração de futuras políticas públicas que assegurem o direito à educação e à saúde nas mais diversas circunstâncias. Pode trazer dados importantes para a comunidade de pesquisadores interessada nos estudos sobre a percepção que o adolescente faz da prática pedagógica do professor. E, principalmente, ampliar a discussão sobre essa modalidade de ensino.

O professor da Université de Provence na França, Michel Gilly (2001), no artigo *As representações sociais no campo da educação*, afirma que pesquisas em educação que trazem as Representações Sociais em seu corpo teórico podem orientar a atenção para o papel de conjuntos organizados de significações sociais no processo educativo, além de oferecerem outros caminhos para a explicação da ação de fatores sociais sobre o processo educativo e influências nos seus resultados. O autor destaca três grandes campos de estudos na educação nos quais as Representações Sociais podem contribuir para o seu entendimento e desenvolvimento, são eles: a) Discursos sobre a instituição: tal campo trata da representação social que professores, alunos, comunidade em torno, diretores, enfim todos aqueles que mantêm algum tipo de relação com a instituição escolar têm sobre ela. b) Relações pedagógicas: aqui as relações que se estabelecem dentro da escola, com destaque para aquela que tem o aluno como um dos elementos dessa relação, são entendidas como um sistema

social interativo, devendo, portanto, serem compreendidas como fazendo parte de um ambiente social mais amplo. c) Significação das situações escolares e construção dos saberes: nesse campo, o foco são as significações atribuídas às situações, atividades e tarefas desenvolvidas na e pela escola.

Entende-se, assim, que a Teoria das Representações Sociais na área da Educação representa um avanço, pois contribui para o aprofundamento de discussões que permeiam tal área, procurando desvelar as ações educativas e escolares atribuindo-lhes um significado social mais consistente. Observa-se que o campo de pesquisas inaugurado por Moscovici proliferou em diversas áreas, além da psicologia. No entanto, aqui, nos deteremos na apresentação de algumas pesquisas desenvolvidas na Educação, em especial, as representações sociais de adolescentes sobre a prática pedagógica do professor, foco de interesse deste estudo. Porém, cabe ressaltar que foi encontrado somente um artigo³² sobre a representação social que adolescentes em tratamento do câncer fazem sobre a prática pedagógica do professor de classe hospitalar, o que bem demonstra a escassez de estudo sobre o tema. Tem-se como hipótese que isso aconteça devido à burocracia e às exigências solicitadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos para a realização de estudos com crianças e adolescentes em situação de risco³³, como os sujeitos deste estudo.

Também, como já foi citado anteriormente, pela classe hospitalar ser uma modalidade emergente e que precisa de mais pesquisas. Desse modo, para estabelecer o referencial teórico desta pesquisa, pretende-se buscar em referências que estudaram adolescentes que não estão em tratamento de câncer que representações eles fazem da prática pedagógica do professor, porém, aqui se encontra mais um impasse, ou seja, a literatura nacional ainda é escassa sobre esse tema também. (BURATTO; DANTAS; SOUZA, 1998; LA TAILLE, 2006; ZAGURY, 2004)

Mesmo diante dessas dificuldades, no próximo capítulo destacam-se pesquisas realizadas que trazem o simbolismo da escola e da prática pedagógica do professor na adolescência.

³² Será mais bem discutido no próximo capítulo.

³³ Segundo o Unicef, são pessoas com menos de 18 anos que vivem em situações como: escravidão ou trabalho infantil; guerra e outras formas de violência; abuso e exploração sexual; doença grave, deficiência física ou mental; abandono, perda da família ou do lar primário. Disponível em <www.viva.org > Acesso em: 3 dez. 2009.

6 O SIMBOLISMO DA ESCOLA E DA PRÁTICA PEDAGÓGICA DO PROFESSOR NA ADOLESCÊNCIA

Mesmo com todos os defeitos, a instituição escola é ainda um lugar em que as novas gerações convivem com o respeito e a orientação, é ainda um lugar em que o saber é valorizado e no qual, apesar de seus erros e problemas, o ser humano se socializa, aprende a conviver, torna-se um cidadão.

Tânia Zagury

Como ficou assinalado anteriormente, foi encontrado somente um artigo sobre a representação social que adolescentes em tratamento do câncer fazem sobre a prática pedagógica do professor de classe hospitalar, o que bem demonstra a escassez de pesquisas sobre esse assunto. Assim, para estabelecer o referencial teórico deste estudo, buscou-se também referências que estudaram adolescentes que não estão em tratamento de câncer sobre as representações que eles fazem da prática pedagógica do professor, onde deparamos com mais um impasse, ou seja, a literatura nacional sobre esse tema também é escassa. (BURATTO; DANTAS; SOUZA, 1998; LA TAILLE, 2006; ZAGURY, 2004)

Entretanto, mesmo diante dessas dificuldades, neste capítulo, destacam-se pesquisas realizadas que trazem o simbolismo da escola e da prática pedagógica do professor na adolescência. Cabe destacar ao leitor que como não foram encontradas muitas pesquisas sobre o tema, optou-se em também trazer estudos sobre o simbolismo da escola, pois estes serão representativos para este trabalho.

Na sequência, primeiramente será relatada a pesquisa que traz a representação social que adolescentes com câncer fazem sobre a prática pedagógica do professor de classe hospitalar. Posteriormente serão relatadas algumas pesquisas, enfocando as representações sociais que crianças³⁴ e adolescentes fazem sobre a escola e sobre a prática pedagógica do professor, e logo após serão apresentadas em uma perspectiva distinta adotada por esta investigação, alguns estudos que não se apoiam na Teoria das Representações Sociais, no entanto estes se mostraram pertinentes para esta pesquisa, por demonstrarem a simbologia da escola e da prática pedagógica do professor na adolescência.

³⁴ Como não foram encontradas muitas pesquisas sobre o tema proposto, optou-se por também trazer pesquisas que foram realizadas com crianças sobre esse assunto.

6.1 PESQUISAS QUE APRESENTAM COMO ORIENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Primeiramente, neste item será relatada a pesquisa realizada por Sandra Maia Faria Vasconcelos no artigo intitulado *Intervenção escolar em hospitais para crianças internadas: a formação alternativa e re-socializadora*, onde a autora teve como objetivo verificar se a presença de atividades escolares, no leito de um hospital, pode contribuir para a reconstrução da identidade social de crianças e adolescentes.

Este trabalho ocorreu em um hospital infantil de Fortaleza-CE, da rede pública estadual, que era referência em tratamento de câncer infanto-juvenil. (VASCONCELOS, 2006) A metodologia utilizada foi a observação participante e a análise do discurso, incluindo quatro grupos envolvidos no processo: os profissionais da saúde, os professores de classe hospitalar, os alunos-pacientes e os acompanhantes; a autora não especificou o número de sujeitos entrevistados e nem suas idades.

Os relatos dos profissionais da saúde e dos acompanhantes demonstram que suas representações acerca da classe hospitalar ancoram no aspecto de que esta é um recurso de ocupação para os pacientes-alunos. Já para os professores de classe hospitalar, a escolarização é um recurso para a recuperação da autoestima deles.

As representações supracitadas levaram a autora a analisar junto aos adolescentes como eles representam a intervenção escolar no hospital. Nesse sentido, os adolescentes, expressaram que não percebem a classe hospitalar como escolarização, mas aceitam e até mesmo solicitam a presença do professor junto a eles. Esse fato, segundo Vasconcelos (2006), apareceu como um paradoxo no início, porém a autora pôde verificar que, ao escutar esses adolescentes, o que pareceu ser uma contradição era lógico para eles, ou seja, os adolescentes com câncer demonstraram um forte desejo de falar sobre a situação que estão vivenciando e sobre sua própria história. Desse modo, a prática do professor de classe hospitalar era solicitada por eles como uma forma de ter alguém junto deles, exterior ao serviço médico e familiar e que lhes garantissem a manutenção de sua identidade escolar, que foi tida como principal identidade social.

A autora Luciana Rios da Silva (2009), mestre em educação pelo Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), fala de uma pesquisa em que investigou as representações sociais de adolescentes sobre os afetos na relação professor-aluno e suas implicações no processo ensino-aprendizagem.

O local da pesquisa foi uma escola do município de Feira de Santana-BA. Foi um estudo de abordagem qualitativa e constituiu-se em um estudo de caso, tendo como sujeitos 12 adolescentes de ambos os sexos, mas a autora não especificou as idades dos sujeitos. Como instrumento de coleta de dados foram utilizados a observação, a entrevista e o desenho. Após a coleta, todo o material foi analisado à luz da análise do discurso, tendo como resultado as representações sociais dos adolescentes sobre os afetos, que se ancorou em cinco categorias: **(des)prazer, (des)enlace, desejo de aprender, (in)validar o aprender, professor (in)completo.**

A autora mencionada explica que os parênteses expressam a negação e a afirmação da interpretação, demonstrando o campo da ambivalência, de prazer e desprazer, como pode ser visto nas descrições que se segue.

Categoria 1: (Des)enlace

Essa representação diz respeito à relação ambivalente entre professor-aluno, na medida em que ambos convivem com enlaces e desenlaces, com o prazer e o desprazer no contexto da sala de aula e as implicações disso para o processo ensino-aprendizagem. As falas dos sujeitos destacam, nesta categoria, a relação parental que o aluno busca estabelecer com o professor, onde até mesmo expressam que o tratamento do professor com o aluno deve ser igual ao tratamento da mãe, trazendo à tona seu imaginário social sobre o papel do professor que se distancia da imagem do docente como um profissional comprometido, pertencente a uma categoria profissional.

Outras falas também ilustram a importância da relação professor-aluno para o processo ensino-aprendizagem:

Hoje mesmo, oh... Se alguma professora explicar com calma... Ensinar a gente, acho que eu tenho mais vontade de aprender, entendeu? Se eu for lá e a professora falar: "Ah, eu já expliquei isso, não vou falar mais não!" Aí fica difícil da gente aprender quando... É mais rígida, dá medo, o medo que atrapalha a gente aprender, a gente pergunta... A gente fica com medo de perguntar o que não entendeu... Eu acho assim... (SILVA, L., 2009, p. 167)

Essa fala relata a posição desconfortável do adolescente em determinadas situações presentes na sala da aula e o autoritarismo do professor, onde este não se vê obrigado a atender às necessidades dos alunos; portanto, aqui emerge a reflexão de que se faz necessária a criação por parte da escola e dos professores de formas de apoio à aprendizagem que procurem atrair os alunos, antes que estes desistam de aprender.

Nesta categoria, também, os próprios alunos afirmam que eles deveriam ser mais prestativos com os professores, porém, o oposto também deve acontecer, ou seja, colocam a importância de discutirem com o professor as formas como poderão ser avaliados. Percebe-se, aqui, que os sujeitos demonstram o desejo de manter um vínculo afetivo prazeroso com os professores, porque este vínculo é entendido como uma fonte de segurança e alegria por parte dos alunos, por isso é que os sujeitos manifestam tanta necessidade de aproximação com os professores.

Categoria 2: Professor (in)completo

Nessa representação, o foco encontra-se no professor, e sua imagem, a partir das construções dos alunos, onde a análise é realizada por meio do que os sujeitos consideram e desejam como um bom professor, aquele que aponta para um discurso pedagógico idealista, visto que supõe, intrinsecamente, um juízo de valor, por parte dos alunos, além de uma excelência instrumental nas atividades do magistério, inerentes ao docente. Este item demonstrou que os sujeitos pesquisados esperam que o professor saia bem em seu ofício, ensinando com certa competência seus conteúdos, ao passo que deve estabelecer uma relação de proximidade com seus alunos. Assim, o bom professor consegue perceber, conviver e administrar as diferenças em sua prática, respeitando as singularidades presentes na coletividade da sala de aula, colocando-se em situação de incompletude.

Categoria 3: (Des)prazer

Essa representação teve como cerne elucidar as construções de cada sujeito a respeito do conceito de afeto, e os discursos dos sujeitos revelaram que eles superaram a visão do senso comum, de que afeto é só coisa boa, ou seja, os sujeitos compreendem que, mesmo quando o professor, por meio de sua prática suscita sentimentos desconfortáveis para os alunos, não deixam de manifestar afeto nessa relação. Também evidenciaram afetos desprazerosos nas relações que estabelecem com os colegas. Este item bem demonstrou que os afetos apresentam-se como estruturantes para os sujeitos, pelo fato de permear todas as ações nas quais se envolvem o que se pode justificar a preocupação que se deve ter no enlace entre aspectos cognitivos e afetivos no processo ensino-aprendizagem.

Categoria 4: Desejo de aprender

A autora identificou, por meio das falas dos adolescentes, que as relações que se estabelecem com o professor tornam-se, em certa medida, um termômetro para medir o grau

de interesse do aluno em relação ao conteúdo que está sendo apresentado. As falas demonstraram uma correlação entre o desejo de aprender e a forma como o aluno interage e se relaciona com o professor, de maneira a dizerem que possuem maior interesse pelos conteúdos apresentados por aqueles que se mostram mais próximos, em uma relação interativa, em que as partes dialogam horizontalmente.

Categoria 5: (In)validar o aprender

Essa expressão diz respeito à representação referente aos processos avaliativos presentes na prática educativa, que muitas vezes assumem a função de validar ou não o aprendizado do aluno, tendo em vista o caráter utilitarista que lhe é atribuído. Os sujeitos demonstraram seu desagrado com essa conotação atribuída às provas e manifestaram o desejo de uma avaliação processual e formativa, que possa ser realizada com prazer, em que professor e aluno se relacionem na busca da melhor compreensão e apropriação do conhecimento e das habilidades necessárias para cada campo do saber.

Por meio desta pesquisa, Luciana Rios da Silva (2009) assinala que o aluno precisa encontrar na escola espaço para interferir, modificar, acrescentar e colaborar na estruturação das práticas pedagógicas, e ele (aluno) clama por esse espaço que lhe é de direito.

Na mesma linha que a autora abordada, a psicóloga e mestre em educação Maria de Fátima Moura Pereira (2009) realizou uma pesquisa onde investigou uma experiência educativa não formal, através do Centro de Referência Integral de Adolescentes (CRIA),³⁵ voltado para jovens, que tem o protagonismo juvenil³⁶ como eixo de sua proposta pedagógica. Foi realizado um estudo de caso qualitativo, tomando como orientação teórico-metodológica a teoria das representações sociais, cujo objetivo foi apreender as representações do educador construídas por nove jovens durante seu aprendizado de protagonismo juvenil. Estes jovens tinham idades que variaram de 16 a 19 anos, sendo a maioria do sexo feminino (seis) e negros (sete), sendo que seis ainda estavam cursando o ensino médio e três já haviam concluído. Com relação à ocupação, dois disseram estar desempregados, cinco não trabalhavam, ou seja, estudavam ou faziam cursinho, e apenas dois estavam trabalhando. Desse modo, seu objeto de

³⁵ O CRIA é uma Organização Não Governamental criada em 1994, situada em Salvador-BA, cuja proposta artística, e político-pedagógica é o desenvolvimento da cidadania dos jovens por meio da arte (teatro, poesia e *clown*).

³⁶ “Protagonismo juvenil em sentido amplo, define-se como o envolvimento do jovem na resolução de problemas do seu entorno (escola, bairro, comunidade ou sociedade como um todo) e nos processos de aprendizagem, voltados para a construção de conhecimentos e valores”. (PEREIRA, 2009, p. 176)

estudo delineou-se em torno da prática pedagógica do educador como mediador desse aprendizado.

As representações apreendidas revelaram que, longe de haver um trabalho direcionado para que o jovem aprenda a participar e intervir socialmente, isso ocorre como desdobramento da mobilização deste frente às suas condições existenciais e sua inserção nos diversos segmentos da vida cotidiana. Essas representações foram ancoradas em quatro categorias: o educador **provocador, escutador, emancipador e enraizador**.

Categoria 1: Educador Provocador

Esta categoria traduz a maneira como o educador conduz sua dinâmica de trabalho com o jovem, prezando por uma metodologia participativa que os leva a falar, ou seja, a falar, a se arriscar, a refletir, a questionar, a trabalhar na coletividade, querer conhecer sobre si, o outro e a comunidade e, principalmente, deseja aprender. Assim, o educador provocador se constitui para o jovem um desafiador, pois o enreda em situações que lhe exigem autonomia.

Categoria 2: Educador Escutador

Nesta categoria o jovem se referiu à figura do educador como aquele que se interessa por ele e se interessa pela sua vida. Não limita essa relação ao espaço educativo institucional; adentra o universo do jovem, conhecendo sua história de vida, acompanhando seu percurso, acolhendo suas dificuldades, compreendendo suas inquietações, revelando um investimento afetivo de ambas as partes. Escuta e se implica, pois escutar significa debruçar-se sobre o outro, a fim de reconhecer sua singularidade e ler sua subjetividade; é disponibilidade interna para o outro, atribuindo-lhe o lugar de sujeito.

Categoria 3: Educador Emancipador

Os jovens desta pesquisa expressaram que, longe de delegar para alguém a tarefa da emancipação do outro, o educador se reveste do papel de desenvolver sua visão crítica da sociedade e a capacidade de intervir para transformá-la.

Categoria 4: Educador Enraizador

Entende-se por enraizamento o reconhecimento e a incorporação do legado cultural fundante do grupo ao qual pertence o jovem. Enraizamento e emancipação andam juntos, uma vez que implicam em desalienação, à medida que a comunidade se despe dos valores interiorizados e impostos por outra cultura considerada superior. As falas dos jovens revelam

quão forte é o sentimento de pertencimento à sua comunidade, e o quanto a construção da sua identidade passa pelo descobrimento e afirmação de suas raízes identitárias.

Este estudo contribuiu para a ampliação da compreensão do educador acerca do seu papel junto ao jovem na aprendizagem do jogo democrático, em que a cultura de participação seja incorporada ao processo de construção da subjetividade e da identidade destes, pois ao conhecer e compreender os desafios da sociedade contemporânea, os educadores precisam repensar o seu lugar na educação. (PEREIRA, 2009)

A pós-doutora em Psicologia Social Leila Maria Ferreira Salles (1995), objetivando apreender a representação social da escola e dos estudos de alunos da oitava série do ensino fundamental e primeiro ano do ensino médio, realizou uma pesquisa em quatro escolas públicas do interior do estado de São Paulo, em que foram coletados, por meio de entrevistas semiestruturadas, os depoimentos de 24 alunos, sendo que a autora não especificou as idades. A análise desses depoimentos indicou uma tendência à homogeneização da representação social da escola e dos estudos. Segundo a autora, os entrevistados atribuíram à escola o poder de concretizar desejos e aspirações futuras, demonstrando grande importância aos estudos. A esse respeito comenta:

[...] possivelmente, a ideologia e os meios de comunicação criam e veiculam uma imagem sobre a escola e sobre os estudos que, somados ao contato ou a exemplo de pessoas que estudaram e atingiram uma posição social melhor, se generaliza e se torna parte das representações sociais. (Salles, 1995, p. 94)

Para a doutora em Psicologia Escolar Silvia Helena Vieira Cruz (1997), no artigo *Representação de escola e trajetória escolar*, examinou em seu estudo, a trajetória da representação de escola em um grupo de cinco crianças pobres, ao longo do seu primeiro ano de escolaridade, e sua pesquisa foi desenvolvida na cidade de Fortaleza-CE.

Para conhecer as representações que as crianças têm da escola, a pesquisadora adaptou dois procedimentos do exame psicológico infantil (desenhos-histórias e histórias para completar) e realizou entrevistas na casa das crianças e na escola. A análise dos dados baseou-se na teoria das representações sociais de Moscovici e indicou, segundo a pesquisadora, que as representações iniciais evoluem a partir das experiências sociais vivenciadas.

A autora mencionada comenta que, bem cedo, as crianças percebem que a escola está voltada para uma minoria, e o depoimento delas revela que a escola é o lugar onde se aprende, mas é também o local em que se tem que mostrar que se sabe. A experiência escolar dessas crianças é marcada pelo predomínio da técnica sobre a compreensão. As próprias professoras

não acreditam na possibilidade de seus alunos aprenderem; e como aprende pouco, o medo de lhes ser exigido mais do que são capazes está sempre presente.

Outro dado relevante, levantado pela pesquisa, é que, em geral, na escola as crianças sentem-se abandonadas à própria sorte, e muitos veem como solução a fuga do ambiente ameaçador. Por outro lado, a ameaça de expulsão é uma constante nas representações das crianças, provocando-lhes insegurança quanto à continuidade de sua escolarização. A incapacidade para aprender e o comportamento inadequado são os principais motivos percebidos para a expulsão. Nesse processo, em geral, os pais são vistos como aliados da escola, pois a submissão às normas escolares, recomendada pelas mães, é captada com bastante clareza pelas crianças. Ao acompanhar as representações de escola dessas crianças, pôde-se compreender melhor o quanto o desempenho escolar delas é resultado de múltiplos e complexos fatores, evidenciando que tal desempenho se reflete não só no modo como pensam e sentem a escola, mas também a si mesmas. A autora comenta:

[...] acompanhar a evolução da representação de escola dessas crianças significou acompanhar as dificuldades que foram enfrentando no seu contato com essa instituição e a gradativa diminuição da confiança, tanto em obter ajuda da professora para vencer essas dificuldades, como nas suas próprias possibilidades para aprender. (CRUZ, 1997, p. 107)

A autora citada comenta o fato de apenas uma, entre as cinco crianças pesquisadas, ter conseguido ser aprovada no final do ano letivo, reflete a inadequação da escola para realizar a sua tarefa, concluindo que o saldo final da experiência escolar dessas crianças é negativo, pois revela o fracasso e a diminuição de sua autoestima como aprendizes e como pessoas.

Os psicólogos Antônio Marcos Chaves e Márcio Ferreira Barbosa (1998), no artigo *Representações sociais de crianças acerca da sua realidade escolar*, também apoiados na teoria da representação social de Moscovici, tiveram por objetivo descrever como 19 alunos das escolas públicas do ensino fundamental I e II representam o ambiente escolar e qual o significado social que ele adquire no contexto de suas vidas.

Tendo, por hipótese, que os padrões de avaliação de um indivíduo sobre o ambiente do qual participa determinam as formas de sua interação com ele, os autores realizaram entrevistas com alunos de 8 a 14 anos de idade, de escolas públicas da cidade de Salvador-BA. Os depoimentos foram submetidos a uma análise temática de conteúdo. No geral, os dados revelaram que as representações dos sujeitos da pesquisa, oriundos de camadas populares, têm uma aproximação positiva em relação à instituição escolar, pois se mostraram

disponíveis à escolarização, estando incluído no seu cotidiano frequentar escolas e desenvolver as atividades escolares.

A pedagoga, mestre e doutora em educação Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves (1994) também buscando conhecer as representações sociais sobre a escola em crianças que estivessem tendo uma primeira experiência escolar, realizou uma pesquisa com dez crianças de uma pré-escola municipal da periferia de Ribeirão Preto. Para apreender a representação desses sujeitos, a autora apoiou-se nos estudos de Vigotsky, e como procedimento usou para coleta de dados os seguintes recursos: o desenho da escola; interpretação de três situações escolares: comentários sobre história; dramatização; entrevistas e observação em sala de aula. A pesquisa partiu da hipótese de que a construção de uma representação pelas crianças é um processo dinâmico e constante, feito na interação delas com o contexto em que vivem refletindo a sua participação ativa em seu confronto com a escola.

A autora comenta que o estudo indicou, dentre as principais situações com que a criança se depara no dia a dia escolar: a desvalorização do produto infantil e da própria criança; a crença na incapacidade de alcançar alguns saberes; a valorização do desenhar letras em detrimento da linguagem escrita; a falta de cooperação entre os colegas; a camuflagem da função escolar e a submissão.

Na literatura estrangeira, destacam-se os trabalhos transculturais de Nicholas Emler, Jocelyne Ohana e Serge Moscovici (1987), que realizaram um estudo com crianças escocesas e francesas para conhecerem a compreensão do papel institucional do professor. A pesquisa teve, segundo os autores, dois objetivos principais: primeiramente, determinar quais tipos de representações crianças de diferentes idades e experiências elabora do papel institucional de professor; e, em segundo lugar, se tais representações correspondem à imagem das burocracias de Weber³⁷.

Visando a examinar os possíveis efeitos do ambiente social na construção das representações, a amostra foi constituída por 123 crianças escocesas e 63 crianças francesas, de 7 a 11 anos de idade e de dois níveis socioeconômicos (classe média e classe baixa). A entrevista foi organizada em torno da discussão de três situações hipotéticas, envolvendo questões do contexto escolar, ligadas ao papel institucional do professor: avaliação do desempenho do aluno, orientação para a classe e aplicação ou reforço das regras.

³⁷ De acordo com Max Weber, os atributos da burocracia moderna incluem a impessoalidade, a concentração dos meios da administração, um efeito de nivelamento entre as diferenças sociais e econômicas e a execução de um sistema de autoridade que é praticamente indestrutível.

A pesquisa revelou existirem variações nas concepções das crianças a respeito do papel do professor, e tais variações são atribuídas aos diferentes contextos e classe social a que pertencem os sujeitos, e não, simplesmente, em função da capacidade intelectual para analisar a ação ou a estrutura social. Quando se referem às concepções das crianças, os autores comentam que

[...] elas dependem das práticas institucionais particulares com as quais as crianças são confrontadas e o conjunto social e cultural do qual estas crianças são parte. Deste modo, portanto, estas representações podem ser corretamente chamadas representações sociais. (EMLER; OHANA; MOSCOVICI, 1987, p. 34)

As crianças da classe média demonstraram melhor compreensão da função do professor do que as crianças da classe baixa da mesma idade. As primeiras tiveram idéias mais claras sobre como o professor agiria sobre o legítimo limite de sua ação, sobre as limitações organizacionais de suas decisões e sobre o caráter hierárquico da autoridade institucional. Os autores acreditam que tal fato possa ser, em parte, atribuído às diferenças intelectuais gerais entre as classes, mas enfatizam que o conjunto cultural diferente é o principal fator na elaboração das representações. Chamam a atenção para as situações em que as diferenças de classes não estiveram em paralelo com as idades diferentes, como seria esperado, se elas refletissem apenas o desenvolvimento da inteligência. Por isso, afirmam a influência prioritária dos fatores culturais no nível de representação do papel do professor, dizendo tratar-se do efeito de representações sociais, e não de construções meramente individuais.

Os autores assinalam que os resultados desta pesquisa confirmam as observações relatadas nos estudos de Willian Damon, no artigo *The social world of the child* (1977 apud EMLER; OHANA; MOSCOVICI, 1987), quanto à legitimação da autoridade, refletindo uma disposição das crianças e jovens de fazerem uma distinção categórica entre convenções e papéis sociais.

Em resumo, Emler, Ohana e Moscovici (1987) concluíram que, desde cedo, as crianças podem distinguir entre os aspectos pessoais do papel e as normas e obrigações do professor em termos formais, e tal compreensão encontra-se ligada, de forma direta, à classe social e às diferenças nacionais, e não consiste, unicamente, em um produto do nível cognitivo dos sujeitos. A pesquisa sugere que as representações das crianças relativas a papéis organizacionais têm origens sociais, tratando-se, portanto, de um conjunto de ideias determinadas pela cultura.

6.2 PESQUISAS QUE NÃO APRESENTAM COMO ORIENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Como foi assinalado anteriormente, os estudos apresentados a seguir não trazem em seu bojo a Teoria das Representações Sociais; no entanto, são pertinentes para esta pesquisa, por demonstrarem a simbologia da escola e da prática pedagógica do professor na adolescência.

Portanto, inicia-se este item com Yves de La Taille, professor do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), amplamente reconhecido por seus estudos sobre a Psicologia Moral. Ele realizou uma pesquisa sobre os “Valores dos jovens de São Paulo”, em que foram entrevistados 5 160 alunos de instituições de Ensino Médio da Grande São Paulo, sendo 2 160 de instituições particulares e 3 000 de instituições públicas. Os sujeitos tinham idades que variavam entre 15 e 18 anos. Como instrumento de pesquisa foi utilizado o questionário de Avaliação do Plano Ético³⁸ e a aplicação foi realizada de março a abril do ano de 2005. (LA TAILLE, 2006)

Esse estudo proporcionou um panorama rico, contextualizado e instigante do que pensam os adolescentes brasileiros e de como os adultos, principalmente professores e pais, possuem influência decisiva em sua formação moral e ética. Porém, aqui vamos destacar somente a importância dada pelos adolescentes à escola e aos professores, que são o foco deste trabalho.

Foi solicitado aos adolescentes da pesquisa que avaliassem a importância dos professores para o progresso da sociedade. Para 71%, eles são muito importantes, e para 27% são importantes. Logo, não chegam a 3% da amostra aqueles que julgam os professores nada importantes ou pouco importantes. Também foi pedido aos sujeitos que avaliassem o grau de confiança que depositam na instituição escolar: 59% dizem que confiam e 12% que confiam muito. Aproximadamente, 23% afirmam confiar pouco e 5% não confiar. Percebe-se que a maioria fica do lado da confiança, a escola fica somente atrás da família.

Quanto ao grau de influência que os adolescentes atribuem aos seus professores, no que tange a seus valores, temos que 52% pensam que eles possuem média influência, e 15%

³⁸ O questionário de Avaliação do Plano Ético (APE), criado por Yves de La Taille e por Harkot de La Taille), é um questionário com alternativas onde coloca aos sujeitos questões que podem ser classificadas em três grandes categorias: 1) eu/sociedade, com questões relacionadas às instituições e agentes institucionais; 2) eu/outrem, com questões relacionadas ao convívio nos espaços públicos e privados; e 3) eu/eu, com questões relacionadas a projetos de vida e confiança na sua realização.

que eles têm muito influência. São 27% os que pensam que os professores têm pouca influência e 6% os que julgam não terem nenhuma. Mais uma vez, apenas familiares e amigos são vistos como mais influentes, sendo que instituições como a mídia e as religiões são julgadas como menos influentes.

Será que na escola se ensina sobre os problemas da sociedade e sobre como resolvê-los? Ou seja, será a escola vista como um lugar onde temas sociais comparecem? Dos entrevistados, 51% pensam que a escola ensina algumas coisas sobre problemas sociais e sobre como enfrentá-los, e não menos de 26% pensam que ela ensina muitas coisas a esse respeito. Clara maioria, portanto, vê a escola de alguma forma comprometida com a sociedade (as opções pouco importantes e nada importantes somam apenas por volta de 23% das respostas).

Será o saber que se ensina na escola importante para o desenvolvimento social? A esta questão, 47% consideram que ensinam coisas muito importantes e 46% coisas importantes. Novamente, a escola é vista como instituição comprometida com o desenvolvimento da sociedade pela maioria dos sujeitos. Finalmente, será que o que se aprende na escola é relevante para o desenvolvimento pessoal dos alunos? Dos jovens, 40% pensam que nas salas de aula aprendem coisas muito importantes, e 50% coisas importantes. Logo, a maioria parece ver com bons olhos o papel da escola para seus projetos de vida. É bom assinalar que o autor não encontrou em nenhum dos itens apresentados, diferenças significativas entre alunos de escolas públicas e privadas, nem tampouco entre sexos.

Em síntese, no que se refere aos professores, eles são considerados pela maioria dos adolescentes como importantes para o progresso da sociedade, e por dois entre três deles como pessoas que exercem influência sobre seus valores. No que se refere à escola, além de ser considerada como instituição merecedora de confiança pela maioria, também se julga que nela se aprendem coisas relacionadas aos problemas sociais, ao progresso social e pessoal.

Os alunos enxergam a figura do professor como digna de confiança e dotada de saberes relevantes, mas também veem seus professores como não suficientemente capazes de lhes mostrar em que real medida os saberes trabalhados relacionam-se à vida. La Taille (2006) explica que quando ele se refere a esta palavra vida, não está somente se referindo à preparação para o mundo do trabalho, mas, sobretudo, a perspectivas existenciais as quais viver não faz sentido. Não haveria, portanto, real oposição entre professores e alunos, mas sim dissonância, a qual cabe aos primeiros – este é o seu papel – explicitar e resolver. Entretanto, para resolvê-los, para superá-los, os professores precisam convencer-se de que os alunos não esperam apenas instrutores (com sua parafernália de data-shows, vídeos, conexões na internet,

entre outros, que, muitas vezes, mais escondem o saber, ou até mesmo mascaram a falta de saber) e sim adultos dotados de saberes complexos e relevantes.

Percebe-se que com esta pesquisa os adolescentes querem adultos que não somente instruem, mas também eduquem, sejam solidários, afetivos. Adultos que não apenas lhes apresentem o mundo, mas também lhes mostrem como nele caminhar.

O psicólogo Nilton Marcos Lício Machado, em sua dissertação de mestrado *A escola ideal: como os adolescentes percebem e idealizam o meio escolar*, teve como objetivo examinar as percepções de adolescentes sobre as variadas dimensões do meio escolar, bem como verificar como estas podem estar relacionadas a aspectos do desenvolvimento pessoal e a motivação para aprender desses jovens. Um outro objetivo foi investigar a concepção dos alunos sobre a escola ideal. O enfoque foi nos professores, colegas, currículo, cultura da instituição, a importância da escola em suas vidas e a própria motivação pessoal dos alunos para estudar. (MACHADO, 2005)

Participaram desse estudo 30 alunos e alunas do primeiro, segundo e terceiro ano do ensino médio, com idades que variavam entre 16 e 19 anos, de nível socioeconômico baixo e médio, de uma escola estadual de Campinas, interior de São Paulo, sendo 17 adolescentes do sexo masculino e 13 do sexo feminino.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e os dados foram analisados mediante uma análise de conteúdo e discutidos com referências às teorias de desenvolvimento humano com foco na adolescência e também às teorias sociocognitivas de motivação para aprender.

De forma geral, diferentemente do estudo de La Taille (2006), a pesquisa de Machado (2005) evidenciou o predomínio de relatos que indicaram uma percepção negativa do aluno quanto ao meio escolar em sua dimensão curricular, pedagógica, e na própria cultura e filosofia da instituição. Além disso, as respostas indicaram problemas motivacionais relacionados ao comparecimento à escola e ao ato de estudar.

Os adolescentes desta pesquisa, quando perguntados se são motivados por seus professores, mencionaram os professores que valorizam o relacionamento com o aluno em um percentual expressivo de respostas (49,4%). A afirmação de que as aulas de certos professores são interessantes teve a segunda maior frequência entre as respostas (13,6%), porém a mesma não foi alta. Professores que não se importam com o aluno foram mencionados com uma frequência considerável, (22,2%). É interessante ressaltar também que a justificativa concernente à falta de recursos, baixo salário, e a percepção de que os professores encontram-se desmotivados foi mencionada nas respostas, apesar de com uma frequência consideravelmente baixa, (3,7%).

Na pergunta sobre quais seriam as características de um bom professor, os adolescentes descrevem um bom professor aquele que se importa e valoriza o relacionamento com o aluno (57,8%). Poucas respostas (6,4%) caracterizam um bom professor como aquele que é capaz de exercer sua autoridade adequadamente.

Quando perguntados se gostam de estudar, os adolescentes que afirmaram gostar de estudar consistiu em expectativas de um futuro melhor (66,7%). O prazer de aprender foi citado em apenas (22,2%) das respostas. Entre os alunos que gostam mais ou menos de estudar, a maior parte das justificativas foi relacionada ao fato do aluno gostar apenas de algumas matérias e/ou ter dificuldades de aprendizagem em outras (30,6%). Pode-se também ressaltar a justificativa relacionada à natureza das atividades realizadas durante a aula, a qual apresentou uma frequência considerável (30,6%). Depende das características pessoais, didáticas e postura do professor (22,2%). Já os sujeitos que expressaram não gostar de estudar indicam que isto ocorre porque não gostam das atividades desenvolvidas em sala de aula (66,7%).

Na pergunta sobre o que mudariam na escola, pôde-se destacar uma alta frequência de respostas (50,9%) onde os alunos relatam o desejo de colocar mais atividades, aulas e cursos diferentes em sua escola. Também foi considerável a percentagem de respostas relacionadas ao desejo da mudança de alguns professores e diretores e também da forma como a escola se relaciona com o aluno (26,9%). Por um outro lado foi relativamente baixa a frequência de respostas associadas à melhoria do ensino (9,6%), bem como aos recursos físicos e saúde (7,4%).

Sobre quais seriam as características de uma escola ideal, os adolescentes com alta frequência responderam que a escola ideal deveria ter atividades, aulas e cursos diferentes dos atuais (41,6%). Também relataram de maneira expressiva, uma escola que promova a socialização de forma geral, a autonomia dos alunos, imponha limites ao seu comportamento, e que os motive (28,3%). Poucas respostas (7,5%) apontaram que seria preciso ter alunos mais motivados e com melhor comportamento.

Esta pesquisa ainda evidenciou que os adolescentes dão muita importância aos colegas de classe, pois estes contribuem para um clima agradável e motivador na sala de aula e também ajudam nas matérias. Com relação às matérias que são ensinadas na escola, descrevem que elas são importantes para seu futuro e por isso acaba estudando, o modo como o professor ensina também foi considerado e poucos alunos criticaram o currículo escolar.

Os resultados deste estudo apontam também que grande parte dos profissionais na escola onde a pesquisa foi realizada possui concepções e atitudes estereotipadas em relação ao

adolescente, na percepção dos alunos entrevistados, as quais, segundo o autor da pesquisa, podem estar contribuindo para um autoconceito e autoestima negativos, e dificultando o desenvolvimento dos estudantes. Porém, como foi verificado, os jovens sugeriram mudanças interessantes para que o meio escolar venha a ser mais motivante no presente e, conseqüentemente, promova seu desenvolvimento rumo à autonomia.

Como o jovem vê a escola foi uma reportagem especial, em comemoração à edição 200 da revista *Nova Escola*. (BENCINI; BORDAS, 2007) Durante três meses, a editora Roberta Bencini e a fotógrafa Marie Ange Bordas trabalharam com 24 estudantes de duas escolas públicas da Grande São Paulo.

Os jovens de 11 a 15 anos participaram de oficinas de fotografia e produziram mais de 8,8 mil imagens sobre sua relação com o ambiente escolar, os professores, os colegas e a comunidade em torno.

Os adolescentes desta pesquisa mostram que o colégio é, ao mesmo tempo, espaço para paixões e desencantos. É nas salas de aula, no pátio e nos corredores – onde passam tantas horas durante tantos anos – que eles se abrem para o prazer de aprender, descobrem o valor da amizade e do amor, revelam a importância de ter nos professores verdadeiros modelos para a vida.

Entretanto, no colégio, também, é que eles conhecem as agruras de estudar em espaços maltratados, sofrem com o descaso e o desrespeito de tantos professores e funcionários, se irritam com aulas desinteressantes e exercícios sem sentido, se incomodam profundamente em serem tratados aos berros ou como meros adolescentes, como ilustra essas falas:

“São poucos os professores que estimulam toda a nossa capacidade de aprender. Eles dão atenção apenas aos que estão mais interessados. Assim, é fácil ensinar” [...]. “Eu queria aulas de Educação Sexual para tirar minhas dúvidas, mas os professores morrem de medo das perguntas que a gente faz” [...]. (BENCINI; BORDAS, 2007, p. 35)

Também se angustiam ao perceber que não falam a mesma língua que seus mestres e têm plena consciência de que a violência é uma via de mão dupla – se eles se colocam no papel de vítima, muitas vezes, sabem perfeitamente que são responsáveis em provocar conflitos e contribuir para a depredação do patrimônio. Neste estudo, os jovens expressaram que:

- Muitas vezes possuem raiva de ir para a escola, pois têm muita gente que não quer saber de nada, dentre eles, os professores que faltam e não são substituídos;

- Expressam também o oposto, ou seja, que o melhor de ir para a escola é estudar para se ter um bom emprego e, principalmente, para encontrar os amigos;
- Reclamam que algumas vezes chegam para a aula e encontram o quadro cheio – somente para fazer cópia;
- Os jovens denunciam que há professores que os chamam de vagabundos, de burros, e que o colégio, muitas vezes, se parece com uma prisão;
- Percebem que alguns alunos somente pensam em destruir a escola e agredir os alunos que querem aprender.
- Destacam a importância da relação da escola com a comunidade: “É muito legal morar num bairro em que todos se conhecem e convivem bem dentro e fora da escola”; (BENCINI; BORDAS, 2007, p. 41)
- Finalmente, evidenciam que a pesquisa realizada contribuiu para que eles pudessem ter um espaço para poder falar sobre seus desejos e angústias.

O objetivo do trabalho abordado ajuda a esses adolescentes não apenas verem o que está à sua volta, mas enxergarem os detalhes, prestarem atenção, pensarem em tudo o que nos cerca. Com relação aos professores, tentar ajudá-los a perceber como os adolescentes veem o meio escolar. As autoras deste estudo concluem que dar voz aos alunos, conhecer o seu lado, contribuiu para que os professores pudessem refletir um pouco mais sobre seu dia a dia em sala de aula.

A pesquisadora, filósofa e mestre em educação, Tânia Zagury (2004), em seu livro *O adolescente por ele mesmo*, apresenta a pesquisa que realizou para descobrir quem é realmente o adolescente brasileiro de hoje, e para isso optou em ouvir esses jovens. O objetivo da autora foi: a) levantar dados suficientes para permitir traçar um perfil do jovem brasileiro, estudante e estudante/trabalhador, calcado em dados da realidade, em estudo de campo; b) incluir no estudo o perfil do jovem das camadas populares, considerando que a maioria dos estudos exclui estes grupos; c) comparar os dados coletados a fim de verificar a configuração nas diversas camadas sociais da população e, caso existam, quais as diferenças essenciais entre umas e outras; d) estudar o pensamento dos adolescentes acerca: dos estudos, da escola, da vida profissional, da família, do sexo, do lazer, do conhecimento sobre AIDS, das drogas, da política e sobre a religião. Vale destacar que para esta pesquisa serão contemplados somente os itens estudos e escola.

Para a realização deste trabalho, a autora supracitada construiu um instrumento de aplicação individual, no qual os itens acima apresentados pudessem ser investigados. A

metodologia adotada foi a pesquisa quantitativa do tipo *survey*³⁹. A aplicação ocorreu após a validação interna e externa do instrumento, ou seja, validação individual, em pequeno grupo, e em grande grupo, e validação por especialista. A construção, validação e aplicação do questionário e o tratamento estatísticos dos dados, foram realizados no período de março de 1994 a março de 1995. A análise dos resultados foi feita no período de abril a junho de 1995.

No total 943 questionários foram aplicados a adolescentes na faixa etária entre 14 e 18 anos de idade, de sete capitais, sendo elas: Belém, Brasília, Fortaleza, Belo Horizonte, Curitiba, Rio de Janeiro, São Paulo – que representaram cada uma das regiões brasileiras e nove cidades do interior (Cariús, Jucás, Coronel Fabriciano, Ipatinga, Divinópolis, Juiz de Fora, Viçosa, Santa Cruz do Sul e Itu). Os adolescentes que participaram deste trabalho demonstraram interesse espontâneo em responder as questões propostas.

Quando perguntados: Por que você estuda? Os adolescentes (92,2%) afirmam estudar porque consideram importante para as suas vidas, enquanto (2,5%) disseram estudar porque os pais obrigam.

Zagury (2004) assinala que esses dados são bem expressivos e que pais e professores não devem se deixar levar por falsas impressões, pois, mesmo que na fase da adolescência eles digam que os pais e demais adultos, como professores, são caretas e quadrados, cuidado, eles apenas estão querendo se autoafirmar e, no fundo, eles sabem que os adultos estão certos, e por isso que continuam a estudar, mesmo enfatizando que odeiam a escola e os professores. Para ilustrar esse fato destaca-se a fala de um adolescente: “Nós adolescentes, valorizamos os estudos, mas precisamos de vocês para nos ensinar este valor”. (ZAGURY, 2004, p. 45)

Esta pesquisa também mostra o que o jovem considera sobre aquilo que ele aprende na escola e, dos 943 jovens, (35%) deles aprovam inteiramente o conteúdo que lhes é ministrado na escola, enquanto que a maioria (54,9%) considera que tem coisas úteis e inúteis equilibradamente. Apenas (1,8%) consideram tudo completamente desnecessário e (8%) acham que a maioria do que aprendem é pouco importante. Estes dados evidenciam que as escolas realmente precisam rever pelo menos em partes seus currículos, o que bem demonstra esta fala: “Tem coisas boas, mas ainda dá para melhorar um bocadinho [...]”. (ZAGURY, 2004, p. 51)

A respeito do que pensam os jovens sobre os professores que tem e que já tiveram, as opiniões positivas prevalecem sobre as negativas. Apesar de todos os problemas que vêm afligindo a área da Educação no país, parece que os adolescentes brasileiros ainda vêm com

³⁹ Este tipo de pesquisa consiste na aplicação de questionários estruturados e padronizados a uma amostra representativa do universo a ser investigado. (ZAGURY, 2004)

bastante bons olhos a atuação dos seus professores, como a fala deste jovem expressa: “Nem todos os professores são excelentes, mas mesmo assim, aprovamos, com algumas críticas, o trabalho que a maioria deles faz”. (ZAGURY, 2004, p. 52)

Vale ressaltar que, nesta questão, os jovens das camadas econômicas mais favorecidas mostraram-se mais críticos e exigentes que os das camadas populares.

No item “matar aula”, os adolescentes (45,1%) afirmam que somente “matam aula” quando esta é desinteressante ou quando o professor é ruim e, (17,3%) dizem que embora fisicamente presentes, não prestam atenção nas aulas; mas (36,9%) não “matam aula” nunca e prestam atenção às explicações dos professores. Resumidamente, (63%) dos alunos cabulam aula e não prestam atenção quando estão presentes. A fala do adolescente ilustra bem esta questão: “Não basta professores com bom conteúdo... queremos aulas motivadoras, atraentes”. (ZAGURY, 2004, p. 60)

A questão sobre se fossem convidados a reformar o currículo e a forma de ensinar na sua escola, evidenciou que (21,4%) dos adolescentes teriam algumas propostas já prontas para apresentar e (17,6%) teriam muitas propostas já prontas. No total, somam-se (39%) dos jovens. Outros (40%) teriam propostas a fazer, mas ainda teriam que pensar a respeito. Zagury (2004, p. 67) destaca a fala de um jovem sobre esta questão: “A escola é boa, nós queremos estudar, valorizamos os professores, mas há muita coisa que queremos melhorar – e nisso nós nos dispomos a ajudar”.

A autora conclui que mesmo com todos os problemas, a escola é ainda um lugar em que os sujeitos convivem com o respeito e a orientação, é também um local em que o saber é valorizado e no qual, apesar dos erros e problemas, o ser humano se socializa, aprende a conviver, torna-se cidadão.

No livro *A direção do olhar do adolescente: focalizando a escola*, a psicóloga Ana Luiza Buratto, Maria Rita Dantas e Maria Thereza Oliva de Souza (1998) apresentam uma pesquisa fruto da parceria entre a Fundação Odebrecht e o UNICEF na mobilização da sociedade pela universalização de um ensino de qualidade, no contexto das ações do Prêmio Fundação Odebrecht/UNIFEC, 1995⁴⁰.

Participaram desta pesquisa adolescentes de oito estados brasileiros (Bahia, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, além do Distrito

⁴⁰ O Prêmio Odebrecht/Unicef 1995 foi coordenado pela AVANTE – Qualidade, Educação e vida, que teve como tema *Todos pela qualidade da educação – o adolescente por uma escola melhor*. Participaram 96 000 adolescentes de todo o Brasil, que produziram 924 trabalhos sobre a escola que têm e a que gostariam de ter.

Federal). Porém, as autoras, nesta obra, apresentam os dados colhidos durante 62 ações educativas realizadas com 6 531 adolescentes, com idades que variavam entre 13 e 18 anos, alunos de 103 escolas da rede pública e particular da área metropolitana de Salvador-BA e do processo de análise de 924 materiais educativos elaborados por grupos de jovens, sendo esses materiais, cartas enviadas ao presidente da República, vídeos, peça teatral, entre outros.

Esses materiais foram submetidos a uma análise detalhada, sendo categorizados e medidos em termos de frequência e ocorrência. Usou-se uma metodologia de trabalho indutivo, em que a condução de todo o processo foi dada pelo olhar dos adolescentes participantes das ações educativas, sem interferência de parâmetros previamente definidos.

Os adolescentes participaram de forma voluntária e espontânea desse estudo, pois se sentiram convocados a expressar o que pensam da escola que têm, e qual é a escola que desejariam ter. Esses encontros foram liderados por facilitadores (pessoas de fora da escola) com habilidades e experiência na condução de grupos de jovens e devidamente preparados para atuarem como agentes de informação, estímulo e facilitação. Cabe ressaltar que reuniram de 30 a 120 adolescentes em cada um deles. A divulgação para participação desta pesquisa foi feita por meio de cartazes do Prêmio 95, jornal *Folha Jovem* e ainda a propaganda “boca a boca”, feita pelos próprios alunos. O trabalho foi realizado nas dependências das próprias escolas que aceitaram participar da pesquisa, tanto no horário matutino como vespertino; cada encontro teve duração média de três horas e ocorreram aos finais de semana.

Nesse trabalho, as autoras constataram, a partir das revelações feitas pelos alunos, que suas falas se organizam em torno de dois eixos: um de denúncia e outro de desejo. Em ambos, o olhar focaliza três áreas da instituição, sendo elas: a vertente gerencial, a vertente pedagógica e vertente relacional. Destaca-se que a vertente gerencial, em relação às outras vertentes, obteve o peso maior das queixas, porém observou-se que essa é uma queixa quase que exclusiva dos alunos da escola pública. Os alunos falam da falta de gerência, da falta de administração e da falta de decisão. Nas palavras de um deles: “O diretor tem que estar comprometido. A escola em que eu gostaria de estudar é aquela que fosse mais limpa, bonita e organizada. A má condição da escola prejudica o aprendizado e desestimula o professor”. (BURATTO; DANTAS; SOUZA, 1998, p. 40)

Na vertente pedagógica, é interessante observar que os alunos se colocam como os principais responsáveis pelos desacertos. Avaliam-se como indiferentes, desmotivados, desinteressados, faltosos, indisciplinados, não-esforçados, não-cooperativos. Consideram-se sem iniciativa e sem criatividade. Esta análise, segundo as autoras, torna-se rigorosa e contraditória, porque ao mesmo tempo em que os alunos admitem o comportamento

desinteressado em sala de aula, ao se comprometerem com a análise e a busca de soluções, expressam a necessidade de serem mais exigentes com seus professores, lutarem mais por seus direitos e serem mais conscientes do seu papel na luta por uma escola melhor.

Ainda nesta vertente, tanto os alunos da rede pública quanto os da rede privada percebem as aulas como monótonas, desinteressantes, pouco práticas, cansativas e falam do ensino como sendo ruim e deficitário; os métodos são classificados como inadequados e antiquados, e os conteúdos, fragmentados e excessivos.

Buratto, Dantas e Souza (1998), também demonstram que na vertente pedagógica, os principais tipos de queixa em percentagem, correspondem a: (33%) nos alunos; (18%) nos professores; (16%) nos conteúdos e programas; (15%) na avaliação e repetência, (11%) nas aulas e (7%) no material escolar.

Na vertente relacional, os jovens denunciam a natureza autoritária do sistema escolar, reforçam a ideia de que precisam de professores que os escutem e valorizem. Sugerem, segundo as autoras, que as relações de ensino e de aprendizagem possuam forte conotação emocional e que os professores bem-sucedidos têm muitas maneiras de mostrar aos alunos que gostam de ensinar e, mais ainda, que gostam de ensinar a esses alunos.

Ao expressarem seus sonhos e tentarem dar forma aos seus desejos sobre a escola, os adolescentes referem-se principalmente às questões pedagógicas. Todos eles, não importa sua origem ou a escola que frequentam, desejam sucesso e gostariam de estar num ambiente que lhes possibilitasse alcançá-lo. Há uma preocupação em “se dar bem” junto com a ideia das consequências da imagem negativa da escola pública, como destacam Buratto, Dantas e Souza (1998, p. 53): “Espero que com o estudo que tenho possa vencer e mostrar que nas escolas municipais não existem só candidatos ao fracasso; também existem pessoas interessadas em ver o Brasil mudar e que querem um futuro melhor”.

Nos desejos refletidos na vertente pedagógica os adolescentes, além de desejarem ser mais interessados, participativos, disciplinados e responsáveis por seus estudos, querem também ser mais exigentes com os professores, lutar mais por seus direitos, ser mais conscientes do seu papel na luta por uma escola de qualidade e pela vida.

As pesquisadoras afirmam que os adolescentes, ao serem capazes de expressar o desejo de ser tudo isso, é possível interpretar que a consciência existe, mas o que falta é o cenário para que ela se traduza em ato concreto. Há, na verdade, uma dupla denúncia: a não existência de uma escola que possibilite isso e o prejuízo que essa inexistência traz para eles enquanto aprendizes e cidadãos. É como se deles fosse tirada a possibilidade de crescer dentro da instituição que deveria promover tal crescimento.

Na fala dos jovens é possível, ainda, segundo as autoras, perceber um pedido explícito de respeito, solidariedade e companheirismo. Eles querem regras claras, fixadas por meio do diálogo, e o compromisso de todos de cumpri-las. A postura democrática traduz, no sonho da escola desejada, todo o anseio dos jovens por: a) diálogos abertos com diretores, professores, funcionários e colegas; b) maior participação de todos na escola: direção, professores, alunos, pais, funcionários, um processo de responsabilidade compartilhada em que a escola cuida bem do seu aluno; c) necessidade de troca de experiências com colegas de outras escolas, porta aberta ao conhecimento de outras realidades, outras visões de mundo, explicitada sinteticamente por um dos alunos na sua fala: “Aprendi que ser diferente não é ser ruim” (BURATTO; DANTAS; SOUZA, 1998, p. 58)

Portanto, neste capítulo, as pesquisas apresentadas (que trouxeram ou não em seu bojo a Teoria das Representações Sociais), demonstraram o simbolismo da escola e da prática pedagógica do professor por meio da percepção dos próprios alunos e foram pertinentes para a construção do referencial teórico deste estudo. Dessa forma, no próximo capítulo discute-se a metodologia.

7 PERCURSO METODOLÓGICO

Onde existe uma vontade, existe um caminho.
Bernard Shaw

Pretende-se, inicialmente, situar o leitor sobre o delineamento deste estudo.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Dados a problemática, os objetivos e a justificativa desta pesquisa, busca-se apoio na abordagem qualitativa, visto que a experiência humana, referida pelo próprio sujeito, é capaz de fundamentar o conhecimento sobre os indivíduos. Tal opção é ainda justificada por ser esta abordagem valiosa, quando se procura descobrir e entender o significado de eventos, práticas sociais, percepções e ações dos indivíduos.

Para a socióloga Maria Cecília Minayo (2007), a pesquisa qualitativa busca estudar o fenômeno e entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas, além de permitir compreender a complexidade de emoções, valores e atitudes.

Cabe assinalar que as investigações de natureza qualitativa possuem a finalidade de explorar, compreender e explicar um fenômeno, a partir de dados e não de teorias e conhecimentos formalizados; têm o propósito de nos ajudar a dar sentido ao mundo de um modo específico e de qualificar por meio dos olhos dos participantes, ao invés de quantificar por meio dos olhos do observador. (MOREIRA; CALEFFE, 2006)

Portanto, esta pesquisa é de abordagem qualitativa e constitui-se em um estudo de caso, onde a ênfase encontra-se em compreender o que está acontecendo a partir da perspectiva do participante ou dos participantes do estudo. Esse tipo de pesquisa é preferível quando questões do tipo “como” ou “por que” são apresentadas e quando não se podem manipular comportamentos relevantes. Assim, é útil quando o pesquisador, por razões práticas ou éticas, não pode realizar estudos experimentais. (YIN, 2001)

A pesquisadora de métodos qualitativos em pesquisa Marli Eliza André (2005) aponta que o estudo de caso é vantajoso por sua capacidade de retratar situações da vida real, sem prejuízo de sua complexidade e de sua dinâmica natural. Isso vai exigir uma boa aceitação do

pesquisador pelos participantes do estudo, o que requer muita sensibilidade no contato e nas relações de campo.

O estudo de caso também é valorizado pela sua capacidade heurística, isto é, por jogar luz sobre o fenômeno pesquisado, de modo que o leitor possa descobrir novos sentidos, expandir suas experiências ou confirmar o que já sabia. Desse modo, espera-se que este (estudo de caso) ajude a compreender a situação investigada e possibilite a emergência de novas relações e variáveis; em outras palavras, que leve o leitor a ampliar suas experiências. Também se espera que revele pistas para aprofundamento ou para estudos futuros.

André (2005) destaca outra qualidade do estudo de caso, que é o seu potencial de contribuição aos problemas da prática educacional, ou seja, focalizando uma instância em particular e iluminando suas múltiplas dimensões assim como seu movimento natural, o estudo de caso pode fornecer informações valiosas para medidas de natureza prática e para decisões políticas. Isso significa que tanto a coleta quanto a divulgação dos resultados devem estar pautadas por princípios éticos, por respeito aos sujeitos, de modo que sejam evitados prejuízos aos participantes.

Com relação às questões éticas, ressalta-se que obter o consentimento dos participantes (como veremos no item abaixo) é fundamental, o que pode ser feito por meio de instrumentos formais ou não; o importante é que sejam explicitadas as questões e estabelecidos os acordos.

7.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em observância à legislação que regulamenta a pesquisa com seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996), foi encaminhado o protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Monte Tabor/ Hospital São Rafael, localizado na cidade de Salvador-BA. O mesmo, após análise, foi aprovado (PROCESSO HSR nº 37/ 2009 – ANEXO A). Uma observação pertinente a ser feita ao leitor é que o título desta dissertação foi alterado, portanto, no protocolo de pesquisa encontra-se o título anterior do trabalho.

Também foi elaborado o documento *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (APÊNDICE A), no qual em linguagem simples aos adolescentes e seus responsáveis foram informados sobre o objetivo da pesquisa, os procedimentos, a garantia do anonimato e respeito ao desejo de querer participar ou não do estudo.

Após a explicação e discussão do termo supracitado, foi solicitada a anuência mediante a assinatura do mesmo, por aqueles que aceitaram participar. Nesta ocasião também foi solicitada a autorização para que a entrevista fosse gravada. Destaca-se que tal consentimento foi autorizado pelos adolescentes e seus responsáveis, conforme recomenda a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996).

7.3 LOCAL DE ESTUDO

A instituição selecionada para o estudo foi a Casa de Apoio à Criança com Câncer (GACC), situada na Avenida Oceano Pacífico, 210, Recanto das Ilhas, Pau da Lima, Salvador-BA. Cabe ressaltar que em Salvador há várias outras instituições que atendem adolescentes com câncer: Liga Baiana Contra o Câncer – Hospital Aristides Maltez; Centro Estadual de Oncologia (CICAN); Fundação Monte Tabor / Hospital São Rafael; Hospital Santa Isabel. (ANEXO B) Porém a casa de apoio foi escolhida porque ela atende a uma população tanto das cidades do interior do estado da Bahia, como a população carente de Salvador, ou seja, o número de sujeitos, nesta instituição, é bem maior do que nos outros locais assinalados, e principalmente, no GACC há três classes hospitalares: uma classe hospitalar para crianças de Educação Infantil, uma para sujeitos do Ensino Fundamental I e II (sujeitos deste estudo) e uma classe hospitalar para pais e acompanhantes. As duas primeiras funcionam no período matutino (8:00 às 11:30) e a última no vespertino (14:00 às 17:30). Portanto há dois professores de classe hospitalar nesta instituição, porém não são funcionários do GACC, e sim são professores da Prefeitura Municipal de Educação de Salvador-BA.

Essas três classes hospitalares são regidas por um convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Educação, Esporte, Cultura e Lazer (SECULT) e o Programa Escola Hospitalar e Domiciliar Criança Viva, sendo coordenadora deste programa a professora Veruska Andrade, membro do Conselho de Administração da Red Latino Americana y Del Caribe por el Derecho a La Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados en situación de Enfermedad.

Cabe assinalar que no GACC cada uma dessas três classes hospitalares possui um local próprio para funcionamento. Na classe hospitalar onde a pesquisa foi realizada, na porta da sala há uma placa que diz “Espaço do Adolescente”, que atende sujeitos nas idades de 10 a

19 anos. Neste local há um computador com acesso à internet, uma TV e um vídeo, uma prateleira com livros infanto-juvenis, um sofá, uma mesa de quatro lugares e uma mesa maior com oito lugares. Nas paredes há painéis para que os trabalhos elaborados sejam expostos.

Cabe ressaltar que o Instituto Criança Viva iniciou suas atividades no GACC no ano de 2007. Antes do Instituto, as crianças e adolescentes, em idade escolar, que estavam hospedados na Casa de Apoio para tratamento do câncer, tinham aulas na Escola Municipal Amélia Rodrigues, que fica na Rua do Amparo, no bairro do Tororó – Salvador-BA, que é um convênio firmado entre o GACC e a Prefeitura Municipal. Havia um transporte coletivo que levava e buscava as crianças e os adolescentes na escola. Atualmente, isso não é mais necessário, pois as aulas ocorrem na própria instituição.

7.3.1 Perfil da instituição

Em 1988, o pai de uma criança que sofria de câncer soube que a maior parte das crianças do Estado da Bahia, que eram atendidas em Salvador, não comparecia às consultas de retorno.

Embora o tratamento fosse acessível, as famílias não tinham como pagar as viagens nem a permanência na capital. Sensibilizando outros pais e médicos, criou o Grupo de Apoio à Criança com Câncer (o GACC da Bahia), entidade filantrópica, com a finalidade de dar suporte a todas as crianças e adolescentes carentes do interior da Bahia e suas famílias, evitando o abandono do tratamento da doença, oferecendo assistência psicossocial, médica e financeira.

O grupo procura proporcionar as condições necessárias para que estas crianças sejam submetidas ao tratamento médico adequado, pelo tempo que for necessário. A entidade é filiada à Confederação Internacional de Pais de Crianças com Câncer, com sede em Valência, na Espanha.

O primeiro imóvel destinado ao alojamento das crianças e seus acompanhantes, localizado na Travessa Padre Miguelinho, 54, no bairro de Nazaré, foi conseguido através de uma cessão na forma de comodato, feita pelas Voluntárias Sociais da Bahia e pela Associação dos Magistrados da Bahia (AMAB). Com a colaboração dos amigos, ela foi mobiliada para receber os pacientes, tendo em 20 de janeiro de 1988 recebido a bênção do Padre Gaspar Sadock. Em pouco tempo, a casa tornou-se pequena para atender a crescente demanda de

crianças e adolescentes. Através de uma doação anônima foi adquirida uma nova casa, na Rua do Amparo, 22, no bairro de Tororó, na qual foi realizada uma ampla reforma e ampliação, com as reservas que o Grupo (GACC) dispunha com vistas a oferecer maior conforto aos pacientes e seus familiares. Em 23 de dezembro de 1993, este sonho tornou-se realidade. Com a bênção do então Cardeal Arcebispo Primaz do Brasil D. Lucas Moreira Neves, esse novo espaço passou a ser referência de crianças e adolescentes com câncer.

Porém, o sonho da instituição era uma construção em uma grande área verde onde pudessem ter cada família em uma unidade própria – quarto e banheiro conjugado – acoplado às áreas comuns: cozinha, refeitório, lavanderia, sala de passar roupa, salas de recreação, sala de atividades para acompanhantes, gerência, serviço social, pequeno auditório para palestras educativas, consultório de Psicologia, Gabinete Dentário, Administração e Diretoria. A área verde seria dividida entre parque para os pequenos pacientes, horta e pomar. Além do que o novo espaço deverá permitir ampliações que atendam ao surgimento de novos casos por um mínimo de 20 anos. Esta situação ideal é realidade com a construção da nova sede, em terreno de 4.523,75m, doado em fevereiro de 1998 por uma rede de hospitais. Trata-se de um prédio de cinco pavimentos, com 52 apartamentos com dois leitos cada, perfazendo 104 leitos. Vale destacar que este imóvel está adaptado para pessoas com necessidades especiais (possui elevadores e rampas de acesso).

Os pacientes atendidos pelo GACC são crianças e adolescentes até 19 anos. Eles chegam ao GACC acompanhados de um responsável, quase sempre a mãe, tendo sido encaminhados por um médico da localidade de origem. Pacientes carentes que moram em Salvador também podem ser atendidos, porém não ficam hospedados na casa. No GACC, é feita uma ficha de admissão onde constam também as condições socioeconômicas. Isso ajuda a equipe do GACC a identificar o tipo de orientação e de auxílio que cada família necessita. A partir do momento em que são admitidos (pacientes e sua família) passam a ser beneficiados pelos serviços oferecidos no Programa:

- a) atenção à criança e ao acompanhante: hospedagem para os não-residentes na capital; alimentação; transporte urbano e interurbano; terapia ocupacional.
- b) atenção apenas à criança: internação em hospital; atendimento de emergência e UTI Móvel; ajuda financeira para compra de medicamentos; ajuda financeira para realização de exames; cesta básica durante os intervalos do tratamento; desenvolvimento de atividades recreativas (brinquedoteca) e classe hospitalar (escolarização).

- c) atenção à criança e sua família: assistência dentária; assistência psicológica; vestuário e brinquedos; noções de higiene e nutrição; noções de cidadania.
- d) atenção apenas ao acompanhante: exame preventivo de câncer ginecológico para as mães, planejamento familiar e classe hospitalar (escolarização). Cabe aqui destacar que a maioria dos acompanhantes são analfabetos.

Os recursos humanos utilizados na instituição estão descritos no quadro abaixo:

	Funcionários/Empregados	Voluntários
Médico	0	0
Enfermeiro	0	0
Psicólogo	01	02
Fisioterapeuta	0	0
Nutricionista	0	01
Fonoaudiólogo		02
Odontólogo		11
Pedagogo		2 (Cedidos pelo Instituto Criança Viva, portanto, professores da rede municipal de Salvador(BA)).
Pessoal Administrativo	19	0
Assistente Social	01	0
Musicoterapia	0	02
Pessoal de Apoio	18	53
Técnico de Recreação	0	17
Bioquímico	04	0
Terapeuta Ocupacional	02	0

Quadro 2 – Recursos humanos utilizados no GACC – Salvador-BA.

No quadro 3 pode-se ver os materiais disponibilizados na instituição.

Camas para crianças	52
Camas para acompanhantes	52
Gabinete odontológico	01
Sala de refeição	01
Veículos	02
Computador	65
Fax	03
Telefone (central digitronco)	40
Vídeo	03

Quadro 3 – Materiais disponibilizados pelo GACC Salvador-BA (quantidade)

7.3.2 Por que usar o termo “classe hospitalar” ao invés de atendimento pedagógico domiciliar?

Também aqui no perfil da instituição destacam-se outras observações feitas pela pesquisadora, que são pertinentes para serem descritas. Também explicar ao leitor que foi por meio dessas observações que se optou por usar o termo “classe hospitalar” (para designar o atendimento pedagógico que é feito no GACC), ao invés de atendimento pedagógico domiciliar. Essas informações tornam-se relevante, pois, segundo o documento *Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações* (BRASIL, 2002), há uma diferenciação:

Denomina-se classe hospitalar o atendimento pedagógico-educacional que ocorre em ambientes de tratamento de saúde, seja na circunstância de internação, como tradicionalmente conhecida, seja na circunstância do atendimento em hospital-dia e hospital-semana ou em serviços de atenção integral à saúde mental, e, atendimento pedagógico domiciliar é o atendimento educacional que ocorre em ambiente domiciliar, decorrente de problema de saúde que impossibilite o educando de freqüentar a escola ou esteja ele em casas de passagem, casas de apoio, casas-lar e/ou outras estruturas de apoio da sociedade. (BRASIL, 2002, p. 13)

Portanto, logo abaixo encontram-se as informações que a pesquisadora acredita ser pertinentes para o leitor.

Muitas vezes, o tratamento de câncer infanto-juvenil é feito em uma cidade distante do local de origem do paciente. Nesses casos, as dificuldades normalmente associadas à doença tendem a aumentar. Afinal, além de precisarem assimilar as informações médicas e diretrizes terapêuticas, o adolescente e seu acompanhante – na quase totalidade dos casos, a mãe – saem da sua cidade, no interior do estado, sem noção do que seja um câncer, e sofrem um choque ao chegarem às capitais (cidades onde se localizam os centros de referência no tratamento).

Isso acontece, porque não estão preparados para vivenciar a rotina de uma cidade grande, de deixar a família, de ficar no hospital por um período prolongado e ter que se hospedar em uma casa de apoio. Mães e pacientes chegam a desistir do tratamento e depois de muita insistência da equipe do hospital e da casa de apoio aceitam ficar.

Ao lado do temor de viver na metrópole está a tristeza causada pela distância das pessoas queridas. Também, muitas vezes, os maridos não aceitam a ausência das

companheiras e arranjam outras mulheres. O inverso também ocorre: distantes de seus maridos, algumas mães estabelecem novos relacionamentos afetivos.

Os costumes diferentes também se fazem presentes quando o tratamento é feito longe de casa. Geralmente, a equipe da casa de apoio tem um trabalho árduo para orientar crianças e adolescentes a comerem frutas e verduras. Também há aqueles que estão acostumados com a culinária de origem e chegam a se recusar a comer.

Há também a questão das crenças e hábitos locais, ou seja, algumas mães resistem a abandonar remédios caseiros. No entanto, longe de suas casas, não há a menor possibilidade de fazer uso deles, porém indicam que essas medicações voltarão a fazer parte do tratamento dos filhos tão logo retornem às suas cidades de origem.

O entendimento que as mães têm sobre o tratamento depende mais do seu grau de instrução do que de seu local de origem; várias mães não sabem ler nem escrever, e precisam do apoio da equipe médica e dos membros da casa de apoio para compreenderem o que se passa com os filhos.

Deixar a cidade de origem em busca do melhor tratamento é um grande desafio para a mãe, ou o pai do paciente com câncer e, principalmente, para o próprio paciente. Nessas circunstâncias, eles acabam crescendo muito como seres humanos.

É importante destacar que as casas de apoio são povoadas quase exclusivamente por mulheres, ou seja, as mães. Nesta empreitada elas, seus filhos-pacientes e equipe da casa têm um relacionamento intenso entre si, e procuram ajudar-se mutuamente quando preciso. Sobretudo, quando um dos pacientes chega a óbito, o que é frequente ocorrer. Embora várias famílias sejam bastante carentes, e desfrutem na casa de um conforto até então desconhecido, o desejo de voltar para o local de origem é mais forte na grande maioria dos casos.

Entretanto, bom mesmo seria ninguém ter de partir para longe em busca do tratamento. O ideal seria que em toda cidade tivesse as condições necessárias de tratamento, para que, além de enfrentar as vicissitudes de um câncer infanto-juvenil, os pacientes e acompanhantes não precisassem se afastar da família e dos amigos.

Portanto, nota-se que mesmo hospedados em uma casa de apoio, a pressão sobre a individualidade de cada sujeito não é totalmente minimizada. Crianças e adolescentes em tratamento do câncer passam partes de suas vidas indo ao hospital, periodicamente. Não podem por vontade própria deixar de comparecer ao hospital ou, ainda, de seguir o prescrito pelo tratamento, já que a participação em uma entidade social impõe compromisso e adesão. A rotina que agora seguem prevalece sobre a que anteriormente possuíam.

Analisando pela perspectiva de Goffman (2007),⁴¹ uma casa de apoio pode ser considerada uma instituição total, ou seja, um espaço por onde circulam um grande número de pessoas que não necessariamente optaram por estar ali. Esses sujeitos têm restrições de contato com o mundo exterior à instituição, e os cuidados são em grande parte compostos por diretrizes previstas por ela (a instituição). O contato entre os sujeitos é formal no convívio na casa de apoio. A instituição tem metas e quem ali circula faz parte dessas metas, ou seja, tudo isso é constituinte de uma estrutura própria que se sobrepõe a quem dela participa.

Em síntese, conceitualmente falando, uma casa de apoio pode ser aproximada a um hospital. Logo, diante do exposto, optou-se em usar o termo “classe hospitalar”, ao invés de atendimento pedagógico domiciliar. Além disso, este último termo parece estar mais ligado ao atendimento que ocorre no próprio domicílio do aluno-paciente, o que não condiz com uma casa de apoio que apresenta o contexto de uma instituição total.

Porém, o mais importante a assinalar é que se tem total consciência de que o atendimento pedagógico que ocorre em uma casa de apoio não seria uma classe hospitalar, do ponto de vista da terminologia e de *lócus*, mas, de fato é acompanhamento da escolaridade e, se não perdemos esse foco, o direito de crianças e adolescentes hospitalizados ou em tratamento nas casas de apoio está garantido e, esse é o aspecto fundamental a ser alcançado; em outras palavras, o mais importante é devolver às crianças e aos adolescentes o direito de frequentar a escola, regularmente, mesmo estando temporariamente fora dela, mais que terminologias e as forças da lei, este é o direito de qualquer cidadão.

7.4 INSERÇÃO NO CAMPO EMPÍRICO: DIFICULDADES E BUROCRACIAS

A inserção da pesquisadora no campo empírico (GACC) iniciou-se com a solicitação, por meio de uma carta, ao Instituto Criança Viva (já descrito anteriormente) para a realização da pesquisa na classe hospitalar do GACC. Após entrevista e discussão com a equipe do Instituto, foi elaborado um parecer contendo a permissão para o estudo, todas as terças-feiras, das 8:00 às 11:30h, no período de 10 de março a 16 de junho de 2009 (ANEXO C). Contudo, devido a problemas com a greve dos professores municipais, a pesquisa se estendeu até o dia 18 de agosto de 2009.

⁴¹ Já descritas no Capítulo 2 desta pesquisa.

Logo após a permissão do Instituto Criança Viva, foi solicitada a permissão para o Presidente do GACC, Roberto Sá Menezes, que também por meio de um parecer aprovou a realização do trabalho na classe hospitalar da instituição (ANEXO D). Toda essa burocracia foi necessária, pois ambas as instituições são distintas, e cada qual tem suas próprias regras.

Então a inserção no campo de pesquisa ocorreu em duas fases, ou seja, na primeira fase a pesquisadora entrou em campo para realizar observações, anotações no diário de campo, conhecer a instituição, seu espaço, seus funcionários, seus hóspedes e os sujeitos da sua pesquisa, que são os adolescentes com câncer.

Essa primeira fase permitiu a aproximação da pesquisadora com a professora de classe hospitalar, dos funcionários e voluntários da Casa e possibilitou o reconhecimento dos potenciais participantes do estudo. Esta etapa foi importante para o sucesso da coleta de dados, pois, pelas particularidades dos participantes, o vínculo com o pesquisador foi condição necessária.

A segunda fase do estudo ocorreu somente após a aprovação do protocolo de pesquisa. Nesta etapa foi quando a pesquisadora iniciou as entrevistas com os sujeitos.

7.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo dez adolescentes em tratamento do câncer, de ambos os sexos, que frequentaram a classe hospitalar do GACC, nas idades entre 15 e 18 anos, isto é, faixa etária correspondente à conceituação de Heidemann (2006), enfermeira e pesquisadora na área da saúde do adolescente brasileiro e de Becker (2003), pediatra brasileiro com formação em medicina do adolescente. Para esses dois autores, a pré-adolescência é o período de 10 a 14 anos, marcada pelo início das mudanças puberais, e a adolescência propriamente dita estaria compreendida pelo período de 15 a 20 anos.

A opção por essa faixa etária, não é aleatória, conforme as explicações contidas no Capítulo 3 desta pesquisa, as quais resumidamente apresenta-se aqui. Ou seja, a adolescência como uma etapa do desenvolvimento psicológico pode ser frustrante e difícil para jovens saudáveis; para os adolescentes doentes pode ser extremamente penoso, levando-os a uma grave frustração. Uma doença crônica grave como o câncer na adolescência seria uma outra crise, sobreposta à própria crise da adolescência dita normal (discutida no Capítulo 2) já desencadeada pelas modificações físicas e psicossociológicas inerentes à adolescência.

Também a alteração da imagem corporal (amputações, queda dos cabelos, queimaduras, entre outros) numa época em que a autoimagem tem grande importância para o adolescente em desenvolvimento, o que ocasiona rebaixamento da autoestima. Na adolescência, graças à maturação do desenvolvimento cognitivo, já existe perfeita compreensão do que é a doença e suas consequências (como a morte), neste caso, o estresse que o diagnóstico de câncer provoca se torna quase insuportável para ele.

Também se fez a opção por adolescentes, pois, segundo Sandra Faux e outros (1988), no artigo *Intensive interviewing with children and adolescent*, nesta etapa, os sujeitos possuem habilidades para comunicação verbal e não verbal, e conseguem compreender e expressar seus sentimentos, devido ao estágio de desenvolvimento em que se encontram. Já crianças entre 7 e 12 anos precisam de explicações mais completas e detalhadas, porque elas irão preencher os vazios do seu conhecimento com fantasias, haja vista a fase de desenvolvimento cognitivo em que se encontram.

Nesse sentido, a pesquisadora coloca-se contrária à crença de que crianças e adolescentes seriam pouco competentes para narrar suas experiências, pois, como afirmam Faux e outros (1988), eles são as melhores fontes de informação sobre o que ocorrem com eles mesmos, desde que sejam respeitados em sua fase de desenvolvimento.

Foram selecionados para participar da pesquisa, sujeitos que se incluíam no critério idade (de 15 a 18 anos) e que frequentavam a classe hospitalar do GACC, nos dias em que a pesquisadora estava nesta instituição, ou seja, todas as terças-feiras. Foram excluídos apenas os sujeitos que não se incluíam na faixa etária escolhida para o estudo e que não estavam participando das aulas nos dias em que a pesquisadora estava na instituição.

Um ponto positivo a destacar é que nenhum adolescente se recusou a participar da pesquisa, e mostraram-se solícitos e bem interessados em responder à entrevista. Um ponto negativo foi que, na classe hospitalar que atende os adolescentes no GACC, no máximo, por dia, tem-se 15 alunos e no mínimo dois alunos. Portanto, muitas vezes, no dia em que a pesquisadora estava presente na instituição, não havia nenhum sujeito na faixa etária delimitada para se pesquisar, ou porque saíram para fazer o tratamento e/ou exames, ou porque não estavam se sentindo bem e estavam no quarto.

Lembrando que para aqueles que concordaram em participar foi, então, apresentado e discutido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com a assinatura dos adolescentes, pais ou responsáveis, no final.

Os participantes do estudo foram entrevistados individualmente e, conforme sua preferência, com ou sem a presença dos responsáveis; no entanto, cabe destacar que todos

optaram ser entrevistados sem a presença do responsável. Quanto ao local de realização da entrevista, estas aconteceram na sala da psicóloga do GACC, que fica exatamente ao lado da sala onde funciona a classe hospitalar para os adolescentes. A própria psicóloga da instituição ofereceu este espaço para a realização das entrevistas.

A pesquisa se deu até a pesquisadora perceber a saturação dos relatos. Segundo Minayo (2007), o critério de saturação é atingido no momento em que o pesquisador, pelos dados obtidos em campo, consegue compreender a lógica do grupo em questão, não sendo determinante o número de sujeitos da amostra. Portanto, dez sujeitos, com idades que variavam de 15 a 18 anos, participaram do estudo, e com esses dados foi possível obter subsídios para a compreensão do fenômeno em questão.

7.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E REGISTRO DOS DADOS

Para a coleta dos dados, foi utilizada como instrumento a entrevista semiestruturada, que foi gravada para posterior transcrição, na íntegra. A opção por esta técnica ocorreu por ela possibilitar o acesso a dados descritivos na linguagem do próprio sujeito e por possibilitar que o pesquisador desenvolvesse, interativamente, uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo. As entrevistas possibilitam, ainda, o mapeamento de práticas, crenças e valores, permitindo a coleta de informações sobre o modo como os sujeitos percebem a realidade que vivenciam e como esta lhes significa, compreendendo a lógica que aí se encontra. (DUARTE, 2004)

Na entrevista, a partir de um esquema básico, o entrevistador tem liberdade para adaptações, buscando fugir de respostas puramente negativas ou afirmativas. A opção foi pela entrevista semiestruturada, pois nesta modalidade “[...] as questões seguem uma formulação flexível e a seqüência e minuciosidade ficam por conta do discurso dos sujeitos e da dinâmica que acontece naturalmente”. (BIASOLI-ALVES, 1998, p. 145)

A entrevista constou de duas partes: a primeira parte (APÊNDICE B), com informações sobre identificação dos participantes da pesquisa como idade, sexo, escolaridade, procedência e diagnóstico⁴². A segunda parte (APÊNDICE C), com questões norteadoras almejando possibilitar o entendimento de como é a percepção do adolescente com câncer

⁴² O diagnóstico dos sujeitos da pesquisa foi conseguido por meio da assistente social do GACC, pois não foi possível a pesquisadora ter acesso aos prontuários.

sobre a prática pedagógica do professor de classe hospitalar, incluindo questões que solicitam ao participante contar sua história na escola do GACC, mencionar as características de um bom professor, o que sente sobre ter aulas em uma Casa de Apoio, entre outras.

As entrevistas não foram agendadas previamente. Elas aconteceram exclusivamente nos dias em que a pesquisadora estava na instituição e havia adolescentes na faixa etária escolhida para participar (15 a 18 anos). Também dependia da disposição demonstrada pelos adolescentes. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 30 a 40 minutos, e as transcrições posteriores custaram em torno de três a quatro horas, cada uma.

A observação livre foi outra técnica utilizada pela pesquisadora, que objetivou observar conversas informais entre os adolescentes na classe hospitalar, como se portavam os adolescentes quando chegavam à classe hospitalar, como era sua relação com a professora do GACC. Também objetivou conhecer os bastidores da Casa de Apoio.

A observação foi registrada imediatamente ao final do encontro, em um diário de campo dando atenção especial à comunicação não verbal. Segundo Minayo (2007), no diário de campo devem ser registradas as impressões pessoais que resultam das conversas informais e dos comportamentos observados, para posteriormente serem utilizados como elementos para a análise dos dados, dando mais veracidade às interpretações.

Nesse sentido, essas informações foram usadas para um melhor entendimento do verdadeiro significado presente nos relatos. Ressalta-se que também foram consideradas as informações concedidas pelos pais e responsáveis, visto que o conhecimento do contexto em que estão inseridos é fundamental para a interpretação dos depoimentos. Pode-se observar que eles auxiliavam a pesquisadora, após a entrevista com os adolescentes, dando maiores detalhes e complementando a descrição das ações e reações dos sujeitos sobre a prática pedagógica do professor em uma Casa de Apoio.

7.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a identificação dos sujeitos participantes do estudo, foi usada uma letra do alfabeto para garantir o anonimato dos mesmos. A análise dos dados foi feita de forma minuciosa, pois exige extremo cuidado com a interpretação. (DUARTE, 2004)

Inicialmente, foi feita uma primeira exposição dos dados, mediante a transcrição integral dos depoimentos. Ao transcrever, foi utilizado letras em *itálico* nos trechos de

depoimentos dos adolescentes. Na seqüência, foi feita a leitura do material empírico e, para tornar os relatos mais compreensíveis para o leitor, foram corrigidos erros grosseiros da língua portuguesa, sem no entanto, alterar o significado ou particularidades dos relatos.

Para análise desses relatos usou-se a técnica de análise de conteúdo, que, segundo Laurence Bardin (2007, p. 37),

[...] é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens.

Segundo ainda a autora supracitada “[...] por trás do discurso aparente geralmente simbólico esconde-se um sentido que convém desvendar”. (BARDIN, 2007, p. 14) Essa afirmação, como já foi descrito anteriormente, remeteu a pesquisadora deste estudo a uma análise criteriosa das entrevistas realizadas, por ter que trabalhar de maneira interpretativa o conjunto de conteúdos e enunciados, buscando descobrir o que estava por trás dos conteúdos manifestos, superando as aparências do que estava sendo comunicado.

O autor Roque Moraes (2003) acrescenta que a análise de conteúdo tem a pretensão de descrever, interpretar e compreender fenômenos da realidade, a partir de elementos linguísticos demarcados em um ou mais textos e tende a valorizar como elemento analítico inicial a descrição, movendo-se daí para o polo interpretativo.

Usando como ferramenta a análise de conteúdo, foi possível decompor as entrevistas e realizar desmembramentos temáticos, clareando as unidades de análise, que se constituíram no elemento básico da investigação. O passo seguinte da análise dos dados foi a categorização. Essa etapa constitui-se em um processo de comparação constante entre as unidades definidas que, além de reunir elementos semelhantes, implicou nomear e definir as categorias de análise, sendo que essas categorias de análise referem-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. (BARDIN, 2007) Como passo final, na medida em que as categorias são definidas e expressas, descritivamente, a partir dos elementos que as constituem, inicia-se um processo de explicitação de relações entre elas, a fim de construir um novo texto, um meta-texto. Esse novo texto constitui um conjunto de argumentos descritivo-interpretativos, capaz de expressar a compreensão atingida pelo pesquisador em relação ao fenômeno pesquisado.

Nesse último momento, caracterizado como o final do estudo, será compartilhado com o leitor os resultados do trabalho realizado, uma etapa que se caracteriza por poder divulgar

aos outros as conclusões que o pesquisador chegou a respeito do tema, não de forma definitiva, mas de forma aproximativa, podendo tais conclusões serem revistas e discutidas em outras pesquisas. Portanto, no próximo capítulo será feita a apresentação das discussões e dos resultados deste estudo.

8 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Entre o eixo e as pontas do compasso, meu Deus, que distância penosa, que giro difícil, que pesado manejo.

Cecília Meireles

8.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram do estudo dez adolescentes com idades entre 15 e 18 anos, predominando a faixa etária entre 16 e 17 anos, com sete deles; sendo dois de 15 anos e somente um com 18 anos. Os diagnósticos foram os mais diversos e os mais freqüente; entre os participantes do estudo foram quatro adolescentes com Leucemia Linfóide Aguda (LLA), um adolescente com Leucemia Leucose Aguda, um com Retinoblastoma do olho direito (este sujeito tem o olho direito de vidro), um com Carcinoma de tireóide, um com Osteossarcoma da perna direita (este sujeito tem a perna direita amputada e faz uso de uma cadeira de rodas), um com Tumor Cerebral (este sujeito tem baixa visão devido à doença) e um adolescente com Tumor no Sistema Nervoso Central (SNC).

Vale mencionar que os diagnósticos encontrados nos sujeitos pesquisados coincidem com as estatísticas disponibilizadas pela literatura e apresentadas no Capítulo 3 desta dissertação, na subseção **3.3 O câncer infanto-juvenil**, ou seja, as leucemias são responsáveis por 25% a 35% dos casos de câncer infanto-juvenil. (SEGATTO, 2008) Dentre as leucemias, as agudas são as mais comuns e, dentre elas, a leucemia linfóide aguda (LLA) sozinha, é responsável por 75% a 80% de todas as leucemias. (BRAGA, 2000)

Com relação ao câncer infanto-juvenil segundo o sexo, há ainda de acordo com a literatura, um predomínio de tumores, na maioria dos países, inclusive no Brasil, em meninos (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2004), porém 50% de meninas e 50% de meninos entrevistados, lembrando que a pesquisadora não interferiu na escolha dos participantes.

No levantamento de dados dos sujeitos do estudo foi identificado o local de origem dos participantes, sendo nove das cidades do interior da Bahia e somente um sujeito da região metropolitana de Salvador. Foi identificado também, conforme descrito por Barros (1999), Fonseca e Ceccim (1999) no Capítulo 4 desta dissertação, subseção **4.3 A importância da prática pedagógica do professor de classe hospitalar à luz da literatura** – que é fácil perceber uma parcela significativa de crianças e adolescentes em idade escolar, mesmo antes

de serem internados, fora da escola ou bem defasados na relação entre a idade e a série cursada, o que demonstra que a maioria dos alunos que necessitam ser hospitalizados ou ficar em tratamento nas casas de apoio apresentam um percurso escolar permeado pela evasão, pelo ingresso tardio ou pela segregação promovida pelo próprio sistema educacional.

Dos sujeitos participantes deste trabalho, somente três estão de acordo com a idade série e sete estão defasados nos seus estudos, sendo que, dois sujeitos destes sete sujeitos estão recebendo escolarização somente na Casa de Apoio, ou seja, estão fora da escola regular. Inclusive, um desses sujeitos parou de frequentar a escola há nove anos, e o outro sujeito já faz um ano que também não frequenta devido à doença e ao tratamento. Ainda, nove sujeitos estudam ou estudaram em escola pública. Somente um estuda em escola privada, já finalizou o ensino médio e está no 1º ano do curso técnico de solda. Este adolescente contou na entrevista que está fazendo esse curso para não parar os estudos, mas a médica já avisou que ele não poderá participar das aulas técnicas que são prejudiciais para o tratamento do câncer. Disse ainda que pretende fazer o Curso de Educação Física. Somente um sujeito trabalha; é trabalhador no sisal e sustentaria a família.

Os sujeitos da pesquisa são de nível socioeconômico baixo, ou seja, são famílias carentes do interior do Estado da Bahia e de Salvador, a maioria possui como sustento o trabalho na lavoura e a ajuda do Programa Bolsa Família⁴³.

Percebe-se também o motivo da classe hospitalar ser um ramo da Educação Especial, pois, como se pode ver, na classe hospitalar do GACC há alunos-pacientes com necessidades especiais transitórias e alunos permanentes da Educação Especial. Ainda destaca-se que a sala é multisseriada, que exige do professor reger em um mesmo espaço, o trabalho com alunos de diferentes níveis de escolarização (discutido no Capítulo 4).

Cabe destacar que dos dez sujeitos entrevistados, um chegou a óbito 66 dias após a entrevista. Houve predomínio da religião católica com oito sujeitos. e dois sujeitos são evangélicos. Quanto à data de entrada no GACC, um sujeito faz dez anos que realiza o tratamento e agora vai para a Casa somente para fazer a manutenção; um sujeito faz seis anos, um faz quatro anos, um sujeito faz dois anos, cinco sujeitos deram entrada na casa para fazer o tratamento já faz um ano, e um sujeito estava em tratamento fazia um mês. Ressalta-se que como não foi possível ter acesso aos prontuários dos sujeitos pesquisados, uma informação que não foi consultada foi a data do diagnóstico da doença.

⁴³ O Programa Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza (com renda mensal por pessoa de R\$ 70,00 a R\$ 140,00) e extrema pobreza (com renda mensal por pessoa de até R\$ 70,00).

Das atividades de lazer que os sujeitos estudados mais gostam foram: Dois sujeitos destacaram o uso do computador para conversar com os amigos, jogar jogos, entre outros, três sujeitos mencionaram gostar de jogar futebol, dentre esses três, um também assinalou gostar de ouvir música, um sujeito gosta de andar de bicicleta, um sujeito gosta de copiar música no caderno, um gosta de fazer pinturas no papel e um gosta de jogar baralho e dominó com os amigos. É interessante perceber que os sujeitos que destacaram gostar de futebol (três sujeitos) e andar de bicicleta (um sujeito), mencionaram que devido à doença e ao tratamento são privados de realizar tais atividades. Aqui também uma observação pode ser feita, pois somente dois sujeitos mencionaram o computador. Acredita-se que isso pode ter acontecido, pois como já mencionado por Paula (2007) no Capítulo 4 desta dissertação, no item **4.3 A importância da prática pedagógica do professor de classe hospitalar à luz da literatura** – que muitos pacientes-alunos não possuem contato com essas tecnologias e torna-se necessária a democratização destas para que todas as crianças e adolescentes possam usar este instrumento. Destaca-se que dos 02 sujeitos que mencionaram o uso do computador, somente 01 deles possui computador em casa e o outro sujeito frequenta uma lan house.

A fim de sintetizar os dados relativos à caracterização dos adolescentes participantes da pesquisa, apresenta-se o quadro a seguir, por ordem de entrevista.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Idade	16 anos	17 anos	16 anos	16 anos	18 anos	17 anos	17 anos	16 anos	15 anos	15 anos
Sexo	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
Escolaridade	6ª série do Ensino Fundamental/ Faz um ano que não frequenta a escola regular/ Somente frequenta a escola do GACC	3ª série do Ensino Fundamental	1º ano do Ensino Médio	6ª série do Ensino Fundamental	1º ano do Ensino Técnico	6ª série do Ensino Fundamental	5ª série do Ensino Fundamental	5ª série do Ensino Fundamental. Parou de frequentar a escola aos 9 anos de idade devido à doença. Somente frequenta a escola do GACC	8ª série do Ensino Fundamental	1º ano do Ensino Médio
Escola	Estudava em escola pública	Pública	Pública	Pública	Privada	Pública	Pública	Estudava em escola pública	Pública	Pública
Trabalho	não	sim	não	não	Não	não	não	não	não	não
Diagnóstico	Osteossarcoma (perna direita amputada)	Tumor cerebral (baixa visão devido à doença)	Leucemia Linfóide Aguda	Leucemia Leucose Aguda	Leucemia Linfóide Aguda	Tumor no Sistema Nervoso Central	Leucemia Linfóide Aguda	Carcinoma de Tireóide	Retinoblastoma (olho direito de vidro)	Leucemia Linfóide Aguda
Cidade	Taperoá/BA	Campo Formoso/BA	Santana/BA	Presidente Tancredo Neves/BA	Dias D'Ávila/BA	Itaberaba/BA	Ruy Barbosa/BA	Boa Nova/BA	Cansanção/BA	Itatim/BA
religião	católica	católica	católica	Católica	Evangélica	Católica	Católica	Católica	Evangélica	Católica
Lazer	Vídeo game	futebol	Baralho e dominó	futebol	Futebol/ ouvir música	Andar de bicicleta	Copiar música	Pintar no papel	computador	computador
Data de entrada no GACC	18/08/2008	29/09/2005	01/07/2008 Óbito: 25/07/2009	08/02/2008	29/11/2007	13/10/2003	10/03/2008	27/07/2009	16/03/1999	21/01/2008
Data da entrevista	19/05/2009	19/05/2009	19/05/2009	26/05/2009	11/08/2009	11/08/2009	11/08/2009	18/08/2009	18/08/2009	18/08/2009

Quadro 4 – Caracterização dos adolescentes, segundo nome, sexo, idade, escolaridade, trabalho, diagnóstico, cidade de origem, religião, atividade de lazer, data de entrada no GACC e data da entrevista. Taperoá – Ba

De posse do material coletado, por meio das entrevistas, sobre as representações sociais que adolescentes em tratamento do câncer fazem sobre a prática pedagógica do professor de classe hospitalar, passou-se para o momento de análise das mesmas, que, segundo Moraes (2003), é o momento da desconstrução dos textos e sua unitarização, de onde se originarão as unidades de análise que, posteriormente, serão levadas à categorização, aspecto central da pesquisa qualitativa, à qual se propôs este estudo.

Sendo assim, após o envolvimento com esse material, surgiram as categorias, sendo que essas emergiram no decorrer da leitura cuidadosa e aprofundada do material arrecadado, feita pela autora desta pesquisa.

8.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso, constitui-se na organização de categorias que podem ser utilizadas em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa. Para Bardin (2007, p. 117), “[...] por categorias entende-se como rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento efetuado em razão das características comuns desses elementos”.

Nesse sentido, após o encontro com os dados coletados em campo, foram construídas as categorias descritivas das entrevistas, as quais materializam e comunicam as representações sociais, constituindo-se, portanto, em suas **objetivações**. Como resultado, foi possível conhecer as representações sociais da prática pedagógica do professor de classe hospitalar, que se encontram **ancoradas** em quatro categorias interpretativas: **Professor não convencional; Prática pedagógica mais lúdico-educativa do que escolar; O papel da classe hospitalar no resgate ao prazer de estudar; O papel da classe hospitalar na reafirmação da importância da escola regular em suas vidas.**

8.2.1 Categoria 1: Professor não convencional

Os adolescentes percebem a preocupação que o professor de classe hospitalar demonstra com a saúde deles.

Ela sempre se preocupa com a saúde da gente... Pergunta se comeu direito... Quer saber como é que a gente está se sentindo... (D)

Ela explica as coisas que a gente tem que fazer para melhorar a saúde... (I).

Toda vez a professora daqui me pergunta como eu estou de saúde, o que eu estou fazendo. Pergunta como eu estou me sentindo no momento, como está a família, pergunta pelos meus pais, pergunta como estou na escola, pergunta até sobre a igreja, o que está tendo lá. (E)

Ela é legal... Gosta de todo mundo... Ela não faz diferença... Ela respeita a saúde da gente... (D)

Quando a gente não quer sair do quarto, não quer sair pra comer ela vai até o quarto, ela vai buscar a gente no quarto, ela incentiva a gente a comer... (C)

Ela falou que a gente tem que fazer exercícios, tem que não se preocupar muito com as coisas, tem que viver mais para a gente do que para os outros. (I)

Fico triste de ver tanta criança doente... Eu acho que criança e jovem não devia ficar doente. A professora sempre conversa com a gente sobre aquilo que a gente não está se sentindo bem... Isso é bom... Eu sei que posso confiar nela. Quando ela fala na aula, sobre o que a gente deve fazer para melhorar a saúde, todo mundo fica se sentindo melhor! (D)

A gente gosta assim, de brincar com a professora! Às vezes, eu digo: - Ó professora não se preocupa não, porque nem eu mesmo me preocupo tanto com a minha saúde! Não se preocupa muito não professora! (G)

Ela já foi me dar bronca no quarto quando eu não queria comer... Eu achei tão engraçado ela ter ido ao quarto e ter ficado brava comigo... Aí eu fui comer! Na verdade a professora só faz bem pra gente aqui... (J)

A professora quando me vê triste, ela vai até lá conversa comigo e então eu fico melhor. (A)

A professora aqui, ela me dá muita força, quando eu não quero nada, ela explica que é bom fazer o dever, que assim eu vou me sentir melhor... Quando eu não quero fazer o dever ela senta comigo, conversa comigo, pergunta como eu estou me sentindo! Ela senta comigo e fala muita coisa para me animar. (G)

Quando passa da hora de comer ela já avisa que você tem hora certa pra comer! Isso é importante. (D)

Ela vai ao quarto da gente quando a gente não está bem, quer sabe o que a gente tem... Ela se preocupa com a gente... Saber que tem gente que se preocupa com a gente além da nossa mãe já ajuda muito... (J)

Sentem-se bem na companhia do professor.

Às vezes, eu venho pra aula só pra me sentir melhor... Só de ficar na aula com a professora já fico melhor. (D)

Ficar sem fazer nada dá solidão, mas fazer uma coisa que a gente gosta como participar das aulas daqui... A gente até fica melhor... (J)

Eu fico com a professora e com os amigos daqui... Assim não fico só dentro do quarto. Aqui é mais divertido [refere-se à sala de aula do GACC]. (B)

Porque ela conversa com a gente e faz a gente esquecer os momentos ruins. (A)

Eu gosto de estar com a professora ensinando, gosto de estar aqui nas aulas... (I)

Quando não está doendo, a gente começa a ficar mais animado! Junto com os outros alunos, junto com o professor... Também ficar longe dos amigos, parentes é muito difícil! (H)

Depois da aula eu me sinto bem melhor! (F)

Só de ficar na sala com ela [a professora] já é bom! (C)

Porque é divertido... É bom... É bom ficar aí com a professora! (B)

A professora aqui ocupa espaço na sua mente com brincadeiras, dinâmicas, ensinamentos... É bom. (I)

Eu gosto de ficar aqui no espaço [refere-se à classe hospitalar]... Fico até deitada no sofá quando estou com dor... Prefiro ficar no espaço perto da professora e dos colegas pra não ficar sozinha no quarto. (F)

Só vir pra aula já ajuda! (A)

Foi a partir de eu participar das aulas que eu fui fazendo novas amizades... Esquecer assim, a minha cidade, lá, o pessoal de lá e parar um pouco de pensar na doença. (E)

Tenho saudades da minha casa, dos meus amigos. Aí eu fico triste quando fico pensando assim, mas logo passa porque aí eu encontro as pessoas, vou pra escola daqui (refere-se à escola do GACC), fico conversando com a professora daqui, aí esqueço mais um pouco, mas nunca substituí sua casa e seus amigos assim... Mas acho que todo mundo assim sente saudades de sua casa, não tem aquele que não sinte! Até a pessoa que é maltratada em sua casa, mesmo assim sente saudades também. (I)

Percebem o professor como uma pessoa simpática, carinhosa e paciente.

Nossa, eu acho ela muito legal, eu gosto muito dela, como pessoa e como professora também. Ela é simpática, ensina bem os alunos e entende a gente também. (I)

Eu gosto muito de estudar com ela [a professora]. Ela ensina bem! (B)

Ela é ótima pessoa. Muito educada, bonita. (H)

Ela é legal. (F)

Ela é paciente, é explicativa, é dinâmica! (I).

Gosto bastante da professora! Eu gosto bastante... (I)

Meu sonho é ser professora! (F)

A professora é divertida! Assim ela descontraí o ambiente. (H)

Professor para trabalhar aqui no GACC tem que ser assim... Ter paciência! Tem que ter sempre vontade de ensinar! Aquela coisa assim de ensinar mesmo, aí eu gosto muito dela, porque ela ensina bem! Ela gosta de ensinar! (G)

Para ser professor aqui tem que ser responsável e ter muita paciência... (J)

Professora pra trabalhar aqui tem que ser mais carinhosa! Ser paciente! Bem humorada. (E)

Porque pra trabalhar com adolescentes e crianças nessa situação... É bem difícil e, se a pessoa não tiver paciência, não tiver atenção acaba não correspondendo bem o que está ali pra se fazer, aí os alunos não vão pra aula, não querem nem saber. (E)

Paciência... (risos). Professor aqui tem que gostar... Dá aula pra quem está assim como a gente está! Acho que não é fácil... (D)

Demonstram ter confiança no professor.

Eu sei que posso confiar nela! (D)

A professora explicou que, às vezes, Deus escreve certo por linhas tortas! Se Ele deixou que isso acontecesse, foi alguma prova que Ele queria que a minha família passasse... Mas eu sei que Ele sempre quer o melhor pra mim! Porque nenhuma folha cai de uma árvore se Ele não permitir. Então a professora explicou assim, que nunca tem que desistir das coisas que a

gente quer e, se isso aconteceu, é porque tinha que acontecer. O importante é que eu estou viva, estou aqui, então é isso que ela [a professora] passa para a gente. (I)

Ela é boa pessoa, no primeiro dia que eu vi ela, ela é ótima, ela me ensina muitas coisas, ela me dá muitos conselhos, ela fala pra eu ir por esse caminho e eu vou. Eu gosto muito dela, porque ela me ensina os deveres quando eu estou com dificuldade em saber o dever, eu peço explicação e ela me ensina e eu gosto muito dela. (G)

Converso, sobre namoro, falo tudo pra ela, ela me explica tudinho. A professora disse que, um dia, vai chegar um tempo, que o que você quer na sua vida vai chegar tudo em suas mãos, ela diz que é só ter paciência, só ter fé em Deus... Deus sempre olha por essas pessoas que pede ajuda a ele. (G)

Quando a gente quer uma explicação do professor [se refere ao professor da outra escola], fica assim com aquela dúvida de perguntar, fico com vergonha de perguntar! Da minha vida pessoal eu não falo pra eles, se eu tiver com alguma dúvida sobre a minha vida pessoal, eu pergunto para a professora daqui. Só pergunto a ela, que aí ela me informa. (G)

Ela não trata a gente como coitadinho... Eu não ia participar da aula se ela tratasse a gente com pena... (J)

Ela sabe explicar e ela tem autoridade. Às vezes, tem aluno que chega com bagunça e ela fica brava... Não é porque tem essa doença que pode fazer o que quer na sala... Tem que respeitar também a professora! (D)

Quando a gente não está sabendo direito tem sempre que ter professor pra ajudar, ou então alguém do lado. Mas quando a gente não quer pedir ajuda pra um colega, tem que ser pro professor! (H)

Eu fiquei triste... Porque já morreram dois dos meus amigos aqui... Um menino e uma menina aqui no GACC. Uma morreu há muito tempo atrás e um mais ou menos, não faz muito tempo assim não que ele faleceu. Eu fiquei muito triste, também eu não tava aqui e foi um baque pra mim quando eu soube, foi triste porque não deixa de ser um amigo da gente também. Só porque assim perdeu a comunicação, mas mesmo assim, está lá guardado no cantinho do coração! Quando a gente gosta... Eu senti muita tristeza e falta deles dois aqui na Casa. Aí eu falei pra professora que tinha ficado muito triste que eles tinham falecido, e tudo. Ela me deu força... Ela falou que é assim mesmo, que a vida é assim, que a gente não escolhe! É ela que vem, é a morte que vem! Entendeu? Ela me deu assim, conselhos, pra eu não ficar triste, que isso acontece mesmo com as pessoas, que ninguém é pra sempre, eterno! É, foi bom conversar com ela. (I)

Fazem uma diferenciação entre o professor de classe hospitalar e o professor da escola regular.

A professora aqui tem mais vontade de ensinar e lá na outra escola, os professores não têm muita vontade não! (risos). (A)

Aqui a professora dá mais atenção, gosta de dar aulas, respeita todo mundo. (A)

A professora aqui gosta de ensinar! Aí eu gosto muito dela, porque ela ensina bem! Ensina bem porque ela gosta de fazer o que faz! (G)

A professora aqui me ensina melhor! Porque lá no meu interior não é igual aqui. Aqui a professora gosta de ensinar e, lá só é estudar, e ir para a aula de Educação Física. Aqui não, porque aqui a professora entende quando você está triste, está com alguma coisa. Assim ela ajuda... Você até aprende mais... (G)

A professora daqui é melhor do que os professores da minha outra escola. (G)

Ela é muito boa! Ela gosta daquilo que ela faz aqui. Tira muitas dúvidas que lá na outra escola, às vezes, a gente não consegue entender na explicação de lá. (J)

A professora aqui é mais assim... Mais carinhosa... (F)

Eu acho que a professora daqui é mais atenciosa. Lá na outra escola os professores dão aula porque têm que dar a aula... E só! Aqui é diferente, aqui ela geralmente sempre está me procurando, procurando saber sobre você, quando você some ela pergunta... (E)

Ela gosta do que faz, gosta de ensinar. Por que ela dá mais atenção pra gente, tem mais paciência! Os outros professores não [refere-se à escola regular]. Parece que eles não gostam da gente! Estão dando aula por estar! (A)

Acho que os professores [da escola regular]! Eles veem a gente como aborrecentes. Acho que eles não têm muita paciência não. Não somos aborrecentes, é só uma fase que passa e todo mundo passa por isso, com seus conflitos interiores! Professor parece que nunca foi aborrecente um dia... Acho que eles esquecem que um dia foram adolescentes! (E)

8.2.2 Categoria 2: Prática pedagógica mais lúdico-educativa do que escolar

Percebem as aulas da classe hospitalar como passatempo e diversão, porém eles reconhecem a importância dessas aulas.

Aqui você faz o dever só pra passar o tempo, só pra professora animar o paciente, fazer com que o paciente se anime naquela aula, aí ela vai ensinando aquele paciente. (G)

Pra passar o tempo fazia alguma coisa que eu gostava e me sentia bem (pausa) Eu vinha pras aulas... (J)

Ter aulas aqui faz a gente esquecer as coisas ruins. (A)

É assim! É importante pra gente ter aula aqui... Mas eu acho mais importante porque ajuda a passar o tempo! (J)

Pra mim o que ela tem ensinado... Sei lá, tudo isso eu já sei, não tem nada de novo. Às vezes ela bota umas leituras do texto que é novidade, porque tem algumas coisas que eu não leio, mas, fora isso, as coisas que ela passa é mais pra primário, assim, aquelas atividades fáceis, aí pra mim... É só pra passar o tempo mesmo. (E)

Eu gosto das aulas aqui do GACC... Mas eu acho que as aulas aqui... Pra mim... É mais passatempo! (E)

As aulas aqui acaba me ensinando mais! Além disso, acaba ajudando mais a passar o tempo. (H)

As aulas daqui são bem diferentes das aulas da outra escola. São diferentes, porque como eu falei são poucos alunos, as matérias são bem mais fáceis, como tem alunos que não sabem direito. Mas ela separa os alunos, mas mesmo assim é fácil, do que professor de verdade, que procura no livro aquele negócio difícil, mas mesmo assim é bom. (I)

As aulas da outra escola são difíceis (risos). Eu acho que são difíceis, mas mesmo assim não deixo de aprender na escola daqui! Você me entendeu? São boas as aulas daqui também. (I)

As aulas daqui são bem mais fáceis que na outra escola... (J)

As atividades são assim muito fáceis e eu, sei lá, colocaria tipo assim, desafio, que tivesse coisas que eu errasse que eu pudesse ter dificuldade, eu acho que está muito fácil. (E)

Eu gosto muito das atividades dela, são umas atividades assim... Quando a gente acaba de olhar no papel, a gente já sabe a resposta. (G)

É muito fácil e lá na outra escola é tudo novo, então as coisas assim que eu aprendi aqui eu já faço assim lá na outra escola... (E)

As matérias aqui são bem mais fáceis do que na outra escola... Assim é melhor! (D)

Aqui eu já gosto de matemática, eu tenho mais facilidade pra aprender aqui. (D)

A gente joga o jogo Perfil para conhecer um pouco mais os colegas e para os colegas conhecer mais a gente também. A professora também joga e é legal a gente conhece mais ela também. É divertido... A gente ri muito... A gente aprende brincando o jogo. (A)

Por ser divertido e também a gente aprende muita coisa, que já esqueceu! Nossa, é bom porque lembra muita coisa. (I)

Eu não consigo lê, porque eu não enxergo bem, aí ela lê pra mim o texto, depois ela lê as perguntas e eu respondo falando, e eu acho isso importante. (B)

Como eu não enxergo bem, ela faz o número bem grande no papel! Aí eu consigo fazer a conta... (B)

Pois eu vou lembrar dos assuntos que eu já estudei e assim não vou perder o ano, eu vou ter que fazer a 6ª série de novo e meus amigos foram para a 7ª. (A)

Porque ela está me ajudando, está me ensinando mais um pouco, porque eu não pude aprender! Eu fiquei dois anos sem ir pra escola... (B)

Produção de texto. Quando ela lê uma história [referindo-se ao texto informativo que a professora leu sobre a dengue] e manda a gente escrever. Assim, ela leu o texto da dengue, depois a gente escreveu um texto do que entendeu da dengue, e fez um cartaz da dengue. (C)

Teve uma atividade que ela fez que eu gostei muito, que ela botou a gente pra que a gente entrevistasse os profissionais, a gente saiu por aqui entrevistando o porteiro, entrevistando alguns funcionários aqui... (E)

Eu gosto de ir à biblioteca e na brinquedoteca. (H)

Tem sempre aqui no GACC teatro que a gente vem assistir! É bem legal. (I)

Tem dia de segunda-feira, vem aqui um voluntário... Ele vem aqui e manda assim, a gente fazer o que a gente gosta, se a gente gosta de brincar, ensina a gente, essas coisas assim... Falar um pouquinho sobre a gente, aí a gente fala sobre um pouquinho da gente pra ele, aí ele fica contente. (G)

Tem a aula de música aqui, mas eu não gosto... (J)

Ela ensina pra gente e pras mães que não estão alfabetizadas! (C)

Eu vou à brinquedoteca também! Participo da aula de música. Estou aprendendo a usar o computador! (F)

Tem aula de música que eu gosto muito! Eu estou aprendendo a tocar bateria! Era o meu sonho... Aqui também tem gente que vem contar história! É bom! (B)

Nessa mesma sala (refere-se à sala de aula do GACC) tem computador, tem internet, tem vídeo game, tem alguns jogos, tem televisão! Tem livro pra gente ler. (E)

Tem computador que não tem na outra escola... Tem aula de música... Tem biblioteca... Também brinquedoteca... Mas eu gosto mesmo do espaço aqui [refere-se ao espaço da classe hospitalar do GACC]. (D)

As atividades que eu faço não têm muito a ver com o que eu já estudei e, muitas vezes, são assim muito fáceis e eu, sei lá, colocaria tipo assim, desafio, que tivesse coisas que eu errasse que eu pudesse ter dificuldade, eu acho que está muito fácil, porque ela está acostumada a pegar crianças que não costumam estudar, que nunca foram à escola. (E)

Separar mais a faixa de idade por série, porque eu acho que deveria separar... Porque na verdade eu pego junto com meninos que nunca foram na escola! A classe aqui pega a partir dos dez anos, mas muitos nunca foram na escola, está estudando, às vezes alfabetização. Eu acho que precisa separar por faixa de idade. Também tinha que ter mais mesa e cadeira... Aqui tem pouca mesa e cadeira... Acho que tinha que ter mais professor. (E)

8.2.3 Categoria 3: O papel da classe hospitalar no resgate ao prazer de estudar

Falam sobre a importância das aulas na classe hospitalar.

Porque trabalha assuntos que eu estudei na outra escola e assim eu não vou esquecer esses assuntos. (A)

Porque lá no interior eu já falto à aula. Eu já perdi ano... Se aqui não fosse ter aula, aí eu não ia conseguir mais volta lá na outra escola, acompanhar a outra escola. (B)

Algumas aulas lá são faladas [refere-se à apresentação de trabalho oral] outras por escrito, e aqui é tudo por escrito, e eu gosto mais assim. (H)

Nossa e como! Ter aulas aqui é bom por que eu não fico perdido quando eu volto para a outra escola... Eu gosto da aula aqui... (D)

Ela tira as nossas dúvidas. (A)

É importante lembrar aquilo que aprendi na escola, pois quando eu voltar estudar eu já sei. (A)

É importante o estudo. (H)

Eu continuaria meu estudo mesmo se eu não fosse ganhar um diploma ou um certificado. Porque mesmo não ganhando diploma, nem certificado iria ser importante pro futuro. (H)

Ela me ajuda a estudar, a tirar minhas dúvidas e a fazer atividades. (A)

Porque se eu não tivesse aula aqui ia ser muito ruim, a gente não ia aprender. Porque quando a gente vem pra cá a gente fica sem ir à escola, e assim a gente vai escrever vai se desenvolver, vai voltar para escola e lembrar o que aprendeu. (C)

Ela ajuda também assim a gente a descobrir coisas que eu nunca tinha visto, eu sabia algumas coisas, mas não sabia outros assuntos e ela ensinou, me ajudou a aprender coisas novas. (C)

As aulas daqui me ajudam bastante! (I)

A aula daqui me ajuda muito! Porque aqui a gente fica junto com os alunos, junto com a professora. As aulas me ajudam a crescer! A conhecer mais coisa! Aí eu gosto muito da aula aqui do GACC. (G)

Ajuda muito... Aqui eu já fico mais informada e vou acabar de me informar muito lá no meu interior (refere-se à escola regular). (G)

Eu estudo porque é bom pra mim... Saber mais... Falar direito... Escrever também... Eu acho bonito falar e escrever direito... Isso me ajuda a ser uma pessoa melhor... Isso me ajuda a ajudar meus irmãos da igreja! (E)

Porque ela trata dos assuntos que lá tem [refere-se a outra escola] aí, às vezes, eu já estudei aqui o que está estudando lá na outra e fica mais fácil pra mim. (B)

É importante o estudo. Agora eu vou estudar aqui nesta escola [refere-se à escola do GACC]. (H)

Porque já aprendi mais e acaba levando... Levando o conhecimento mais das palavras. Quando eu chegar lá [refere-se à outra escola] é só mesmo terminar de estudar. (H)

Mesmo eu não gostando assim de estudar (risos) eu tenho muita curiosidade em aprender, muitas coisas (pausa), principalmente sobre cálculos (risos). (J)

Eu venho pra cá (GACC) e frequento as aulas, antes de eu fazer o curso [refere-se ao curso técnico que está cursando] eu tava sem aula, aí já que eu estava aqui eu ia pras aulas e participava, fazia as atividades. Fazia para o tempo passar, mas outras vezes eu gosto também. (E)

Cada vez que a gente estuda a gente aprende mais, faço as atividades e isso me dá alegria e estou aprendendo mais, cada vez mais, eu tento sempre fazer o melhor nas aulas daqui! (D)

Têm uns assuntos que a gente já estudou lá na 5ª série [Ensino Fundamental], aí a gente relembra e dá isso pra gente na 6ª série de novo, porque na quinta série a gente estuda os assuntos e aqui, aí só que a gente esquece! Vai esquecendo, aí aqui relembra. (D)

Aqui a gente aprende muitas coisas também, o que aprende numa escola normal, aqui também aprende bastante. (H)

Falam sobre as aulas que gostam e não gostam na classe hospitalar.

Eu gosto de fazer produção de texto, de construir cartazes, de jogar jogo como bingo, participar de dinâmicas. (A)

Gosto de ler. De dever de matemática não gosto. Gosto mais de português. (C)

Gosto de fazer cartaz, participar de dinâmica, de jogos, de produção de texto. (A)

Do bingo eu gosto! Mas, às vezes, a professora sorteia um número e faz a gente pensar em uma conta para descobrir o número que ela tirou. Assim é mais difícil! É assim oh... Ela tira o número do saco, olha o número, se o número é 25 ela não fala 25 ela faz a gente descobrir o número por uma conta... Então ela faz assim oh... 5×5 e aí a gente tenta acertar. (A)

Eu gosto mais de conversar sobre o corpo humano e sobre a dengue! (C)

Gosto de falar sobre o nosso corpo, sobre as células, acho legal. (C)

Não gosto de desenhar! (C)

Eu gosto mais de escrever do que desenhar, eu não tenho aquela prática pra desenhar! (C)

Tudo pra mim está bom aqui. (B)

Gosto de Português, Matemática, História, Ciências, Geografia. (H)

Eu gosto mais de Português! Porque é diferente dos outros. A gente aprende a falar mais direito, aprende mais do jeito de escrever. (H)

Eu não gosto de Matemática. (H)

Eu gosto muito de escrever história. Ontem eu escrevi uma sobre o sapo e a menina! A professora me ajudou! (H)

Nossa, eu gosto de História. História é bom! Matemática também! (I)

Eu também gosto de fazer pesquisa no computador! (I)

Eu gosto. Ave Maria! Eu amo. (risos)! Eu adoro estudar! (G)

Ontem ela passou uma atividade pra gente ler o texto e responder... Aí eu fiz a atividade que falava sobre digestão! Sobre alimentos e digestão! (G)

Eu gosto de fazer texto. (G)

Eu gosto de fazer, assim música, copiar música! Eu tenho um caderno de música! (G)

Só gosto de Matemática. Eu adoro fazer cálculo. História e Geografia eu não posso nem ver... É chato... Pra que eu tenho que decorar nome de gente que eu nem conheço e nome de rio, sei lá, pra que isso... Só gosto de cálculo. As outras eu só estudo mesmo porque é o jeito. (J)

Eu gosto mais de Matemática, mas às vezes eu faço uma redação (risos). (J)

Das matérias eu gosto! Somente a Matemática aquelas quatro operações básicas tudo bem, mas o restante eu não uso aquilo pra nada no meu dia a dia. (E)

Literalmente, a única coisa que eu não gosto é matemática. (E)

Uma vez num texto sobre o descobrimento do Brasil, na matéria de História, ela passou um texto pra leitura e quando eu lia o texto tinha muitas coisas que até então eu não tinha visto na outra escola sobre o descobrimento do Brasil. (E)

Só não gosto quando a atividade não tem desafio... (E)

Aqui eu já gosto de matemática, eu tenho mais facilidade pra aprender aqui. (D)

Lá tem um monte de alunos e aqui têm poucos aí fica melhor ter aula aqui... Eu aprendo melhor aqui! (D)

Dão algumas sugestões sobre as aulas na classe hospitalar.

Acho que o espaço deveria ser maior e ter mais professor... Assim pra aluno que não está alfabetizado e um professor pros alunos que já sabem ler e escrever... Sabe aqui é tudo junto! (D)

Comentam sobre como eles têm colocado essas aulas em prática na vida pessoal.

Eu gostava de jogar futebol e agora eu não posso mais... Precisa terminar o tratamento! A professora explica que também não pode tomar sol, e não pode fazer diversas coisas... E isso tudo eu aprendi na escola aqui do GACC. (D)

Os alimentos que eu como, muitas coisas. Teve uma aula que foi aqui no GACC, que falava sobre alimentos, nutrição, essas coisas! Sobre alimentos que eram bons, sobre vida saudável. Passei a ter uma alimentação mais correta. (E)

É muito importante a gente colocar em prática tudo que a gente aprende. Se não colocar, por que é que a gente vai aprender! (H)

Português mesmo, eu aprendo a ler e escrever as palavras que eu escrevo errado. Também o jeito de falar eu boto em prática. As coisas de ciências que explica a maneira que as pessoas têm que lavar as mão! É sempre bom e coloco sempre em prática as coisas que aprendo na escola! Como conversar com as pessoas, interagir com as pessoas! Também eu tento passar assim pros outros o que eu aprendo. (I)

As coisas que eu aprendo aqui na escola do GACC eu coloco em prática na vida pessoal! Porque aqui fala muito sobre sua vida pessoal. (G)

A professora aqui estuda sobre alimentação, sobre corpo humano... Como já falei, eu nem ligava pra essas coisas... Não tava nem aí... Agora eu fico atento nessas aulas. Agora eu preciso cuidar do meu corpo (pausa) Tem que comer a coisa certa... (J)

Ela deu um texto que falava sobre puberdade... É sobre adolescentes! E foi bom... É bom saber o que acontece com a gente... Essas mudanças no corpo da gente... Saber do nosso desenvolvimento... Saber dos hormônios do nosso corpo... Saber que com a doença que a gente tem o funcionamento do corpo da gente é diferente do corpo de uma pessoa que não tem a doença... Foi bom... (J)

Eu não tava nem aí pro meu corpo, pra minha alimentação... A professora aqui explica muito isso aqui pra gente... (J)

Eu coloco em prática essas coisas de ética, moral, português, ciências. Quando eu vou falar, muitas vezes, quando eu vou falar assim, conversando não ligo muito pra falar tudo certo, mas quando tipo... Como eu sou da igreja e tenho a oportunidade aí eu ligo mais pra falar bonito e tal. (E)

As atividades que eu faço de Matemática e de Português (pausa) a Matemática a gente usa pra ir no mercado, pra fazer conta... Português pra saber falar e escrever direito. (E)

O jeito de falar correto para não falar com gírias! (D)

Ciências, principalmente... Conhece mais o corpo... Alimentos que são melhores pra saúde... (D)

A professora explicou sobre os cabelos! Os cabelos iam cair tudo... A gente poderia engorda mais ou emagrecer... (J)

8.2.4 Categoria 4: O papel da classe hospitalar na reafirmação da importância da escola regular em suas vidas

Os adolescentes relatam sentir falta da escola regular e demonstram a importância de continuar os estudos.

Eu não gostava de estudar não, odiava... Depois que eu tive que vir pra cá e não podia mais ir à escola aí eu senti falta da escola. (J)

Antes eu não gostava, mas agora eu gosto. Eu sinto até falta da escola agora. (A)

No começo do tratamento era tudo bom, porque eu não gostava de estudar muito, que nem hoje (risos). Mas toda vez que eu vinha pra cá eu sentia falta da escola. (J)

Na verdade, esta semana que eu estou aqui, já estou com saudades de novo! Olha que eu nem gosto de estudar muito (risos). (J)

Tem dias que é a melhor coisa ter que deixar a escola... Mas quando você fica muito tempo aqui começa a sentir saudades... (E)

Eu gosto! Eu amo! (Risos). Graças a Deus, agora eu estou na Escola! Graças a Deus eu tenho me sentido bem, minhas notas estão ótimas, quando eu venho pra aqui mesmo a professora da outra escola justifica a falta, eu peço um atestado à médica e ela me dá o atestado, aí eu dou lá na diretoria, dou à professora, aí ela lê lá o que está escrito lá no papel, aí justifica a falta. Quando eu não vou pra escola ela já sabe que eu estou em Salvador, viajando com minha mãe pra Salvador. (G)

Eu não gosto de ficar sem aula... (G)

Eu acho que sem os estudos a gente não é ninguém nesse mundo. No mundo de hoje, sem saber ler e escrever... Eu acho que as pessoas que não sabem ler e escrever ficam perdidas nesse mundo do jeito que está hoje. As tecnologias avançando e tudo e acho que sem estudo eu estaria perdida nesse mundo também, como muitos estão perdidos. (I)

Na verdade, eu sinto, bastante falta da escola... Quando eu estou aqui mesmo, nossa, sei lá... É como se eu estivesse perdida lá com as matérias, é ruim eu sinto muita falta. (I)

Se eu pudesse não perderia um dia na escola, porque eu gosto bastante! (I)

Eu fiquei triste de deixar a escola. Mas a saúde é mais importante agora... (B)

Fico realmente triste porque, como lá eu perco muito assunto, explicação eu sinto muito perdida na sala de aula! (refere-se às aulas da escola regular). Aí isso enfraquece a gente

também, não só eu, mas todos que vem para cá, enfraquece. Muitos desistem por causa disso, mas não têm que desistir, tem que sempre estar ali, falar com o professor (refere-se ao professor da escola regular) que também tem que entender a gente. (I)

Acho que estudar é muito importante para viver no mundo de hoje. (H)

Eu gosto de estudar. Estudar é importante pra gente ser alguém na vida!(C)

Eu tive a doença e atrapalhou minhas aulas! (B)

Sabe... Eu quero ser jogador de futebol, mas eu não vou parar de estudar pra isso não. Primeiro estudar e depois eu vou querer ser jogador de futebol. O estudo é mais importante para eu ser alguém na vida e depois eu vou ser jogador de futebol também. (D)

A gente estuda pra melhorar de vida e ser alguém no futuro! Eu estudo pra ajudar meus pais no futuro... (B)

Relatam a preferência pela escola regular.

Eu prefiro ter aula na outra escola! Porque lá estuda normal e aqui no GACC tem que faltar dia, que vai pro hospital. E voltando pra lá é normal! A aula é direto. (C)

Porque lá a gente estuda mais concentrado! Lá tem uma sequência... A gente vai pra casa e estuda. Aqui é só no momento que a gente está na aula que está estudando. Aí eu acho que lá é melhor. Lá tem uma sequência! Então prefiro mais a escola de lá! Mas a escola daqui eu também gosto! (B)

Porque na outra escola a gente acaba estudando, conversando com os amigos na hora do recreio, brincando. Aqui também a gente conversa, brinca, mas é diferente da outra escola. (H)

Ah, na que eu estudo. Porque não é que aqui eu não aprenda, mas assim, aqui lembra mais o que eu estudei e tal, é tipo um reforço e lá não. Lá eu aprendo coisas novas também, não é que aqui eu não aprendo coisas novas também, mas lá é melhor, é bem melhor. (I)

Na minha escola, porque eu aprendo mais... Lá é pra nota, tem que ficar bem atenta ali naquele dever pra ter nota e aqui não, aqui você faz o dever só pra passar o tempo, só pra professora animar o paciente, fazer com que o paciente se anime naquela aula, aí ela vai ensinando aquele paciente. Conversa um pouco sobre a vida dele, aí eu acho melhor a de lá de minha cidade. (G)

Na outra escola! Mas só por causa dos amigos... E das amigas também (risos). (J)

Lá. Por que tem mais amigos. (F)

Eu ainda preferia estudar lá, porque aqui eu tenho as aulas que tenho lá... Aqui não tem muito a ver com o que tenho estudado lá, no caso as aulas de lá estão sendo mais importantes do que as aulas daqui. (E)

Porque tem mais menino [referindo-se, tanto a pessoas do sexo masculino como feminino], a gente estuda e faz trabalho em dupla, a gente aprende a apresentar trabalho lá na frente, faz prova. (C)

Eu quero voltar a estudar [refere-se à escola regular]! (H)

Se Deus quiser... Eu vou voltar para a escola depois que sair daqui! (risos). (H)

Depende das aulas! Porque se os professores fossem tudo bom, aí eu preferia lá, mas do jeito que é eu prefiro aqui. Prefiro aqui também, porque aqui tem menos aluno! Lá na outra escola também os alunos são mais bagunceiros e acaba atrapalhando quem gosta de estudar! (D)

Eu prefiro as aulas daqui! Aqui tem menos aluno... A professora dá mais atenção pra gente! (A)

Logo abaixo, destaca-se o Quadro 5, com as categorias emergidas e as falas dos adolescentes mais ilustrativas:

Categoria 1: Professor não convencional	Categoria 2: Prática pedagógica mais lúdico-educativa do que escolar	Categoria 3: O papel da classe hospitalar no resgate ao prazer de estudar	Categoria 4: O papel da classe hospitalar na reafirmação da importância da escola regular em suas vidas
<i>Eu sei que posso confiar nela! (D)</i>	<i>Aqui você faz o dever só pra passar o tempo, só pra professora animar o paciente, fazer com que o paciente se anime naquela aula, aí ela vai ensinando aquele paciente. (G)</i>	<i>Porque lá no interior eu já falto à aula. Eu já perdi ano... Se aqui não fosse ter aula, aí eu não ia conseguir mais volta lá na outra escola, acompanhar a outra escola. (B)</i>	<i>Antes eu não gostava, mas agora eu gosto. Eu sinto até falta da escola agora. (A)</i>
<i>A professora aqui é mais assim... Mais carinhosa... (F)</i>	<i>Ter aulas aqui faz a gente esquecer as coisas ruins. (A)</i>	<i>Nossa, e como! Ter aulas aqui é bom por que eu não fico perdido quando eu volto para a outra escola... Eu gosto da aula aqui... (D)</i>	<i>Eu não gosto de ficar sem aula... (G)</i>
<i>A professora quando me vê triste, ela vai até lá conversa comigo e então eu fico melhor. (A)</i>	<i>As aulas daqui são bem mais fáceis que na outra escola... (J)</i>	<i>Porque ela trata dos assuntos que lá tem (se refere a outra escola) aí, às vezes, eu já estudei aqui o que está estudando lá na outra e fica mais fácil pra mim. (B)</i>	<i>Se eu pudesse não perderia um dia na escola, porque eu gosto bastante! (I)</i>
<i>Porque ela conversa com a gente e faz a gente esquecer os momentos ruins. (A)</i>	<i>Eu gosto muito das atividades dela, são umas atividades assim... Quando a gente acaba de olhar no papel, a gente já sabe a resposta. (G)</i>	<i>A professora aqui estuda sobre alimentação, sobre corpo humano... Como já falei eu nem ligava pra essas coisas... Não tava nem aí... Agora eu fico atento nessas aulas. Agora eu preciso cuidar do meu corpo (pausa) Tem que comer a coisa certa... (J)</i>	<i>Eu prefiro ter aula na outra escola! Porque lá estuda normal e aqui no GACC tem que faltar dia, que vai pro hospital. E voltando pra lá é normal! A aula é direto. (C)</i>
<i>Só de ficar na sala com ela (a professora) já é bom! (C)</i>	<i>Eu vou à brinquedoteca também! Participo da aula de música. Estou aprendendo a usar o computador! (F)</i>	<i>Aqui a gente aprende muitas coisas também, o que aprende numa escola normal, aqui também aprende bastante. (H)</i>	<i>Se Deus quiser... Eu vou voltar para a escola depois que sair daqui! (risos). (H)</i>

Quadro 5 – Categorias de análise emergidas e as falas dos adolescentes mais ilustrativas

8.3 DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS EMERGIDAS

Retomando as categorias que emergiram, a partir desse momento, será feita uma discussão, inclusive fazendo uso de fragmentos das falas dos entrevistados (alguns já foram supracitados, porém, outros também serão utilizados) e dos referenciais que integram esta dissertação e de outros que a pesquisadora se apoiou para a compreensão das representações que adolescentes em tratamento do câncer fazem sobre a prática pedagógica do professor de classe hospitalar. Pretende-se, neste momento, fazer uma compreensão do conteúdo da fala dos sujeitos entrevistados que, entretanto, não esgota outras possibilidades.

Categoria 1: Professor não convencional

Nesta categoria, os adolescentes com câncer ao serem questionados se referiram ao professor de classe hospitalar como aquele que o escuta, que se interessa por ele e pela sua vida, de maneira a não limitar essa relação somente ao espaço educativo, ou seja, o professor adentra o universo dos adolescentes, quer conhecer sua história de vida, saber sobre sua saúde, acompanhar seu percurso, acolher suas dificuldades, compreender suas inquietações, de forma a revelar um investimento afetivo de ambas as partes.

Toda vez a professora daqui me pergunta como eu estou de saúde, o que eu estou fazendo. Pergunta como eu estou me sentindo no momento, como está a família, pergunta pelos meus pais, pergunta como estou na escola, pergunta até sobre a igreja, o que está tendo lá. (E)

Pereira (2009) encontrou os mesmos resultados na sua pesquisa, onde assinala que o professor escuta e se implica, pois escutar significa debruçar-se sobre o outro, a fim de reconhecer sua singularidade e ler sua subjetividade; é disponibilidade interna para o outro, atribuindo-lhe o lugar de sujeito. Escuta para conhecer a história de vida dos alunos, sendo que esta escuta lhe dá suporte para entender o comportamento dos educandos, compreender suas inquietações pessoais, respeitar as diferenças e adequar a proposta pedagógica às suas necessidades. O professor faz uso da escuta para levar os educandos a refletir e compreender o seu processo de amadurecimento e a construção da sua identidade e, por sua vez, ao se abrir para as revelações dos adolescentes, escuta o seu saber, driblando a relação autoritária que muitas vezes se estabelece entre ambos (professor-aluno) nos espaços formais de ensino.

Ela gosta do que faz, gosta de ensinar. Por que ela dá mais atenção pra gente, tem mais paciência! Os outros professores não [refere-se à escola regular]. Parece que eles não gostam da gente! Estão dando aula por estar! (A)

Porém, vale destacar que esta escuta não se traduz em passividade, porque escutar é intervir; é ação, é atribuição de sentido, de significação. A escuta sugere envolvimento entre as partes e investimento mútuo, o que quer dizer implicação. O pesquisador francês Renè Barbier (2002, p. 101) tece com sensibilidade os meandros desse processo, denominando-o de escuta sensível e acrescenta que “[...] implicar consiste sempre em reconhecer simultaneamente que eu implico o outro e sou implicado pelo outro na situação interativa” Tanto o educador como o educando são movidos pelo desejo de se implicarem mutuamente. A escuta sensível caracteriza-se como um movimento de escutar-ver, que se apoia na empatia, objetivando a compreensão do outro em sua totalidade.

O reconhecimento do outro, a aceitação, a confiança mútua entre quem fala e quem escuta não representam um impedimento à prática pedagógica, pois “ [...] toda prática formativa tem como objetivo ir mais além de onde está. É exatamente essa possibilidade que a prática educativa tem: a de mover-se até”. (FREIRE, 2001, p. 233)

Eu sei que posso confiar nela! (D)

Nesse sentido, a prática pedagógica aponta para uma construção coletiva que conjugue o que se escuta, de quem se escuta, como se escuta e porque se escuta, com objetivos claramente traçados, de modo que possa ser desenvolvida de forma dialógica e transformadora.

Conforme já foi exposto nesta dissertação, o autor Ceccim (1997) propõe o termo escuta pedagógica, de forma a entender que este termo diferencia-se do termo audição, pois este último se refere a um dos órgãos do sentido, à capacitação dos sons ou à sensibilidade do ouvir, enquanto que a escuta diz respeito à captação das sensações do outro, realizando a integração ouvir-ver-sentir. Nesse sentido, essa escuta é uma disposição a priori para a decifração do que é expresso por meio da fala e do que não é manifestado por meio das palavras, isto é, o não dito, sendo uma ampliação da fala para além do que é verbalizado.

O autor abordado comenta que a classe hospitalar, além de procurar fazer com que o aluno-paciente ao retornar à escola regular não esteja ou venha a se sentir em desvantagem em relação aos seus colegas, também é um espaço de expressão de sentimentos, porém, ele faz uma advertência dizendo que este último não é o principal do trabalho de um professor de

classe hospitalar, em outras palavras, para que se possa ajudar o paciente-aluno dentro do alcance pedagógico torna-se essencial a escuta de seu processo cognitivo, o que ele diz, de que forma diz, o que expressa sua escrita, como está sua vontade de aprender, quais são seus recursos de linguagem oral e escrita e com relação às operações matemáticas, em qual estágio do desenvolvimento cognitivo ele está, como está com relação aos trabalhos escolares.

Não se trata de dar dimensão pedagógica ao tratamento médico, mas incorporar à conduta terapêutica os aspectos cognitivos, afetivos e sociais e, nessa incorporação, o trabalho do professor de classe hospitalar aparece como elemento que contribui de maneira importante para a plena recuperação do paciente-aluno, pois, ao perceber que este, mesmo doente ou em tratamento de saúde, pode brincar, criar, interagir socialmente e aprender, muitas vezes, ajuda na recuperação. Ter compreensão do que acontece com ele (paciente-aluno), conhecer sua doença e o contexto o qual está inserido, seja no hospital ou em uma casa de apoio, o aluno terá uma atitude mais ativa diante da enfermidade e do tratamento da mesma, independente de suas consequências, ao invés de uma atitude passiva de vitimização.

Ela não trata a gente como coitadinho... Eu não ia participar da aula se ela tratasse a gente com pena... (J)

Ela sabe explicar e ela tem autoridade. Às vezes, tem aluno que chega com bagunça e ela fica brava... Não é porque tem essa doença que pode fazer o que quer na sala... Tem que respeitar também a professora! (D)

Vale acrescentar que esse professor não somente escuta, mas, também, faz uso do diálogo. Como já comentava Freire (2001), a relação por meio do diálogo, ou a relação dialógica, funda o ato de ensinar, que se completa em outro: no ato de aprender. Esses dois atos (ensinar e aprender) só se tornam possíveis quando não há nenhum impedimento para que o aluno expresse seu pensamento, sendo que o diálogo a ser estabelecido é aquele que garante a manutenção da identidade dos sujeitos nele engajados.

Desse modo, o aluno não é o objeto que deve ser ouvido e nem o professor o sujeito que escuta, porque ambos escutam e falam, não havendo por isso, espaço para uma fala impositiva.

A professora aqui, ela me dá muita força, quando eu não quero nada, ela explica que é bom fazer o dever, que assim eu vou me sentir melhor... Quando eu não quero fazer o dever ela senta comigo, conversa comigo, pergunta como eu estou me sentindo! Ela senta comigo e fala muita coisa para me animar. (G)

Constata-se também que a questão da escuta e do diálogo foi encontrada nas pesquisas de La Taille (2006), Buratto, Dantas e Souza (1998), e Bencini e Bordas (2007) e, onde os adolescentes que não estão em tratamento de câncer, expressam o desejo de terem professores que os escutem e os valorizem e que a escola fosse um espaço para que pudessem manifestar seus desejos e angústias. “Vocês, professores, falam em educação, em estudar, mas já se perguntaram o que estão fazendo? Vocês entram na sala de aula, fazem a chamada, não se preocupam com o aluno...” (BURATTO; DANTAS, SOUZA, 1998, p. 48)

Também nesta categoria os adolescentes com câncer evidenciaram a imagem do professor de classe hospitalar como o “bom professor”. Para eles, do ponto de vista relacional, o bom professor caracteriza-se por gostar do que faz por ser caloroso e receptivo com relação a eles e por acreditar no seu potencial, mesmo diante da doença. Assim, o bom professor consegue perceber, conviver e administrar as diferenças em sua prática, respeitando as singularidades.

Nossa, eu acho ela muito legal, eu gosto muito dela, como pessoa e como professora também. Ela é simpática, ensina bem os alunos e entende a gente também. (I)

A professora aqui gosta de ensinar! Aí eu gosto muito dela, porque ela ensina bem! Ensina bem porque ela gosta de fazer o que faz! (G)

Esta imagem do professor também foi encontrada por Lucina Rios da Silva (2009), onde a autora relata na categoria de análise professor in (completo) que os adolescentes de sua pesquisa esperam do professor ou do bom professor que este se saia bem em seu ofício, ensinando com certa competência seus conteúdos, ao passo que deve estabelecer uma relação de proximidade com seus alunos. Machado (2005) verificou esse mesmo fato em sua dissertação; na pergunta sobre quais seriam as características de um bom professor, os adolescentes descrevem um bom professor como aquele que cultiva e valoriza o relacionamento com o aluno.

Por sua vez, Luciana Rio da Silva (2009), dentro de um referencial teórico psicanalítico, explica que nessa representação de bom professor os adolescentes mostram aprovação somente pelo que consideram ser a face positiva da relação, onde o professor está sempre disposto ao atendimento do aluno, em suas necessidades e demandas. Há, por parte dos sujeitos, em relação à figura do professor, uma expectativa de completude, de professores perfeitos, capazes e competentes em suas práticas.

O jovem, pela própria condição de estar em busca da sua identidade, é sensível a toda e qualquer contradição que parte dos adultos; busca imagens ideais, isto é, adultos sem falhas como referência, fato que o leva a decepcionar-se muito frequentemente com pais e professores que podem tornar-se alvo de suas hostilidades, dado o próprio caráter da natureza humana, de ser faltosa não completa e suscetível a imperfeições. Os adolescentes parecem rejeitar os professores que não se aproximam do seu ideal de “bom professor”.

Tem professor [refere-se ao professor da escola regular] que eu não gosto! Não suporto... Não gosto porque são muito bruto, xingam a gente, não ri, são sérios, não sabem fazer brincadeiras. (C)

A fala supracitada demonstra a insatisfação que o adolescente tem com relação a algumas atitudes dos professores da escola regular. Percebem que o professor de classe hospitalar não apresenta essas atitudes de desrespeito aos alunos. Desse modo, a partir dessa relação, o professor de classe hospitalar, na percepção dos adolescentes pesquisados, torna-se referência em suas crenças, em, seus valores, em suas fantasias, em suas identificações, em suas idealizações e, muitas vezes, causa no aluno um repensar de sua forma de ver e agir. Este lugar de sujeito ocupado pelo professor move no aluno seu desejo de saber.

Meu sonho é ser professora! (F)

Também, em consonância com esta representação do bom professor, Zagury (2004) encontrou em sua pesquisa que grande parte dos adolescentes de hoje (35,6%) afirma que, em geral, não costuma ter modelos, mas, de toda forma, (13,9%) continua vendo nos professores exemplos a serem seguidos, e uma parte bem significativa (36,2%) não negou que eles continuam a influenciá-los, embora tenham tido poucos professores como modelo.

La Taille (2006) encontrou os mesmos resultados quanto ao grau de influência que os adolescentes atribuem aos seus professores, no que tange a seus valores: 52% pensam que eles possuem média influência, e 15% que eles têm muito influência. São 27% os que pensam que os professores têm pouca influência e 6% os que julgam não terem nenhuma. Mais uma vez, apenas familiares e amigos são vistos como mais influentes, sendo que instituições como a mídia e as religiões são julgadas como menos influentes. Os alunos enxergam a figura do professor como digna de confiança e dotada de saber relevante.

[...] ela me dá muitos conselhos, ela fala pra eu ir por esse caminho e eu vou. (G)

Bencini e Bordas (2007) verificaram também que os adolescentes revelam a importância de ter nos professores verdadeiros modelos para a vida e se incomodam profundamente em serem tratados aos berros ou como meros adolescentes. Até uma das adolescentes da pesquisa comenta que gostaria de ter aulas de Educação Sexual para tirar suas dúvidas, porém ela percebe que os professores morrem de medo das perguntas que os jovens fazem. Interessante é que esse fato pode ser ilustrado por um dos sujeitos deste estudo onde este manifesta a confiança de falar sobre assuntos pessoais somente com a professora de classe hospitalar.

Quando a gente quer uma explicação do professor [refere-se ao professor da outra escola], fica assim com aquela dúvida de perguntar, fico com vergonha de perguntar! Da minha vida pessoal eu não falo pra eles, se eu tiver com alguma dúvida sobre a minha vida pessoal, eu pergunto para a professora daqui. Só pergunto a ela, que aí ela me informa. (G)

[...] Converso, sobre namoro, falo tudo pra ela, ela me explica tudinho (G)

A discussão dos problemas da atividade sexual durante o tratamento de câncer e o risco de esterilidade reconhece o adolescente com suas descobertas, seus desejos e um futuro. (SCHILLER, 2000)

Outro assunto que os adolescentes com câncer demonstram ter confiança para conversar com o professor de classe hospitalar é sobre a morte.

Aí eu falei pra professora que tinha ficado muito triste que eles tinham falecido, e tudo. Ela me deu força... Ela falou que é assim mesmo, que a vida é assim, que a gente não escolhe! É ela que vem, é a morte que vem! Entendeu? Ela me deu assim, conselhos, pra eu não ficar triste, que isso acontece mesmo com as pessoas, que ninguém é pra sempre, eterno! É, foi bom conversar com ela. (I)

Schiller (2000) comenta que falar sobre a morte não aumenta a ansiedade, suaviza o isolamento e o medo e torna a doença menos temível.

Quanto à comparação que os adolescentes deste trabalho fazem com relação ao professor de classe hospitalar e o professor de escola regular pode ser explicado na pesquisa de Buratto, Dantas e Souza (1998), onde os jovens denunciam a natureza autoritária do sistema escolar e reforçam a ideia de que precisam de professores que os escutem e valorizem. Sugerem que as relações de ensino e de aprendizagem possuem forte conotação emocional e que os professores bem-sucedidos têm muitas maneiras de mostrar aos alunos que gostam de ensinar e, mais ainda, que gostam de ensinar a eles (aos alunos).

A professora aqui é mais assim... Mais carinhosa... (F)

Um ponto que chamou a atenção da autora e que se encaixa nesta categoria são as falas abaixo assinalas:

As aulas daqui são bem diferentes das aulas da outra escola. São diferentes, porque como eu falei são poucos alunos, as matérias são bem mais fáceis, como tem alunos que não sabem direito. Mas ela separa os alunos, mas mesmo assim é fácil, do que professor de verdade, que procura no livro aquele negócio difícil, mas mesmo assim é bom. (I) (grifos nossos)

Aqui a gente aprende muitas coisas também, o que aprende numa escola normal, aqui também aprende bastante. (H) (grifos nossos)

Nessas falas, percebe-se que um adolescente refere-se ao professor de escola regular como professor de verdade e o outro se reporta à escola regular como uma escola normal. Para explicar essa representação dos adolescentes busca-se ajuda na literatura e encontra-se nas falas de Ortiz e Freitas (2005, p. 90, grifos nossos) que “[...] falar em educação pautada na atenção à diversidade é falar também em práticas educativas em espaço não convencional e professor, igualmente, não convencional” (grifos meus). Também nos dizeres de Matos e Mugiatti (2008, p. 129) “[...] é de bom senso o entendimento de que o hospital ou uma casa de apoio não é uma escola”.

Portanto, no imaginário dos alunos-pacientes desta pesquisa, como o professor de classe hospitalar trabalha além do paradigma vigente da escola regular, ou seja, respeito ao ritmo próprio de cada aluno, faz uso do diálogo, da escuta, faz a vinculação dos conteúdos à realidade vivida e educa mais do que apenas ensina conceitos e noções. Estes pontos são representados pelos alunos de classe hospitalar como pontos onde professor de verdade na escola regular não apresenta essas atitudes e, portanto, isso é normal, para a escola regular. Parece que para os alunos pesquisados a prática pedagógica conservadora/tradicional (descrita no Capítulo 4) é a prática de uma escola normal, de professor de verdade, então, como agora estão vivenciando outro tipo de prática, ou seja, uma prática pedagógica emergente (descrita no Capítulo 4), eles percebem esta prática diferenciada, e que professor de verdade e escola normal, possivelmente não fazem uso dessa prática, ela somente ocorre em espaços diferenciados, como a classe hospitalar, e que o professor neste espaço é um professor não convencional, representando, dessa forma, aquilo que a literatura na área de classe hospitalar traz.

Categoria 2: Prática pedagógica mais lúdico-educativa do que escolar

Nesta categoria os sujeitos pesquisados representam as aulas na classe hospitalar como passatempo, porém a palavra passatempo possui dois sentidos. O primeiro sentido foi expresso pelos adolescentes no aspecto das aulas serem divertidas e bem mais fáceis do que na escola regular. O segundo sentido da palavra passatempo encontra-se na questão de que as atividades na classe hospitalar servem para passar o tempo; às vezes, frequentam as aulas porque estas ajudam passar o tempo, ajudam a esquecer algo ou alguma coisa que os incomoda, como esquecer da doença ou de momentos ruins. Manifestam que essas atividades são fáceis de serem executadas, mas também relatam que reconhecem a importância dessas aulas para o retorno à escola regular. Portanto, em nenhum dos dois sentidos apresentados a palavra passatempo encontra-se em conotação pejorativa.

É importante pra gente ter aula aqui... Mas eu acho mais importante porque ajuda passar o tempo! (J)

Ter aulas aqui faz a gente esquecer as coisas ruins. (A)

As aulas daqui são bem mais fáceis que na outra escola... (J)

Percebe-se que as representações dos adolescentes expressadas nesta categoria estão de acordo com as pesquisas que abordam a questão das aulas na classe hospitalar, onde o professor deve atuar com programas abertos, móveis e flexíveis, constantemente reorientados pela situação especial e individual de cada paciente-aluno. (BARROS, 1999, 2007; FONSECA, 2003, MATOS; MUGIATTI, 2008) Lembrando que esses estudos trazem a visão do adulto e não a visão do adolescente.

As pesquisadoras Ortiz e Freitas (2005), na obra *Classe hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação*, relatam uma pesquisa realizada em cinco classes hospitalares brasileiras, sendo: uma no estado do Rio de Janeiro, uma em São Paulo, uma em Santa Catarina, uma no Paraná e outra no Rio Grande do Sul.

Nesta pesquisa, avaliaram as práticas educativas que ocorrem nessas classes hospitalares, por meio do discurso dos próprios professores regentes das mesmas e averiguaram que 60% dos professores apontaram sua prática para um exercício educativo-escolar e 40% para uma oferta lúdico-educativa.

A prática educativo-escolar refere-se à prática que visa o cumprimento dos programas de ensino regular e encaminhado pelas escolas de origem do paciente-aluno, é uma vertente

com regularidade e uma responsabilidade com as aprendizagens formais, isto é, o cumprimento de conteúdos formais correspondente à proposta curricular do Estado e atividades enviadas pela escola regular do paciente-aluno ou na dificuldade de estabelecer contato com a escola, os conteúdos poderão ser elaborados pelo próprio professor de classe hospitalar, de acordo com o nível de conhecimento e aprendizagem identificado em cada aluno-paciente.

Já a prática lúdico-educativa visa à oferta de atividades que referendam o foco educativo nos pré-requisitos fundamentais: ler, escrever e contar que são trabalhados de uma forma lúdica, sempre contextualizadas e inseridas em uma vivência cotidiana. As atividades pedagógicas são pautadas na construção da leitura-escrita por meio da apresentação de textos de variados suportes como: jornais, informativos, científicos, literários. Além de gramática, ortografia, caça-palavras, cálculos a partir de necessidades diárias de utilização, jogos de matemática e criação de regras de conduta através de jogos coletivos.

Produção de texto. Quando ela lê uma história [referindo-se ao texto informativo que a professora leu sobre a dengue] e manda a gente escrever. Assim, ela leu o texto da dengue depois a gente escreveu um texto do que entendeu da dengue, e fez um cartaz da dengue. (C)

Teve uma atividade que ela fez que eu gostei muito, que ela botou a gente pra que a gente entrevistasse os profissionais, a gente saiu por aqui entrevistando o porteiro, entrevistando alguns funcionários aqui... (E)

Cabe aqui lembrar ao leitor que no Capítulo 4 desta dissertação, no item **4.3 - A importância da prática pedagógica do professor de classe hospitalar à luz da literatura** a pesquisadora relata de maneira mais aprofundada essas práticas educativas.

Desse modo, pode-se inferir por meio dos relatos dos adolescentes desta pesquisa que as aulas na classe hospitalar do GACC encontram-se, segundo o trabalho de Ortiz e Freitas, (2005) em uma oferta que abrange tanto a prática educativo-escolar como a prática lúdico-educativa; portanto, ela trabalha com uma prática lúdico-educativa e escolar. Porém, como a professora do GACC trabalha com alunos oriundos do interior do estado da Bahia, fica muito difícil estabelecer contato com a escola de origem dos alunos-pacientes. Nesse sentido, ela faz uso de materiais didáticos da própria classe hospitalar, de maneira a favorecer aos alunos o aprendizado dos conteúdos das séries que lhe correspondam e mesmo que o adolescente não esteja frequentando a escola regular, como é o caso de dois sujeitos desta pesquisa; ela promove a aprendizagem de competências próprias para os seus estágios de desenvolvimento intelectual. Destaca-se que a dificuldade que os professores de classe hospitalar encontram

para estabelecer contato com a escola de origem do aluno foi comentada por uma das professoras entrevistadas por Ortiz e Freitas (2005), e ela revela o desejo de uma maior aproximação entre a instituição hospitalar e a escolar

Os adolescentes até costumam levar seus deveres da escola regular para o GACC, mas, na maioria das vezes, somente para tirar dúvidas com a professora de lá. *Aqui eu já gosto de matemática, eu tenho mais facilidade pra aprender aqui. (D)*. Destaca-se o relato deste aluno-paciente porque no decorrer da entrevista ele disse que estava com muita dificuldade nas aulas de matemática na escola regular, e trouxe suas atividades para a classe hospitalar para a professora ajudá-lo. Outro ponto a destacar é o trato individualizado com cada aluno.

Eu não consigo ler, porque eu não enxergo bem, aí ela lê pra mim o texto, depois ela lê as perguntas e eu respondo falando, e eu acho isso importante. (B)

Como eu não enxergo bem, ela faz o número bem grande no papel! Aí eu consigo fazer a conta... (B)

Além do trato individualizado, as falas citadas bem demonstram que o professor de classe hospitalar trabalha com alunos da Educação Especial.

Voltando à pesquisa das autoras supracitadas, elas descobriram que 100% dos professores entrevistados afirmam que o acompanhamento de estudos oportunizados na classe hospitalar tem sido aproveitado pela escola regular e tem sido promovida a aprovação do paciente aluno para as séries regulares.

Porque ela está me ajudando, está me ensinando mais um pouco, porque eu não pude aprender! Eu fiquei dois anos sem ir pra escola... (B)

Pois eu vou lembrar dos assuntos que eu já estudei e assim não vou perder o ano, eu vou ter que fazer a 6ª série de novo e meus amigos foram para a 7ª. (A)

Ano passado eu fiquei seis meses sem... Afastado da escola de lá, mas o que eu tava aprendendo aqui tava passando por lá a mesma coisa, então foi fácil, eu recuperei! Eu passei de ano (J).

Vasconcelos (2006) faz um comentário sobre a prática pedagógica na classe hospitalar sobre a preocupação de que é fundamental que se estabeleça um conjunto de regras e normas, a fim de que as atividades não sejam usadas como conceito de passatempo e diversão em conotação pejorativa. As aulas devem garantir a continuidade didática dos alunos com a

incorporação e acompanhamento dos conteúdos escolares da série em que eles se encontram matriculados e oferecer situações de jogos e de recreação.

Barros (1999) concorda com a autora mencionada, mas faz um alerta aos professores de classe hospitalar sobre sua preocupação com relação às exigências escolares da escola formal ao aluno-paciente, e prescreve que a atuação pedagógica pode abranger a prática educativo-escolar e a lúdico-educativa como uma atitude de respeito ao quadro de fragilidade destes alunos, pois uma prática que toma como base uma abordagem fundamentada no lúdico também se mostra eficaz em veicular o conhecimento.

As aulas daqui são bem diferentes das aulas da outra escola. São diferentes, porque como eu falei são poucos alunos, as matérias são bem mais fáceis, como tem alunos que não sabem direito. Mas ela separa os alunos, mas mesmo assim é fácil, do que professor de verdade, que procura no livro aquele negócio difícil, mas mesmo assim é bom. (I)

As aulas da outra escola são difíceis (risos). Eu acho que são difíceis, mas mesmo assim não deixo de aprender na escola daqui! Você me entendeu? São boas as aulas daqui também. (I)

Outro ponto a destacar é que além da fragilidade da saúde do paciente aluno se as atividades estiverem muito difíceis e não interessantes os alunos não gostam de participar, conforme a fala do adolescente abaixo demonstra:

Eu não gosto de fazer atividade difícil não... Tem que pensar muito... Às vezes, eu tenho preguiça de pensar... Fico com sono... (Risos) Eu falo pra professora que vou pro quarto dormir, que eu estou com sono... Ela fala assim... Será que é sono mesmo ou será que é outra coisa? Será que é preguiça? (Risos). Às vezes, é sono, mas, às vezes, é preguiça mesmo... Num sei, mas ela sabe quando é sono e quando eu estou mentindo (risos) (A)

Portanto, as atividades na classe hospitalar precisam estar de acordo com a realidade de cada aluno e o professor deve ter o cuidado de perceber quando este está precisando voltar para o quarto ou quando a atividade desenvolvida está desinteressante ou muito difícil.

Outra autora que enfatiza a importância do uso das duas práticas é Rejane Fontes (2005, p. 23), inclusive a autora fala dos jogos no hospital que “[...] preenchem o tempo ocioso e ajudam a socializar”. Por meio do jogo, a criança compreende a importância do cuidado com o outro e também, a ética.

A gente joga o jogo Perfil para conhecer um pouco mais os colegas e para os colegas conhecer mais a gente também. A professora também joga e é legal a gente conhece mais ela também. É divertido... A gente ri muito... A gente aprende brincando o jogo. (A)

A autora mencionada faz alusão a uma criança que solicitou o trabalho com o livro didático da escola, porque estava cansada das histórias de literatura infantil disponibilizadas na classe hospitalar, então, neste caso, houve uma necessidade do paciente-aluno, que estava motivado para um trabalho com o conteúdo escolar, porém, mais sistematizado.

Pra mim o que ela tem ensinado... Sei lá, tudo isso eu já sei, não tem nada de novo. Às vezes ela bota umas leituras do texto que é novidade, porque tem algumas coisas que eu não leio, mas fora isso, as coisas que ela passa é mais pra primário, assim, aquelas atividades fáceis, aí pra mim... É só pra passar o tempo mesmo. (E)

Eu venho pra cá (GACC) e frequento as aulas, antes de eu fazer o curso (referese ao curso técnico que está cursando) eu tava sem aula, aí já que eu estava aqui eu ia pras aulas e participava, fazia as atividades. Fazia para o tempo passar, mas outras vezes eu gosto também. (E)

Fazendo um paralelo entre a criança descrita por Fontes (2005) as falas destacadas deste adolescente que está cursando o 1º ano do ensino técnico bem demonstram que ele também está precisando de atividades mais desafiadoras, que correspondam à sua realidade, pois, como está em um curso técnico, as aulas não são desafiantes para ele. Aqui fica uma sugestão para se pensar nos adolescentes que finalizaram o Ensino Médio e iniciaram outros cursos, uma Faculdade, ou até mesmo seu ingresso no mercado de trabalho; como o professor de classe hospitalar pode trabalhar de maneira a deixar as aulas mais desafiadoras para eles, pois, lembrando o leitor, eles participam das aulas mesmo assim, como foi demonstrado na categoria anterior, eles gostam de participar das aulas da classe hospitalar.

Finalizando, nessa categoria os adolescentes expressaram também a importância da prática de outros profissionais que juntamente com o professor de classe hospitalar preocupam-se com sua saúde psíquica e bem-estar.

Eu gosto de ir à biblioteca e na brinquedoteca. (H)

Tem sempre aqui no GACC teatro [voluntariado] que a gente vem assistir! É bem legal. (I)

Tem dia de segunda-feira, vem aqui um voluntário... Ele vem aqui e manda assim, a gente fazer o que a gente gosta, se a gente gosta de brincar, ensina a gente, essas coisas assim... Falar um pouquinho sobre a gente, aí a gente fala sobre um pouquinho da gente pra ele, aí ele fica contente. (G)

Tem a aula de música aqui, mas eu não gosto... (J)

Ela ensina pra gente e pras mães que não estão alfabetizadas! (C)

Eu vou à brinquedoteca também! Participo da aula de música. Estou aprendendo a usar o computador! (F)

Tem aula de música que eu gosto muito! Eu estou aprendendo a tocar bateria! Era o meu sonho... Aqui também tem gente que vem contar história! É bom! (B)

Nessa mesma sala [refere-se à sala de aula do GACC] tem computador, tem internet, tem videogame, tem alguns jogos, tem televisão! Tem livro pra gente ler. (E)

Tem computador que não tem na outra escola [refere-se à escola regular]... Tem aula de música... Tem biblioteca... Também brinquedoteca... Mas eu gosto mesmo do espaço aqui [refere-se ao espaço da classe hospitalar do GACC]. (D)

Nas falas apresentadas é possível perceber que os adolescentes expressam a importância de outras atividades propostas que enriquecem ainda mais o trabalho desenvolvido na classe hospitalar, como: computador, brinquedoteca, teatro, biblioteca, jogos, televisão, contação de histórias, a presença do voluntariado e também um sujeito mencionou a importância de se ter aula para as mães. Essa importância é mostrada por Barros (2007, p. 272):

A classe hospitalar configura-se ainda como espaço para o desenvolvimento de programas de educação em saúde, junto a pacientes e acompanhantes, tendo em vista que a referência imediata à doença é elemento motivador para a adoção de comportamentos e atitudes que promovam a saúde. O exemplo das mães dos pacientes, como alvos preferenciais da educação em saúde reprodutiva – com atividades desenvolvidas em torno das metas do planejamento familiar e da orientação sexual – é, neste sentido, ilustrativo do caráter multiplicador do atendimento nas classes hospitalares e do seu potencial sociopolítico como promotora da educação para a cidadania. Dada a condição de ociosidade experimentada por algumas mães acompanhando os filhos nos internamentos, a participação nas atividades das classes hospitalares é, por elas mesmas, almejada e requerida. Algumas experiências de incorporação das mães (em períodos mais longo de internação) às atividades das classes hospitalares têm, inclusive, logrado êxitos nas investidas de alfabetização destas mães.

O computador foi outro ponto destacado na fala dos adolescentes, inclusive um deles assinala que na sua escola de origem não há tal ferramenta para ser utilizada. Nesse sentido, a aquisição deste equipamento (tanto pela escola formal como a não formal), vem de encontro de uma maior qualificação das aprendizagens e oportuniza aos jovens, uma oferta ampliada de

atendimento, devido o acesso à informação. A questão do computador foi evidenciada nas pesquisas de Paula (2007) e Torres, P. (2007), que comentam a importância da democratização dessa ferramenta, principalmente na classe hospitalar; e nas pesquisas de Buratto, Dantas e Souza (1998) e Bencini e Bordas (2007), onde os alunos expressam a importância do acesso a essa tecnologia.

Desse modo, o professor de classe hospitalar pode aproveitar os meios de comunicação que o ambiente dispõe; os espaços que o ambiente possui; a participação dos voluntários, dos contadores de história, pois, tudo isso pode enriquecer ainda mais a importância da sua prática na classe hospitalar.

Categoria 3: O papel da classe hospitalar no resgate ao prazer de estudar

Já esta categoria revelou que as representações dos adolescentes têm uma aproximação positiva em relação aos conteúdos trabalhados na classe hospitalar, pois mostraram-se disponíveis à escolarização, afirmando que frequentam as aulas e desenvolvem as atividades propostas.

Eu gosto de fazer produção de texto, de construir cartazes, de jogar jogo, como bingo, participar de dinâmicas. (A)

Gosto de ler. De dever de matemática não gosto. Gosto mais de português. (C)

Do bingo eu gosto! Mas, às vezes, a professora sorteia um número e faz a gente pensar em uma conta para descobrir o número que ela tirou. Assim é mais difícil! É assim oh... Ela tira o número do saco, olha o número, se o número é 25 ela não fala 25 ela faz a gente descobrir o número por uma conta... Então ela faz assim oh... 5 x 5 e aí a gente tenta acertar. (A)

Eu gosto mais de conversar sobre o corpo humano e sobre a dengue! (C)

Eu gosto muito de escrever história. Ontem eu escrevi uma sobre o sapo e a menina! A professora me ajudou! (H)

Nossa, eu gosto de História. História é bom! Matemática também! (I)

Eu também gosto de fazer pesquisa no computador! (I)

Eu gosto mais de Português! Porque é diferente dos outros. A gente aprende a falar mais direito, aprende mais do jeito de escrever. (H)

Aqui [refere-se à classe hospitalar] eu já gosto de matemática, eu tenho mais facilidade pra aprender aqui. (D)

Os psicólogos Chaves e Barbosa (1998), também apoiados na teoria da representação social de Moscovici, encontraram resultado semelhante, onde as representações dos sujeitos da pesquisa, oriundos de camadas populares, têm uma aproximação positiva em relação à instituição escolar, pois se mostraram disponíveis à escolarização, estando incluído, no seu cotidiano, frequentar escolas e desenvolver as atividades escolares.

Zagury (2004) encontrou os mesmos resultados no seu estudo, onde fez uma comparação entre o que afirmavam os jovens em cada classe social e comparou as respostas para verificar diferenças importantes (em estatística, isso é denominado de cruzamento de dados). Nesse trabalho comparativo entre as classes sociais, a autora averiguou que, quanto mais baixa a classe social, maior o nível de aprovação aos conteúdos ministrados.

A autora abordada acrescenta que isso pode significar duas coisas. A primeira, que os adolescentes de nível socioeconômico mais favorecido são mais exigentes, talvez por terem seus desejos o mais das vezes satisfeitos, não dão à escola a importância que camadas menos favorecidas dão, pois, para estas a escola talvez seja ainda vista como a única oportunidade de ascensão social. (ZAGURY, 2004)

Salles (1995) e Machado (2005) respondem a hipótese de Zagury (2004), ou seja, quando perguntados se gostam de estudar, os adolescentes (nível socioeconômico menos favorecido) afirmaram gostar de estudar com a expectativa de um futuro melhor (66,7%). “Quero ser alguém na vida”. “Quero me preparar para o futuro”. (MACHADO, 2005, p. 118) Bencini e Bordas (2007) encontraram o mesmo, ou seja, os adolescentes expressaram que o melhor de ir para a escola é estudar para se ter um bom emprego. Esses dados também foram encontrados neste estudo, no que se refere à importância de estudar na classe hospitalar, ou seja, a expectativa de um futuro melhor é representada tanto na escola regular como na classe hospitalar.

Eu gosto de estudar. Estudar é importante pra gente ser alguém na vida!(C)

A gente estuda pra melhorar de vida e ser alguém no futuro! Eu estudo pra ajudar meus pais no futuro... (B)

A classe hospitalar também é representada pelos adolescentes, como instituição comprometida com o desenvolvimento da sociedade. Logo, a maioria parece ver com bons olhos o papel da classe hospitalar para seus projetos de vida. Nesse sentido, a classe hospitalar

além de ser percebida como instituição merecedora de confiança; acreditam que nela se aprendem coisas relacionadas ao progresso social e pessoal.

Os alimentos que eu como, muitas coisas. Teve uma aula que foi aqui no GACC, que falava sobre alimentos, nutrição, essas coisas! Sobre alimentos que eram bons, sobre vida saudável. Passei a ter uma alimentação mais correta. (E)

Ela deu um texto que falava sobre puberdade... É sobre adolescentes! E foi bom... É bom saber o que acontece com a gente... Essas mudanças no corpo da gente... Saber do nosso desenvolvimento... Saber dos hormônios do nosso corpo... Saber que com a doença que a gente tem o funcionamento do corpo da gente é diferente do corpo de uma pessoa que não tem a doença... Foi bom... (J)

Eu fiz um trabalho sobre a dengue aqui [refere-se à classe hospitalar] e ensinei o pessoal da minha cidade sobre como se pega dengue e como pode evitar a dengue! Eles lá não sabiam de nada que eu expliquei! Agora eles já sabem... A professora (refere-se à professora do GACC) falou que eu sou uma multiplicadora de informações... (A)

Eu coloco em prática essas coisas de ética, moral, português, ciências. Quando eu vou falar, muitas vezes, quando eu vou falar assim, conversando não ligo muito pra falar tudo certo, mas quando tipo... Como eu sou da igreja e tenho a oportunidade, aí eu ligo mais pra falar bonito e tal. (E)

Eu gostava de jogar futebol e agora eu não posso mais... Precisa terminar o tratamento! A professora explica que também não pode tomar sol, e não pode fazer diversas coisas... E isso tudo eu aprendi na escola aqui do GACC. (D)

La Taille (2006) descobriu o mesmo em sua pesquisa, onde verificou se o saber que se ensina na escola é importante para o desenvolvimento social do adolescente; 47% deles consideram que a escola ensina coisas muito importantes, e 46% coisas importantes. Questionou os jovens se o que eles aprendem na escola é relevante para o seu desenvolvimento pessoal, e 40% pensam que nas salas de aula aprendem coisas muito importantes, e 50% coisas importantes. Portanto, no que se refere à escola, julgam que nela se aprendem coisas relacionadas ao progresso social e pessoal.

Poucos conteúdos foram criticados pelos adolescentes desta pesquisa, e essas críticas mostraram a importância de práticas que partam do seu contexto real, que sejam motivadoras e atendam às suas necessidades específicas.

Eu não gosto de Matemática (H)

Gosto de ler. De dever de Matemática não gosto. Gosto mais de Português. (C)

Só não gosto quando a atividade não tem desafio... (E)

Das matérias eu gosto! Somente a Matemática aquelas quatro operações básicas tudo bem, mas o restante eu não uso aquilo pra nada no meu dia a dia. (E)

Só gosto de Matemática. Eu adoro fazer cálculo. História e Geografia eu não posso nem ver... É chato... Pra que eu tenho que decorar nome de gente que eu nem conheço e nome de rio, sei lá, pra que isso... Só gosto de cálculo. As outras eu só estudo mesmo porque é o jeito. (J)

Falas semelhantes foram encontradas por Zagury (2004, p. 47): “Números primos, produtos notáveis, m.d.c., m.m.c., equações – ah não, eu não dou pra matemática”. “Geografia é um monte de ‘decoreba’...”.

Igualmente a esses resultados, as pesquisas de Buratto, Dantas e Souza (1998) e Luciana Rios da Silva (2009) identificaram que os adolescentes solicitam práticas que proporcionem significado para o conteúdo, práticas que partam do contexto real no qual estão inseridos e que essas práticas sejam desafiadoras, para que eles tenham motivação para realizá-las.

Uma vez num texto sobre o descobrimento do Brasil na matéria de História, ela [se refere à professora de classe hospitalar] passou um texto pra leitura e quando eu lia o texto tinha muitas coisas que até então eu não tinha visto na outra escola sobre o descobrimento do Brasil. (E)

Parece que as pesquisas, além de mostrarem a importância de práticas que partem do contexto real dos alunos, que são motivadoras e atendem de fato a eles e suas necessidades específicas, evidenciam uma missão muito complexa para o professor: a de controlar o incontrolável, ou seja, como agradar todos os alunos se cada um possui uma singularidade, uma história de vida? Para isso torna-se importante que o professor não tenha a pretensão de assumir total controle de suas ações sobre os alunos, visto que, cada um possui um contexto histórico.

Assim, o professor vive a ambiguidade, porque esbarra nos limites da influência de um sujeito sobre um outro, das singularidades impossíveis de se desvelarem. Nesse sentido, o professor precisa estar aberto para o diálogo, assumindo-se como um sujeito que também está aprendendo que não é o detentor de todo o saber. Essa postura abre espaço para seus alunos se manifestarem, incluindo em sua prática a dimensão do desejo. (SILVA, L., 2009)

Às vezes, a professora daqui [refere-se à professora do GACC] pede pra pesquisar no computador sobre alguma coisa... Tipo assim... Quando a gente lê o texto e tem alguma coisa que a gente não sabe... E nem a professora sabe (risos)... A gente procura junto, procura no computador, nos livros! (J)

E por falar nesta prática do professor que abre espaço para seus alunos se manifestarem, os sujeitos deste estudo revelaram algumas sugestões de mudanças para a classe hospitalar.

Acho que o espaço deveria ser maior e ter mais professor... Assim pra aluno que não está alfabetizado e um professor pros alunos que já sabem ler e escrever... Sabe, aqui é tudo junto! (D)

As atividades que eu faço não têm muito a ver com o que eu já estudei e, muitas vezes, são assim muito fáceis e eu, sei lá, colocaria tipo assim, desafio, que tivesse coisas que eu errasse que eu pudesse ter dificuldade, eu acho que está muito fácil, porque ela está acostumada a pegar crianças que não costumam estudar, que nunca foram à escola. (E)

Separar mais a faixa de idade por série, porque eu acho que deveria separar... Porque na verdade eu pego junto com meninos que nunca foram na escola! A classe aqui pega a partir dos 10 anos, mas muitos nunca foram na escola, está estudando, às vezes alfabetização. Eu acho que precisa separar por faixa de idade. Também tinha que ter mais mesa e cadeira... Aqui tem pouca mesa e cadeira... Acho que tinha que ter mais professor. (E)

As mudanças sugeridas bem demonstram que os alunos-pacientes desejam fazer com que a classe hospitalar fique mais parecida com o ambiente de uma escola regular, ou seja, trazer um pouco mais de normalidade a um espaço cheio de adversidade, pois o tema escola aparece, para o aluno-paciente, como referência à vida normal e saudável e à identidade dos alunos que são saudáveis e, portanto, estão fora da casa de apoio. Ou seja, não é o espaço maior, mais mesas e cadeiras, mais professores, separar os alunos por idade ou séries, ou atividades difíceis, que eles estão procurando, mas sim um local anunciador de liberdade, embora que provisório, das rotinas da casa de apoio e do doloroso tratamento de câncer: para estabelecer o novo, a criatividade, a autorização de ser desafiado e se desenvolver no contato com o saber. A classe hospitalar, portanto, apresenta-se para o aluno-paciente como mobilizadora da construção de modos positivos de vida.

O desejo de que a classe hospitalar fique mais parecida com a sala de aula de uma escola regular vem envolta em uma significação que a escola assume para o aluno-paciente. Ela é visualizada como um lugar de trânsito permitido de entradas e saídas, contrastando com o confinamento de uma casa de apoio, e ainda trazem em seu bojo uma aceitação social garantida pelas representações construídas pela sociedade de que, na escola regular, circulam

os alunos saudáveis. Dessa forma, para os adolescentes com câncer, o estudar emerge como um bem da pessoa sadia e um bem que ela pode resgatar para si mesma como um vetor de saúde no engendramento da vida, mesmo em face da doença.

Categoria 4: O papel da classe hospitalar na reafirmação da importância da escola regular em suas vidas

É interessante destacar, nesta última categoria, que mesmo com todas as críticas que os adolescentes com câncer manifestaram com relação à escola regular, na verdade ela é vista por eles com bons olhos, ou seja, os sujeitos pesquisados vivenciam o afastamento da escola de maneira negativa. Como já foi discutido no Capítulo 3, desta dissertação, no item 3.6. **O significado do abandono escolar para adolescentes com câncer**, uma das maiores lesões do câncer para o jovem é a ruptura da vida escolar. (SCHILLER, 2000)

É bem provável que na escola regular, na hora da aula, uma parte deles se sinta aborrecida ou dispersa ou sem interesse, mas a verdade é que a escola, os professores e os estudos têm importância reconhecida pelos jovens.

Têm dias que é a melhor coisa ter que deixar a escola... Mas quando você fica muito tempo aqui começa a sentir saudades... (E)

Eu não gostava de estudar não, odiava... Depois que eu tive que vir pra cá e não podia mais ir à escola aí eu senti falta da escola. (J)

Eu fiquei triste de deixar a escola. Mas a saúde é mais importante agora... (B)

Fico realmente triste porque, como lá eu perco muito assunto, explicação eu sinto muito perdida na sala de aula! [refere-se às aulas da escola regular]. Aí isso enfraquece a gente também, não só eu, mas todos que vêm para cá, enfraquece. Muitos desistem por causa disso, mas não têm que desistir, têm que sempre estar ali, falar com o professor [refere-se ao professor da escola regular] que também tem que entender a gente. (I)

Essas falas podem induzir o leitor a acreditar que os adolescentes com câncer somente estão valorizando a escola, os professores e os estudos porque foram obrigados a romper com ela devido ao tratamento e às constantes internações. Até certo ponto isso pode ser verdade mesmo, pois alguns dizeres evidenciam esse fato: *Antes eu não gostava, mas agora eu gosto. Eu sinto até falta da escola agora. (A). Na verdade, esta semana que eu estou aqui, já estou com saudades de novo (refere-se à escola regular)! Olha que eu nem gosto de estudar muito (risos). (J).* Porém, as pesquisas de Buratto, Dantas e Souza (1998), Zagury (2004), La Taille (2006), Bencini e Bordas (2007) encontraram na fala de adolescentes que não estão em

tratamento de câncer os mesmos resultados desta pesquisa, ou seja, eles também fazem suas críticas, mas valorizam a escola: “A escola é boa, nós queremos estudar, valorizamos os professores, mas há muita coisa que queremos melhorar [...]”. (ZAGURY, 2004, p. 67)

A escola, muitas vezes, é tida como uma forte aliada na manutenção da escolaridade do aluno doente. Alguns jovens percebem o esforço por parte dela (escola) para a continuidade da sua escolarização, seja por parte da diretoria da escola, que facilita a situação do aluno-paciente dentro da instituição (abolindo suas faltas e facilitando sua aprovação), como também por parte das professoras que se empenham para amenizar o prejuízo do seu aluno doente.

Eu gosto! Eu amo estudar! (Risos). Graças a Deus, agora eu estou na Escola! Graças a Deus eu tenho me sentido bem, minhas notas estão ótimas, quando eu venho pra aqui mesmo a professora da outra escola justifica a falta, eu peço um atestado à médica e ela me dá o atestado aí eu dou lá na diretoria, dou à professora, aí ela lê lá o que está escrito lá no papel, aí justifica a falta. Quando eu não vou pra escola ela já sabe que eu estou em Salvador, viajando com minha mãe pra Salvador. (G)

Eles (refere-se aos professores da escola regular) estão me ajudando apoiando, às vezes até “passando a mão na cabeça”, algumas vezes quando eu falto aula pra vim pra cá fazer o tratamento eles não reclamam e dizem que pode faltar. (E)

Um fato muito importante a destacar é que quando os jovens desta pesquisa expressaram a visão positiva da escola regular também representaram a classe hospitalar do GACC como uma escola não convencional:

[...] não é que aqui (refere-se à classe hospitalar) eu não aprenda, mas assim, aqui lembra mais o que eu estudei e tal, é tipo um reforço e lá (se refere à escola regular) não. Lá eu aprendo coisas novas, não é que aqui eu não aprendo coisas novas também, mas lá é melhor, é bem melhor. (I) (grifos meus)

Na minha escola, porque eu aprendo mais... Lá é pra nota, tem que ficar bem atenta ali naquele dever pra ter nota e aqui não, aqui você faz o dever só pra passar o tempo, só pra professora animar o paciente, fazer com que o paciente se anime naquela aula, aí ela vai ensinando aquele paciente. Conversa um pouco sobre a vida dele, aí eu acho melhor a de lá de minha cidade. (G)

Porque tem mais menino (referindo-se tanto a pessoas do sexo masculino como feminino), a gente estuda e faz trabalho em dupla, a gente aprende a apresentar trabalho lá na frente, faz prova. (C)

A fala do sujeito que indica que a classe hospitalar [...] *é tipo um reforço [...] (I)*, faz com que o sujeito represente a classe hospitalar como uma “banca”, isto é, banca é

popularmente conhecida no estado da Bahia como escolas de “fundo de quintal” ou aulas particulares extras que são pagas para reforçar o estudo de conteúdos escolares quando o aluno encontra-se com dificuldade de aprender. Em outras palavras, é um ensino não oficial.

Esse mesmo resultado foi verificado na pesquisa de Vasconcelos (2006), onde os adolescentes com câncer, que tinham atendimento pedagógico no leito de um hospital, expressaram que não percebem a classe hospitalar como escolarização, mas aceitam e até mesmo solicitam a presença do professor junto a eles. Esse fato, segundo a autora, apareceu como um paradoxo no início, porém ela pôde verificar que ao escutar esses adolescentes, o que pareceu ser uma contradição era lógico para eles, ou seja, os jovens pacientes demonstraram um forte desejo de falar sobre a situação que estavam vivenciando e sobre suas próprias histórias. Desse modo, a prática do professor de classe hospitalar era solicitada por eles, como uma forma de ter alguém junto deles exterior ao serviço médico e familiar que lhes garantissem a manutenção de sua identidade escolar, sendo esta, tida como principal identidade social.

Aqui você faz o dever só pra passar o tempo, só pra professora animar o paciente, e conversar um pouco sobre a vida dele! (G)

Ter aulas aqui é bom por que eu não fico perdido quando eu volto para a outra escola... (D)

Outro ponto que foi evidenciado pelos alunos é a questão da sequência das aulas, ou seja, como a literatura da área enfatiza; cada dia de trabalho na classe hospitalar se constrói com atividades que possuem começo, meio e fim quando desenvolvidas, em outras palavras, o professor pode planejar, contudo o aluno recebe alta e, novos alunos, com outras necessidades chegam, então, um novo planejamento precisa ser elaborado. A carga horária não é a mesma de uma escola regular, pois com as saídas para se fazer o tratamento da doença, isso nem sempre é possível e, muitas vezes, o aluno precisa voltar para o quarto devido a uma indisposição.

Eu prefiro ter aula na outra escola! Porque lá estuda normal e aqui no GACC tem que faltar dia, que vai pro hospital. E voltando pra lá é normal! A aula é direto. (C)

Porque lá a gente estuda mais concentrado! Lá tem uma sequência... A gente vai pra casa e estuda. Aqui é só no momento que a gente está na aula que está estudando. Aí eu acho que lá é melhor. Lá tem uma sequência! Então prefiro mais a escola de lá! Mas a escola daqui eu também gosto! (B)

Também fica explícito na fala dos adolescentes que a classe hospitalar tem um caráter de transitoriedade, e que o tratamento de câncer se constitui em ritos provisórios.

Eu quero voltar a estudar (refere-se à escola regular)! (A)

Se Deus quiser... Eu vou voltar para a escola depois que sair daqui! (risos). (H)

Os colegas da escola regular também foram bem representados nas falas dos jovens com câncer.

Eu prefiro a outra escola! Mas só por causa dos amigos... E das amigas também (risos). (J)

Prefiro ter aula lá na outra escola! Porque tem mais amigos. (F)

Porque na outra escola a gente acaba estudando, conversando com os amigos na hora do recreio, brincando. Aqui também a gente conversa, brinca, mas é diferente da outra escola. (H)

Machado (2005), em sua pesquisa encontrou os mesmos resultados e explica que os adolescentes, muitas vezes, sentem-se motivados para ir à escola devido a um bom relacionamento social com os colegas e também porque estes são responsáveis em ajudá-los com as matérias escolares. Esses dados indicam que os amigos têm, possivelmente, um papel importante na motivação e no desenvolvimento e aprendizagem dos alunos.

Além da importância supracitada pelo autor, destacam-se as paqueras e os amores da adolescência. *Eu prefiro a outra escola! Mas só por causa dos amigos... E das amigas também (risos). (J)*

Aberastury de Pichon Riviere e Knobel (1992), já discutidos no Capítulo 2, ressaltam a importância do relacionamento com os colegas, pois o adolescente precisa se identificar com um grupo para ter mais segurança e autoestima. Dentro de um grupo, os integrantes se fortalecem mediante uma identidade padrão, e este processo representa uma transição entre a família e o mundo exterior, durante a formação da identidade do indivíduo. Consegue uma maior independência dos pais e, conseqüentemente, a independência do próprio grupo.

Somente dois sujeitos deste estudo relataram ter preferência em estudar na classe hospitalar do que na escola regular:

Depende das aulas! Porque se os professores fossem tudo bom aí eu preferia lá, mas do jeito que é eu prefiro aqui. Prefiro aqui também, porque aqui tem menos aluno! A professora dá mais atenção pra gente! Lá na outra escola também os alunos são mais bagunceiros e acaba atrapalhando quem gosta de estudar! (D)

Eu prefiro as aulas daqui! Aqui tem menos aluno... A professora dá mais atenção pra gente! (A)

Porém, essas falas evidenciam que as escolas regulares precisam rever alguns pontos, que são: como lidar com os alunos desinteressados, com o excesso de alunos e com professores mal preparados e qualificados para o exercício da profissão.

Esses aspectos foram encontrados nas pesquisas de Bencini e Bordas (2007), onde os jovens relatam que muitas vezes possuem raiva de ir para a escola, porque há muita gente que não quer saber de nada e percebem que alguns alunos somente pensam em destruir a escola e agredir os alunos que querem aprender. Nas pesquisas de Buratto, Dantas e Souza (1998) onde os adolescentes criticam a bagunça, a falta de respeito e integração de alguns colegas. As salas de aula lotadas que dificultam o trabalho do professor. E os professores desinteressados e desmotivados. “O que dizer de professores que não dão aula, entra na sala, falam 15 minutos e vão embora?”. (BURATTO; DANTAS; SOUZA, 1998, p. 50)

Portanto, aqui fica o recado dos adolescentes que estão em tratamento de câncer para as escolas regulares, ou seja, alguns pontos precisam ser avaliados e melhorados.

8.3.1 Conclusões

Percebe-se que as quatro categorias que emergiram neste estudo aparecem de modo entrelaçado, uma dando suporte à outra, permitindo possibilidades de intercâmbio entre si, ou seja, os adolescentes representaram a figura do professor de classe hospitalar como um *professor não convencional*, pois ele escuta, dialoga, entende o que estão vivenciando, quer saber sobre sua vida, se importa com sua saúde, é uma pessoa em quem se pode confiar, sendo disponibilidade do professor de classe hospitalar para o adolescente inerente à sua profissão. Ele faz bem para sua saúde: só de estar na aula com o professor o adolescente sente-se bem. O professor não os trata com pena ou como vítimas. Esse *professor não convencional* faz uso de uma *prática pedagógica mais lúdico-educativa do que escolar* (no sentido tradicional), que torna as aulas mais divertidas, mais fáceis. Às vezes, a participação

das aulas é mais para passar o tempo, para esquecer os momentos ruins, para esquecer da doença. Por isso, talvez, reconhecem a importância dessa prática para o retorno à escola regular, até mesmo criticam quando as aulas estão muito fáceis e pedem que estas sejam mais desafiadoras, pois, independente da atividade, os adolescentes querem estar na aula com o professor. O professor parece ser o seu apoio, aquele em que se pode contar. Mas, alguns adolescentes fazem um alerta; as atividades desenvolvidas na classe hospitalar não podem ser muito difíceis, porque dá sono, preguiça e vontade de desistir e voltar para o quarto.

Também, os adolescentes valorizam *o papel da classe hospitalar no resgate ao prazer de estudar* e para suas expectativas futuras, expectativas de um futuro melhor, da garantia de serem alguém na vida. Além das expectativas futuras, valorizam a importância do conteúdo trabalhado na classe hospitalar no momento presente, com relação aos assuntos que costumam aplicar na vida pessoal e social, conteúdos estes mais voltados para sua saúde e bem-estar, pois, se antes esses aspectos não eram valorizados pelos adolescentes, agora devido à doença e o tratamento passaram a fazer parte de sua vida. Valorizam outras atividades e profissionais que juntamente com o professor de classe hospitalar contribuem para a melhora da sua saúde e minimizam o estresse do tratamento da doença. Fazem críticas com relação à classe hospitalar, dizendo que esta pode ser um lugar maior, com mais professores e dividir os alunos por idade e necessidades específicas. Essas críticas podem até mesmo estar escondendo o desejo oculto dos adolescentes de que a classe hospitalar fique mais parecida com a sala de aula de uma escola regular e trazer um pouco mais de normalidade a um espaço cheio de adversidade.

Enfim, *professor não convencional*, que faz uso de uma *prática pedagógica mais lúdico-educativa do que escolar*, e o adolescente reconhece a *importância dessa classe hospitalar*, contudo, a imagem que faz dela é de uma *escola não convencional*, pois ela é tipo um reforço escolar, não tem uma sequência didática como na escola regular, não tem muitos amigos e amigas, não tem prova, tem a adversidade do espaço classe hospitalar onde o adolescente muitas vezes precisa deixar a atividade que estava fazendo para ir ao hospital, porém, a classe hospitalar é um incentivo para que ele não desanime com o tratamento, um espaço de aprendizado estratégico, com uma abordagem individualizada, que o ajuda, muitas vezes, a aprender melhor. O adolescente não desmerece esse valor, mas sabe distinguir muito bem uma escola regular de uma classe hospitalar.

Na verdade, na fala do adolescente, fica explícito que a classe hospitalar tem um caráter de transitoriedade, e que esta favorece o seu aprendizado escolar, mas não é responsável em dar continuidade à sua vida escolar, essa continuidade somente será alcançada

no retorno à escola regular. Escola regular esta que mesmo com todos os seus problemas e críticas, ainda é detentora de uma visão positiva pelos adolescentes, estejam estes em tratamento de câncer ou não, em especial para os adolescentes desta pesquisa, que não só revelaram uma visão positiva da escola regular como também o tão almejado retorno a ela.

Resumidamente, as representações evidenciadas pelos sujeitos desta pesquisa demonstram que o professor de classe hospitalar é um *professor não convencional*, que faz uso de uma *prática pedagógica mais lúdico-educativa do que escolar*. Os adolescentes reconhecem a *importância da classe hospitalar*, porém ela é vista como uma *escola não convencional*.

8.3.2 Continuando a discussão

Como bem explicado ao leitor, a pesquisadora teve dificuldades em encontrar pesquisas sobre o tema proposto para estudo. Somente o artigo de Vasconcelos (2006) trazia a representação que o adolescente com câncer faz acerca da prática pedagógica do professor de classe hospitalar, e seu estudo ocorreu nos leitos de um hospital e não em uma classe hospitalar que funciona em uma casa de apoio. A literatura sobre classe hospitalar foi muito utilizada para a discussão dos resultados, todavia trazendo como foco a visão do adulto e não do próprio aluno-paciente.

Esta dissertação também teve como referência, outros estudos realizados sobre como o adolescente percebe a escola e a prática pedagógica do professor neste espaço. Estudos com adolescentes que não estão em tratamento de câncer e também nem todos esses trabalhos trouxeram em seu bojo a teoria das representações sociais, e todas essas referências contribuíram para os achados encontrados nesta pesquisa.

Portanto, tendo como referência os estudos anteriormente realizados, esta pesquisa contribuiu com dados que confirmam os resultados de outros autores da literatura científica nacional, proporcionando também novas informações sobre a classe hospitalar e a prática pedagógica do professor neste espaço e, para além dos objetivos propostos neste trabalho, trouxe informações pertinentes para a escola regular.

Os resultados deste estudo apontaram que o professor de classe hospitalar é representado pelos adolescentes com câncer como um professor não convencional, que confirma a indicação de Ortiz e Freitas (2005, p. 90), onde “[...] falar em educação pautada na

atenção à diversidade é falar também em práticas educativas em espaço não convencional e professor, igualmente, não convencional”.

Os resultados confirmam a indicação do pesquisador Ceccim (1997), sobre a importância da escuta pedagógica na classe hospitalar, escuta esta que vai além das vozes, ela interpreta o desejo, o olhar e a dor. Lê nas entrelinhas dos movimentos à sua volta, visualizando a esperança que o aluno-paciente tem em viver. Escuta que adentra o universo do paciente-aluno, em querer conhecer sua história de vida, de maneira a acolher suas dificuldades e compreender suas inquietações.

Também confirma as pesquisas de Buratto, Dantas e Souza (1998), Zagury (2004), La Taille (2006), Bencini e Bordas (2007), Pereira (2009), Silva, L. (2009) e sobre a questão da escuta, no sentido de que os adolescentes que não estão em tratamento de câncer, expressam a importância de serem ouvidos e valorizados e que a relação professor-aluno não deve se limitar somente ao espaço educativo.

Verificou-se neste estudo, que o professor é uma figura de apoio para o adolescente com câncer, é uma pessoa em quem eles confiam e conversam sobre assuntos que, muitas vezes, não fariam com outras pessoas, como sexo, namoro e morte. Esses pontos certificam as pesquisas de Zagury (2004), Machado (2005), La Taille (2006) e Silva, L. (2009) e, sobre a influência e a importância que os professores têm sobre os jovens, sendo que muitos são vistos como verdadeiros “modelos” para a vida deles.

As falas dos sujeitos pesquisados confirmaram as pesquisas na área da classe hospitalar (BARROS, 1999, 2007; FONSECA, 2003; FONTES, 2005; MATOS; MUGIATTI, 2008), onde o professor deve atuar com programas abertos, móveis e flexíveis, constantemente reorientados pela situação especial e individual de cada paciente-aluno.

Comprovam os dizeres de Barros (1999) e Fontes (2005), que a prática pedagógica do professor de classe hospitalar que toma como base uma abordagem fundamentada no lúdico também se mostra eficaz em veicular o conhecimento e que cuidados precisam ser tomados com relação às exigências escolares da escola formal.

Esta pesquisa averiguou que os adolescentes com câncer têm uma aproximação positiva em relação aos conteúdos trabalhados na classe hospitalar, pois se mostraram disponíveis à escolarização expressando que frequentam as aulas e desenvolvem as atividades propostas. Este aspecto foi verificado por Chaves e Barbosa (1998), Zagury (2004), Machado (2005), Bencini e Bordas (2007) e de que alunos oriundos de camadas populares têm uma visão positiva em relação à instituição escolar e com as atividades desenvolvidas neste espaço.

A confirmação supracitada está interligada à questão de que alunos de nível socioeconômico menos favorecido afirmam gostar de estudar com expectativa de ter um bom emprego e ser alguém na vida. Esse ponto foi evidenciado pelos sujeitos desta pesquisa e, portanto, confirmam os achados de Salles (1995), Zagury (2004), Machado (2005), Bencini e Bordas (2007). Desse modo, tanto os adolescentes deste estudo como os adolescentes que não estão em tratamento de câncer e que foram pesquisados pelos autores mencionados, representam simbolicamente os estudos como uma garantia de um futuro melhor.

Além das expectativas futuras, o aluno-paciente relatou a importância do conteúdo trabalhado na classe hospitalar com relação aos assuntos que costumam aplicar na vida pessoal e social, conteúdos estes mais voltados para sua saúde e bem estar, pois, alguns deles relataram que esses aspectos não eram valorizados, porém, devido à doença e ao tratamento passaram a fazer parte de sua vida.

Nesse sentido, a classe hospitalar, foi representada pelos adolescentes, como instituição comprometida com o desenvolvimento da sociedade, pois a maioria percebe com bons olhos o papel dela para seus projetos de vida. O mesmo foi verificado nas pesquisas de La Taille (2006), porém, com adolescentes da escola regular que assinalam que o saber que se aprende na escola é importante para seu desenvolvimento pessoal e social.

Poucos conteúdos trabalhados na classe hospitalar, foram criticados pelos adolescentes deste estudo, e essas críticas mostraram a importância de práticas que partam do seu contexto real, que sejam motivadoras e atendam às suas reais necessidades. Esses resultados são confirmados por Zagury (2004) em pesquisas com adolescentes da escola regular.

A importância da prática de outros profissionais que juntamente com o professor de classe hospitalar preocupa-se com a saúde psíquica e bem estar do paciente-aluno foi mencionada como: computador, brinquedoteca, teatro, biblioteca, jogos, televisão, contação de histórias, a presença do voluntariado e também um sujeito mencionou a importância de se ter aula para as mães. Dados estes verificados por Barros (2007), Paula (2007) e Torres (2007).

As falas dos adolescentes com câncer evidenciaram que as escolas regulares precisam rever alguns pontos, a saber: como lidar com os alunos desinteressados, com o excesso de alunos nas classes e com professores mal preparados e qualificados para o exercício da profissão. Aspectos estes que confirmam os achados de Bencini e Bordas (2007) e Buratto, Dantas e Souza (1998), em pesquisas com jovens que não estão em tratamento de câncer acerca da escola regular.

Os achados deste estudo, muitos dos quais podem estar representando novas informações sobre as representações que adolescentes com câncer fazem acerca da prática pedagógica do professor de classe hospitalar, contribuíram para a literatura, indicando que o professor deve pensar em atividades mais desafiadoras para os sujeitos que finalizaram o ensino médio e iniciam um curso técnico, uma faculdade ou até mesmo o ingresso no mercado de trabalho, pois um dos sujeitos deste estudo reclamou das atividades fáceis, que ele gosta de atividades desafiadoras. Porém, ele expressa que independente da atividade ter desafio ou não, ele participa das aulas mesmo assim, ele gosta e quer estar na aula junto da professora.

Outro dado encontrado nesta pesquisa é que os adolescentes relatam que participam das aulas para esquecer os momentos ruins ou esquecer a doença, é um espaço para que possam se divertir passar o tempo e estar na presença do professor, que é uma figura de apoio e confiança, portanto, este espaço representa para eles, um espaço de vida, um espaço que contribui para a melhora da sua saúde e para minimizar o estresse causado pela doença. Dessa forma, mais uma vez fica o alerta com práticas pedagógicas que valorizam somente as exigências formais de uma escolar regular. As atividades na classe hospitalar devem estar de acordo com a disposição, com o estado de saúde e a realidade de cada aluno.

Um aspecto interessante manifestado pelos adolescentes deste estudo são as críticas que eles fazem com relação à classe hospitalar, mas as mudanças relatadas bem demonstram que os alunos-pacientes desejam fazer com que a classe hospitalar fique mais parecida com o ambiente de uma escola regular, ou seja, trazer um pouco mais de normalidade a um espaço cheio de adversidade, pois o tema escola aparece, para o aluno-paciente, como referência à vida normal e saudável e à identidade dos alunos que são saudáveis e, portanto, estão fora da casa de apoio. Ou seja, não é o espaço maior, mais mesas e cadeiras, mais professores, separar os alunos por idade ou séries, ou atividades difíceis, que eles estão procurando, mas sim um local anunciador de liberdade, embora que provisório, das rotinas da casa de apoio e do doloroso tratamento de câncer: para estabelecer o novo, a criatividade, a autorização de ser desafiado e se desenvolver no contato com o saber. A classe hospitalar, portanto, apresenta-se para o aluno-paciente, como mobilizadora da construção de modos positivos de vida.

Finalmente, a classe hospitalar é representada pelos sujeitos deste estudo como uma escola não convencional. Representada como um espaço tipo uma “banca”, que é popularmente conhecida no estado da Bahia como escolas de “fundo de quintal” ou aulas particulares extras que são pagas para reforçar o estudo de conteúdos escolares que o aluno encontra-se com dificuldade de aprender. Em outras palavras, é um ensino não oficial, pois,

para os adolescentes ela não tem uma sequência didática como na escola regular, não tem muitos amigos e amigas, não tem prova, ela tem a adversidade do espaço classe hospitalar onde o adolescente muitas vezes precisa deixar a atividade que estava fazendo para ir ao hospital.

Porém, a classe hospitalar é um incentivo para que ele não desanime com o tratamento, um espaço de aprendizado estratégico, com uma abordagem individualizada, que o ajuda, muitas vezes, a aprender melhor. O adolescente não desmerece esse valor, mas sabe distinguir muito bem uma escola regular de uma classe hospitalar. Escola regular esta que mesmo com todos os seus problemas e críticas, ainda é detentora de uma visão positiva pelos adolescentes, estejam estes em tratamento de câncer ou não.

Pôde-se perceber que na fala dos adolescentes fica explícito que a classe hospitalar tem um caráter de transitoriedade, e que esta favorece o seu aprendizado escolar, mas, não é responsável em dar continuidade à sua vida escolar, essa continuidade somente será alcançada no retorno à escola regular. Esse mesmo resultado foi verificado na pesquisa de Vasconcelos (2006), onde os adolescentes com câncer, que tinham atendimento pedagógico no leito de um hospital, expressaram que não percebem a classe hospitalar como escolarização, mas aceitam e até mesmo solicitam a presença do professor junto a eles.

Em síntese, os presentes dados proporcionaram informações sobre as representações sociais que adolescentes em tratamento do câncer fazem acerca da prática pedagógica do professor de classe hospitalar. Essas informações são similares e complementares a resultados obtidos por outros pesquisadores no Brasil, tanto pesquisadores da área da classe hospitalar como não. Contudo, devido ao tamanho limitado da amostra, é de grande importância que sejam realizados outros estudos, em mais hospitais e casas de apoio, de maneira a visar à abrangência dos resultados aqui apresentados e gerar uma visão mais ampla sobre o assunto.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pior pecado: satisfazer-se com os resultados adquiridos: não querer caminhar mais. Crer que já chegamos ao cimo da montanha.

Rose Marie Muraro

O presente estudo teve como objetivo identificar as representações sociais que adolescentes em tratamento do câncer fazem acerca da prática pedagógica do professor de classe hospitalar, se tal prática contribui para a continuidade da sua vida escolar; bem como se contribui para minimizar o estresse do tratamento da doença e para a melhora da sua saúde.

Por meio da análise do conteúdo das falas dos sujeitos, foi possível conhecer suas representações sociais que se encontraram ancoradas em quatro categorias: *Professor não convencional, prática pedagógica mais lúdico-educativa do que escolar, o papel da classe hospitalar no resgate ao prazer de estudar, o papel da classe hospitalar na reafirmação da importância da escola regular em suas vidas.*

Dessas representações apreende-se uma imagem do professor de classe hospitalar como um professor diferente daquele da sala de aula, porque não está na escola regular, não está trabalhando com alunos “saudáveis”, e possui uma outra maneira de ver, sentir e ouvir esses alunos.

Um profissional sensível ao estado conflituoso do paciente, de maneira a revestir sua ação de educar em um ato de companheirismo, de disponibilidade de estabelecer parcerias e cumplicidades. Desse modo, sua prática é fortemente marcada pelas relações afetivas, servindo de reforço para que o paciente-aluno persista na luta pela saúde e mantenha a esperança na sua capacidade de esforço. Portanto, uma relação fortemente mediada pelo acolhimento e potencializada pela escuta e pelo diálogo.

Ele ganha a confiança do adolescente quando consegue desvelar, ao ver em sua postura e seu olhar, o pedido implícito de ajuda, tomando atalhos inusitados e exercendo suas competências ao lançar um sorriso tranquilizador, um comentário bem-humorado a respeito de situação adversa, sua preocupação com a saúde deles, com a vida deles ou mesmo uma expressão facial que faça chegar um tímido sorriso do adolescente até seu olhar.

Portanto, é visto como um professor *não convencional* que trabalha com uma *prática pedagógica mais lúdico-educativa do que escolar* que prioriza a ideia de que o conhecimento adquirido pelo aluno contribui para seu bem estar físico, psíquico e emocional. Esse

conhecimento não é necessariamente o conhecimento formal e sequenciado do espaço escolar, mas um conhecimento que visa primordialmente, a recuperação da saúde. O adolescente com câncer percebe que o trabalho do professor de classe hospitalar é de ensinar, sem dúvida, porém esse tipo de ensino tem função mais importante para ele como a melhora da sua saúde e minimizar o estresse do tratamento.

Essa prática pedagógica é diferente de uma escola regular, que é obrigatória e, muitas vezes tediosa. Na casa de apoio ela ganha outro significado: aprender é sinal de saúde, de sentir-se bem, esquecer a doença e os momentos ruins. É uma prática que valoriza as necessidades do momento, que se preocupa em conscientizar o aluno do seu estado de saúde, da importância de uma alimentação saudável, dos riscos que corre com o tratamento de câncer, o foco da sua ação é o ser humano. Uma prática onde o professor, atento às necessidades dos alunos, tem a sensibilidade para perceber quando estes precisam descansar ou se sentem enfraquecidos e, por outro lado, sinaliza também quando há necessidade de maior estímulo e novas convocações ao desejo de saber, de aprender e de se recuperar. Prática pedagógica que pode assumir um papel para além da continuidade de estudos e, abranger, com competência, um olhar para o trabalho destinado aos adolescentes em tratamento do câncer que finalizaram o ensino médio e iniciaram uma faculdade ou um curso técnico.

Então, para o adolescente, o professor de classe hospitalar é um *professor não convencional* que trabalha com uma *prática pedagógica mais lúdico-educativa do que escolar*, e ele reconhece a *importância* desse professor e dessa prática no espaço *classe hospitalar*, pois esta, juntamente com a escola regular, é percebida como forte elemento de contribuição para a ascensão social, para a entrada no mundo do trabalho e da profissionalização, principalmente no que se refere à empregabilidade e enfrentamento da concorrência. Neste sentido, demonstram estar conscientes do papel da escola (classe hospitalar e escola regular) nas suas vidas e na vida social, mostrando-se muito sensíveis à necessidade de valorização da educação brasileira.

A *importância da classe hospitalar* ainda é postulada pelo aluno como um local de exercício da alteridade, onde as alegrias, as críticas, o medo e as suas inconformidades encontram oferta de sustentação e ponto de apoio para que sobrevenha a vontade de viver, em outras palavras, espaço que modela uma imagem de saúde que aspira ao princípio da integralidade do bem viver. Sua participação na classe hospitalar por meio de atividades que o ajuda a construir um percurso cognitivo, emocional e social que mantém um elo com a escola regular faz com que se perceba ainda como membro de uma classe, que garante a manutenção de sua identidade escolar.

Por sua vez, é um *professor não convencional*, que faz uso de uma *prática pedagógica mais lúdico-educativa do que escolar*, e o adolescente percebe a *importância dessa classe hospitalar*, contudo, a imagem que faz dela é de uma *escola não convencional*, pois é um ritmo de aprendizagem em um contexto diferente. Contudo, sua participação nesta *escola não convencional* encontra-se na importância deste espaço ser um incentivo para que ele não desanime com o tratamento. Um espaço que promove o aprendizado estratégico, com uma abordagem individualizada, que muitas vezes, contribui para que ele aprenda melhor. O adolescente não desmerece esse valor, mas sabe distinguir muito bem uma escola regular de uma classe hospitalar. Esta *escola não convencional* tem um caráter de transitoriedade, que favorece o seu aprendizado, mas não é responsável em dar continuidade aos seus estudos escolares, porque essa continuidade somente será alcançada no retorno à escola regular.

Assim, considerando o percurso reflexivo anterior, esta pesquisa alcança os objetivos propostos e responde suas questões iniciais, ou seja, segundo os adolescentes com câncer pesquisados, a prática pedagógica do professor de classe hospitalar não é representada como uma maneira de dar continuidades aos seus estudos escolares, porém, ela contribui para a melhora da sua saúde e para minimizar o estresse do tratamento. A classe hospitalar é vista como um *locus* de transitoriedade que gera expectativas positivas, por parte do aluno paciente, de retorno à escola regular. Retorno este almejado por ele e que será, então, responsável em dar continuidade aos seus estudos escolares.

Destaca-se aqui que como toda pesquisa, o presente estudo tem suas limitações. Por ter sido de natureza apenas qualitativa, e realizado com uma amostra pequena, não permite a generalização dos dados encontrados. Nessa linha, sugere-se que futuros estudos qualitativos e quantitativos sejam conduzidos para um aprofundamento das representações dos adolescentes com relação à prática pedagógica do professor de classe hospitalar. Além disso, seria interessante verificar se há diferenças nas respostas de adolescentes onde o professor consegue fazer o contato com a escola de origem do paciente-aluno de maneira a trazer seus conteúdos escolares para serem trabalhados na classe hospitalar.

Este mesmo estudo pode ser realizado em uma classe hospitalar de um hospital para que seja feito um cruzamento das respostas encontradas nos dois espaços (hospital e casa de apoio). Outro ponto seria avaliar como está ocorrendo a inserção do aluno-paciente na escola regular, já que os resultados demonstraram que eles possuem uma expectativa positiva de retorno a ela para dar continuidade aos seus estudos escolares.

Também aqui, enquanto pesquisadora gostaria de sinalizar para os leitores o desafio de realizar este trabalho.

Sou natural do interior do estado de São Paulo, uma cidade de um pouco mais de 70 mil habitantes. Sou licenciada em Pedagogia, Especialista em Psicopedagogia e atuei na Educação Infantil e no Ensino Fundamental, tanto no setor público como privado do ano de 1995 até 2005; onde pude vivenciar diferentes clientelas, com condições socioeconômicas privilegiadas e as menos favorecidas; porém minha experiência limitava-se somente a espaços formais de educação com crianças e pré-adolescentes que não estavam hospitalizados e nem em tratamento de saúde em uma casa de apoio, neste período desconhecia completamente a classe hospitalar e a prática pedagógica neste espaço.

No ano de 2006, mudei-me para Salvador-BA. Aqui recomecei minha vida pessoal e profissional. Entrei como aluna especial de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal da Bahia e fui aprovada para ser Professora Substituta na mesma Faculdade. Fiquei dois anos como aluna especial do Programa e como Professora substituta. Nessa ocasião pude vivenciar outras experiências também em um ambiente formal, porém desta vez, para adultos e que também não estavam hospitalizados e/ou em tratamento de saúde.

No ano de 2007 conheci a Professora Alessandra Barros, que me apresentou o tema Classe Hospitalar, assunto até então totalmente desconhecido por mim. Lembro-me quando ela me disse que trabalhava com a escola no hospital e eu tive a imagem de professores com nariz de palhaço entretendo as crianças, entretanto Professora Alessandra enfatizou que o trabalho do professor naquele espaço era muito mais relevante do que uma simples recreação.

A partir daquele momento comecei a estudar sobre o tema, não conhecia nada sobre classe hospitalar, era uma novidade que me instigava, me desafiava e ao mesmo tempo me dava muito medo. Meu Deus será que eu vou conseguir entender o trabalho do professor neste espaço? Eu somente trabalhei com crianças, pré-adolescentes e adultos, que não estavam hospitalizados, será que serei capaz?

Arrisquei, enfrentei minhas dúvidas e meus medos. Montei meu projeto de pesquisa, inclusive para fazer a pesquisa com adolescentes (clientela até então desconhecida por mim), e ainda com câncer (doença que também desconhecia). Então eu tinha três desafios: a classe hospitalar, os adolescentes e o câncer. Nossa! Eu teria que estudar muito...

Estudei; e durante as leituras realizadas, que foram muitas, um livro chamou-me a atenção: *Tarde demais para chorar... Cedo demais para morrer*, escrito por Edith Pendleton (1980).

Edith Pendleton, uma jornalista norte-americana, que escrevia uma coluna para adolescentes em um jornal americano. Passou 15 dias em um acampamento de verão para

adolescentes com câncer, entrevistando-os e gravando seus depoimentos também passou noites em quartos de hospital com estes que falavam suas angústias, seus medos, suas vontades, seus sonhos, visando buscar o que os adolescentes com câncer têm a dizer sobre a situação que estão vivenciando. O resultado deste trabalho foi a publicação do livro supracitado, que teve grande relevância para mostrar as dificuldades que os adolescentes encontram para explicar aos amigos, parceiros, professores, vizinhos, irmãos, curiosos e demonstrar, do seu ponto de vista, como é ter uma doença como o câncer e como isto relaciona-se com os demais aspectos de sua vida. Em síntese, a autora queria saber qual a opinião dos adolescentes com câncer.

Como a autora, uma jornalista, que desconhecia totalmente o tema de adolescentes com câncer e realizou uma pesquisa sobre o assunto, identifiquei-me com ela, pois desconhecia a realidade de lecionar para adolescentes, desconhecia a doença câncer e principalmente como seria uma classe hospitalar com adolescentes com câncer, um grande desafio.

Desafio este que aceitei. Montei meu projeto para pesquisar as representações sociais que adolescentes, em tratamento do câncer, fazem sobre a prática pedagógica do professor de classe hospitalar em uma casa de apoio. Fui aprovada no mestrado e comecei minha saga de entrar no campo empírico. Primeiro foram as exigências e burocracias solicitadas pelas Instituições e pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Segundo, o medo de entrar em um local relativamente novo para mim. Será que vou ser aceita pelos adolescentes? Será que vou conseguir fazer a pesquisa? Será que vou saber lidar com a doença e a morte que ronda este espaço, tão parecido com de um hospital?

No decorrer da minha entrada em campo os medos foram se transformando em segurança. A professora de classe hospitalar foi muito solícita, e os adolescentes, ao contrário da visão estereotipada que eu fazia deles de rebeldes, foram se diluindo; encontrei adolescentes rebeldes um pouco, porém, com muita vontade de viver e apostando que a classe hospitalar poderia fazer muito por eles. Também vivenciei a perda de um adolescente em tratamento, que inclusive participou da pesquisa. Percebi que na Casa de Apoio, principalmente na classe hospitalar, os momentos bons e ruins são compartilhados e vividos por todos, pois a morte faz parte da vida.

Essa postura dos adolescentes me surpreendeu muito, pois eu acreditava que eles pouco se importavam com a escola e que a classe hospitalar não faria menor diferença em suas vidas. Ledo engano meu, os adolescentes me mostraram a importância dessa modalidade

de ensino para o resgate da saúde deles e que desejavam se recuperar logo para voltar à escola regular o mais breve possível.

Atualmente, enquanto pesquisadora, acredito que nós professores podemos fazer a diferença na vida de uma pessoa. E não estou falando somente do professor de classe hospitalar não. Estou me referindo a todos os professores que atuam em espaços formais ou não. Afinal de contas que profissional não gostaria de ser valorizado como os professores foram, conforme foi demonstrado nesta pesquisa! Mesmo com as críticas?

Penso que as respostas encontradas neste estudo trazem um ganho inesperado para as Ciências da Educação, pois demonstram para os professores que sua prática pedagógica vai além do trabalho com os conteúdos e conceitos sistematizados. Sua prática é vida.

Percebo que em qualquer espaço onde eu for atuar, seja na escola formal ou não, a experiência que levo é saber que a partir do momento que eu entro em uma classe, de uma escola regular ou hospitalar, não sou um mero professor que leva a informação, aquele que ensina que vê simplesmente alunos. Mas, sou também um aprendiz que entra na sala e vê vidas. Vidas que sonham vidas que pensam vidas que desejam.

Contudo, reconheço a importância desta pesquisa e destaco que mais estudos precisam ser feitos para ampliar o conhecimento sobre a temática classe hospitalar de maneira a contribuir, cada vez mais, com a comunidade interessada pelo tema.

Por fim, como disse Gonzaguinha: Viver, e não ter a vergonha de ser feliz. Cantar, e cantar e cantar a beleza de ser um eterno aprendiz...

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. Tradução de Alfredo Bosi. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ABERASTURY DE PICHON RIVIERE, Arminda; KNOBEL, Maurício. **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ALBERTS, Bruce; JOHNSON, Alexander. Câncer. In: _____; _____. **Biologia molecular da célula**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 1255-1291.

ANDRÉ, Maria Eliza Dalmazo Afonso de. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília, DF: Líber Livro, 2005.

ARIÉS, Philippe. **História social da criança e da família**. Tradução Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981.

ARRUDA, Ângela. Reprodução e sexualidade no imaginário brasileiro: da colonização ao surgimento da nação. **Estudos de Sociologia**, Araraquara: UNESP, v. 4, n. 6, p. 163 – 186, 1999. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/index.php/estudos/article/view/760>> Acesso em: 6 out. 2009.

_____. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Caderno de Pesquisa**, Rio de Janeiro: UFRJ, n. 117, p. 127-147, nov. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 6 out. 2009.

BARBIER, Renè. **Escuta sensível na formação de profissionais de saúde**. [2002] Disponível em: <<http://www.barbier-rd.nom.fr/ESCUTASENSIVEL.PDF>> Acesso em: 25 out. 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2007.

BARROS, Alessandra S. Soares e. A prática pedagógica em uma enfermagem pediátrica: contribuições da classe hospitalar à inclusão deste alunado. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, p. 84-93, set./ dez. 1999.

_____. Contribuições da educação profissional em saúde à formação para o trabalho em classes hospitalares. **Cadernos Cedes**, Campinas, SP, v. 27, n. 73, p. 257-278, set./dez. 2007.

BECKER, Daniel. **O que é adolescência**. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 2003. (Primeiros passos, 159)

BEHRENS, Marilda Aparecida. **O paradigma emergente e a prática pedagógica**. 3. ed. Curitiba: Champagnat, 2003.

BENCINI, Roberta; BORDAS, Marie Ange. Como o jovem vê a escola. **Nova Escola**, São Paulo, ano 22, n. 200, p. 28-47, mar. 2007.

BENSON, Peter L.; WILLIAMS, Dorothy L.; JOHNSON, Arthur L. **The quicksilver years: the hopes and fears of early adolescence**. São Francisco: Harper & Row, 1987.

BESSA, Lea Cristina de Lazzari. **Conquistando a vida: adolescentes em luta contra o câncer**. São Paulo: Summus, 2000.

BEZERRA, Ana Cristina G. Pedagogia de projetos: possibilidades transformadoras para a escola. **Noésis**, Salvador: FAGED, PPGE, NEPEC, n. 3. jan./ dez., p. 93-10, 2002.

BIASOLI-ALVES, Zélia Maria Mendes. A pesquisa em psicologia: análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento científico. In: ROMANELLI, Geraldo; BIASOLI-ALVES, Zélia Maria Mendes (Org.). **Diálogos metodológicos sobre a prática de pesquisa**. Ribeirão Preto, SP: Legis Summa, 1998. p. 135-157

BIBIANO, Bianca. Ensino nas horas difíceis. **Nova Escola**, São Paulo, ano 24, n. 220, p. 80-83, mar. 2009.

BRAGA, Patrícia Emília. **Câncer na infância: tendências e análise de sobrevivência em Goiânia (1989-1996)**. 2000. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei nº 8.069/90, de 13 de julho de 1990**. Brasília, DF: Imprensa Oficial, 1990. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069_02.pdf>. Acesso em: 25 set. 2007.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF: Imprensa Oficial, 1996. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br>>. Acesso em: 25 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**. Brasília, DF, 2002. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br>>. Acesso em: 25 set. 2007.

_____. **Política Nacional de Educação Especial, livro 1**. Brasília, DF, 1994a. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br>>. Acesso em: 25 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educacionais especiais**. Brasília, DF, 1994b.

BURATTO, Ana Luiza; DANTAS; Maria Rita Coelho; SOUZA, Maria Thereza Oliva M. de. **A direção do olhar do adolescente: focalizando a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

CABRERA, Catalina Camas; SPONHOLZ JÚNIOR, Alcion. Ansiedade e insônia. In: BOTEGA, Neury José (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2. ed. rev. e aum. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 283-303

CAMARGO-MAGALHÃES, Terezinha; SOUZA, Oscar Conceição. **Quem sou eu? o adolescente e seu olhar sobre si mesmo**. Campinas, SP: Alínea, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Sete considerações sobre saúde e cultura. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 105-115, jan/jul. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100011> Acesso em: 24 out. 2009.

CARDOSO, Clodoaldo M. **A canção da inteireza**: uma visão holística da educação. São Paulo: Summus, 1995.

CECCIM, Ricardo Burg. Classe hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. **Pátio Revista Pedagógica**, Porto Alegre, v. 3, n. 10, p. 41-44, 1999.

_____. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: _____; CARVALHO, Paulo R. Antonacci (Org.). **Criança hospitalizada**: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997. p. 27-41

_____ et al. Escuta pedagógica à criança hospitalizada. In: CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. Antonacci (Org.). **Criança hospitalizada**: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997. p. 76-84.

_____; FONSECA, Eneida S. Classe hospitalar: buscando padrões referenciais de atendimento pedagógico-educacional a criança e ao adolescente hospitalizados. **Revista Integração**, ano 9, n. 21, p. 31-39, 1999.

CHARTIER, Roger. **A história cultural entre práticas e representações**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.

CHAVES, Antônio Marcos; BARBOSA, Márcio Ferreira. Representações sociais de crianças acerca da sua realidade escolar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, SP, v. 15, n. 3, p. 29-40, set./dez. 1998.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, Paulete et al. (Org.). **O clássico e o novo**: tendências, objetivos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 101-113

CONCÔNE, Maria Helena Villas Bôas. Os sentidos da saúde: uma abordagem despretensiosa. In: GOLDENBERG, Paulete et al. (Org.). **O clássico e o novo**: tendências, objetivos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 75-83

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Resolução CNE/CEB nº 2, de 11 de setembro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Imprensa Oficial, 177, seção 1-E, de 14 de setembro de 2001. p. 39-40, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 196, 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (Brasil). **Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995**. Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Imprensa Oficial, 199, de 17 de outubro de 1995, p. 16.319-16.320, 1995.

CORTI, Ana Paula.; SOUZA, Raquel. **Diálogos com o mundo juvenil**: subsídios para educadores. São Paulo: Ação Educativa, 2005.

CRUZ, Sílvia Helena Vieira. A representação da escola e a trajetória escolar. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 91-111, 1997.

DEL PRIORE, Mary. **Histórias do cotidiano**. São Paulo: Contexto, 2001.

DELUMEAU, Jean. **História do medo no ocidente**: 1300 - 1800, uma cidade citada. Tradução Maria Lúcia Machado e Heloísa Jahn. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

EMLER, Nicholas; OHANA, Jocelyne .; MOSCOVICI, Serge. Children's beliefs about institutional roles: a cross-national study of representations of the teacher's role. **British Journal Educational Psychology**, n. 57, p. 26-37, Feb. 1987.

ENCICLOPÉDIA Digital Direitos Humanos II. Natal: Cenarte, 2007. Disponível em <<http://www.dhnet.org.br/dhnet/cdrom/cd2002/index.html>>. Acesso em: 25 jul. 2009.

ERIKSON, Erick H. **Identidade**: juventude e crise. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FARR, Robert. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARECHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. p. 31-59

FAUX, Sandra et al. Intensive interviewing with children and adolescent. **West Journal Nursing researchs**, v. 10, n. 2, p. 180-194, 1988. Disponível em: <http://wjn.sagepub.com/cgi/pdf_extract/10/2/180> Acesso em: 16 dez. 2009.

FERGUSON, Marilyn. **A conspiração aquariana**: transformações pessoais e sociais nos anos 80. 7. ed. Tradução Carlos Evaristo M. Costa. Rio de Janeiro: Record, 1992.

FERRARI, Cláudio; HERZBERG, Vitoria. **Tenho câncer, e agora?** enfrentando o câncer sem medos ou fantasias. São Paulo: Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, 1997.

FONSECA, Eneida Simões. A situação brasileira do atendimento pedagógico - educacional hospitalar. **Educação & Pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 117-129, jan./jun. 1999.

_____. **Atendimento escolar no ambiente hospitalar**. São Paulo: Memnon, 2003.

_____. Implantação e implementação de espaço escolar para crianças hospitalizadas. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, SP, v. 8, n. 2, p. 205-222, jul./dez. 2002.

_____; CECCIM, Ricardo Burg. Atendimento pedagógico-educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada. **Temas sobre Desenvolvimento**, São Paulo, v. 7, n. 42, p. 24-36, jan./fev. 1999.

FONTES, Rejane. O desafio da educação no hospital. **Presença Pedagógica**, Porto Alegre, v. 11, n. 64, p. 21-29, jul./ ago. 2005.

FRANCO, E. Epidemiology in the study of cancer. In: BERTINO, Joseph R. **Encyclopedia of cancer**. San Diego: Academic Press, 1997. v. 1, p. 621-641

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 18. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

FREUD, Anna. **O ego e os mecanismos de defesa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.

FREUD, Sigmund. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

GEERTZ, Clifford. **Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

GESELL, Arnold. Maturation and the patterning of behavior. In: MURCHISON, Carl Allanmore (Ed.). **A handbook of child psychology**. 2. ed. Worcester: Clark University Press, 1956.

GIBSON-CLINE, Janice. **Adolescence: from crisis to coping: a thirteen nation study**. Londres: Buterworth-Heinemann, 1996. (Internacional series in social psychology)

GILLY, Michel. As representações sociais no campo da educação. In: JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais**. Tradução Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p. 321-341

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução Márcia Bandeira de M. L. Nunes. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007. (Debates. Psicologia, n. 91)

GONÇALVES, Claudia Fontenelle; VALLE, Elizabeth Ranier Martins do. O significado do abandono escolar para crianças com câncer. **Acta Oncologia Brasileira**, v. 19, n. 1, p. 273-279, jul. 1998, dez. 1999.

GONÇALVES, Marlene Fagundes Carvalho. "Se a professora me visse voando ia me pôr de castigo": a representação da escola feita por alunos de pré-escola da periferia. In: OLIVEIRA, Zilma M. Ramos de (Org.). **Educação Infantil: muitos olhares**. São Paulo: Cortez, 1994. p. 159-176.

GONZÁLES-SIMANCAS, José Luís; POLAINO-LORENTE, Aquilino. **Pedagogia hospitalaria: actividad educativa en ambientes clínicos**. Madri: Narcea, 1990.

GROPPO, Luis Antonio. **Juventude: ensaios de sociologia e história das juventudes modernas**. Rio de Janeiro: Difel, 2000.

GUARECHI, Pedrinho. Representações sociais: comentários críticos. In: SIMPÓSIO SOBRE COGNIÇÃO SOCIAL, 1., 2000, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho: Rio de Janeiro, 2000. p. 37-54.

HEGENBERG, Leonidas. **Doença**: um estudo filosófico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

HEIDEMANN, M. **Adolescência e saúde**: uma visão preventiva. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

IBGE. **Índice brasileiro de geografia e estatística**. Disponível em: <www.datasus.gov.br> Acesso em: 20 dez. 2009.

INHELDER, Barbel; PIAGET, Jean. **Da lógica da criança à lógica do adolescente**: ensaio sobre a construção das estruturas operatorias formais. São Paulo: Pioneira, 1976.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (BRASIL). **Câncer na criança e adolescente no Brasil**: dados dos registros de base populacional e de mortalidade. Rio de Janeiro, 2008.

_____. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro; 2002.

_____. **Incidência, mortalidade e sobrevida do câncer da infância no município de São Paulo**. São Paulo: Registro de Câncer de São Paulo, 2004.

JANNUZZI, Gilberta M. **A educação do deficiente no Brasil**: dos primórdios ao início do século XXI. Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

JEAMMET, Philippe; CORCOS, Maurice. **Novas problemáticas da adolescência**: evolução e manejo da dependência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

JODELET, Denise. As representações sociais: um domínio em expansão. Tradução: Lilian Ulup. In: JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p. 259-312

JORGE, Ana. Humanização dos serviços de atendimento à criança. **Boletim do IAC**, Lisboa, v. 3, n. 73, p. 4-7, jul./ set. 2004.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Representações sociais: para uma fenomenologia dos saberes. **Revista Psicologia e Sociedade**, n. 10, v. 1, p. 54-68, jan./jul. 1998.

KANT, Immanuel. **Crítica da razão pura**. Tradução Valério Rohden e Udo Baldur Moosburger. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. Tradução Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LA TAILLE, Yves de. **Moral e ética**: dimensões intelectuais e afetivas. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LEME, Maria Alice Vanzolini da Silva. O impacto da teoria das representações sociais. In: SPINK, Mary J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 46-57

LEWIS; Melvin; VOLKMAR, Fred R. **Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LINDQUIST, Ivony. **A criança no hospital**: terapia pelo brinquedo. Tradução R. Z. Altman. São Paulo: Scritta, 1993.

MAAS, Tânia. **O processo de transição do ser adolescente hospitalizado com doença crônica sob a ótica da enfermagem**. 2006. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

MACHADO, Nilton Marcos L. **A escola ideal**: como os adolescentes percebem e idealizam o meio escolar. 2005. 157 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2005.

MASETTI, Morgana. **Soluções de palhaços**: transformações na realidade hospitalar. São Paulo: Palas Athena, 1998.

MATOS, Elizete Lúcia Moreira (Org.). **Escolarização hospitalar**: educação e saúde de mãos dadas para humanizar. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

_____; MUGIATTI, Margarida Maria Teixeira de Freitas. **Pedagogia hospitalar**: a humanização integrando educação e saúde. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MEAD, Margaret. **Coming of age in Samoa**: a psychological study of primitive youth for western civilisation. [New York]: Morrow Quill, 1961

_____. **Crowing up in New Guinea**. New York: New American Library, 1953.

MENOSSEI, Maria José; LIMA, Regina Aparecida Garcia. A problemática do sofrimento: percepção do adolescente com câncer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 45-51, mar. 2000.

MEZZOMO, Augusto A. **Fundamentos da humanização hospitalar**: uma visão multiprofissional. São Paulo: Loyola; 2003.

MINAYO, Maria Cecília S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MITRE, Rosa Maria de Araújo; GOMES Romeu. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil enquanto ação de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 147-154, 2004.

MORAES, Roque. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual qualitativa. **Revista Ciência e Saúde**, São Paulo: UNESP, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003.

MOREIRA, H.; CALEFFE, L. G. **Abordagens à pesquisa**: metodologia da pesquisa para o professor universitário. Rio de Janeiro: DP & A, 2006.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1976.

_____. **La psychanalyse, son image et son public: étude sur la représentation sociale de la psychanalyse**. 2. éd. entièrement refondue. Paris: Presses universitaires de France, 1961.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Tradução Pedrinho Guarechi. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MUUSS, Rolf E. **Teorias da adolescência**. Belo Horizonte: Interlivros, 1971.

NUCCI, Nely Aparecida Guernelli. **Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo**. 2003. 225f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia de Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

OLIVEIRA, Viviane Z.; GOMES, William B. O adolescer em jovens portadores de doenças orgânicas crônicas. In: GOMES, William B (Org.). **Fenomenologia e pesquisa em psicologia**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 1998. p. 97-133

OLIVEIRA, Zilma Moraes Ramos de; ANDRADE, Cyrce M. R. Junqueira de (Org.). **Educação infantil: muitos olhares**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1994. p. 159-176

ORTIZ, Leodi Conceição M.; FREITAS, Soraia N. **Classe hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação**. Santa Maria, RS: Editora UFSM, 2005.

PALÁCIOS, Jesús; OLIVA, Alfredo. O que é adolescência. In: COLL, César (Org.). **Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva**. Porto Alegre: Artes médicas, 2004. v. 1, p. 309-322

PAULA, Ercília Maria Angeli Teixeira de. Crianças e adolescentes que voam em jaulas: a tecnologia promovendo a liberdade no hospital. **Cadernos Cedes**, Campinas, SP, v. 27, n. 73, p. 319-334, set./dez. 2007.

_____. **Educação, diversidade e esperança: a práxis pedagógica no contexto da escola hospitalar**. 2004. 299 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

PENDLETON, Edith. **Tarde demais para chorar... cedo demais para morrer**. Tradução Luiz Horácio da Matta. São Paulo: Círculo do Livro, 1980.

PEREIRA, Maria de Fátima Moura. Protagonismo juvenil e representações sociais: o jovem na condução do carro de Jagrená. **Revista da FAEEBA: Educação e Contemporaneidade**, Salvador: Universidade do Estado da Bahia, v. 18, n. 32, jul./dez., p. 175-186, 2009.

PIAGET, Jean. **A equilibração das estruturas cognitivas: problema central do desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Zahar; 1975.

_____. **Seis estudos de psicologia**. 24. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

POLAINO-LORENTE, Aquilino; LIZASOAIN, Olga. La pedagogia hospitalaria en Europa: la historia de un movimiento pedagógico innovador. **Psicothema**, Universidad de Oviedo, v. 4, n. 1, p. 49-67, 1992.

POSTIC, Marcel. **Para uma estratégia pedagógica do sucesso escolar**. Porto: Porto Editora, 1995.

RAMOS, Fabiana Pinheiro; MENANDRO, Paulo Rogério Meira. Inserção laboral: mudanças na identidade e nas relações sociais de adolescentes de classe popular. **Psico**, PUCRS, v. 33, n. 2, p. 273-288, jul./dez. 2002.

REIS, Alberto Olavo A.; ZIONE, Fabiola. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. **Revista de Saúde Pública**, v. 6, n. 27, p. 472-477, 1993.

ROSENBERG-REINER, Sylvie. O papel das associações para crianças hospitalizadas na França e na Espanha. In: GILLE-LEITGEL, Marluce (Org.). **Boi da cara preta: crianças no hospital**. Tradução Helena Lemos. Salvador: EDUFBA: Álgama, 2003.

SÁ, Celso P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

_____. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, Mary J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45

SALLES, Leila Maria Ferreira. A representação social da escola e dos estudos de alunos da 8ª série e 1º colegial. **Didática**, São Paulo, v. 30, p. 81-96. 1995.

SCHILKE, Ana Lúcia. A ação educativa hospitalar que temos... a escola no hospital que queremos. In: ROSA, Armando; SHILKE, Ana Lúcia (Org.). **A escola no hospital: espaço de experiências emancipadoras**. Niterói, RJ: Intertexto, 2007. p. 33-46

SCHILLER, Paulo. **A vertigem da imortalidade: segredos, doenças**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SCHMITT, Eric-Emmanuel. **Oscar e a Senhora Rosa**. Tradução de Bluma Vilar. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.

SEGATTO, C. A nova cara do câncer infantil. **Época**, n. 550, p. 82-90, 1º dez. 2008, Disponível em: <http://www.hcanc.org.br/files/clipping/impre_pdf_189.pdf> Acesso em: 24 out. 2009.

SILVA, Fátima Júlia Martins da. Ação educativa no hospital: desafios e possibilidades. In: ROSA, Armando; SHILKE, Ana Lúcia (Org.). **A escola no hospital: espaço de experiências emancipadoras**. Niterói, RJ: Intertexto, 2007. p.147-157

SILVA, Luciana Rios da. As representações sociais de adolescentes sobre os afetos na relação professor-aluno e suas implicações no processo ensino-aprendizagem. In: **Revista da FAEEBA: Educação e Contemporaneidade**, Salvador: Universidade do Estado da Bahia, v. 18, n. 32, jul./dez., p. 161-173, 2009.

SILVA, Maria Celeste Ramos da. **A criança e o adolescente enfermos como sujeitos aprendentes: representações de professores da rede regular de ensino no município de Salvador - BA**. 2009. 210 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SPOSITO, Marília Pontes. Estudos sobre juventude em educação. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro: ANPED, n. 5-6, p. 37-52, 1997.

TOMASINI, Ricardo. **Pedagogia hospitalar**: concepções de profissionais sobre as práticas educativas e pedagógicas no ambiente hospitalar. 2008. 240 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2008.

TORRES, Patrícia Lupion. Laboratório on line de aprendizagem: uma experiência de aprendizagem colaborativa por meio do ambiente virtual de aprendizagem Eureka@kids. **Cadernos Cedes**, Campinas, SP, v. 27, n. 73, p. 335-352, set./dez. 2007.

TORRES, Wilma da Costa. **A criança diante da morte**: desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TUBIANA, Maurice. Cancer prevention. **Acta Oncológica**, Stockholm, v. 38, n. 6, p. 689-694, 1999.

VALDEJÃO, R. G. Diagnosticar câncer infantil ainda é difícil. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 5 ago. 2001. p. C-10.

VALLE, Elizabeth Ranier Martins do. **Câncer infantil**: compreender e agir. Campinas, SP: Editorial Psy, 1997.

VASCONCELOS, Sandra Maia Farias. **Intervenção escolar em hospitais para crianças internadas: a formação alternativa e re-socializadora**. Trabalho apresentado no I Congresso Internacional de Pedagogia Social, Brasil, 2006. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000092006000100048&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 jul. 2009.

VIEIRA, Maria Aparecida; LIMA, Regina Aparecida Garcia. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 552-560, 2000.

WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZAGURY, Tânia. **O adolescente por ele mesmo**. 14. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Salvador, 19 de setembro de 2009.

CE CEP / HSR Nº 37/09

Sra. Cristina Bressaglia Lucon
Pesquisadora Responsável
Projeto de pesquisa nº 24/09

Prezada pesquisadora:

Cumpre-nos cientificá-la que o **Projeto de pesquisa nº 24/09**, intitulado "**O Professor de Classe Hospitalar Sob a Ótica de Adolescentes com Câncer: representações sociais**", que tem V.Sª como pesquisadora responsável, foi novamente apreciado, na 121ª reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa – Monte Tabor / Hospital São Rafael, de 16/09/2009, e, após verificação do cumprimento das pendências foi considerado **aprovado**, conforme parecer em anexo.

Reiteramos a necessidade de ser encaminhado o primeiro relatório periódico até o dia 16/03/2010, devendo os demais relatórios ser encaminhados ao CEP, a cada seis meses. Caso o projeto seja concluído antes do vencimento de novo período semestral, favor encaminhar o relatório final, o mais breve possível.

Estamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, através do telefone 3281-6484 e 3281-6259 ou pelo e-mail cep@hsr.com.br.

Atenciosamente,


Dra. Regina Oliveira
Coordenadora do CEP / HSR

Dra. Regina Oliveira
Coordenadora do CEP
Monte Tabor/ HSR

ANEXO B – Hospitais com Registros Hospitalares de Câncer – Região Nordeste


Hospitais com Registros Hospitalares de Câncer - Região Nordeste
 (atualizado em junho de 2009)
ALAGOAS**MACEIÓ****Santa Casa de Misericórdia de Maceió**

Rua Barão de Maceió, 288 - Centro - AL – Cep: 57020-360

CACON

Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes

Av. Lourival Melo Mota, S/N – Tabuleiro dos Martins - AL - Cep: 57072-900

ARAPIRACA**Hospital Afro Barbosa (Mendes Barbosa Ltda)**

Rua Esperidião Rodrigues, 125 - Centro - Arapiraca - AL Cep: 57300-060

CACON**BAHIA****SALVADOR****Liga Bahiana Contra o Câncer - Hospital Aristides Maltez**

Avenida D. João VI, 332 - Brotas - Salvador - BA Cep: 40240-320.

CACON**Centro Estadual de Oncologia – CICAN**Avenida Vasco da Gama, S/N - Ladeira de acesso ao HGE Salvador - BA
Cep: 40240-090**Fundação Monte Tabor / Hospital São Rafael**

Avenida São Rafael, 2152 - São Marcos - Salvador - BA Cep: 41250-390

CACON**Hospital Santa Isabel**Praça Conselheiro Almeida Couto, nº 500 - Nazaré - Salvador - Bahia Cep:
40050-410**CACON****ITABUNA****Hospital Manoel Novaes**

Rua Santa Cruz s/n, s/n , Bairro de Fátima - Itabuna - Cep: 45603-305

CACON**CEARÁ****FORTALEZA****Irmadade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza**

Rua Barão do Rio Branco, 20 - Centro - Fortaleza - CE -Cep: 60025-060

CACON**Beneficência Camiliana - Hospital. Cura D' Ars**

Rua Costa Barros, 833 - Centro - Fortaleza - CE Cep: 60160-280

CACON**Instituto do Câncer do Ceará - ICC**

Rua Papi Júnior, 1222 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza - CE Cep: 60430-230

CACON**SOBRAL****Santa Casa de Misericórdia de Sobral**

Rua Monsenhor Eufrásio, 110 Centro - Sobral - CE Cep: 62000-000

CACON**SÃO LUIS****Hospital Aldenora Belo**

Rua Seroa da Mota, 23 - São Luís - MA CEP: 65031-630

CACON

⁴⁴ Disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=351>. Acesso: 15/ 01/ 2010

PARAIBA**CAMPINA GRANDE****UFPB-Hospital Universitário Alcides Carneiro**

Rua Dr. Carlos Chagas, s/n - São José - Campina Grande - PB.

Cep: 58100-000

FAP-Fundação Assistência da Paraíba

Avenida Dr. Francisco Pinto, s/n - Bodocongó – Campina Grande - PB

Cep: 58109-783

CACON**JOÃO PESSOA****Hospital Napoleão Laureano/ Fundação Laureano**

Avenida Capitão José Pessoa, 1140 - Jaguaripe - João Pessoa – PB.

Cep: 58011-170

CACON**PERNAMBUCO****RECIFE****Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer - Hospital do Câncer**

Avenida Cruz Cabugá, 1597- Sto Amaro - Recife - PE Cep: 50040-000

CACON**CIHOPE - Clínica Infantil de Hematologia e Oncologia de Pernambuco**

Rua Angustana, 240 - Afritos - Recife - PE Cep: 52050-000

Fundação HEMOPE

Rua Joaquim Nabuco, 171 - Graças - Recife - PE Cep: 52011-000

CACON**Hospital Universitário Oswaldo Cruz**

Rua Arnóbio Marques, 310 – Santo Amaro - Recife

CACON**Hospital Barão de Lucena**

Av. Caxangá, 3860 - Iputinga - Cep: 50670-000

CACON**SEQUIPE – Serviço de Quimioterapia de Pernambuco**

Rua Dr. Geraldo de Andrade, 139 – Espinheiro – Recife - PE

CARUARU**Centro de Oncologia de Caruaru – Hospital Dr. Mucini**

Av. Mato Grosso, 220 - Santa Maria Gorete. PETROLINA

PIAUI**TERESINA****Hospital São Marcos - Sociedade Piauiense de Combate ao Câncer**

Rua Olavo Bilac, 2300 - Centro - Teresina - PI Cep: 64001-280

CACON**RIO GRANDE DO NORTE****MOSSORÓ****Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró**

Rua Dr. João Marcelino, 429 – Nova Betania – Cep: 59612-200

NATAL**Hospital Dr. Luiz Antônio (Liga Norte Rio Grandense Contra o Câncer)**

Rua Dr. Mário Negócio, 2267 - Quintas - Natal - RN Cep: 59040-000.

CACON**Instituto de Onco-Hematologia de Natal**

Rua João Virgílio De Miranda 553 – Cep: 59012-550

SERGIPE**ARACAJÚ****Centro Oncológico do Hospital João Alves Filho - AVOSOS**

Avenida Tancredo Neves, s/n Aracaju - Sergipe - Cep: 49000-000

CACON

ANEXO C – Parecer do Instituto Criança Viva



Salvador, 05 de março de 2009.

Parecer

O Instituto Escola Hospitalar e Domiciliar Criança Viva, através de sua Presidente Profª Veruska Andrade, aprova o pedido da aluna regular do Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade da Universidade Federal da Bahia, Cristina Bersaglia Lucon, para realização da pesquisa: O professor de Classe Hospitalar sob a ótica de Adolescentes Hospitalizados com Câncer: representações sociais; sob a orientação da Profª Alessandra Santana S. Barros.

Vale salientar que, a realização da referida pesquisa acontecerá na Classe Hospitalar Criança Viva que funciona nas dependências da Casa de Apoio à Criança com Câncer-GACC, cumprindo com as exigências do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos.

Conforme solicitação, informamos que a realização deste estudo deverá acontecer às terças-feiras, no turno matutino, das 8h às 11h30min, tendo início no dia 10 de março de 2009 e findando no dia 16 de junho de 2009.

O acompanhamento de orientação e supervisão será realizado pelas Profªs. Francilita Elisabete Barbosa de Jesus Malaquias e Patrícia Oliveira Fraga Leite, ambas pertencentes à Rede Municipal de Ensino da Prefeitura de Salvador, atuantes na Classe Hospitalar, em parceria com o Programa Criança Viva.

O Instituto Escola Hospitalar e Domiciliar Criança Viva concorda com a metodologia exposta no Projeto de Pesquisa, já que esta fora citada previamente à coordenação do Programa Criança Viva, ressaltando a importância da ciência da autorização dos pais e adolescentes envolvidos no trabalho e que seja apresentado à coordenação os instrumentos de abordagem a serem utilizados durante o desenvolvimento da pesquisa.

Colocamo-nos a disposição para outros esclarecimentos e colaborações.

Profª Veruska Andrade
Pedagoga

Autora e Coordenadora das Escolas Hospitalares
e Atendimento Domiciliar Criança Viva
Registro nº 4.764

Atenciosamente,


Profª Veruska Andrade

**Coordenadora das Escolas Hospitalares e Domiciliares Criança Viva.
Membro La Red Latino Americana Y Del Caribe Por El Derecho A La
Educación de Niños, Niñas Y Jóvenes Hospitalizados o En Situación De
Enfermedad.**

Presidente do Instituto Escola Hospitalar e Domiciliar Criança Viva.

Tel: 71- 86222440 / 87977438

Email: institucriancaviva@gmail.com
veruskacandrade@yahoo.com.br

ANEXO D – Parecer do GACC



GRUPO DE APOIO
À CRIANÇA
COM CÂNCER - BAHIA®

GACC-BA.-PRD-C.167/2009

salvador, 11 de março de 2009

Ao

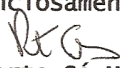
Comitê de Ética do Hospital São Rafael

Att.: Dra. Regina Oliveira

Prezada Senhora,

O Grupo de Apoio à Criança com Câncer - Bahia, vem manifestar o seu interesse na realização do trabalho de pesquisa a ser desenvolvido pela aluna regular de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade da Universidade Federal da Bahia, Cristina Berssaglia Lucon, na classe Hospitalar do Programa Criança Viva, que funciona nas nossas dependências.

Atenciosamente,


Roberto Sá Menezes
Presidente



Entidade Mantenedora da Casa da Criança com Câncer
Av. Oceano Pacífico, 210, Recanto das Ilhas, Pau da Lima, Salvador-Bahia.
Tel.: (71) 3399-2000. Fax: (71) 3399-2005. CEP 41250-010.
Utilidade Pública: Lei Municipal nº 6678/2005, Lei Estadual nº 6.784/2005,
Decreto Federal de 21/07/1999, CNPJ nº 32.605.917/0001-06. Organização Social - 05/08/2005.



Vencedor em 1998,
2001, 2004 e 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Informado Livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: *Representações sociais de adolescentes em tratamento do câncer sobre a prática pedagógica do professor de classe hospitalar*, coordenada por mim, Cristina Bressaglia Lucon, telefone (71) 96017093, número de contato para qualquer esclarecimento que se faça necessário. Este documento é feito para dar informações sobre esta pesquisa e, somente se você assinar, dará a sua permissão para participar do estudo.

Você só deve participar se você quiser. Você tem o direito de não querer participar ou se aceitar nada lhe impedirá de parar na hora que quiser. Esse estudo quer tentar compreender o que pensam adolescentes em tratamento do câncer, sobre o trabalho do professor de classe hospitalar. Para a entrevista serão tomadas todas as medidas para garantir sua privacidade, ou seja, o seu direito de falar o que quiser, sem a presença ou interferência de outras pessoas.

Não haverá para você nenhum custo relacionado ao estudo. Sua participação é voluntária, quer dizer que você deseja participar por uma decisão sua, portanto você não será pago por sua participação neste estudo. A pesquisadora irá coletar informações sobre você. Para todas as anotações feitas, um código substituirá seu nome. Todas as informações serão mantidas de forma confidencial e usadas para os fins deste estudo. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada.

Eu li e discuti com o pesquisador pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo em realizar a entrevista, que meu depoimento seja gravado e que os dados coletados para o estudo sejam usados somente para o propósito acima descrito. Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas. A pessoa que é responsável por mim também leu este documento, e se concordar com a minha participação assinará dando sua ciência.

NOME DO PARTICIPANTE _____
ASSINATURA _____ DATA _____

NOME DO RESPONSÁVEL _____
ASSINATURA _____ DATA _____

NOME DO PESQUISADOR _____
ASSINATURA _____ DATA _____

APÊNDICE B – Entrevista: primeira parte

Entrevista n° _____

Local _____

Data ____/____/____

Início ____/____/____

Término ____/____/____

Pesquisador _____

Visto _____

DADOS PESSOAIS E DE IDENTIFICAÇÃO

a) Nome _____

b) Endereço _____

c) Sexo () masculino () feminino

d) Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____

e) Naturalidade _____

f) Grau de Escolaridade _____

g) Estado Civil _____

h) Com quem mora _____

i) Situação Econômica _____

j) Profissão/Ocupação _____

k) Atividades de Lazer _____

l) Religião _____

m) Outros dados _____

APÊNDICE C – Entrevista: segunda parte

- 1) Você estuda?
- 2) Em qual série você está?
- 3) Você gosta de estudar ou não? Por quê?
- 4) Como é sua professora aqui do GACC. O que você acha dela?
- 5) Você gosta das matérias ensinadas na escola do GACC? Justifique. Quais são essas matérias?
- 6) Você põe algumas dessas matérias em prática em sua vida pessoal? Quais?
- 7) Além de aulas aqui no GACC, possui outras atividades interessantes para os adolescentes? Quais?
- 8) Você acha que a professora do GACC preocupa-se com seu bem-estar físico, emocional e social? Por quê?
- 9) O que você mudaria na escola do GACC?
- 10) Vamos supor que você não fosse mais voltar para a escola, onde você vai estudar assim que sair daqui da escola do GACC. Você continuaria frequentando a escola do GACC, mesmo assim? Por quê?
- 11) Você já teve dificuldade de aprender alguma matéria aqui no GACC? Qual? Por quê? O que você fez com relação a isso?
- 12) Ter aulas aqui no GACC ajuda você a melhorar a sua saúde? Por quê?
- 13) Você sabia que ia ter aulas aqui no GACC?
- 14) É importante ter um professor aqui no GACC? Por quê?
- 15) Você gosta de ter aulas aqui? Por quê?
- 16) Quais são as atividades que você mais gosta de fazer?
- 17) As aulas que você tem aqui no GACC vão te ajudar quando você voltar para a escola que estudava? Por quê?
- 18) E se não tivesse aulas aqui no GACC o que você ia fazer?
- 19) Como é a sua relação com o professor do GACC?
- 20) Tem alguma atividade na escola do GACC que você não gosta de fazer?
- 21) Para você, o professor da escola regular e o professor do GACC são iguais? Por quê?
- 22) As aulas da escola e as aulas aqui do GACC são iguais ou não? Por quê?
- 23) Se você tivesse que escolher onde preferiria ter aula, aqui no GACC ou na outra escola?