

CLASE HOSPITALARIA: ESTRUCTURACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN BRASIL

Jucelia Linhares Granemann de Medeiros*, Edicléa Mascarenhas Fernandes**, Helio Ferreira Orrico***, Sandra Regina Barbosa**** y Sandra Santos Cerqueira*****

*Posdoctorado en *Educação* (UFES). Profesora (UFMS). linhares.granemann@ufms.br

**Doctorado en *Ciências* (Fiocruz). Líder del Grupo de Investigación del CNPQ *Produção de Material Didático Acessível para Alunos com Deficiência em Contextos Formais e Informais de Educação Pro Cientista* del Rio de Janeiro. professoraediclea.uerj@gmail.com

***Posdoctorado en *Ciência, Tecnologia e Inclusão* (UFF). Profesor y Tutor del Curso de *Administração Pública à Distância* (UFF). orrico.helio@gmail.com

****Estudiante de doctorado en *Ciências, Tecnologias e Inclusão* (PGCTIn/UFF). Psicóloga, profesora y psicopedagoga. Integrante del *Núcleo de Estudos e Pesquisa em Educação Especial e Inclusiva* (UERJ). Coordinadora del setor *Espaço de Inclusão* (ISERJ/FAETEC). sandrabarbosa@id.uff.br

*****Estudiante de Maestría en *Educação, Cultura e Comunicação em Periferias Urbanas* (FEBF/UERJ). Profesora de escuela pública (Duque de Caxias/RJ). sandrasantoscerq@gmail.com

Recibido: 30 de diciembre 2021

Aceptado: 30 de marzo 2022

Resumen

El enfermar y/o pasar por una hospitalización es algo susceptible a todo ser humano, en cualquier fase de su vida. En estos casos, para reducir o amenizar el impacto de tales influencias, se indica a los alumnos hospitalizados el servicio educativo en ambiente hospitalario. Ese servicio es realizado por profesores especializados en el área de la Educación y busca la continuidad del proceso escolar de niños y jóvenes matriculados, o no, en la Educación Básica que estén hospitalizados. En ese ambiente, se efectúa una propuesta pedagógica, utilizando metodologías, recursos y evaluación específica a cada alumno, respetando sus condiciones físicas, cognitivas, sociales y emocionales, independientemente de la patología o del tiempo de hospitalización. En general, el trabajo es efectuado en la red pública (municipal o estadual), siendo los profesores actuantes, paralela o constantemente capacitados para asistir a estos educandos en el momento que necesiten ser hospitalizados o recibir tratamiento médico.

Palabras clave: Clase hospitalaria, educación especial, alumno, aprendizaje, desarrollo.

Abstract

Getting sick and/or going through hospitalization is something susceptible to every human being, in any phase of their life. In these cases, in order to reduce or lessen the impact of such influences, hospitalized students are instructed to receive an educational service in a hospital environment. This service is carried out by specialized teachers in the area of Education and seeks the continuity of the school process of children and young people enrolled, or not, in Basic Education who are hospitalized. In this environment, a pedagogical proposal is carried out, using methodologies, resources and specific evaluation for each student, respecting their physical, cognitive, social and emotional condi-

tions, regardless of the pathology or time of hospitalization. In general, the work is carried out in the public network (municipal or state), where teachers are constantly qualified to meet the students when they need to undergo hospitalization or health treatment.

Keywords: Hospital class, special education, student, learning, development.

A lo largo de su existencia, hay posibilidad que el ser humano presente patologías, que pueden llevarlo a sucesivas hospitalizaciones y/o a la necesidad de tratamiento de salud o incluso atención especializada en el área de Educación Especial. En este momento, se aconseja a las instituciones de Educación y Salud que implementen, en caso de hospitalizaciones, el Servicio Educativo en Ambiente Hospitalario.

En este Servicio Educativo, los “alumnos” son atendidos en diversos espacios: salón de clases, biblioteca de juguetes, lechos, Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Generalmente, en esos espacios, se busca estimular, en el alumno, su desarrollo físico, mental, social y emocional, incentivando potencialidades, respetando limitaciones por medio de una propuesta curricular flexible, según el año escolar, el nivel de desarrollo y el estado psicológico inherente.

El alumno/paciente, en este servicio, necesita sentir que no ha perdido sus capacidades intelectuales, siendo a través de las actividades realizadas, activando sus habilidades, con el fin de garantizar la valorización de sus conocimientos previos, reduciendo las posibilidades de evasión escolar y exclusión social (Vasconcelos, 2015).

En tales circunstancias, el profesor, en el hospital, puede convertirse en el contrapunto, un agente de cambio del estado de “paciente” a “agente”, al promover la interacción del alumno con otros colegas, desviando su atención de la enfermedad al estudio, a lo lúdico y a las demás prácticas académicas, o simplemente para permitirle estar en un lugar que probablemente sea más estimulante que la habitación del hospital.

Para lograr el éxito en tales actividades, Vasconcelos (2000) señala que es fundamental fomentar, en los estudiantes hospitalizados, sus aspectos motivacionales, su autocuidado, la participación fa-

miliar y el establecimiento de vínculos con el equipo multiprofesional. Así, corresponderá al docente desarrollar un programa de salud integral para sus alumnos y familias, que tenga como objetivo asegurar condiciones para adquirir conocimientos y aptitudes, a través de la educación, que les permitan y capaciten para el ejercicio del autocuidado y una mejor información sobre su enfermedad.

Zanotto (2000) enfatiza que este docente, en términos conductuales, deberá ser quien conozca las posibilidades del alumno, evaluándolas y tomándolas en cuenta a la hora de planificar qué condiciones serán las adecuadas para un aprendizaje eficiente y sin dificultades. Además, será él quien, a través de diversas actividades pedagógicas, hará el vínculo entre la realidad hospitalaria y la vida cotidiana del alumno hospitalizado, interviniendo en todo su proceso de aprendizaje. Así, será “mediador de estímulos, cauteloso, solícito e atento, reinventando formas para desafiar o aluno enfermo quanto à continuidade dos trabalhos escolares, engendrando projetos na vida emancipatória” [mediador de estímulos, cauteloso, solícito y atento, reinventando formas para desafiar al alumno enfermo en cuanto a la continuidad de los trabajos escolares, engendrando proyectos en la vida emancipadora] (Freitas y Ortiz, 2005: 67).

Lerner (2002) también recuerda que, en este proceso, el alumno puede experimentar situaciones angustiosas y aterradoras, como el miedo a lo desconocido y al abandono de los padres y familiares. La sensación de abandono se debe a las reglas del hospital: a menudo, los padres no pueden estar en el hospital todo el tiempo, ya que esto puede aumentar el riesgo de infecciones y obstaculizar los procedimientos médicos. El miedo a lo desconocido “está presente [...], pois o hospital é um ambiente diferente, estranho e ameaçador, sendo que as fantasias e imagens que o aluno hospitalizado elabora a respeito do hospital são fundamentalmente persecutórias” [está presente [...], pues el hospital es un ambiente diferente, extraño y amenazador, siendo que las fantasías e imágenes que el alumno hospitalizado elabora acerca del hospital son fundamentalmente persecutorias] (Lerner, 2002: 15).

Para Porto (2007), ese aprendizaje, desencadenado en el hospital, tiene una función integradora directamente relacionada con el de-

sarrollo psicológico del individuo, proporcionándole posibilidades de interacción y adaptación a la realidad, propensa a múltiples influencias de factores ambientales e individuales.

En esta trayectoria, se observa que el alumno hospitalizado, muchas veces, no puede expresar o reproducir lo que lo hace temer, desarrollando angustias, haciendo surgir depresión, revuelta o desesperación, o incluso la posibilidad de regresión en el nivel de desarrollo. Una vez más, el docente hará la diferencia, observando, evaluando, trayendo el sentimiento de valoración de la vida, amor propio, autoestima, aceptación y seguridad. Y, así, recuperar esos placeres y garantizar la construcción de los conocimientos que estarían sucediendo en el ámbito escolar.

Gonçalves y Valle (1999) refuerzan que, al realizarse las actividades pedagógicas y educativas en tales atenciones, se atenúan las expectativas de pérdidas ocasionadas por la hospitalización que, en la infancia, son muy significativas. En este proceso, Freitas y Ortiz (2005) también señalan que, cuando se prescribe el alta hospitalaria, se activa la confirmación del éxito terapéutico y la certeza del sueño de cura. Sin embargo, en medio de esa euforia al final de un desafío, existe la necesidad de enfrentamiento de la vida después de la hospitalización. Una de las implicaciones de la gestión de la dimensión social de la cura es precisamente este cuidado para promover la inclusión del paciente también fuera del ambiente hospitalario.

En ese sentido, ha sido necesario un contacto del hospital con la escuela antes del regreso del alumno a las actividades académicas, para que se transmitan las informaciones necesarias sobre el diagnóstico, el tratamiento y las limitaciones establecidas (Valle, 2001). A partir de ese momento, pasa a ser responsabilidad total de la escuela evaluar, inventar y reinventar formas estratégicas de desafiar al alumno, en cuanto a la continuidad de su trabajo escolar, ya que, muchas veces, éste se depara con la falta de autoestima, autoconfianza y autoimagen, siendo esto un serio obstáculo para su socialización y inserción en el ambiente escolar.

La enseñanza y el contacto del alumno hospitalizado con el docente en el ambiente hospitalario pueden proteger su desarrollo y con-

tribuir a su reintegración escolar tras el alta. Además de auxiliar en su éxito en los aprendizajes, ha apoyado a personas con necesidades educativas especiales transitorias con el derecho a continuar estudiando, aunque no estén presentes en el aula (Brasil y Ministério da Educação e Cultura, 1994).

En ese proceso, Freitas y Ortiz (2005) señalan que el alumno hospitalizado debe transformarse en alguien con aptitud para el desarrollo, sujeto a programas que maximicen sus potencialidades en un acto intencional de dirimir los daños causados por la hospitalización. Por otro lado, después de la hospitalización, el cuidado para que no se sienta inseguro y excluido en su regreso a la escuela es fundamental, previniendo retrasos en sus procesos de desarrollo y aprendizaje. De esta forma, aunque la atención educativa en ambiente hospitalario no requiera formación específica, esa actividad requiere destreza y discernimiento de los profesionales, con vistas a actuar con planes y programas abiertos, constantemente evaluados y reorientados por la situación especial e individual de cada educando atendido.

Desde esta perspectiva, este proyecto se está diseñando con el objetivo de crear espacios de discusiones, reflexiones, estudios e investigaciones, buscando alcanzar tanto académicos en formación como profesionales de las áreas de educación y salud actuales con tal clientela. Por lo tanto, se hace necesaria la efectivación de alianzas con secretarías, demás instituciones y universidades, visto vislumbrar posibilidades de recopilar datos e informaciones acerca de los atendimientos realizados, así como de los procesos de escolarización y desarrollo de alumnos hospitalizados y/o con discapacidades.

Con este estudio se buscará también fomentar intercambios de experiencias que puedan colaborar en la formación y preparación de los profesionales participantes, capacitándolos mejor para intervenir, evaluar y proponer formas reales y más innovadoras de trabajar con ese alumnado, tanto en la escuela como en las demás atenciones a ellos destinados.

Servicio Educativo en Ambiente Hospitalario: Funcionamiento y Dinámicas Efectuadas

El Servicio Educativo en Ambiente Hospitalario, implementado en Brasil por el *Ministério da Educação* (MEC), es una alternativa y/o una medida que contribuye en gran medida a los procesos de escolarización y desarrollo de los individuos que se encuentran hospitalizados y/o que permanecen en tratamiento de salud.

Marchesan, Bock, Petrilli, Covic y Kanemoto (2009: 21) explican que, en el Servicio Educativo en Ambiente Hospitalario, el alumno hospitalizado estudia mientras se trata, lo que adquiere un carácter que no es solo pedagógico: la clase le permite olvidar, por algunos momentos, su enfermedad, haciéndole creer en la posibilidad de continuar con sus actividades. De esta forma, la acción docente actúa empoderando al sujeto, en la medida en que ofrece alternativas de continuidad de la vida que van más allá de la enfermedad.

Para Ceccim y Carvalho (1997), en este período, el universo del alumno, que antes estaba formado por familia, amigos y escuela, adquiere ahora dos nuevos componentes más: el hospital y la enfermedad. En ese momento, el individuo hospitalizado puede entrar en un conflicto provocado por el propio ambiente, donde deja de existir como sujeto y se convierte en paciente, siendo objeto de agresiones a su cuerpo, el cual se encuentra en fase de descubrimiento, y “a hospitalização, em determinadas situações, constitui-se num risco igual ou maior aos que da própria doença os originou” [la hospitalización, en determinadas situaciones, constituye un riesgo igual o superior a los ocasionados por la propia enfermedad] (Ceccim y Carvalho, 1997: 27).

De esta forma, el sujeto siente inmediatamente que su cotidiano ha sufrido cambios. El primer impacto ocurre cuando se encuentra, en la mayoría de las veces, a las paredes y la ropa blanca que usan los médicos u otros profesionales que trabajan en el hospital. En estos casos, la ausencia de rostros, paisajes y objetos familiares puede acentuar aún más su sentimiento de pérdida de referencias y abandono.

Munhóz y Ortiz (2006) resaltan que el alejamiento de la familia, de los amigos y de su hábitat (casa, escuela y otros) puede causar

profundas y diversas reacciones al alumno hospitalizado. Esto se debe a las interacciones que se interrumpen, una vez que no es permitida la permanencia de todos juntos al lecho hospitalario, pero solo una persona podrá estar acompañando y ser la responsable del paciente.

Así, su mundo, que era dinámico y colorido, se convierte en un único color, al estar en un entorno impersonal, orientado por cuadros clínicos, limitándose solo al cuidado de sus condiciones clínicas (Soares, 2001).

Esa situación, según Freitas y Ortiz (2005: 36), puede generar inseguridad y estrés, “podendo ocasionar-lhe traumas, às vezes profundos, dependendo da intensidade e da estrutura de sua personalidade” [pudiendo ocasionarle traumas, a veces profundos, dependiendo de la intensidad y de la estructura de su personalidad]. Otras ansiedades, como la impotencia, la dependencia, el cambio de imagen corporal (dependiendo de la enfermedad) y el miedo a la muerte, componen otras dificultades del individuo hospitalizado, además de no tener más derechos sobre su propio cuerpo y verse separado, de modo abrupto, de la vida que, día a día, construía y reconstruía su identidad.

Sant’anna (2001) cree que estos aspectos pueden ganar contornos más graves en el interior de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), pues los pacientes, acostados en sus lechos, parecen diminutos delante de todo el aparato en el que sus cuerpos están conectados.

Lerner (2002: 26) afirma que, en este proceso, el miedo a lo desconocido “encontra-se presente [...], pois o hospital é um ambiente diferente, estranho e ameaçador, sendo que as fantasias e imagens que são elaboradas a respeito são fundamentalmente persecutórias” [se encuentra presente [...], pues el hospital es un ambiente diferente, extraño y amenazador, siendo que las fantasías e imágenes que se elaboran al respecto son fundamentalmente persecutorias]. Cuando el hospital proporciona una simultaneidad de tratamiento, entre el aprender y el jugar y/o recrear, posibilita al sujeto hospitalizado la oportunidad de enfrentar la enfermedad sin tantos traumas, que son ocasionados por el propio acto de hospitalización.

En estas circunstancias, dependiendo del tiempo de internación, pueden desencadenarse complicaciones en el desarrollo físico y

psíquico. Ya que, si la patología tratada es una condición crónica, puede haber mayores probabilidades de retrasos, generando depresión y comportamientos regresivos (Lima y Natel, 2010).

Al referirse a ese período, Freitas y Ortiz (2005) describen lo siguiente:

[...] a duração dessa hospitalização configura-se como sendo também outro fator determinante da resposta à problemática desse evento. Assim, quanto maior o período do isolamento hospitalar, maiores serão os riscos de surgirem prejuízos ao livre desenvolvimento normal da criança [la duración de esta hospitalización se configura como siendo también otro factor determinante de la respuesta a la problemática de ese evento. Así, cuanto mayor sea el período del aislamiento hospitalario, mayores serán los riesgos de que surjan perjuicios al libre desarrollo normal del niño] (Freitas y Ortiz, 2005: 38).

Analizando estas cuestiones, Appel (2000) pondera que, dependiendo del estadio de la enfermedad que atraviesa el alumno hospitalizado, existen numerosos medicamentos utilizados que pueden ocasionar graves problemas de regresión en el sistema nervioso central, afectando la memoria, la concentración, la atención, la motricidad fina, el lenguaje y la inteligencia, comprometiendo así el aprendizaje.

Según Wallon (2007), este cuadro no significa la ley única de su futuro destino, sea en una constitución biológica sana o enferma, pues, a lo largo de toda su evolución, las demandas sociales y culturales entrarán en ese juego, influyendo y cambiando toda esa dinámica de desarrollo, que es dependiente de las experiencias ofrecidas por el medio y del grado de apropiación que el sujeto hace de ellas.

Para evitar posibles complicaciones, se recomienda el uso de métodos de prevención. “Uma de tais medidas preventivas é se estabelecer um currículo ou programa mediador de estimulação, exercitando aspectos mais comprometidos da inteligência e de todo o desenvolvimento do aluno hospitalizado” [Una de tales medidas preventivas es establecer un currículo o programa mediador de estimulación, ejer-

citando aspectos más comprometidos de la inteligencia y de todo el desarrollo del alumno hospitalizado] (Freitas y Ortiz, 2005: 43), recordando que todo sujeto, en esa sucesión de sus edades y/o fases, es un ser en curso de metamorfosis, siendo cada uno único, con su propio ritmo y estilo de respuesta (Wallon, 2008).

En este escenario, una evaluación, con miras a la construcción de ese currículo y que incluya intervenciones educativas adecuadas, asume un riesgo de insinuar la existencia del mundo extrahospitalario (la escuela) como agenciador de procesos de adquisición de aprendizaje, desarrollo de competencia intelectual e interacción entre sus pares, componiendo un nuevo cuadro de calidad de vida, cruzando y construyendo sentidos para resignificar la enfermedad.

Por lo tanto, trabajar con el alumno sus procesos de aprendizaje y escolarización, en el ambiente hospitalario, significa tratarlo ante los impactos que el descubrimiento de la enfermedad trae a su vida, considerando los innumerables cambios que este hecho puede promover en su desarrollo.

Políticas Públicas Implementadas en el Servicio Educativo en Ambiente Hospitalario y Domiciliario

El derecho a la educación, independientemente de sus condiciones de salud, se expresa como un derecho al aprendizaje y a la escolarización traducida, fundamental y primordialmente, a través del acceso a la educación básica escolar, considerada educación obligatoria. En este nivel, Saldanha y Simões (2013) explican que la legislación y las políticas educativas tienen como objetivo garantizar el derecho de todos a la educación, contemplando también a los niños en situación de enfermedad que, como hemos visto, pueden sufrir la exclusión y la evasión escolar cuando están hospitalizados.

En la *Constituição da República Federativa do Brasil* (1988), por ejemplo, la educación es “direito de todos e dever do Estado, da sociedade politicamente organizada” [derecho de todos y deber del Estado, de la sociedad políticamente organizada] (*Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988: 11) y de la familia, debiendo ser promovida e in-

centivada con la colaboración de la sociedad, teniendo en vista el “pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” [pleno desarrollo de la persona, su preparación para el ejercicio de la ciudadanía y su cualificación para el trabajo] (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, art. 205).

El artículo 214 de la misma legislación brasileña también establece que las acciones del Poder Público deben conducir a la universalización de la atención escolar. Sin embargo, diversas circunstancias pueden interferir en la permanencia escolar o en las condiciones de conocimiento, o incluso impedir la frecuencia temporal o permanente. Por otro lado, el derecho a la salud, de acuerdo con la misma legislación (1988, art. 196), debe garantizarse mediante políticas económicas y sociales que tengan como objetivo el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios, tanto para su promoción como para su protección y recuperación.

Al mismo tiempo, la demanda por el reconocimiento del derecho a la educación especial para todos los niños o jóvenes que, en algún momento de su escolaridad, requieran apoyos adicionales o recursos especiales, de manera temporal o continua, surgió de una intensa lucha política internacional por el reconocimiento del derecho fundamental de todas las personas a la educación y la oportunidad de alcanzar y mantener un nivel adecuado de aprendizaje, que culminó en la Declaración de Salamanca de 1994 sobre principios, políticas y prácticas en educación especial. En esta Declaración, encontramos la base de la defensa del acceso a la educación de todos y cada uno de los niños y jóvenes, independientemente de las condiciones temporales o permanentes que presenten.

Por otro lado, en la *Política Nacional de Educação Especial* (Brasil y Ministério da Educação e Cultura, 1994) de Brasil, la educación hospitalaria aparece como una modalidad de enseñanza y de la cual deriva la nomenclatura “clase hospitalaria”. Su oferta educativa no se limita solo a niños y adolescentes con trastornos del desarrollo como en el pasado (de 1950 a 1980), sino para aquellos en situación de riesgo, para quienes la hospitalización puede provocar el alejamiento de la escuela e imponer límites a la socialización.

La Ley brasileña *Diretrizes e Bases da Educação Nacional*, de 20 de diciembre de 1996, define la educación especial como una modalidad de la Educación Escolar, un conjunto de recursos y procedimientos específicos del proceso de enseñanza y aprendizaje puestos a disposición de los alumnos con necesidades especiales, en respeto a sus diferencias, para que ellos tengan acceso al currículo y, consecuentemente, conquisten su integración social (Lei n. 9.394, 1996).

La misma ley, en su Capítulo V, artículo 58, párrafo 2º, determina que: “O atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular” [La atención educativa se realizará en clases, escuelas o servicios especializados siempre que, en función de las condiciones específicas de los alumnos, no sea posible su integración en las clases comunes de enseñanza regular] (Lei n. 9.394, 1996).

La lucha por el reconocimiento del derecho a la Educación en las salas de enfermería pediátrica en Brasil comenzó con una de las principales asociaciones científicas brasileñas en el campo de la pediatría, la *Sociedade Brasileira de Pediatria*. Este procedimiento, que tuvo amplia repercusión en las organizaciones no gubernamentales que luchan por los derechos del niño, fue materia de deliberación específica sobre los derechos de los niños y adolescentes hospitalizados, mediante la *Resolução n. 41*, de 13 de octubre de 1995, del *Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente*, con el sello del Ministro de Justicia. Este documento establece que el niño hospitalizado debe recibir apoyo psicológico, cuando sea necesario, y disfrutar de alguna forma de recreación, programas de educación para la salud y seguimiento del currículo escolar según la fase cognitiva, durante la hospitalización.

El derecho a continuar los estudios escolares durante la hospitalización también fue reconocido por la *Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados* (1995). Y el *Ministério da Educação e Cultura*, a través de la *Secretaria Nacional de Educação Especial*, propició atención educativa en los hospitales, creando el servicio de clases hospitalarias (Brasil, Ministério da Educação e Cultura y Secretaria de Educação, 2002).

En Brasil, las *Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica* (Resolução CNE/CEB n. 2, 2001), artículo 13, párrafo 1º, prescriben:

Art. 13. 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, facilitando seu posterior acesso à escola regular.

[Art. 13. Los sistemas de enseñanza, mediante acción integrada con los sistemas de salud, deben organizar la atención educativa especializada a alumnos imposibilitados de asistir a las clases en razón de tratamiento de salud que implique internación hospitalaria, atención ambulatoria o permanencia prolongada en domicilio.

§ 1º Las Clases Hospitalarias y la atención en ambiente domiciliario deben dar continuidad al proceso de desarrollo y al proceso de aprendizaje de alumnos matriculados en escuelas de la Educación Básica, contribuyendo para su retorno y reintegración al grupo escolar, y desarrollar un currículo flexible con niños, jóvenes y adultos no matriculados en el sistema educativo, facilitando su posterior acceso a la escuela regular] (Resolução CNE/CEB n. 2, 2001).

La citada normalización establece que el objetivo de los servicios educativos en el ambiente hospitalario y domiciliario es “dar con-

tinuidade 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” [dar continuidad al proceso de desarrollo y al proceso de aprendizaje de alumnos matriculados en escuelas de Educación Básica, contribuyendo para su retorno y reintegración al grupo escolar] (Resolução CNE/CEB n. 2, 2001).

Recientemente, en 24 de septiembre de 2018, la *Lei n. 13.716* modificó la ley de directrices y bases de la educación nacional brasileña para garantizar específicamente “atendimento educacional, durante o período de internação, ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado” [atención educativa, durante el período de internación, al alumno de la educación básica internado para tratamiento de salud en régimen hospitalario o domiciliario por tiempo prolongado] (Lei n. 13.716, art. 4º-A, 2018), que es la legislación más actual directamente relacionada con el servicio.

El profesor y el trabajo pedagógico/educativo desarrollado en el ambiente hospitalario

En el hospital, motivar y facilitar la inserción del alumno en el contexto escolar hospitalario es la función del profesor de la escuela hospitalaria. En este circuito, el educador aparece como un mediador de conocimientos a ser elaborado por el alumno, siendo este último sujeto de su propia formación.

En la concepción de Gadotti (2006), el alumno necesita construir sus conocimientos a partir de lo que hace. Ya el profesor deberá, en esa óptica, ser un sujeto activo de su práctica, organizándola y, a partir de ella, produciendo sus saberes. Estos saberes no se refieren solo a la práctica, sino a las teorías, a los conocimientos y al saber hacer específico de la profesión.

En este contexto, el espacio escolar, además de ser un lugar para la aplicación de saberes derivados de las teorías, es un espacio para la producción, transformación y movilización de estos saberes. En

consecuencia, se cambia la percepción del alumno hospitalizado o en tratamiento de salud que ya no se ve solo como un ser enfermo. Esto, por consiguiente, también se reflejará en las actitudes de la familia y del equipo de salud hacia el individuo y el ambiente hospitalario, pues el estrés y las dificultades de todos se empezarán a afrontar de forma diferente.

El docente, en este servicio, debe ser conducido a una constante reflexión sobre su práctica escolar, cuestionándola, compartiéndola con sus compañeros y rompiendo con la visión individualista de la formación y la práctica profesional (Nucci, 2002). Para desempeñar este papel, el educador necesita, además de preparación, ser consciente de sus procesos y límites, sus deseos, sus estados de ánimo, sus necesidades y sus posibilidades. Sobre todo, primero, el educador necesita ser amoroso consigo mismo, lo que significa reconocerse, acogerse, nutrirse, sostenerse y confrontarse, y luego con el alumno.

En este sentido, es urgente, por tanto, reestructurar y fomentar una política de formación de profesores que (re)formule e invierta en programas de enseñanza que puedan interferir significativamente en las prácticas, en las (auto)evaluaciones, en las interacciones que se desencadenan en la vida escolar diaria, en el servicio educativo en ambiente hospitalario. Esos profesionales deben trascender los aspectos médicos, ya que, sin una visión integral de las relaciones del alumno hospitalizado con personajes significativos a él (familia, escuela, hospital), el éxito del tratamiento puede verse comprometido. Cuando no se identifica correctamente, puede causar inmediatos y futuros perjuicios escolares incluso en aquellos que tienen un buen desempeño intelectual (Vygotski, 1997). De esta forma, el autor apuesta por el abandono de una pedagogía hospitalaria y medicamentosa que ve el aprendizaje y el desarrollo desde una perspectiva puramente biológica en la búsqueda de una pedagogía creativamente positiva, a través de la educación social.

Así, se predica la implementación de una pedagogía más constructiva, más humana, orientada a la educación social, buscando las capacidades de los sujetos, compartiendo una idea entre los diversos programas en el campo de la salud y la educación, pudiendo ayudar

para que los procesos de aprendizaje y desarrollo de esos educandos, en el ambiente hospitalario, no estén vinculados solo a sus fragilidades físicas, sino en apuestas en las interacciones sociales, educacionales y vínculos afectivos precoces y constantes.

Rolim (2015) también afirma que, en esta interacción, se requiere un diálogo permanente entre la salud y la educación, áreas que estuvieron distanciadas en el pasado, separadas entre sus espacios físicos y de actuación, pero necesitan acercarse a favor de la atención al alumno hospitalizado. Al mismo tiempo, deben actuar, de forma activa y cooperativa, en el entorno en el que se insertan, siempre que se les permita vivir situaciones que faciliten los intercambios, a nivel lingüístico, motor, intelectual, entre otros, y que el resultado de estos intercambios sea dimensionado a partir de posibilidades y no de límites, de cualquier orden.

Mediante tales colocaciones, Assis (2009) sostiene que el profesor, para trabajar en este servicio, debe traer algunas características a destacar: estar abierto al diálogo; dominar conocimientos de los distintos años de Educación Básica; tener la capacidad y competencia para moverse entre los campos de la salud y educación; establecer vínculos de afecto; ser mediador de conocimientos y relaciones interpersonales; conocer y saber interpretar las necesidades educativas de sus alumnos, actuando, cuando sea necesario, para modificar el currículo o recurrir a la tecnología asistencial; y, finalmente, tener madurez emocional para afrontar la rutina hospitalaria.

En este servicio, el alumno que se encuentra debilitado por la enfermedad, o incluso que presenta una determinada discapacidad, puede necesitar adaptaciones, como para escribir o un soporte para la colocación del libro a fin de facilitar la lectura, entre otras herramientas. Así, la accesibilidad se puede elevar, en este espacio hospitalario, a través de las tecnologías asistenciales, que son recursos y/o estrategias utilizadas para ayudar en las actividades que las personas con discapacidad realizan (Gonçalves, 2013). Por lo tanto, al referirse a la accesibilidad para estos educandos, es válido decir que “[...] eles precisam ser reconhecidos, a fim de que possam ser organizadas propostas educacionais coerentes com suas necessidades” [necesitan

ser reconocidos para que se puedan organizar propuestas educativas coherentes con sus necesidades] (Freitas y Negrini, 2014: 168).

En esta estructura, es notable el avance en cuanto a la existencia de materiales, equipos y objetos desarrollados para facilitar el desplazamiento y movimientos del sujeto con discapacidad. Corroborando esta prerrogativa, Rocha (2013: 133) dice que “[...] o uso de tecnologia assistiva na educação vai além de auxiliar o aluno a realizar tarefas, sendo possível, por meio dela, encontrar maneiras deste aluno ser e atuar de forma construtiva no seu processo de aprendizagem” [el uso de la tecnología asistencial en la educación va más allá de ayudar al alumno a realizar sus tareas, siendo posible, a través de ella, encontrar formas para que este alumno sea y actúe de forma constructiva en su proceso de aprendizaje].

Para Loiola (2013), esta actuación pedagógica también beneficiará al alumno cuando él regrese a la escuela, ya que los contenidos que se desarrollaron en el aula, durante su ausencia, fueron total o parcialmente desarrollados y recuperados en el servicio educativo en el ambiente hospitalario.

El regreso del alumno hospitalizado a la escuela

En esta transición, la escuela de origen que recibirá al alumno después del alta puede contribuir significativamente a facilitar la transición del estudiante de casa al hospital y viceversa. Este proceso puede ser facilitado por las autoridades educativas locales en colaboración con los servicios de salud mental y asistencia social del hospital, según lo previsto en las estrategias y lineamientos para esta modalidad educativa (Brasil, Ministério da Educação e Cultura y Secretaria de Educação, 2002).

Durante este período, es común que algunos de estos alumnos que han sido hospitalizados puedan presentar dificultades de atención, memoria, razonamiento lógico matemático, hiperactividad, distracción, impulsividad, dificultad para concentrarse y completar trabajos, seguir pautas, distorsión en la percepción, déficit en organización y secuenciación de tareas, así como falta de memoria para asuntos

académicos. En este sentido, es importante realizar investigaciones sobre su evolución neuropsicológica, ya que esta afecta su motivación e interés por la adaptación y el aprendizaje, además de la integración social con sus pares (Appel, 2000).

También se observa que, en muchos momentos, cuando este alumno llega a la escuela, trae consigo algunos efectos secundarios del tratamiento o de la hospitalización), que, en determinadas situaciones, es prolongado e invasivo. Esto hace que represente una nueva población dentro de la escuela que, por sus características, no pertenece al grupo tradicional de alumnos especiales, integrado por niños con algún tipo de discapacidad visual, auditiva o intelectual. Son, por lo general, antiguos alumnos de la escuela que, ahora, víctimas de una enfermedad, necesitan cuidados especiales, transitorios o permanentes, distintos de acuerdo con la fase de tratamiento.

Sobre este tema, Vygotski (2005) apuesta que la instalación de un posible defecto o problema físico, cualquiera que sea su naturaleza, desafiará a cualquier tipo de organismo, ya que debilita a ese, perjudica sus actividades y actúa como una fuerza negativa. Por otro lado, precisamente porque dificulta la actividad del organismo, el defecto o incapacidad actúa como incentivo para incrementar el desarrollo de otras funciones en el organismo, ya que se activa, despierta al organismo para redoblar la actividad, lo que compensará el defecto y superará la dificultad.

En general, esta ley sería igualmente aplicable a la Biología, Psicología y Pedagogía de un organismo, ya que el carácter negativo de un defecto o incapacidad, cuando no se encuentra en un alto grado de compromiso, actúa como estímulo para un mayor aprendizaje y desarrollo. Vygotski (2003) deduce, en este sentido, que, si bien el organismo tiene, en potencial, esta capacidad de superación, ésta sólo se producirá a partir de la interacción y contribución de factores ambientales, pues el desarrollo se da en el entrelazamiento de factores externos e internos. Así, cualquier defecto o incapacidad puede convertirse en el punto de partida y fuerza propulsora del desarrollo psíquico, el aprendizaje y la personalidad de todo niño, porque, según ese autor, se origina a partir de estímulos para la formación de compensación o superación.

En muchos casos, los tratamientos provocan efectos secundarios, afectando la movilidad y el aprendizaje, haciendo que el alumno no se sienta capaz de afrontar la sociedad y eso reduce su autoestima; por eso, los familiares deben respetar su momento y dejarlo libre para que enfrente con calma, sin presiones.

Para Vygotski (2003), por lo que se refiere a la ley general de compensación, se aplica de la misma manera al desarrollo denominado “normal” y del “complicado”, y este principio es de gran valor para comprender la importancia de realizar intervenciones con familias e instituciones o servicios responsables por ese niño. En lugar de centrar la atención en la noción de déficit o lesión que impide o limita el desarrollo, el autor sugiere que la atención se centre en el ambiente social y cultural, que puede mediar relaciones significativas entre el niño y el entorno, para que tenga acceso al conocimiento y a la cultura.

La cuestión de la discapacidad, defecto o problema, situación presentada por algunos alumnos atendidos por el servicio no constituirían, por sí mismos, un impedimento para su aprendizaje y desarrollo. Lo que podría constituir este impedimento serían las mediaciones establecidas, las formas de abordar el problema, negando las posibilidades de intercambios y relaciones significativas del individuo (Vygotski, 2005). La interacción social estimulada en este proceso expande el universo de cada uno; estimula el conflicto y la percepción de tesis, antítesis y la búsqueda de síntesis, aunque más precaria en este período y más acentuada en el niño, ante sus condiciones físicas y emocionales vividas en ese momento (Vygotski, Luria y Leontiev, 2001).

La reintegración al espacio escolar del alumno que no pudo asistir las clases temporalmente por motivos de salud debe tener en cuenta algunos aspectos, como: el desarrollo de la accesibilidad y adaptabilidad; el mantenimiento del vínculo con la escuela durante el período de ausencia mediante la participación en espacios específicos de convivencia escolar previamente planificados (siempre que exista la posibilidad de desplazamiento); momentos de contacto con la escuela a través de visitas de profesores o compañeros del grupo escolar y servicios de apoyo pedagógico de la escuela (siempre que exista la posibilidad de movilidad, aunque sea esporádicamente); garantía y promoción de es-

pacios de acogida; escucha e interlocución con las familias de los estudiantes durante el período de licencia; preparación o sensibilización de docentes, empleados y otros estudiantes para el regreso del alumno a la vida escolar y el regreso gradual a espacios de estudios sistematizados.

Así, conforme Behrens (2012), el éxito de la educación del alumno hospitalizado está estrictamente relacionado con la planificación entre el profesor de la atención educacional en ambiente y el docente de la escuela de origen. Si no se realiza este intercambio de información con el establecimiento educativo, aunque el trabajo del docente en el ámbito hospitalario sea efectivo, puede generar dificultad para que el alumno se integre nuevamente a la educación regular en el futuro.

Y, tan pronto como haya posibilidad de volver a la escuela, cabe a los equipos multiprofesionales ofrecer subsidios teóricos y prácticos a la comunidad escolar (escuela regular y especializada) para adecuada reintegración psicosocial. Lima (1990) destaca que el equipo multidisciplinar debe ser capaz de comprender al niño y al joven en todas sus especificidades, con determinaciones familiares, ambientales, educativas, emocionales y culturales.

Numerosos estudios apuntan al reconocimiento de la importancia del trabajo en asociación y que un equipo multidisciplinar, bien preparado, podrá ser un elemento indispensable para la educación exitosa de individuos que lo necesiten.

Como destaca Rogers (1991), sólo conseguiremos reunir las competencias construidas a lo largo del proceso histórico de la humanidad a medida que consigamos percibir y respetar la especificidad que delimita cada área de actuación profesional.

Referencias

Appel, S. (2000). *Siempre es tiempo de aprender*. Declarado de Interés Educativo. Mansilla; Buenos Aires: Ministerio del Interior Subsecretaría de Relaciones con la Comunidad; Ministerio de Cultura y Educación de la Nación.

Assis, W. (2009). *Classe hospitalar: um olhar pedagógico singular*. São Paulo: Phorte.

- Behrens, M. A. (2012). Caminhos da escolarização hospitalar para uma visão de complexidade. En Matos, E. L. M. (Ed.). *Escolarização hospitalar: educação e saúde de mãos dadas para humanizar* (pp. 9-20). (3a ed.). Petrópolis: Vozes, 2012.
- Brasil y Ministério da Educação e Cultura (1994). *Política Nacional de Educação Especial*. (Livro 1). Brasília: MEC/SEESP.
- Brasil, Ministério da Educação e Cultura y Secretaria de Educação Especial. (2002). *Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações*. Brasília: MEC/SEESP.
- Ceccim, R. B. y Carvalho, P. R. A. (1997). *Crianças hospitalizadas: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: UFRGS.
- Constituição da República Federativa do Brasil*. (1988). Brasília: Imprensa Oficial.
- Freitas, S. N. y Negrini, T. (2014). Inclusão e acessibilidade: reflexões sobre a singularidade dos estudantes com altas habilidades/superdotação. En Pieczkowski, T. M. Z. y Naujorks, M. I. (Eds.). *Educação, inclusão e acessibilidade: diferentes contextos* (pp. 165-188). Chapecó: Argos.
- Freitas, S. N. y Ortiz, L. C. M. (2005). *Classe hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação*. Santa Maria: UFSM.
- Gadotti, M. (2006). *Perspectivas atuais da educação*. Porto Alegre: Artmed.
- Gonçalves, A. G. (2013). Escola no Hospital: contribuições do atendimento pedagógico-educacional para crianças e adolescentes hospitalizados. En Manzini, J. E. (Ed.). *Educação especial e inclusão: temas atuais* (pp. 41-55). São Carlos: Marquezine & Manzini; ABPEE.
- Gonçalves, C. F. y Valle, E. R. M. (1999). O significado do abandono escolar para a criança com câncer. En Valle, E. R. M. y Françoso, L. P. C. (Eds.). *Psico-oncologia pediátrica: vivências de crianças com câncer*. Ribeirão Preto: Casa do Psicólogo.
- Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Recuperado el 10 de mayo de 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm.
- Lei n. 13.716, de 24 de setembro de 2018*. Altera a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação

- Nacional), para assegurar atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado. Recuperado el 10 de mayo de 2011, de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13716-24-setembro-2018-787190-publicacaooriginal-156470-pl.html>.
- Lerner, E. M. N. (2002). *A psicologia no hospital: o impacto da hospitalização nas crianças, nos adolescentes e no psicólogo hospitalar*. Maestría en Psicología. Universidade São Marcos, Brasil.
- Lima, R. G. (1990). *O processo de trabalho da enfermagem na assistência à criança com câncer: análise das transformações em um hospital-escola*. Maestría en Enfermería. Universidade de São Paulo, Brasil.
- y Natel, M. C. (2010). A psicopedagogia e o atendimento pedagógico hospitalar. *Revista Psicopedagogia*, 27(82), 127-139. Recuperado el 7 de diciembre de 2021, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v27n82/v27n82a13.pdf>.
- Loiola, F. C. F. (2013). *Subsídios para a educação hospitalar na perspectiva da educação inclusiva*. Maestría en Educación. Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.
- Marchesan, E. C., Bock, A. M. B., Petrilli, A. S., Covic, A. N. y Kanemoto, E. (2009). A não escola: os sentidos atribuídos à escola e ao professor hospitalares por pacientes oncológicos. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 29(3), 476-493. Recuperado el 7 de diciembre de 2021, de <https://www.scielo.br/j/pcp/a/NmLJ-Cr58WBLKDsKgbdwZtCy/?format=pdf&lang=pt>.
- Munhóz, M. A. y Ortiz, L. C. M. (2006, ene/abr). Um estudo da aprendizagem e desenvolvimento de crianças em situação de internação hospitalar. *Educação*, 1(58), 65-83. Recuperado el 7 de diciembre de 2021, de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/435/331>.
- Nucci, N. A. G. (2002). *Criança com leucemia na escola*. Campinas: Livro Pleno.
- Porto, O. (2007). *Psicopedagogia institucional: teoria, prática e assessoramento psicopedagógico*. São Paulo: Wak.

- Resolução CNE/CEB n. 2, de 11 de setembro de 2001.* Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Recuperado el 7 de diciembre de 2021, de <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>.
- Resolução n. 41, de 13 de outubro de 1995.* Dispõe sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Brasília: Imprensa Oficial.
- Rocha, A. N. D. C. (2013). A implementação dos recursos de tecnologia assistiva no contexto escolar. En Manzini, E. J. (Ed.). *Educação especial e inclusão: temas atuais* (pp. 133-148). São Carlos: Marquezine & Manzini; ABPEE.
- Rogers, C. (1991). *Tornar-se pessoa*. (4a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Rolim, C. L. A. (2015, sept/dic). Entre escolas e hospitais: o desenvolvimento de crianças em tratamento hospitalar. *Revista Pro-Posições*, 26(3), 129-144. Recuperado el 10 de julio de 2020, de <https://www.scielo.br/pdf/pp/v26n3/0103-7307-pp-26-03-0129.pdf>.
- Saldanha, G. M. M. M. y Simões, R. R. (2013, jul/sept). Educação escolar hospitalar: o que mostram as pesquisas? *Revista Brasileira Educação Especial*, 19(3), 447-464. Recuperado el 10 de octubre de 2020, de <https://www.scielo.br/pdf/rbee/v19n3/10.pdf>.
- Sant'anna, D. B. (2001). *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade.
- Soares, M. R. Z. (2001, nov.). Hospitalização infantil: análise do comportamento da criança e do papel da psicologia da saúde. *Pediatria Moderna*, 37(11), 630-632.
- Valle, E. R. M. (2001). *Psico-oncologia pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vasconcelos, S. M. F. (2000). *A psicopedagogia hospitalar para crianças e adolescentes*. Presentado en *Semana da Psicopedagogia*. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará.
- (2015, ene/abr). Histórias de formação de professores para a classe hospitalar. *Revista Educação Especial*, 28(51), 27-40. Recuperado el 10 de octubre de 2020, de <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/9118/pdf>.

- Vygotski, L. S. (2003). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.
- (1997). *Obras escogidas: fundamentos de defectologia*. (Tema V). Madrid: Visor.
 - (2005). *Pensamento e linguagem*. (3a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
 - , Luria, A. R. y Leontiev, A. N. (2001). *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo: Ícone/EDUSP.
- Wallon, H. (2007). *A evolução psicológica da criança*. São Paulo: Martins Fontes.
- (2008). *Do ato ao pensamento: ensaio de psicologia comparada*. Petrópolis: Vozes.
- Zanotto, M. L. B. (2000). *Formação de professores: a contribuição da análise do comportamento*. São Paulo: EDUC/FAPESP.