



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE
CENTRO DE EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO E ARTES/CECA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM EDUCAÇÃO NÍVEL DE
MESTRADO/PPGE

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SOCIEDADE, ESTADO E EDUCAÇÃO

**O SERVIÇO DE ATENDIMENTO À REDE DE ESCOLARIZAÇÃO HOSPITALAR
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ DE CASCAVEL - PR:
UM ESTUDO SOBRE OS ADOLESCENTES ATENDIDOS NA ALA DE
DESINTOXICAÇÃO**

THAISE FERNANDA DE LIMA MARES

**CASCAVEL-PR
2016**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE
CENTRO DE EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO E ARTES/CECA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM EDUCAÇÃO NÍVEL DE
MESTRADO/PPGE

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SOCIEDADE, ESTADO E EDUCAÇÃO

**O SERVIÇO DE ATENDIMENTO À REDE DE ESCOLARIZAÇÃO HOSPITALAR
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ DE CASCAVEL - PR:
UM ESTUDO SOBRE OS ADOLESCENTES ATENDIDOS NA ALA DE
DESINTOXICAÇÃO**

THAISE FERNANDA DE LIMA MARES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Educação – PPGE, área de concentração Sociedade, Estado e Educação, linha de pesquisa: Educação, Políticas Sociais e Estado, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ireni Marilene Zago Figueiredo

**CASCAVEL-PR
2016**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

M279s

Mares, Thaise Fernanda de Lima

O serviço de atendimento à rede de escolarização hospitalar do Hospital Universitário do Oeste do Paraná de Cascavel – PR: um estudo sobre os adolescentes atendidos na ala de desintoxicação. /Thaise Fernanda de Lima Mares.— Cascavel, 2016.

203 f.

Orientadora: Profª. Drª. Ireni Marilene Zago Figueiredo

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, 2016
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação

1. Política social. 2. Política educacional. 3. Adolescentes. 4. Dependência química. 5. SAREH. I. Figueiredo, Ireni Marilene Zago. II. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. III. Título.

CDD 21.ed. 379.81
CIP – NBR 12899

Ficha catalográfica elaborada por Helena Soterio Bejio – CRB 9ª/965



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Cascavel CNPJ 78680337/0002-85
Rua Universitária, 2069 - Jardim Universitário - Cx. P. 000711 - CEP 85819-110
Fone:(45) 3220-3000 - Fax:(45) 3324-4566 - Cascavel - Paraná



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

THAISE FERNANDA DE LIMA MARES

O SERVIÇO DE ATENDIMENTO À REDE DE ESCOLARIZAÇÃO HOSPITALAR (SAREH): UM ESTUDO COM ADOLESCENTES DEPENDENTES QUÍMICOS INTERNADOS NA ALA DE DESINTOXICAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ- HUOP (2011-2013)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestra em Educação, área de concentração Sociedade, estado e educação, linha de pesquisa Educação, políticas sociais e estado, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a) - Ireni Marilene Zago Figueiredo

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Ercília Maria Angeli Teixeira de Paula

Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Zelimar Soares Bidarra

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Toledo (UNIOESTE)

Roberto Antonio Deitos

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Cascavel, 12 de agosto de 2016

*Dedico este trabalho à minha mãe, Maria Tereza.
Aos sujeitos desta pesquisa e a todos que
contribuíram para sua materialização.*

AGRADECIMENTOS

À Maria Tereza Raimundo de Lima Mares, pelo amor incondicional, por acreditar em mim, por viver os meus sonhos, por ser o meu apoio nas horas difíceis, mas também a minha inspiração. Obrigada por tudo Mãezinha.

Quero agradecer imensamente à minha orientadora, Ireni Marilene Zago Figueiredo, por sua dedicação durante esta jornada, pela paciência e compreensão nos momentos difíceis, pelas orientações, pela confiança durante a realização deste trabalho. A você minha gratidão e admiração.

Ao meu pai, pela preocupação, pelo amor e aconchego do lar.

À minha irmã, Daiane Camila, por estar disposta a me ajudar sempre.

A toda a minha família.

Especialmente agradeço aos irmãos do peito, parceiros da vida, Regi, Cami e Dani, Allan e Tom. Obrigada pelo apoio desde o início desta jornada. Vocês foram essenciais para a construção desta pesquisa, serei eternamente grata.

Agradeço imensamente aos professores e membros do GEPPEs, em especial a Prof^a Mônica Zanardini, Prof^o João e Prof^o Beto. Obrigada pela contribuição neste processo.

Aos companheiros de jornada, Jana, Gislaine, Rosangela, Danieli, Peleti.

Aos amigos que conquistei durante este processo, Mara Mari, Arion, Eliel.

Aos Docentes do Mestrado em Educação e à Sandra, secretária do Programa de Pós-graduação em Educação.

À banca examinadora composta pelos professores Roberto Deitos, Zelimar Bidarra e Ercília de Paula. Obrigada pela contribuição na construção de minha formação acadêmica.

Aos profissionais que se disponibilizaram a participar desta pesquisa.

Ao HUOP por permitir e oportunizar a realização da pesquisa.

À CAPES pela concessão da bolsa.

À Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE.

O Trono do Estudar

*Ninguém tira o trono do estudar
Ninguém é o dono do que a vida dá
E nem me colocando numa jaula porque sala de aula
Essa jaula vai virar*

*A vida deu os muitos anos de estrutura do humano
À procura do que Deus não respondeu
Deu a história, a ciência, a arquitetura
Deu a arte e deu a cura e a cultura pra quem leu*

*Depois de tudo até chegar neste momento
Me negar conhecimento é me negar o que é meu
Não venha agora fazer furo em meu futuro,
Me trancar num quarto escuro e fingir que me esqueceu
Vocês vão ter que acostumar porque...*

*Ninguém tira o trono do estudar
Ninguém é o dono do que a vida dá
E nem me colocando numa jaula
Porque sala de aula
Essa jaula vai virar*

*E tem que honrar e se orgulhar do trono mesmo
E perder o sono mesmo para lutar pelo que é seu
Que neste trono todo ser humano é rei
Seja preto, branco, gay, rico, pobre, santo, ateu*

*Pra ter escolha tem que ter escola
Ninguém quer esmola, isto ninguém pode negar
Nem a lei, nem estado, nem turista
Nem palácio, nem artista, nem Polícia Militar
Vocês vão ter que me engolir, se entregar porque...
Porque ninguém tira o trono do estudar*

Dani Black

MARES, Thaise Fernanda de Lima. **O Serviço De Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar do Hospital Universitário do Oeste do Paraná de Cascavel - PR: Um Estudo Sobre os Adolescentes Atendidos na Ala de Desintoxicação.** Dissertação (Mestrado em Educação)- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2016.

RESUMO

O processo de escolarização das crianças e dos adolescentes pode ser interrompido por inúmeros motivos, dentre os quais se destaca o internamento hospitalar. Para atendimento às crianças e aos adolescentes que estão internados, estejam eles matriculados ou não na escola, foi implantado, em 2007, pela Secretaria de Estado da Educação do Paraná - SEED-PR e por meio da Resolução Secretarial Nº 2.527/2007, o Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar - SAREH. Em 2011, o SAREH foi implantado no Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP de Cascavel - PR, para atender aos educandos matriculados, ou não, na rede de ensino. Assim, a presente dissertação responde à seguinte problemática de pesquisa: Quais os limites e as possibilidades relativos aos processos educacional e administrativo desenvolvidos pelo Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar, na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel – PR, visando a continuidade do processo de escolarização e a manutenção do vínculo dos alunos hospitalizados com o ambiente escolar? O objetivo geral, portanto, é o de apresentar os processos educacional e administrativo desenvolvidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP, de Cascavel – PR, visando a análise dos limites e das possibilidades relativos à continuidade do processo de escolarização e à manutenção do vínculo dos alunos hospitalizados com o ambiente escolar. Os objetivos específicos são: a) Compreender o contexto de emergência do SAREH a partir da relação do Estado com as Políticas Social/Educacional; b) Identificar o perfil social, econômico e educacional dos adolescentes atendidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel-PR no período de 2011 a 2013; e c) Apresentar os processos educacional e administrativo desenvolvidos na Ala de Desintoxicação pelo SAREH do HUOP de Cascavel – PR entre o período de 2011 a 2016, visando a análise das possibilidades e dos limites relativos à continuidade do processo de escolarização e à manutenção do vínculo dos alunos hospitalizados com o ambiente escolar, por meio das entrevistas realizadas com os profissionais do SAREH que atuam ou atuaram na referida Ala. Foi possível concluir, por meio da realização de pesquisa bibliográfica, documental e de campo, os limites, os desafios e as possibilidades do SAREH desenvolvido na Ala de Desintoxicação. Concluiu-se, sobretudo, que o SAREH é parte constituinte da Política Social/Educacional e, portanto, representa a repartição da riqueza socialmente produzida. O SAREH, ao mesmo tempo em que é uma Política Social/Educacional focalizada, constitui-se na possibilidade de intervenção na problemática da drogadição e do atendimento educacional aos adolescentes internados na ala de desintoxicação. Tem, de um lado, a dimensão de responsabilidade social e educacional ao contemplar os serviços de educação e saúde, e, de outro, sustenta a perspectiva dos princípios liberais da individualidade e liberdade, tornando o adolescente responsável por suas ações e pela situação em que se coloca, seja pelo uso das drogas ou de retorno à escola.

Palavras-Chave: Política Social. Política Educacional. Adolescente. Dependência Química. SAREH.

MARES, Thaise Fernanda de Lima. **The Attendance Service to the Hospital Schooling Network of University Hospital of Western Parana A Study of Adolescents Attended in Ala detoxification.** Dissertation (Master's Degree Dissertation). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2016.

ABSTRACT

The process of education of children and adolescents can be interrupted for many reasons, among which stands out the hospitalization. To attend the children and adolescents hospitalized, whether are they registered or not in school, it was established in 2007 by the Education State Secretariat of Paraná - SEED-PR, through the Secretarial Resolution No. 2,527 / 2007, the Attendance Service to the Hospital Schooling Network - SAREH. In 2011, SAREH was implemented at the University Hospital of Western Parana - HUOP, in Cascavel - PR, to meet students enrolled or not in the school system. Being so, this thesis answers the following problem: What are the limits and possibilities for the educational and administrative processes developed by the Attendance Service to the Hospital Schooling Network in the Detoxification Ward at the HUOP Cascavel - PR, in order to continue the hospitalized students' educational process and maintain their link with the school environment? The overall objective, therefore, is to present the educational and administrative processes developed by the SAREH in the Detoxification Ward at the HUOP Cascavel - PR, aiming to analyze the limits and possibilities related to the continuity of the learning process and the maintenance of the link with the school environment of hospitalized students. The specific objectives are: a) Understand the emergency context of the SAREH from the State's relationship with the Social and Educational Policies; b) Identify the social, economic and educational profile of adolescents attended by the SAREH in the Ward Detoxification of HUOP Cascavel-PR from 2011 to 2013; c) present the educational and administrative processes developed in the Detoxification Ward by SAREH of HUOP Cascavel - PR, from 2011 to 2016, aiming to analyze the limits and possibilities for the continuity of the learning process and the maintenance of the link with the school environment of hospitalized students, through interviews with SAREH professionals who work or worked in that wing. It was possible to conclude, through bibliographical, documental and field research, the limits, challenges and possibilities of the SAREH developed in the Detoxification Ward. It was concluded, above all, that the SAREH is part of the Social and Educational Policy and therefore represents the distribution of socially produced wealth. The SAREH, while it is a focused social and educational policy, constitutes the possibility of intervention in the problem of drug addiction and educational services to adolescents admitted to the Detoxification Ward. It has, on the one hand, the scale of social and educational responsibility for covering education and health services. On the other hand, it maintains the perspective of the liberal principles of individuality and freedom, making the adolescents responsible for their actions and for the situation in which they are found, whether it is the use of drugs or the return to school.

Keywords: Social Policy. Educational Policy. Adolescent. Chemical Dependency. SAREH.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 Orçamento Geral Da União De 2014
- Gráfico 2 Aumento das Classes Hospitalares em 5 anos
- Gráfico 3 Número de Hospitais Conveniados pelo SAREH em 2007 e 2015
- Gráfico 4 Distribuição dos adolescentes em relação ao sexo
- Gráfico 5 Distribuição dos adolescentes quanto ao sexo e ano de internamento
- Gráfico 6 Distribuição dos adolescentes quanto à idade
- Gráfico 7 Distribuição quanto ao início do uso de drogas
- Gráfico 8 Distribuição quanto à idade de início do uso de drogas
- Gráfico 9 Distribuição quando ao tempo de uso de drogas
- Gráfico 10 Distribuição quanto aos motivos para o início do uso de drogas
- Gráfico 11 Distribuição quanto às drogas utilizadas no início da dependência
- Gráfico 12 Distribuição quanto ao quantos tipos de drogas são utilizadas
- Gráfico 13 Distribuição das substâncias psicoativas utilizadas pelos adolescentes antes do internamento hospitalar
- Gráfico 14 Distribuição quanto se houve ou não tratamento anterior
- Gráfico 15 Distribuição quanto às instituições de internamento
- Gráfico 16 Distribuição quanto aos métodos utilizados para obter as drogas
- Gráfico 17 Presença de consumo de drogas nas famílias
- Gráfico 18 Distribuição dos adolescentes quanto à composição familiar
- Gráfico 19 Distribuição dos adolescentes quanto à composição familiar
- Gráfico 20 Referente aos Benefícios Sociais
- Gráfico 21 Distribuição quanto à ocupação e a situação no mercado de trabalho
- Gráfico 22 Distribuição quanto aos atos infracionais entre os adolescentes
- Gráfico 23 Distribuição quanto à prática de atos infracionais e violência sofrida pelos adolescente- sexo masculino
- Gráfico 24 Distribuição quanto à prática de atos infracionais e violência sofrida

pelas adolescentes - sexo feminino

Gráfico 25 Distribuição quanto a escolaridade dos adolescentes

Gráfico 26 Distribuição quanto a evasão escolar entre os adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOPde Cascavel-PR (2011-2013)

Gráfico 27 Distribuição quanto nível de evasão escolar entre os adolescentes

Gráfico 28 Distribuição quanto a idade de evasão escolar

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Sujeitos da Pesquisa e anos de atuação no SAREH do HUOP de Cascavel – PR no período de 2011 a 2016
- Quadro 2 - Unidades Federadas com Classes Hospitalares (1999)
- Quadro 3 - Implantação de Classes Hospitalares no Brasil (1950-1997)
- Quadro 4 - Consumo de Drogas nas Famílias dos Adolescentes
- Quadro 5 - Sistematização do perfil dos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP e atendidos pelo SAREH
- Quadro 6 - profissionais do SAREH/HUOP-Cascavel-PR (2011-2016)
- Quadro 7 - Referente a formação continuada dos profissionais do SAREH/HUOP-Cascavel-PR
- Quadro 8 - Média de Atendimentos Semanais Realizados no SAREH do HUOP de Cascavel – PR, por período de atuação
- Quadro 9 - Limites quanto à continuidade do processo de escolarização e a manutenção do vínculo escolar de adolescentes Dependentes Químicos atendidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel – PR, no período de 2011 a 2016
- Quadro 10 - Possibilidades quanto à continuidade do processo de escolarização e a manutenção do vínculo escolar de adolescentes Dependentes Químicos atendidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel – PR, no período de 2011 a 2016

LISTA DE SIGLAS

CF	Constituição Federal
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CAPS ad	Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CENESP	Centro Nacional de Educação Especial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CRPPR	Conselho Regional de Psicologia do Paraná
CORDE	Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
CAT	Casas de Acolhimento Transitório
CEEBJA	Centro de Educação Básica para Jovens e Adultos
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CENSE	Centro de Socioeducação
DEEIN	Departamento de Educação Especial e Inclusão Educacional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA	Educação de Jovens e Adultos
FMI	Fundo Monetário Internacional
HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

ILANUD	Instituto Latino Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
NRE	Núcleo Regional de Educação
ONGs	Organizações não governamentais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PGRM	Programa de Renda Mínima
PTCRS	Programas de Transferência Condicionada de Renda
PNHAH	Programa Nacional de Humanização no Atendimento Hospitalar
PIB	Produto Interno Bruto
SESP	Secretaria de Educação Especial
SUED	Superintendência da Educação
SEED	Secretaria de Estado da Educação
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SETI	Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Paraná
SUS	Sistema Único de Saúde
SPA	Substância Psicoativa
SNC	Sistema Nervoso Central

SENAD	Secretaria Nacional sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional sobre Drogas
SAREH	Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFs	Unidades Federativas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UNODC	United Nations Office On Drug
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
2. O ESTADO, AS POLÍTICAS SOCIAIS E O SERVIÇO DE ATENDIMENTO À REDE DE ESCOLARIZAÇÃO HOSPITALAR	23
1.1 Estado e Políticas Sociais	23
1.2 O Processo de Implantação do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar	35
1.2.1 Contexto Histórico da Educação Hospitalar no Brasil	35
1.2.2 O Atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar no Cenário Brasileiro	39
1.2.3 O Direito à Educação Hospitalar na Legislação Brasileira	43
1.2.4 A Política Educacional na perspectiva de Educação Inclusiva	46
1.2.5 O Processo de Implantação do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar	48
1.2.6 Recursos humanos, organização do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar	55
2. O PERFIL DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO À REDE DE ESCOLARIZAÇÃO HOSPITALAR- SAREH NA ALA DE DESINTOXICAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ (2011-2013).....	59
2.1 O Serviço de Atendimento a Rede de Escolarização Hospitalar no âmbito do Hospital Universitário do Oeste do Paraná	59
2.1.1 Os Pacientes Atendidos pelo Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar	61
2.2 A Ala de Desintoxicação do Hospital Universitário do Oeste do Paraná	63
2.3 Representação gráfica dos dados coletados sobre o perfil de adolescentes Dependentes químicos atendidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do Hospital Universitário do Oeste do Paraná.....	67
2.3.1 Sexo e idade	68
2.3.2 Adolescência.....	71
2.3.3 Motivos para o início do uso de drogas.....	76
2.3.4 Substâncias Psicoativas e Dependência Química	77
2.3.5 Tratamento da Dependência Química	84
2.3.6 Métodos utilizados para obter as drogas	
2.3.7 Organização Sócio Familiar	92
2.3.8 Renda <i>per capita</i> familiar	94

2.3 9 Situação ocupacional	98
2.2.3.1 Tráfico de drogas, atos infracionais e violência	103
2.2.3.2 Escolaridade	109
3. AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO À REDE DE ESCOLARIZAÇÃO HOSPITALAR NA ALA DE DESINTOXICAÇÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ (2011- 2016).....	118
3.1 Implantação do SAREH no HUOP: profissionais da Ala de Desintoxicação	118
3.1.1 Metodologia de Trabalho do SAREH do HUOP	118
3.2 Formação continuada para os profissionais do SAREH	123
3.2.1 A demanda atendida pelos profissionais do SAREH	130
3.3 - Infraestrutura para o atendimento aos alunos na Ala de Desintoxicação do HUOP	135
3.3.1 Os limites e as possibilidades do atendimento educacional prestado pelo SAREH aos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP	135
3.4 A continuidade do processo de escolarização e a manutenção com o vínculo escolar	143
3.5 Os Desafios, Limites e as Possibilidades no Atendimento do SAREH aos Adolescentes Dependentes Químicos	149
REFERÊNCIAS.....	169
ANEXOS	181
APÊNDICES	186

INTRODUÇÃO

O processo de escolarização das crianças e dos adolescentes pode ser interrompido por inúmeros motivos. Dentre eles, destacam-se os relacionados ao internamento hospitalar. Para atendimento às crianças e adolescentes que estão internados para tratamento da saúde, estejam eles matriculados ou não na escola, foi implantado, em 2007, pela Secretaria de Estado da Educação do Paraná - SEED-PR e por meio da Resolução Secretarial Nº 2.527/2007, o Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH), que tem como finalidade

[...] prestar o atendimento educacional público aos alunos matriculados ou não na Educação Básica em seus diferentes níveis e modalidades de ensino que se encontram impossibilitados de frequentar as aulas por motivo de tratamento de saúde. [...] Terão direito ao atendimento hospitalar os alunos impossibilitados de frequentar a escola por estarem realizando tratamento de saúde, e que necessitam de continuidade em seu processo de escolarização e a manutenção do vínculo com seu ambiente escolar (PARANÁ, 2012, p. 2).

No município de Cascavel-PR¹, desde 2011, o SAREH atende crianças e adolescentes dependentes químicos internados na Ala de Desintoxicação² do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP.

Em 2011, ocorreu o primeiro contato com a Ala de Desintoxicação, por meio do Estágio Supervisionado I e II do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE - *Campus* de Toledo. A partir desse contato foi realizada uma Pesquisa de Campo para identificar os motivos que influenciam na evasão escolar dos adolescentes dependentes químicos internados

¹ Cascavel é um município brasileiro localizado na região Oeste do estado do Paraná, do qual é o quinto mais populoso, com 312.778 habitantes, conforme estimativa do IBGE, publicada em agosto de 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=410480>.

²“A Ala de Desintoxicação (conhecida popularmente entre os funcionários do HUOP como ‘Ala Psiquiátrica’) começou a ser implantada no HUOP no ano de 2006, através da Ação Civil Pública 273/2006 e pelo Mandato Judicial que determinou a criação da disponibilidade de 10% dos leitos para a rede pública de Saúde Mental para atender as crianças e adolescentes. Esta organização foi necessária para que se fizesse valer a norma inscrita no artigo 227, caput 3º, inciso VII, da Constituição Federal, ‘que garante a criança e ao adolescente prioridade absoluta, inclusive no atendimento especializado para dependentes de entorpecentes e drogas afins’, visto que até então, não havia na região oeste um serviço que prestasse esse atendimento de internamento hospitalar. [...] Assim, em março de 2007, foi criada a Ala Psiquiátrica (que hoje se chama Ala de Desintoxicação), com 17 (dezesete) leitos, sendo 3 (três) para crianças (até doze anos) e 14 (catorze) para adolescentes (de doze a dezessete anos, onze meses e vinte e nove dias)” (GERALDO, 2015, p. 41).

na Ala Psiquiátrica do HUOP de Cascavel - PR. Na pesquisa sistematizada no Trabalho de Conclusão de Curso - TCC³, concluiu-se que

[...] a dependência química é resultante de inúmeras expressões da “questão social” de naturezas variadas como culturais e familiares, exigindo intervenções pontuais, em várias áreas como assistência social, saúde e educação, de forma articulada. Assim, a evasão escolar é apenas uma das consequências da dependência de drogas. Ainda, a falta de motivação para os estudos, o absenteísmo, o mau desempenho escolar, são fatores determinantes para esta dependência. Deste modo, a dependência de drogas na adolescência, requer maior atenção por parte do poder público (MARES, 2012, p. 58).

O TCC, portanto, constituiu a motivação para a continuidade dos estudos. Assim, realizou-se a seleção do Mestrado em Educação, em 2013, ingressando em 2014. Ao ingressar no Mestrado em Educação, o projeto foi analisado com a orientadora, bem como apresentado no Grupo de Pesquisa em Políticas Educacionais e Sociais (GEPPE) para reflexão e aprimoramento do problema de pesquisa.

A problemática de pesquisa, nesse sentido, ficou assim redefinida: Quais os limites e as possibilidades relativos aos processos educacional e administrativo desenvolvidos pelo Serviço de Atendimento a Rede de Escolarização Hospitalar, na Ala de Desintoxicação⁴ do HUOP de Cascavel – PR, a partir de 2011⁵, visando a continuidade do processo de escolarização e a manutenção do vínculo dos alunos hospitalizados com o ambiente escolar? Deve-se ponderar, na redefinição do problema de pesquisa, que desde a implantação do SAREH houve diferentes proposições sobre a finalidade preconizada. Assim sendo, em 2008, a Instrução Nº 006/2008 estabeleceu procedimentos para a implantação e funcionamento do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar. Naquele período, o SAREH visava o atendimento educacional aos educandos matriculados ou não na

³ O Trabalho de Conclusão de Curso – TCC intitulado *A Evasão Escolar entre Adolescentes Dependentes Químicos Internados na Ala Psiquiátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná - Cascavel-PR* foi orientado pela professora Ms. Carmen Pardo Salata e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), por meio do Parecer Nº 159/2012.

⁴ Embora sejam atendidos na Ala de Desintoxicação crianças e adolescentes, essa pesquisa analisou 256 fichas de Adolescentes internados na referida Ala, visto que estes representam a maioria entre os pacientes internados na referida Ala do HUOP.

⁵ Deve-se mencionar que a delimitação do tempo para a realização da pesquisa considerou a implantação do SAREH no HUOP de Cascavel – PR, em 2011.

Educação Básica, oportunizando “[...] a continuidade no processo de escolarização, a inserção ou a reinserção em seu ambiente escolar” (PARANÁ, 2008, p.1). Em 2010, foi lançado o *Caderno Temático do SAREH*, que reafirmou o proposto pela Instrução Nº 006/2008, a saber: “O objetivo do programa hospitalar é garantir aos alunos pacientes um conjunto de ações, que lhes possibilite a continuidade das suas atividades escolares; reintegrar à escola aqueles alunos que estão fora do contexto de ensino [...]” (PARANÁ, 2010, p. 3). Contudo, em meados de 2012, a Secretaria de Estado da Educação e a Superintendência da Educação (SUED/SEED), lançou a Instrução Nº 016/2012, a qual substituiu a Instrução Nº 006/2008 e estabeleceu que o SAREH teria a seguinte finalidade: “[...] prestar o atendimento educacional público aos alunos matriculados ou não na Educação Básica [...] que necessitam de continuidade em seu processo de escolarização e a manutenção do vínculo com seu ambiente escolar” (PARANÁ, 2012, p.1).

Para responder à problemática de pesquisa elencaram-se os seguintes objetivos: a) Objetivo geral: apresentar os processos educacional e administrativo desenvolvidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP, de Cascavel – PR, visando a análise dos limites e das possibilidades relativos à continuidade do processo de escolarização e à manutenção do vínculo dos alunos hospitalizados com o ambiente escolar. b) Objetivos específicos: 1) Compreender o contexto de emergência do SAREH, a partir da relação entre o Estado e as Políticas Social/Educacional; 2) Identificar o perfil social, econômico e educacional dos adolescentes atendidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel-PR no período de 2011 a 2013; e 3) Apresentar os processos educacional e administrativo desenvolvidos na Ala de Desintoxicação pelo SAREH do HUOP de Cascavel – PR entre o período de 2011 a 2016, visando a análise das possibilidades e dos limites relativos à continuidade do processo de escolarização e à manutenção do vínculo dos alunos hospitalizados com o ambiente escolar.

O segundo momento para a continuidade do processo de investigação da problemática do objeto de estudo, o SAREH, foi o cadastro do Projeto de Pesquisa na Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), por meio do Parecer Nº 855.024⁶.

⁶ Conferir Anexo A.

O terceiro momento foi o levantamento no Banco de Teses e Dissertações da Capes e Sistema de Bibliotecas da Unicamp, o qual constitui-se num processo fundamental para aproximação do objeto de estudo, particularmente para compreender a relação do Estado com o SAREH, concebido como parte constituinte da Política Educacional/Política Social. Concomitante a Pesquisa Bibliográfica, realizou-se a Pesquisa Documental no *Website* do SAREH⁷.

A quarta etapa ocorreu por intermédio da Pesquisa de Campo, a qual necessitou do Cadastro do Projeto na Plataforma Brasil, conforme mencionado. As entrevistas, semiestruturadas, foram realizadas com os profissionais que atuaram/atuam no SAREH, entre os anos de 2011 e 2016, e por meio do acesso às 256 fichas de Cadastro do Serviço Social⁸, na Ala de Desintoxicação do HUOP – Cascavel –PR⁹.

Em relação às entrevistas semiestruturadas¹⁰, foram envolvidos oito profissionais do SAREH no HUOP de Cascavel – PR. Optou-se por entrevistar dois pedagogos e seis professores das distintas áreas de conhecimento: Ciências Humanas (3 professores), Ciências Exatas (1 professor) e Linguagens (2 professores). Os Sujeitos da pesquisa trabalharam/trabalham no SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP, no período de 2011 a 2016, os quais são denominados de Sujeitos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8, conforme Quadro 1:

⁷ Disponível em: <http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br>. Acesso em: 01 de Março de 2015

⁸ Quem realiza o Cadastro dos Adolescentes que são internados na Ala de Desintoxicação do HUOP são os profissionais do Serviço Social. As fichas de Cadastro do Serviço Social (Anexo B) correspondem aos internamentos realizados no período de 2011 e 2012 e primeiro semestre de 2013. Em anexo, a autorização do Diretor do HUOP (Apêndice A) e da Assistente Social responsável pelas fichas de Cadastro do Serviço Social (Apêndice B).

⁹ O recorte para a realização das entrevistas e do perfil dos adolescentes inicialmente era do período de 2011, 2012 e primeiro semestre de 2013. Todavia, por recomendação dos Membros da Banca de Qualificação, foi ampliado para 2016. Porém, tendo em vista que o instrumental do Serviço Social para coleta de dados na Ala de Desintoxicação já não era o mesmo, optou-se em permanecer com o perfil dos adolescentes do período acima mencionado (2011, 2012 e primeiro semestre de 2013) e ampliar as entrevistas com os profissionais do SAREH que trabalharam/trabalham na Ala de Desintoxicação (2011-2016).

¹⁰ As entrevistas foram gravadas por meio de mídia (MP3) e transcritas conforme os depoimentos dos profissionais. Em anexo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice C) e (Apêndice D) e os três formulários para realização das entrevistas: pedagogos do HUOP/SAREH (Apêndice E); professores que estavam no hospital nos primeiros anos de implantação do SAREH (Apêndice F); professores que em 2016 estavam desenvolvendo atividades no SAREH/HUOP (Apêndice G). Destaca-se, também, que devido ao número de perguntas e os três formulários utilizados em tempo e espaço diferentes para cada um dos sujeitos, optou-se por realizar uma articulação entre as questões levantadas e as respostas obtidas. Deste modo, não será apresentado as perguntas e as respectivas respostas em sua totalidade.

Quadro 1: Sujeitos da Pesquisa e anos de atuação no SAREH do HUOP de Cascavel – PR no período de 2011 a 2016

SUJEITOS	ANO(S) DE ATUAÇÃO NO SAREH
Sujeito 1	2011-2012-2013-2014
Sujeito 2	2011
Sujeito 3	2012
Sujeito 4	2011 e 2012
Sujeito 5	2011 e 2016
Sujeito 6	2016
Sujeito 7	2016
Sujeito 8	2016

Fonte: Entrevista Semiestruturada realizada com os profissionais do SAREH. Elaboração da Autora.

Desse modo, esta dissertação está dividida em três capítulos. O primeiro capítulo, intitulado *Estado, as Políticas Sociais e o Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar*, tem como objetivo compreender o contexto de emergência do SAREH, a partir da relação entre o Estado e as Políticas Social/Educacional. Nesse sentido, apresenta-se o contexto histórico, o embasamento legal e a contextualização do Atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar¹¹ no Brasil e do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH) no Paraná. Contudo, para compreender o processo em que se dá a construção da política de atendimento aos adolescentes hospitalizados, parte-se da conceituação de Classe Hospitalar, Educação Inclusiva, Educação Hospitalar e suas modalidades de atendimento educacional enquanto promotora da continuidade da escolaridade de crianças e adolescentes hospitalizados.

O segundo capítulo, intitulado *O Perfil dos Adolescentes atendidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (2011-2013)*, tem como objetivo identificar o perfil social, econômico e educacional dos adolescentes atendidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel-PR no período de 2011 a 2013. Analisou-se, nessa dimensão, as 256 fichas obtidas junto ao Cadastro do Serviço Social para o levantamento do perfil social, econômico e educacional dos adolescentes atendidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação, a saber: sexo; idade; idade de início de uso de drogas lícitas e

¹¹ Será tomada como referência, para este trabalho, a expressão Atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar (FONSECA, 1999, p. 18).

ilícitas; motivo para o início do uso de drogas; drogas inicialmente utilizadas; drogas utilizadas no momento do internamento para desintoxicação; tipo de drogas utilizadas; tratamento anterior ao do HUOP; métodos utilizados para obtenção das drogas; organização sócio-familiar; atos infracionais; violência; e escolaridade.

O terceiro capítulo, intitulado *As atividades desenvolvidas pelo Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar na Ala de Desintoxicação Hospital Universitário do Oeste do Paraná (2011- 2016)*, tem como objetivo, por meio das entrevistas realizadas com os profissionais do SAREH que trabalharam/trabalham na referida Ala, apresentar os processos educacional e administrativo desenvolvidos na Ala de Desintoxicação pelo SAREH do HUOP de Cascavel – PR entre o período de 2011 a 2016, visando a análise dos limites e das possibilidades relativos à continuidade do processo de escolarização e à manutenção do vínculo dos alunos hospitalizados com o ambiente escolar.

Por fim, nas conclusões, retomamos algumas questões fundamentais para análise dos limites e das possibilidades do SAREH do HUOP de Cascavel – PR, particularmente no que diz respeito à análise do perfil dos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação e à avaliação dos profissionais que trabalharam/trabalham na referida Ala.

2. O ESTADO, AS POLÍTICAS SOCIAIS E O SERVIÇO DE ATENDIMENTO À REDE DE ESCOLARIZAÇÃO HOSPITALAR

Este capítulo tem como objetivo compreender o contexto de emergência do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH), a partir da relação do Estado e as Políticas Social/Educacional. Nesse sentido, apresenta-se o contexto histórico, o embasamento legal e a contextualização da Educação Hospitalar no Brasil e do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH) no Paraná.

1.1 Estado e Políticas Sociais

Muito se debate acerca das Políticas Sociais. Em tese, as Políticas Sociais são mecanismos utilizados pelo Estado para intervir na realidade, respondendo as demandas dos grupos socialmente vulneráveis. Entre elas, estão as políticas de saúde, habitação, assistência social e educação. De acordo com Netto (2001), entendemos as Políticas Sociais como respostas do Estado, no período do Capitalismo Monopolista, para as demandas postas no movimento social por classes (ou estratos de classe) vulnerabilizadas pela “questão social”.

Este Estado burguês, funcional ao Capitalismo dos monopólios, através das políticas sociais, responde às pressões dos segmentos da população afetados pelas várias expressões da “questão social”. No domínio da saúde, da habitação, da educação, da renda, do emprego etc., o foco das políticas sociais recaí sempre sobre uma expressão ou expressões da chamada “questão social” (NETTO, 2001, p. 15).

É importante, sobretudo, assinalar que a “questão social” é uma inflexão da produção e reprodução das relações sociais inscritas num momento histórico, nesse caso, no processo de consolidação da sociedade burguesa. A configuração da desigualdade e as respostas engendradas por aqueles que estavam sujeitos a tal sociedade se expressam, de forma multifacetada, como questão social. Nessa perspectiva, a questão social se caracteriza como expressão das contradições inerentes ao Capitalismo (BEHRING; SANTOS, 2009), no qual as Políticas Sociais diferem das ações dirigidas ao social na época medieval, as quais se limitavam a dar a respostas pontuais aos miseráveis que se encontravam, sobretudo, a cargo de

instituições religiosas. Nesse sentido, com o surgimento desse sistema, gerou-se a necessidade de introduzir medidas que evitassem processos de ruptura social (SOARES, 2003, p. 34-35).

Quando se fala em “políticas”, como, por exemplo, política social, política econômica, política fiscal, política de saúde, política habitacional, política de assistência ou política educacional, entre outras, estamos falando em estratégias governamentais voltadas para determinado assunto ou problema para o qual a sociedade e o governo buscam estabelecer acordos possíveis que representem medidas de solução para aquilo que, da perspectiva das elites dominantes, representa uma ameaça à paz social ou, da perspectiva das camadas populares, diz respeito a direitos subtraídos (BIDARRA; OLIVEIRA, 2013, p.227).

Essas medidas, aqui entendidas como Políticas Sociais, tornaram-se estratégias utilizadas pelo próprio Estado Capitalista para intervir no antagonismo entre a classe trabalhadora e a classe burguesa e, concomitantemente, mediar as relações de produção capitalista, causadora das expressões da questão social.

O Estado apresenta respostas quando os afetados por essas expressões são capazes de exercer, sobre ele, uma pressão organizada. Não basta que haja expressões da ‘questão social’ para que haja política social; é preciso que aqueles afetados pelas suas expressões sejam capazes de mobilização e de organização para demandar a resposta que o Estado oferece através da política social (NETTO, 2001, p. 15,16).

Essas mobilizações ou lutas entre trabalhadores e capitalistas resultaram no avanço em relação às Políticas Sociais para a classe trabalhadora. Contudo, vale salientar que “[...] essas políticas não caem do céu, nem são um presente ou uma outorga do bloco do poder. Elas são ganhos conquistados em duras lutas e resultados de processos complexos de relação de forças”. (FALEIROS, 1991, p.62). É importante elencar que,

Ao analisar as políticas sociais, é preciso compreendê-las como resultado das contradições e dos conflitos produzidos em um determinado contexto histórico, em que se articulam o econômico, o político e o social (FIGUEIREDO, 2006, p.8).

Desse modo, o Estado busca estratégias a fim de amenizar as pressões da classe trabalhadora na luta por direitos. Em vista disso,

O Estado como característico de uma instituição social e político-militar estratégica da sociedade de classes aparece como mediador chave do processo de repartição social da riqueza na forma de políticas sociais implementadas (DEITOS, 2010, p. 211).

Neste movimento, o Estado torna-se o principal implementador das Políticas Sociais, cujo objetivo primordial é amenizar os conflitos existentes entre a burguesia e o proletariado. Vale lembrar que as políticas sociais são resultado de um processo social complexo e de intensa disputa na sociedade de classes (FALEIROS, 1991).

Historicamente, “a política Social aparece no Capitalismo a partir das mobilizações operárias sucedidas ao longo das primeiras revoluções industriais” (VIEIRA, 1992, p.19). Contudo, salienta-se aqui que as políticas sociais, no contexto do liberalismo, fundamentam-se na procura do interesse próprio dos indivíduos, que devem ser conduzidos pelo mercado, sendo o Estado aquele que deve fornecer a base legal para o bom funcionamento da economia (BEHRING; SANTOS, 2009).

Para Behring e Santos (2009), o enfraquecimento do liberalismo se deu por motivos diversos, entre eles a crise de 1929/1932, a qual foi a maior crise econômica mundial do Capitalismo até aquele momento. Uma crise que se iniciou no sistema financeiro americano a partir do dia 24 de outubro de 1929, quando a história registrou o primeiro dia de pânico na bolsa de Nova Iorque e se alastrou pelo mundo, reduzindo o comércio mundial a um terço do que era antes.

Como resposta às consequências da crise, popularizou-se, em 1936, a teoria geral de John Maynard Keynes, a qual sustenta que “cabe ao Estado o papel de reestabelecer o equilíbrio econômico, por meio de uma política fiscal, creditícia de gastos, realizando investimentos ou inversões reais que atuem nos períodos de depressão” (BEHRING; SANTOS, 2009, p.307-308). O keynesianismo predominou após a Segunda Guerra Mundial até o início dos anos de 1970, período no qual as políticas sociais têm seu ápice. O surgimento do chamado *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar Social representa o advento das políticas sociais. Seu desenvolvimento está fundamentado no processo de industrialização e nos problemas sociais gerados após a segunda Guerra Mundial (1945) (BEHRING; SANTOS, 2009).

O 'Welfare State' é um aderência social-democrata, assumida pelo partido trabalhista britânico, fundado no começo do século XX, que resolve construir um Estado com amplos serviços sociais, baseado em dois princípios keynesianos: a busca do pleno emprego: e o desenvolvimento acelerado pelo investimento do Estado em combinação com o investimento privado e com a poupança popular (VIEIRA, 2001, p. 20).

Nesse período, o Estado ficou conhecido como Estado-Providencial e visava a garantia do mínimo de renda, alimentação, saúde, habitação e educação, assegurando-os a todo cidadão, não como uma caridade, mas como direito político (VIEIRA 1992, p. 20).

O Estado de Bem-Estar Social representou uma criação do Capitalismo, foi possível em determinado momento do Capitalismo, surgindo, sobretudo nos países, onde o crescimento nos pós-2ª guerra Mundial (1945) foi muito acentuado. Não existiu Estado de Bem-Estar Social fora desses países e ele começou a morrer com a crise a partir da década de 70. [...] O Estado de Bem-Estar Social, a rede de proteção social, inexistiram ou inexistem no Brasil e na América do Sul (VIEIRA, 2001, p. 20).

De acordo com Vieira (1992), devido a inúmeros empecilhos de expansão das atividades do Estado, ainda na década de 1970 tem início a crise do Estado ou crise do Estado-Providencial, a qual culminou na diminuição das atividades Estatais no Capitalismo e foi caracterizada como consequência do grande aumento da intervenção no Estado de Bem-Estar Social, principalmente no que se refere às políticas sociais. Em consequência disso, há a busca por um Estado que intervenha minimamente. Esse seria, portanto,

[...] o 'Estado restrito' ou o 'Estado Mínimo' ou, se quiser, o 'Estado diminuto' ou até mesmo a doutrina da 'Sociedade sem Estado' nas teorias capitalistas denunciam pelo avesso o que o Estado capitalista nunca deixou de fazer: a intervenção na economia e na sociedade (VIEIRA, 1992, p. 93).

Como proposta para solução da crise do Estado, há a retomada do padrão liberal, agora denominado neoliberalismo. De acordo com Ivo (2004), embora o desenvolvimento econômico até os anos 1970 tenha possibilitado a frequente incorporação de trabalhadores no mercado de trabalho formal, a crise dos anos

1980 e a reestruturação produtiva afetaram essa dinâmica, principalmente no que se refere aos segmentos jovens, em que

O esgotamento dessas possibilidades num quadro de acumulação globalizada e flexível e de reestruturação produtiva, seguido por mudanças sobre os papéis sociais do Estado, de reorientação liberal, configurou particularmente nos anos 1990, entre outros fatores, uma dessocialização social, caracterizada pelos elevados índices de desemprego, especialmente dos trabalhadores mais jovens; pela precarização dos empregos; e pela expansão dos indicadores de anomia e violência, que marcam as metrópoles brasileiras contemporâneas (IVO, 2004, p. 6).

De acordo com Soares (2003), o impacto social do neoliberalismo foi significativo no Brasil, na medida em que se aprofundou ainda mais o efeito perverso do ajuste neoliberal. No que se refere ao papel do Estado frente ao neoliberalismo, este deve, principalmente, garantir que o mercado tenha um bom funcionamento, agindo como um regulador e facilitador do desenvolvimento do padrão neoliberal promovido pelo mercado. Quanto às políticas sociais, a expressão “Estado Mínimo” é adequada, tendo em vista que o Estado diminui sua responsabilidade de promover políticas que assegurem o bem estar social dos seus cidadãos.

Portanto, se nos períodos de expansão dos países capitalistas centrais, as políticas sociais foram concebidas como necessárias à reprodução da classe trabalhadora e como elemento que poderia contribuir para o consumo, mas mesmo assim, questionadas nos momentos de crise do capital, a situação nos países periféricos é ainda mais complexa (FIGUEIREDO, 2006, p. 45).

Diferentemente do que preconizaram os países capitalistas centrais, no Brasil não foram propiciadas as condições de reprodução da totalidade da força de trabalho, tampouco foi priorizada a atenção aos marginalizados. Assim, as políticas sociais foram historicamente reduzidas a programas emergenciais com caráter de compensação e benevolência, muito diferentemente do que ocorreu nos Estados de Bem-Estar Social. (FIGUEIREDO, 2006).

Para Tavares (2009), no caso do Brasil, é necessário considerar que há o desenvolvimento desigual e combinado do Capitalismo. Nesse caso, a expansão do Capitalismo no Brasil não reproduz o modelo clássico dos países desenvolvidos. Contraditoriamente, quando o Capitalismo europeu já estava na fase monopolista,

no Brasil ainda havia a acumulação por meio do trabalho escravo. Contudo, com a globalização da economia, o que se propõe é um único modo de gestão e organização do trabalho para o mundo capitalista. No entanto, igualar realidades tão díspares justifica-se tão somente na possibilidade de os países centrais levarem adiante políticas próprias, ou seja, preservar a desigualdade mediante tais políticas (TAVARES, 2009).

[...] no contexto da ideologia da globalização, as políticas restritas e compensatórias que têm como prioridade atender aos grupos de extrema pobreza consubstanciam, em parte a proposta dos organismos multilaterais de financiamento – em especial o Banco Mundial e o BID- de focalização dos gastos destinados a esses grupos, o que justifica o investimento do Estado nas áreas de educação e saúde básicas (FIGUEIREDO, 2008, p. 286).

Nesse sentido, um dos efeitos do neoliberalismo diz respeito às pressões sofridas pelo Estado para adaptarem-se às ações de instituições financeiras globais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (TAVARES, 2009).

As transformações e estratégias que decorrem do neoliberalismo para as Políticas Sociais são inúmeras. Segundo Laurell (1995), existem quatro estratégias de implantação da política social no modelo neoliberal:

As quatro estratégias concretas da implantação da política social neoliberal são o corte dos gastos sociais, a privatização, a centralização dos gastos sociais públicos em programas seletivos contra a pobreza e a descentralização (LAURELL, 1995, p.167).

Visto isso, é necessário observar as consequências das estratégias neoliberais para a política social. No caso da privatização como forma de efetivação das diferentes políticas sociais, este processo resulta na organização de empresas capitalistas de prestação de serviços sociais para as quais o Estado repassa os recursos públicos. Nesse caso,

A privatização é o elemento articulador dessas estratégias, que atende ao objetivo econômico de abrir todas as atividades econômicas rentáveis aos investimentos privados, com o intuito de ampliar os âmbitos de acumulação, e ao objetivo político-ideológico de re-mercantilizar o bem-estar social (LAURELL, 1995, p.167).

Assim sendo, “Reedita-se aqui, no seio da própria política social, o mecanismo básico de funcionamento da economia capitalista: a apropriação privada dos bens produzidos socialmente” (SAVIANI, 2007, p. 228). Observa-se que

[...] este processo de privatização de diversas maneiras: seja pela concentração direta de serviços privados, seja pela própria mercantilização do aparato público através de ‘mecanismo de gestão’ de natureza privada e da possibilidade de cobrança dos usuários pelos bens sociais (SOARES, 2003, p.33).

Nesse sentido, a privatização dos serviços sociais corresponde ao alto grau de mercantilização dos bens sociais, submetido à lógica dos bens materiais e, portanto, do lucro. Cabe lembrar que a privatização dos serviços sociais recai sobre as mais variadas políticas, e, portanto, ao privatizar, o Estado também deixa de ser o principal responsável e promotor de direitos sociais. Finalmente,

[...] a descentralização neoliberal não tem por objetivo democratizar a ação pública, mas, principalmente, permitir a introdução de mecanismos gerenciais e incentivar os processos de privatização. Deixando em nível local a decisão a respeito de como financiar, administrar e produzir os serviços (LAURELL, 1995, p.174).

Para Soares (2003), a descentralização e a privatização geralmente encontram-se articuladas entre si. Com a descentralização, observam-se limitados avanços relacionados à equidade de acesso a serviços como a educação e saúde, além disso, a descentralização é uma fonte de corrupção e perda de controle fiscal.

No que se refere ao ideário burguês, ainda como estratégia neoliberal, está a focalização das políticas sociais. Segundo Soares (2003), este é um meio de direcionar os serviços sociais aos “comprovadamente pobres” e, concomitantemente, diminuir os gastos sociais. No neoliberalismo, essa intervenção do Estado fica cada vez mais fragmentada, focalizada em ações paliativas que resolvam a situação de imediato. “Focalizar é estabelecer mecanismos e critérios para delimitar “quem” tem direito aos benefícios instituídos como subsídio público” (IVO, 2004, p. 9-10). Nesse contexto,

A reorientação da política social, nos anos 1990, do ponto de vista da agenda liberal se organiza fora do campo da proteção social com o objetivo de reduzir os efeitos perversos dos ajustamentos estruturais e da reestruturação produtiva, preservando-se o mercado. Esta

mudança se faz pela via da focalização da política social sobre os mais pobres (IVO, 2004, p. 9).

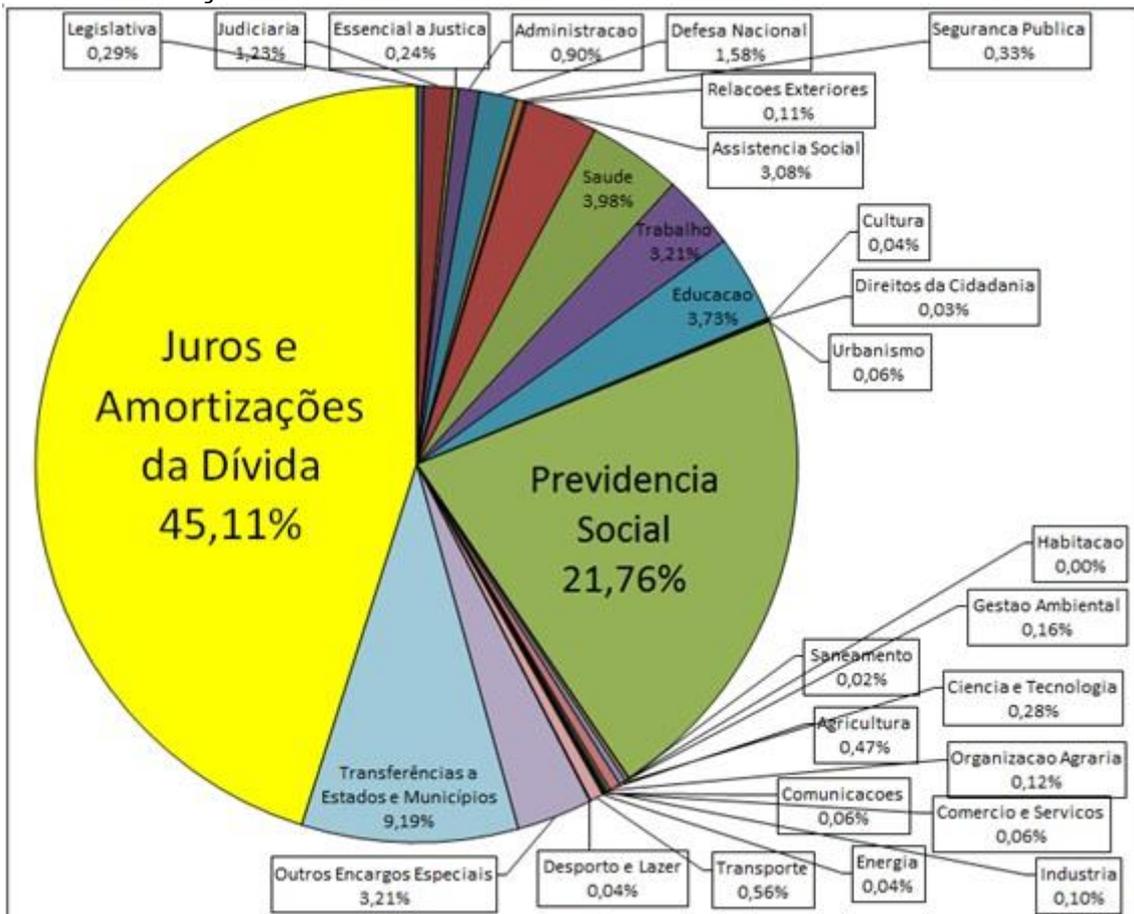
Por fim, embora exista uma vinculação entre as estratégias do ideário neoliberal – a focalização, a privatização e a descentralização, os programas sociais tratam de desuniversalizar e assistencializar as ações, diminuindo os gastos sociais e, dessa forma, contribuir para o equilíbrio financeiro do setor público (BEHRING, 2009). Verifica-se que as políticas sociais

[...] visam prioritariamente o alívio à pobreza, a retirada da condição de miséria daqueles que sequer conseguiram alcançar as condições mínimas de sobrevivência. Mantêm-se, pois, os traços restritivos na forma de tratar as questões sociais no Brasil, uma vez que os avanços propostos na Constituição de 1988 foram logo alvo de reformas e que, na tão propalada modernização do país, persistiu o traço da era desenvolvimentista que submete a política social à política econômica. (OLIVEIRA E DUARTE, 2005, p.285).

De igual forma, constata-se que, em consequência do montante de recursos manipulados pelo poder público, a parcela destinada ao setor social tenderá a ser sempre inferior àquelas destinadas aos demais setores. Nesse caso, a ‘política social’ torna-se uma expressão típica da sociedade capitalista, a qual produz como um antídoto para compensar o caráter anti-social da economia própria dessa sociedade (SAVIANI, 2007).

Como exemplo da riqueza socialmente produzida, aqui apresentada como Produto Interno Bruto do Brasil (PIB), o Gráfico 1 expressa em dados o caráter anti-social da política econômica. Neste é possível verificar os dados da repartição da riqueza nacional produzida em 2014:

Gráfico 1: Orçamento Geral Da União de 2014



Fonte: Auditoria da dívida cidadã, 2014¹².

Embora o discurso político propague o intuito de aumentar o investimento em políticas sociais, o que se percebe é a prioridade do apoio ao setor econômico e do pagamento da dívida externa. Verifica-se, no gráfico 1, que mais de 40% do Produto Interno Bruto (PIB) foi destinado ao pagamento de juros da dívida pública federal e que, por outro lado, o investimento nas políticas sociais é inferior. Entre elas, a política educacional recebeu apenas 3.73% do PIB; à política de saúde foi destinado 3,98%; e para a política de assistência social 3,08%.

No que se refere à distribuição da riqueza socialmente produzida no Brasil, Deitos (2010) argumenta que, embora o orçamento estatal tenha aumentado, a parcela desse orçamento destinado às políticas sociais é significativamente pequena em relação ao que se destina aos setores econômicos hegemônicos.

¹² Disponível em: <<http://www.divida-auditoriacidada.org.br/config/artigo.2012-01-15.2486469250/documentview>>. Acesso: 25 de setembro de 2014

De acordo com Salvador (2010), o fundo público envolve a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia. A expressão mais visível do fundo público é o orçamento estatal. Convém ponderar que o fundo público ocupa um papel relevante na articulação das políticas sociais e na sua relação de reprodução do capital, tendo em vista que a emergência desse fundo na reprodução da força de trabalho e nos gastos sociais é uma questão estrutural do Capitalismo. Além disso, é possível em uma única frase definir as características do orçamento público no Brasil: financiado pelos mais pobres e trabalhadores e apropriado pelos ricos.

Desse modo, é oportuno dizer que a mediação das políticas sociais por parte do Estado capitalista está diretamente condicionada aos interesses hegemônicos.

O fundo público participa indiretamente da reprodução geral do capital, seja por meio de subsídios, negociação de títulos e garantias de condições de financiamento dos investimentos dos capitalistas, seja como elemento presente e importante na reprodução da força de trabalho, única fonte de criação de valor na sociedade capitalista. (SALVADOR 2010, p.622).

Contudo, é necessário salientar que, embora as despesas que mais comprometem as contas públicas brasileiras sejam as despesas financeiras referentes ao pagamento de juros e amortização da dívida, o dilema do orçamento público no Brasil não se encontra na dicotomia despesas de investimento versus custeio. Sobretudo, é importante assinalar que ambas são primordiais e necessárias para o desenvolvimento econômico e social do país (SALVADOR e TEIXEIRA, 2014). Da mesma forma,

A despeito de os sistemas públicos de políticas sociais terem a finalidade de atenuar os conflitos de classes e terem um poder de cobertura social limitado, pois funcionam como mecanismos de reposição da reprodução social insuficientes, e não como formas de redistribuição da riqueza, ainda assim são importantes porque consubstanciam a trajetória de constituição do imaginário de direitos dos segmentos populares urbanos, cuja existência social está comprometida pelas dificuldades e privações presentes no cotidiano daqueles que habitam as periferias e malhas urbanas das grandes capitais do país (BIDARRA; OLIVEIRA, 2013, p.227).

Cumprido observar, todavia, que, embora as políticas sociais sejam importantes e fundamentais para o desenvolvimento social e econômico, o padrão neoliberal

permanece intrinsecamente vinculado ao caráter desigual da sociedade capitalista, um movimento próprio deste modo de produzir. Neste caso, a “opção do Estado pelo processo de acumulação do capital demonstra suas modalidades de intervenção em questões que são do interesse de diferentes segmentos” (FIGUEIREDO, 2006, p.10-11).

Assim, a partir do ideário neoliberal, atribuem-se as causas das desigualdades sociais à sorte e não às condições estruturais da sociedade. Nesse padrão de acumulação, o êxito ou o fracasso são atribuídos ao próprio indivíduo. Assim, as desigualdades no neoliberalismo passam a ser naturais e, portanto, a igualdade não existe, pois vai contra essa natureza (BIANCHETTI, 2001).

A partir da ‘naturalização’ das desigualdades, o modelo devolve o conflito para o seio de uma sociedade fragmentada, onde os “atores” se individualizam ao mesmo tempo em que os sujeitos coletivos perdem identidade (SOARES, 2003, p.73).

Como consequência desse processo, a mercantilização dos serviços sociais essenciais, entre eles saúde e educação, também são “naturalizados”: as pessoas devem pagar pelos serviços para que estes sejam “valorizados”. Já os que não podem pagar devem “comprovar” sua pobreza para, só então, o Estado intervir, prestando serviços “focalizados” aos comprovadamente pobres (SOARES, 2003). Desse modo,

A filantropia substitui o direito social. Os pobres substituem os cidadãos. A ajuda individual substitui a solidariedade coletiva. O emergencial e o provisório substituem o permanente. As microssoluções substituem as políticas públicas. O local substitui o regional e o nacional. É o reinado do minimalismo no social para enfrentar a globalização no econômico. ‘Globalização só para o grande capital. Do trabalho e da pobreza, cada um que cuide do seu como puder. De preferência com um Estado forte para sustentar o sistema nacional financeiro e falido para cuidar do social’ (SOARES, 2003, p.12).

O que se pode constatar é que garantir o acesso aos direitos sociais tornou-se de total responsabilidade da família e do sujeito, ou seja, é considerado como “problema individual”.

Oliveira e Duarte (2005) apontam que a pobreza na economia globalizada pode ser qualificada como “nova”, tendo em vista o aumento do desemprego, a

ampliação da sua duração e os excluídos temporária ou definitivamente do mercado de trabalho. Verifica-se, portanto, que os sistemas de proteção social têm se mostrado incapazes de fazer frente à diversificação da pobreza e ao crescente aumento da desigualdade social, onde permeia a histórica dualidade entre os trabalhadores integrados e os pobres assistidos.

Constata-se, então, que a descentralização e a privatização dos serviços sociais, bem como a focalização das políticas sociais, são estratégias próprias do padrão neoliberal que, vinculadas entre si, minimizam as funções do Estado no que tange aos direitos sociais, tornando-as cruciais para a manutenção do modo de produção capitalista, cuja base está fundada na desigualdade social.

Podemos, assim, afirmar que, no tempo presente, os segmentos do trabalho, ao invés de sujeitos de direito, são sujeitos da desigualdade, que convivem nos cenários de violência endêmica e de barbárie [...](BEHRING; SANTOS, 2009, p.277).

Em linhas gerais, o direito assume, na formação capitalista, uma função ideológica e complexa. Isso porque, quando reconhece os agentes da produção como sujeitos iguais, efetiva um modo particular de ordenar e disciplinar os conflitos sociais. Além disso, as respostas dadas aos sujeitos em suas lutas são permeadas por interesses de classes, em uma conjuntura onde os interesses do capital têm prevalecido. Porém, não se deve negar ou desvalorizar as lutas pelos direitos; o que está em jogo é a capacidade de o segmento do trabalho construir um projeto político emancipatório frente ao capital, ou seja, lutar por direitos, mas ir além dos direitos (BEHRING; SANTOS, 2009).

No Brasil, em momento algum a Política Social encontra tamanha ampliação de direitos sociais como na Constituição Federal brasileira de 1988. Esses avanços ocorrem principalmente nos campos da Educação, da Saúde, da Assistência, da Previdência Social, do Trabalho, do Lazer, da Maternidade, da Infância e da Segurança, definindo especificamente direitos e garantias fundamentais pertencentes à referida Constituição. Com relação à política educacional, a Constituição Federal de 1988 concede amplos direitos, confirmando e ampliando o interesse social pela educação. Para Vieira, quando se buscam as bases do Direito Educacional, o ponto de partida deve estar na Constituição, naqueles princípios

abrangentes, capazes de multiplicar-se em muitos direitos, em muitas garantias e muitos deveres (VIEIRA, 2001).

1.2 O Processo de Implantação do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar

Nesta seção apresenta-se a emergência da Educação Hospitalar, bem como os conceitos de Classe Hospitalar, Escola no Hospital e Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS), além da legislação que sustenta o atendimento pedagógico-educacional em ambiente hospitalar. Destaca-se o contexto histórico do SAREH, visto que não se pode analisá-lo à revelia das relações sociais e econômicas que lhe deram origem. Busca-se apresentar as ações desenvolvidas pelo SAREH nos hospitais conveniados e os alunos atendidos, bem como as políticas destinadas à educação em contexto hospitalar.

1.2.1 Contexto Histórico da Educação Hospitalar no Brasil

A Saúde e a Educação são direitos de todos e, portanto, dever do Estado, da família e da sociedade civil, conforme prevê o Constitucional Federal de 1988. São direitos garantidos mediante a oferta de Políticas Sociais que visam à prevenção da doença e a promoção à saúde, bem como a igualdade de condições para o acesso, a permanência e o sucesso na escola, considerando que “A situação de fracasso escolar muito contribui para a exclusão e desigualdade social, algumas políticas públicas têm sido criadas para o enfrentamento dessa questão (REIS et al., 2010, p. 65). Diante desse cenário, os projetos que contemplam o Atendimento Pedagógico-Educacional em ambiente hospitalar foram criados a fim de garantir que o estudante, em um momento de extrema fragilidade, tenha acesso a educação formal em ambiente hospitalar.

O termo a ser usado para definir essa forma de atendimento ainda é muito discutido. Embora o termo “Classe Hospitalar” seja denominação dada pelo Ministério da Educação, muitos pesquisadores consideram essa expressão insuficiente para atender as demandas que existem no ambiente hospitalar. Para Paula (2004), o termo mais apropriado seria a Escola no Hospital, tendo em vista

que a Classe Hospitalar não consegue abranger a completude dessa instituição. Ela ressalta ainda que já existem movimentos de estudiosos da área procurando modificar o conceito de Classe Hospitalar para Escola Hospitalar. A autora destaca, ainda, que ações cotidianas de Educação nos Hospitais devem ser denominadas de Escolas Hospitalares, uma vez que o cotidiano do hospital será sempre uma grande escola.

Considera-se que o termo “escola no hospital” é o mais apropriado, pois abrange a necessidade de uma estrutura complexa, não somente professores deslocados de suas escolas de origem (das prefeituras e dos Estados). Torna-se importante que as escolas nos hospitais possuam um número de profissionais que possam contemplar as várias áreas do conhecimento das crianças, os diferentes níveis de escolaridade e também coordenadores pedagógicos para mediar a relação das escolas nos hospitais com as escolas regulares (ZAIAS; PAULA, 2010, p. 224).

Nunes (2014) ressalta que a palavra “classe”, adotada na educação, aparece como sendo o espaço físico onde acontece a ação educativa. No caso da escola, a sua organização utiliza critérios de divisão como a faixa etária e desempenho intelectual. É oportuno dizer que esta nomenclatura de Classe Hospitalar não atende à realidade pedagógica vivida no hospital. Por fim, Fonseca (1999), denomina esse atendimento como: Atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar.

A Escola no Hospital não é um fato recente na história da educação. De acordo com autores da área, a sua origem remonta ao início do século XX, na França¹³. No Brasil, “[...] esse atendimento tem sido o modelo adotado desde 1950 pela primeira Classe Hospitalar do Brasil, a Classe Hospitalar Jesus, vinculada ao Hospital Municipal Jesus, no Rio de Janeiro [...]” (FONTES, 2005, p.121). Embora a primeira classe tenha data de início ainda na década de 1950, é um assunto que

¹³ A Classe Hospitalar tem seu início em 1935, quando Henri Sellier inaugura a primeira escola para crianças inadaptadas, nos arredores de Paris. Seu exemplo foi seguido na Alemanha, em toda a França, na Europa e nos Estados Unidos, com o objetivo de suprir as dificuldades escolares de crianças tuberculosas. Pode-se considerar a Segunda Guerra Mundial como marco decisivo das escolas em hospital. O grande número de crianças e adolescentes atingidos, mutilados e impossibilitados de ir à escola fez criar um engajamento, sobretudo dos médicos, que hoje são defensores da escola em seu serviço. Tais atividades agrupadas e sistematizadas resultaram na criação das Classes Hospitalares, onde crianças e adolescentes internados e conseqüentemente impedidos de frequentarem regularmente suas escolas apresentam necessidades educativas e possuem o direito de cidadão de continuar estudando nos hospitais sem causar danos ao seu processo de escolarização, independentemente do tempo de permanência nos hospitais para tratamento de saúde (ESTEVEZ, 2011, p.2).

conta com poucos estudos específicos da área. Cumpre observar preliminarmente que o atendimento pedagógico-educacional em ambiente hospitalar pode ser entendido como um serviço educacional ofertado por meio da Política de Educação Especial. Nesse sentido, é oportuno dizer que os primórdios da Política de Educação Especial têm origem, em 1973, com a criação do CENESP (Centro Nacional de Educação Especial), que foi o primeiro órgão oficial a definir a Política de Educação Especial junto ao Ministério da Educação. No final de 1986, o CENESP é transformado em SESPE (Secretaria de Educação Especial) e é criada a CORDE (Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência) (FONTES, 2005).

Em 1994, pautada na Política de Educação Especial, o Atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar foi reconhecido pelo ministério da Educação e do Desporto. Por intermédio da publicação da Política Nacional de Educação Especial (1994) definiu-se que “classe hospitalar é um ambiente hospitalar que possibilita o atendimento educacional de crianças e jovens internados que necessitam de educação especial e que estejam em tratamento hospitalar” (BRASIL, 1994, p. 20).

Nesse contexto, a Secretaria de Educação Especial publica as Diretrizes Nacionais para Educação Especial (2001), as quais contemplam o Atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar, definindo a Educação Especial como:

Educação especial é uma modalidade de educação escolar (...) um processo educacional definido em uma proposta pedagógica, assegurando um conjunto de recursos e serviços educacionais especiais, organizados institucionalmente para apoiar, complementar, suplementar e, em alguns casos, substituir os serviços educacionais comuns, de modo a garantir a educação escolar e promover o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentam necessidades educacionais especiais, em todos os níveis, etapas e modalidades da educação. A educação, portanto, insere-se nos diferentes níveis da educação escolar: Educação Básica – abrangendo educação infantil, educação fundamental e ensino médio – e Educação Superior, bem como na interação com as demais modalidades da educação escolar, como a educação de jovens e adultos, a educação profissional e a educação indígena. (BRASIL 2001, p.27-28).

De acordo com as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (2001) existem inúmeras possibilidades de atendimento na Educação Especial, definidas como:

Classes comuns: serviço que se efetiva por meio do trabalho de equipe, abrangendo professores da classe comum e da educação especial, para o atendimento às necessidades educacionais especiais dos alunos durante o processo de ensino e aprendizagem.

Salas de recursos: serviço de natureza pedagógica, conduzido por professor especializado, que suplementa (no caso dos superdotados) e complementa (para os demais alunos) o atendimento educacional realizado em classes comuns da rede regular de ensino.

Itinerância: serviço de orientação e supervisão pedagógica desenvolvida por professores especializados que fazem visitas periódicas às escolas para trabalhar com os alunos que apresentem necessidades educacionais especiais e com seus respectivos professores de classe comum da rede regular de ensino

professores- intérpretes: são profissionais especializados para apoiar alunos surdos, surdos-cegos e outros que apresentem sérios comprometimentos de comunicação e sinalização.

Classe especial: As escolas podem criar, extraordinariamente, classes especiais, cuja organização fundamente-se no Capítulo II da LDB, nas diretrizes curriculares nacionais para a Educação Básica, bem como nos referenciais e parâmetros curriculares nacionais, para atendimento, em caráter transitório, a alunos que apresentem dificuldades acentuadas de aprendizagem ou condições de comunicação e sinalização diferenciadas dos demais alunos e demandem ajudas e apoios intensos e contínuos.

Ensino domiciliar: serviço destinado a viabilizar, mediante atendimento especializado, a educação escolar de alunos que estejam impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique permanência prolongada em domicílio.

Classe hospitalar: serviço destinado a prover, mediante atendimento especializado, a educação escolar a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar ou atendimento ambulatorial (BRASIL 2001, p.27-28).

Barros (2011) denomina o Atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar como Classe Hospitalar, sendo a forma de atendimento em virtude de tratamento de saúde prestada a crianças e adolescentes internados em hospitais ou até mesmo em contextos domésticos adaptados. A Classe Hospitalar parte do reconhecimento de que a enfermidade afasta esses jovens da rotina de uma escola, os priva da convivência em comunidade e os submete a riscos de transtornos ao desenvolvimento. Por isso, procura compensar essas perdas proporcionando espaços e momentos de ensino-aprendizagem.

Desse modo, partiremos do pressuposto de que “Tanto a educação não é elemento exclusivo da escola quanto a saúde não é elemento exclusivo do hospital. O hospital é, inclusive, um centro de educação” (FONTES, 2005, p.121). Nesse sentido, reitera-se a necessidade do educando de receber educação formal, mesmo no ambiente hospitalar, e acrescenta-se, ainda, que:

O hospital conhecido convencionalmente como espaço de seringas, injeções e sofrimentos, passa a ser também espaço do caderno, do lápis, das tintas, do colorido, da alegria e da produção infanto-juvenil (PAULA, 2004, p.18).

1.2.2 O Atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar no Cenário Brasileiro

Com o objetivo de conhecer a Educação hospitalar no Brasil, foi realizado, no final da década de 1990, um levantamento (FONSECA, 1999) sobre as Classes Hospitalares. A partir dos dados levantados pela autora, apresentados no Quadro 2 a seguir, é possível resumir, por região, o número de estados que disponibilizou o atendimento pedagógico-educacional para crianças hospitalizadas na década de 1990.

QUADRO 2 - Unidades federadas com classes hospitalares (1999)

REGIÃO	Nº de Estados	Nº de Estados com CH
Norte	7	1
Nordeste	9	3
Centro-Oeste	4	2
Sudeste	4	3
Sul	3	2
TOTAL	23	11

Fonte: FONSECA, 1999, p.4.

Contata-se que o número de Classes Hospitalares implantadas até o fim da década de 1990 abrange pouco mais de 10 Estados brasileiros. De acordo com a pesquisa em 1997, não foram identificadas Classes Hospitalares em 12 Unidades Federativas (44,4%). Os motivos para não oferta de Classes Hospitalares foram variados (FONSECA, 1999). Contudo,

Em 1999 somaram 11 os estados que nunca ofereceram atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados. Destes, seis estados (22,2%) já consideraram a possibilidade de implantar o serviço. Embora não tenham chegado a implantá-lo; e os outros cinco (18,5%) disseram nunca terem considerado tal possibilidade por desconhecerem tal modalidade de atendimento (FONSECA, 1999, p.4).

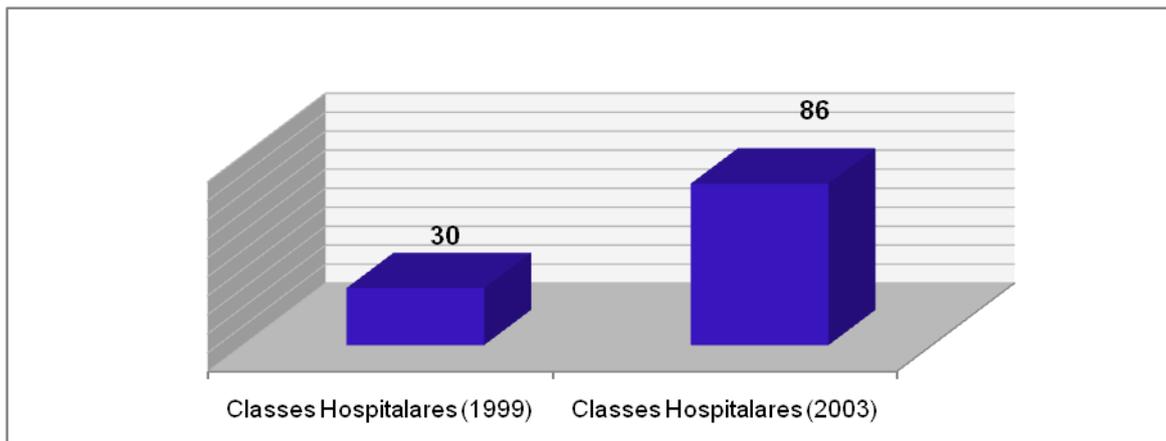
Ainda, sobre os dados da pesquisa realizada por Fonseca (1999), o Quadro 3 resume o número de classes hospitalares implantadas até 1997, no país. Nesse levantamento, constataram-se 30 Classes Hospitalares distribuídas pelo Brasil.

Quadro 3- Implantação de Classes Hospitalares no Brasil (1950-1997)

Ano de implantação	Nº de CH
Até 1950	1
1951-1960	1
1961-1970	1
1971-1980	1
1981-1990	8
1991- até dez. 1997	9
Sem informação	9
TOTAL	30

Fonte: FONSECA, 1999, p.5.

Conforme observado no Quadro 3, somente a partir de 1981 que o Atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar obteve um aumento, haja vista que o número de classes implantadas até então fora de apenas uma. Já no período entre 1981 e 1990 oito instituições realizavam esse atendimento. Tal aumento se estendeu para os anos posteriores, configurando-se na expansão da educação hospitalar. Em 2003, houve uma expansão desses números em comparação aos anos anteriores, como demonstra o Gráfico 2:

Gráfico 2: Aumento das Classes Hospitalares em 5 anos

Fonte: Ibarra *et al*, 2008, p. 3¹⁴. Adaptação elaborada pela autora.

Observa-se que, de fato, em cinco anos a oferta do Atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar teve um aumento expressivo de 175%. Quando da primeira pesquisa que mapeou essa modalidade de ensino (1999), apenas 30 hospitais espalhados pelo Brasil possuíam esse atendimento, enquanto, em 2003, foram 86 Hospitais atendidos, distribuídos por 14 estados e no Distrito Federal. O número de Hospitais que receberam o Atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar nas diferentes regiões foram: 8 instituições na Região Norte; 16 na Região Nordeste; 18 na Região Centro-Oeste; 44 na Região Sudeste; e, por fim, 19 instituições na região Sul. (IBARRA *et al.*, 2008, p. 3-4).

De acordo com dados apresentados por Loiola (2013), em 2011 o Brasil contava com 128 Escolas em Hospitais distribuídos por 19 Estados e o Distrito Federal: na Região Norte havia um total de 10 Hospitais; na Região Nordeste eram 23 hospitais; no Centro-Oeste o Atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar estava em funcionamento em 24 instituições; na Região Sudeste eram 52; e na Região Sul havia 19 Hospitais. Alguns estados brasileiros não informaram a existência de Hospitais com Atendimento Pedagógico-Educacional para as crianças e/ou adolescentes internados: Amazonas, Rondônia, Amapá, Piauí, Paraíba, Pernambuco e Alagoas. Salientamos que

[...] a quantidade de classes hospitalares não reflete as necessidades e as demandas existentes no Brasil e aqueles que se propõem a lutar pela ampliação dessa modalidade educacional enfrentam as adversidades constitutivas da realidade dos hospitais do sistema de

¹⁴ Disponível em: <http://www.escolahospitalar.uerj.br/estudos.htm>.

saúde pública e das escolas do sistema de educação pública. Neste contexto, vimos que as tentativas de empreender a implantação de uma classe hospitalar tropeçam na ausência de uma legislação específica que facilite o entendimento dos agentes envolvidos acerca da natureza da oferta dessa modalidade educacional, da sua organização, da sua estrutura, do seu *modus operandi* e de outras especificações que possam orientar os diferentes atores sociais na constituição das classes hospitalares (LIMA 2015, p.49 grifo do autor).

Para alguns pesquisadores, apesar do amparo legal, há dificuldade no que diz respeito à legislação que trata das Escolas nos Hospitais. Embora pautada na Política de Educação Especial, ela é considerada uma legislação dispersa ao se inscrever no contexto dessa modalidade de ensino, pois não é estabelecida de forma direta e clara sua obrigatoriedade e regularidade (AROSA, 2009, p.8).

Paula (2015) destaca que “[...] ainda não existe a obrigatoriedade deste atendimento e a garantia do direito a educação para as pessoas enfermas.” (PAULA, 2015, p. 4). Contudo, Essa questão tem sido reivindicada no Brasil por meio de Projetos de Lei. Exemplo disso é o Projeto de Lei 4.191- 2004 (BRASÍLIA, 2004),

[...] proposto pelo Deputado Wladimir Costa foi o primeiro Projeto de Lei apresentado na Câmara Federal que discute essa necessidade da obrigatoriedade. Desde o ano de 2004 este Projeto de Lei está em tramitação, mas, recentemente, em 2015, esse projeto foi arquivado no Congresso Nacional. Todavia, em função dos movimentos sociais de professores que atuam em hospitais e pressões junto ao deputado proponente, o projeto estará sendo desarquivado para ser apreciado novamente pelas comissões (PAULA, 2015, p. 4).

Todavia, reitera-se aqui a importância dos avanços que ocorreram até o dado momento para o Atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar. Essas melhorias instauram-se no campo das Políticas Sociais e são fundamentais no que tange aos direitos de crianças e adolescentes hospitalizados. Para Cury (2002), o Estado é o principal provedor das leis e, como tal, pode usá-las para garantir a igualdade de oportunidades, ou então, intervir no domínio das desigualdades, que nascem do conflito da distribuição capitalista da riqueza, e progressivamente reduzi-las.

1.2.3 O Direito à Educação Hospitalar na Legislação Brasileira

Em linhas gerais, observa-se que a educação escolar é uma dimensão fundante da cidadania e, portanto, é indispensável para políticas que visam à participação de todos nos espaços sociais e políticos, bem como para a reinserção no mundo profissional. Praticamente, não há país no mundo que não garanta, em seus textos legais, o acesso de seus cidadãos à educação básica (CURY, 2002, p. 246).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 demonstrou maior atenção às necessidades das crianças e adolescentes, o que resultou na promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA(Lei Nº 8.069/1990)e da Lei de Diretrizes e Bases da Educação(LDB 9.393/96). Os direitos da criança e do adolescente hospitalizado explicita, mediante as ações do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do adolescente (CONANDA), em sua Resolução Nº 41 de outubro de 1995, item 9, o “direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar” (BRASIL, 1995, p. 2).

Os avanços em termos da legislação, expressos pelo ECA (Lei Nº 8.069/1990), pela LDB (LDB 9.393/96) e pela Resolução nº 41 do CONANDA, no que diz respeito ao direito à saúde e à educação da criança e do adolescente, respondem ao que preconiza a Constituição Federal de 1988. Além disso, estão pautados na Constituição Federal de 1988, visando assegurar o exercício dos direitos coletivos e individuais, incluindo a saúde e a educação: “Art. 6.º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]” (BRASIL, 1988, p. 10). A Constituição Federal expressa em seu artigo 205 e 206 que,

Art. 205. 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. Art. 206. O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios: I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; (BRASIL, 1988, p.1).

O Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 assegura, em relação à Educação e à Saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 1).

Posteriormente, sustentado na Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, indica, entre os fatores condicionantes e determinantes da saúde no Artigo 3º:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990, p.1).

A ampliação dos direitos infanto-juvenis estão no Estatuto da Criança e do Adolescente –ECA (1990). Dispõe, em seu Artigo 53, que:

Criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes: igualdade de condições para o acesso e permanência na escola (BRASIL, 1990, p. 23).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação, LDB 9.393/96, prevê, nos Artigos 2º, 3º e 5º:

Art. 2º A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Art. 3.º, O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios: I- igualdade de condições para o acesso e permanência na escola. Art. 5º, § 5º. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional assevera que, para garantir o cumprimento da obrigatoriedade de ensino, o Poder Público criará formas alternativas de acesso aos diferentes níveis de ensino (BRASIL, 1996, p. 1-3).

Conforme mencionamos, as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (2001) prevê, no Artigo 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 (BRASIL, 2001).

O Ministério da Educação, por meio do documento Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar (2002) sinalizou para a organização e para o funcionamento administrativo e pedagógico das Classes Hospitalares e do atendimento pedagógico domiciliar. Verifica-se que o direito à educação para as crianças e adolescentes hospitalizados está pautado por uma ampla legislação que regulamenta a existência das Classes Hospitalares.

Assim, a impossibilidade de frequência escolar durante um determinado período para o tratamento de saúde de crianças, jovens e adultos, necessita de alternativas, de organização e oferta de ensino de modo a garantir o direito à educação e à saúde, tal como definidos na Lei (CARDOSO, 2002, p.11).

Do mesmo modo, cabe ao sistema de ensino matricular todos os alunos e à instituição escolar organizar-se para o atendimento dos educandos com necessidades educacionais especiais, assegurando as condições necessárias para uma educação de qualidade (BRASIL, 2008, p. 8). Nesse contexto,

Cumprindo às classes hospitalares e ao atendimento pedagógico domiciliar elaborar estratégias e orientações para possibilitar o acompanhamento pedagógico-educacional do processo de desenvolvimento e construção do conhecimento de crianças, jovens e adultos matriculados ou não nos sistemas de ensino regular, no âmbito da educação básica e que se encontram impossibilitados de frequentar escola, temporária ou permanentemente e, garantir a manutenção do vínculo com as escolas por meio de um currículo flexibilizado e/ou adaptado, favorecendo seu ingresso, retorno ou adequada integração ao seu grupo escolar correspondente, como parte do direito de atenção integral (CARDOSO, 2002, p.13).

Paula (2004) defende, em sua tese, a ideia da necessidade de tratar todos os alunos como especiais e não diferenciar ou separar aquelas crianças tidas como “normais” daquelas consideradas “especiais”. Para a autora, a maioria das pessoas,

em algum momento de suas vidas, podem apresentar dificuldades de aprendizagem, e isso as torna especiais. Assim, antes de categorizar alunos, é necessário priorizar os estudos voltados para a construção de currículos na educação que estejam adaptados às diversidades e necessidades de todos os educandos, em quaisquer circunstâncias.

1.2.4 A Política Educacional na perspectiva de Educação Inclusiva

O conceito de educação inclusiva, nascido nas teorias pedagógicas em meados do século XX, consolidou-se a partir de um importante documento voltado à educação de pessoas com deficiências, a Declaração de Salamanca e a Linha de Ação sobre Necessidades Educativas Especiais. Este foi o resultado da Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, que contou com a participação de delegados de noventa e dois Estados (incluindo o Brasil) e de vinte e cinco organizações internacionais, de 7 a 10 de junho de 1994. O documento partiu do princípio de que todas as pessoas, independente de sua condição social, física, religiosa, cultural, etc. têm direito a educação de qualidade, conforme a Declaração Universal de Direitos Humanos, de 1948, e a Conferência Mundial sobre Educação para Todos, de 1990. No entanto, a grande novidade deste documento foi modificar a ação educativa voltada às pessoas com deficiências (SOUSA, 2014, p.15).

De acordo com Sousa (2014), antes de Salamanca, o que predominava, no Brasil, era a ideia de que as crianças com deficiência tinham que ser educadas em instituições específicas e não nas escolas regulares. Portanto, deveriam existir institutos voltados apenas às pessoas com deficiência, com o objetivo não só de educá-las, mas também de inseri-las na sociedade. Essas foram chamadas de Escolas Especiais (SOUSA, 2014), concebidas como dissociadas da Educação Geral. Todavia,

[...] após esses movimentos internacionais de inclusão, começaram a existir preocupações que as pessoas portadoras de necessidades educativas especiais não fossem tratadas de forma segregada na sociedade e incluídas nos mesmos ambientes dos não portadores. Mas, não tem sido fácil realizar esse processo de inclusão, pois embora exista um discurso disseminado da necessidade de convivência mútua entre as pessoas, ainda possuímos uma sociedade excludente, com mecanismos de preconceito e discriminação que não aceitam essa convivência diária com as pessoas consideradas “diferentes” (PAULA, 2004, p.43).

Nesse caso, há como diferenciar a Educação Especial e a Educação Inclusiva. A Educação Especial é entendida como uma área das ciências educacionais cujo objetivo é acompanhar a aprendizagem de pessoas com necessidades educacionais especiais, dedicando-se a atender, especificamente, essas pessoas, não se preocupando, necessariamente, com a relação delas com indivíduos que não possuam essas mesmas deficiências. Já o conceito de Educação Inclusiva tem metas mais ousadas, porém possíveis. Esta é entendida como um processo de inclusão das pessoas com deficiência ou com distúrbios de aprendizagem na rede regular de ensino, independentemente do nível escolar (infantil, fundamental, médio) (SOUSA, 2014).

Desse modo, a escola inclusiva caracteriza-se por reestruturar o currículo escolar e os métodos de ensino e de avaliação, para que garanta acesso e sucesso a todo tipo de criança. Além disso, são necessárias escolas que ofereçam suporte planejado para alunos e professores, além de professores que aceitem a responsabilidade de ensinar todas as crianças e que recebam total apoio para o desenvolvimento contínuo (LOIOLA, 2013). Da mesma forma, o Atendimento Pedagógico-Educacional em ambiente hospitalar deve flexibilizar e adaptar o currículo às necessidades dos educandos, além disso, ao professor cabe reconhecer as limitações de seus alunos.

Sendo assim, visando estruturar a necessidade de ações políticas e de organização do sistema de atendimento educacional em ambientes e instituições hospitalares, elaborou-se o documento Estratégias e Orientações para promover a oferta do atendimento pedagógico em ambientes hospitalares e domiciliares, bem como assegurar o acesso à educação básica e a atenção às necessidades educacionais especiais, de modo a promover o desenvolvimento e colaborar para a construção do conhecimento desses alunos (CARDOSO, 2002).

Pautada na modalidade de Educação Especial, em janeiro de 2008, por orientação da SEESP/MEC, é publicada a Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva (2008), passando a orientar os sistemas educacionais para a organização dos serviços e recursos da Educação Especial de forma complementar ao ensino regular.

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva tem como objetivo o acesso, a participação e a

aprendizagem dos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas escolas regulares, orientando os sistemas de ensino para promover respostas às necessidades educacionais especiais, garantindo: 1 Transversalidade da educação especial desde a educação infantil até a educação superior; 1 Atendimento educacional especializado; 1 Continuidade da escolarização nos níveis mais elevados do ensino; 1 Formação de professores para o atendimento educacional especializado e demais profissionais da educação para a inclusão escolar; 1 Participação da família e da comunidade; 1 Acessibilidade urbanística, arquitetônica, nos mobiliários e equipamentos, nos transportes, na comunicação e informação; e 1 Articulação intersetorial na implementação das políticas públicas (BRASIL, 2008, p.8).

A Política Nacional de Educação Especial inova, na perspectiva da Educação Inclusiva (2008), ao trazer orientações que dizem respeito às condições de acessibilidade dos alunos, tornando clara a importância de sua permanência na escola, no caso de internamentos, nas Classes Hospitalares. Contemplando o caráter complementar dessa modalidade, visa garantir o acesso e a permanência desde a Educação Infantil até o Ensino Superior. Desse modo, as leis que amparam a educação em contexto hospitalar reforçam e dão legitimidade ao direito à educação, visto que o desenvolvimento de uma criança, bem como seu aprendizado, não termina em virtude de uma internação. Contudo, apesar de ser um direito e estar garantido em lei e reconhecido oficialmente, ainda é desconhecido por uma grande parcela da população e, muitas vezes, está apenas no papel, distante de ser efetivado a partir de iniciativas que o torne possível. (ZAIAS e PAULA, 2009).

1.2.5 O Processo de Implantação do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar

O processo de democratização do ensino tem sido defendido no Brasil de forma mais intensa nas últimas décadas, tanto em relação ao acesso e à qualidade do ensino, quanto no diz respeito à permanência na escola. Contudo, o internamento hospitalar para o tratamento de saúde caracteriza-se como fator impeditivo de escolarização, minimizando o direito de crianças e adolescentes.

Vale ressaltar que, embora no Brasil o Atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar date de 1950, as legislações que a amparam são, em sua

maioria, das décadas de 1980 e 1990. O Estado do Paraná só foi responder a essa demanda 20 anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Nessa perspectiva, no estado do Paraná, desde 2007, o direito dos alunos de receberem Atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar durante o período de internação, vem sendo assegurado por meio da Resolução Secretarial Nº 2.527/07, que considera toda a legislação já citada anteriormente e institui o Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH). Assim,

[...] tem início formalmente com a criação, em julho de 2005, de uma comissão regulamentada por meio da Resolução Secretarial n. 2.090/05, que contou com representantes dos departamentos de ensino da Superintendência da Educação (SUED) e demais unidades da SEED-PR, com a finalidade de promover estudos para a elaboração de uma proposta de trabalho com metodologia adequada para atender à demanda dos educandos hospitalizados no Estado do Paraná (MENEZES, 2010, p.17).

No desenvolvimento das atividades da comissão foi necessária a integração de técnicos de distintas unidades da Secretaria, substituindo a referida Resolução pela publicação da Resolução Secretarial Nº. 3.302/05. Além disso, a nova comissão subdividiu-se em quatro grupos para dar continuidade aos trabalhos e abordar assuntos como: 1) questões legais e de recursos humanos; 2) adaptação do currículo da Educação Básica; 3) espaço físico e materiais pedagógicos; e 4) formação continuada dos profissionais (MENEZES, 2010). A partir desse cenário é que se procurou discutir e propor ações que viabilizassem a implantação do SAREH, de modo que foi possível, a essa comissão,

[...] discutir seis assuntos básicos para a elaboração de uma proposta fundamentada e viável: o levantamento do amparo legal, a forma adequada de seleção dos profissionais para atuar em ambiente hospitalar, o currículo flexibilizado da educação básica, a estrutura física necessária ao exercício docente no espaço hospitalar, materiais pedagógicos utilizados na prática pedagógica e a proposta de formação continuada para as equipes do SAREH (MENEZES, 2008, p.9).

Suas atividades, no entanto, iniciaram efetivamente a partir do evento intitulado *Educação e Saúde – SAREH e a Prática Pedagógica*, que ocorreu em Curitiba, de 30 de maio a 2 de junho de 2007, marcando o lançamento e o início das ações do SAREH. Desse modo, tendo em vista a demanda dos educandos

hospitalizados no Estado no Paraná, o SAREH é resultado do reconhecimento do Atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar.

Assim, tendo em vista seu caráter recente e a preocupação em aprofundar os conhecimentos teóricos e metodológicos acerca da temática, foi produzido o Caderno Temático Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH¹⁵). O Caderno Temático do SAREH apresenta como tema central a Educação Hospitalar e “[...] subsidia o debate e o planejamento de ações educacionais dedicadas a superações da exclusão escolar proporcionada pelos alunos em situação de internamento hospitalar ou tratamento de saúde” (PARANÁ, 2010, p.7). Além disso, o programa foi alicerçado nos princípios da política educacional do Estado do Paraná e no amparo legal vigente em nível estadual e nacional. Além da legislação¹⁶, já apresentada anteriormente, conta com o disposto nas legislações específicas, as quais norteiam e legitimam esse direito, sendo elas:

Lei n. 6202, de 17 de abril de 1975, que atribui ao estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares; Decreto Lei n.1044/69, art. 1º, que dispõe sobre tratamento excepcional para alunos portadores de afecções; Documento intitulado Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações, editado pelo MEC em 2002. Resolução Secretarial n. 2527/2007- Institui o Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar – SAREH; Instrução Normativa n. 006/2008; estabelece procedimentos para a implantação e funcionamento do SAREH (MENEZES, 2008, p.8).

Destacam-se, aqui, a Resolução Secretarial Nº 2.527/2007 e a Instrução Normativa Nº 006/2008, referentes ao processo de implantação do SAREH.

¹⁵ O Caderno Temático do SAREH traz reflexões em torno da educação em contexto hospitalar. O material está dividido em cinco partes. Na primeira parte, a autora Cinthya de Menezes realiza um histórico sobre o SAREH, destacando o caráter inovador dessa iniciativa. A segunda parte compreende fundamentos teóricos para a educação hospitalar com a colaboração de autores que estudam a Pedagogia Hospitalar: Ricardo Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS), Eneida Simões da Fonseca (Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ), Elizete Moreira Matos (Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUC/PR) e Ercília Maria Angeli Teixeira de Paula (Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG). As discussões realizadas por esses autores contemplam reflexões em torno da escuta pedagógica em ambiente hospitalar, o papel do professor no contexto do hospital e a relação com a equipe de saúde e a família da criança hospitalizada, a educação em contexto hospitalar e a formação dos professores para atuar nesse campo, bem como a necessidade de discussão sobre a educação nos hospitais na formação de professores (ZAIAS, 2011, p.87).

¹⁶ Constituição Federal /1988; Lei n. 8.069/1990;- Estatuto da Criança e do Adolescente (1990); Diretrizes e Bases da Educação - Lei Nº. 9.394/1996; Resolução Nº 41/1995 (CONANDA); Resolução Nº 02/2001 CNE/CEB -(Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica) e, por fim, a Deliberação Nº 02/2003 CEE - Normas para Educação Especial.

Contudo, a legislação mais recente é a Instrução Nº 016, de 2012. Essas legislações norteiam, especificamente, o atendimento educacional no estado do Paraná relativo às crianças e aos adolescentes hospitalizados.

Tendo em vista que o espaço educativo do SAREH se configura nas instituições hospitalares, procurou-se uma articulação com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), para que esta indicasse as instituições que participariam do Serviço, de acordo com o interesse na oferta, municípios envolvidos, número e tempo de internamentos, tipos de enfermidades, e recursos humanos e físicos. Além dessa parceria, a articulação com a Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Paraná (SETI) possibilitou verificar a necessidade de se envolver as Pró-reitoras de Graduação das Universidades Estaduais na discussão sobre a abertura de campo de estágio aos alunos das licenciaturas, abrangendo, assim, Hospitais Universitários Estaduais que indicassem demanda (MENEZES, 2010, p.18).

Assim, em 2007, oito instituições hospitalares, localizadas em três regiões do estado do Paraná, implantaram o SAREH em sua estrutura administrativa, com o acompanhamento e supervisão da SEED. De acordo com o *Website* do SAREH¹⁷, as instituições hospitalares atendidas pelo Serviço, no ano de sua implantação, foram:

- Associação Hospitalar de Proteção à Infância Doutor Raul Carneiro/ Hospital Pequeno Príncipe – Curitiba;
- Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia – APACN – Curitiba;
- Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – Curitiba;
- Hospital do Trabalhador – Curitiba;
- Hospital Erasto Gaertner – Curitiba;
- Hospital Universitário Evangélico – Curitiba;
- Hospital Universitário Regional – Maringá;
- Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Londrina¹⁸.

Desde o início das atividades do SAREH, o atendimento realizado pelo programa paranaense se ampliou, o que possibilitou a implantação do serviço em outros municípios e, evidentemente, em outras instituições. Além disso, configura-se em um avanço a oferta do serviço em comunidades terapêuticas, ou seja, instituições

¹⁷ Disponível em: <http://www.educacao.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo>.

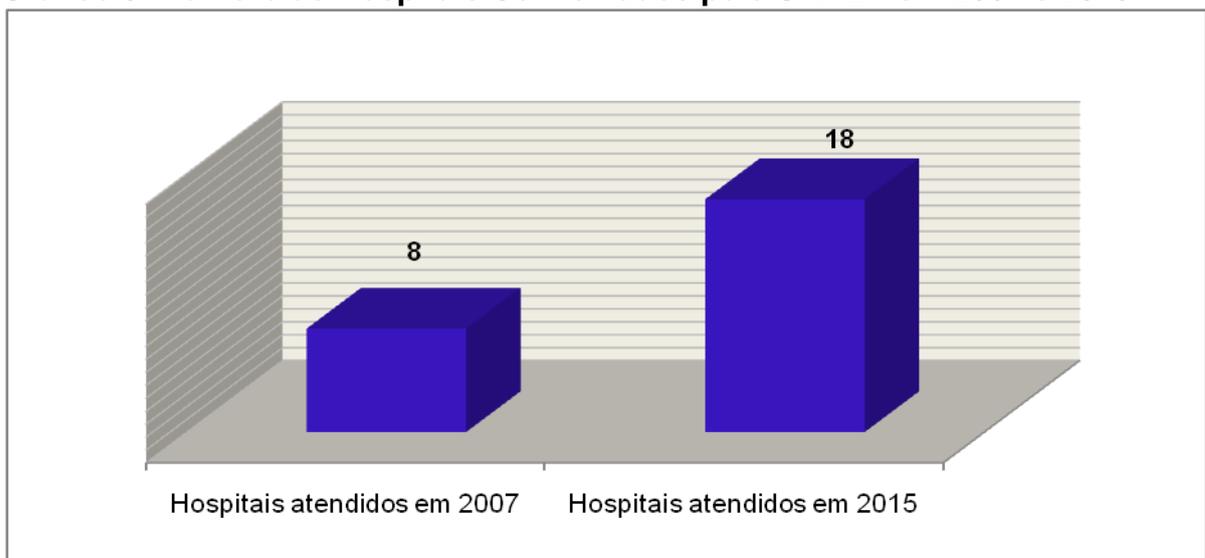
¹⁸ Disponível em: <http://www.educacao.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo>.

destinadas a atender dependentes químicos. A seguir, encontra-se a lista dos hospitais e das comunidades terapêuticas atendidas pelo programa:

- Hospital de Clínicas da UFPR
- Hospital Pequeno Príncipe
- Hospital do Trabalhador
- Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia
- Hospital Erasto Gaertner
- Hospital Universitário Evangélico de Curitiba
- Hospital Cajuru
- Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier
- Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (Londrina)
- Hospital Universitário Regional de Maringá
- Hospital Universitário do Oeste do Paraná (Cascavel)
- Hospital Infantil Doutor Waldemar Monastier (Campo Largo)
- Hospital Regional do Litoral (Paranaguá)
- Hospital do Câncer de Londrina (Londrina)
- Hospital do Câncer de Cascavel (UOPECCAN)
- Comunidade Terapêutica Esquadrão da Vida (Ponta Grossa)
- Comunidade Terapêutica Melhor Viver (Ponta Grossa)
- Clínica HJ Ltda (União da Vitória)¹⁹

Posto isso, pode-se dizer que houve um aumento significativo no número de instituições que realizam convênio para ofertar o SAREH. Como apresenta o Gráfico 3, esse número só tem aumentado desde o início das atividades.

Gráfico 3: Número de Hospitais Conveniados pelo SAREH em 2007 e 2015



Fonte: <http://www.educacao.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo>. Elaborado pela Autora.

¹⁹ Disponível em: <http://www.educacao.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo>.

Nos últimos anos, o número de instituições que oferecem o Atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar cresceu, tanto no Brasil, como no estado do Paraná. Houve um significativo aumento de 125% desde a implantação do SAREH. Ou seja, em oito anos de funcionamento houve expansão de suas atividades. Concomitante a esse aumento, também cresceu o número de atendimentos realizados pelo serviço, bem como o número das equipes pedagógicas e dos professores envolvidos.

De acordo com dados da Agência de Notícias do Paraná, apresentados por Araújo (2014), durante os seis primeiros anos de implantação do SAREH, o número de atendimentos dobrou. No período entre 2007 e 2010, a média anual de atendimento foi de 2,5 mil alunos; no ano de 2011, 5,2 mil alunos foram atendidos; enquanto em 2012 o atendimento educacional hospitalar foi ofertado a 5,4 mil alunos.

Deve-se destacar que, em 2008, a Instrução Nº 006/2008 estabeleceu os procedimentos para a implantação e o funcionamento do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar. Naquele período, o SAREH visava o atendimento educacional aos educandos matriculados ou não na Educação Básica, oportunizando “[...] a continuidade no processo de escolarização, a inserção ou a reinserção em seu ambiente escolar” (PARANÁ, 2008, p.1). Em 2010, foi lançado o *Caderno Temático do SAREH*, que reafirmou o proposto pela Instrução Nº 006/2008, a saber: “O objetivo do programa hospitalar é garantir aos alunos pacientes um conjunto de ações, que lhes possibilite a continuidade das suas atividades escolares; reintegrar à escola aqueles alunos que estão fora do contexto de ensino [...]” (PARANÁ, 2010, p. 3). Contudo, em meados de 2012, a Secretaria de Estado da Educação e a Superintendência da Educação (SUED/SEED), lançou a Instrução Nº 016/2012, a qual substituiu a Instrução Nº 006/2008 e estabeleceu que o SAREH teria a seguinte finalidade: “[...] prestar o atendimento educacional público aos alunos matriculados ou não na Educação Básica, [...] que necessitam de continuidade em seu processo de escolarização e, a manutenção do vínculo com seu ambiente escolar” (PARANÁ, 2012, p. 1).

Assim, o SAREH é uma iniciativa que busca oportunizar “[...] a continuidade do processo de escolarização e a manutenção com seu ambiente escolar” (PARANÁ, 2012, p. 2). Nessa perspectiva, verifica-se que o internamento hospitalar

não pode se caracterizar como obstáculo para dar continuidade do processo de escolarização.

O SAREH (Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar), é um programa de educação escolar prevista na lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n 9394/96, que atende as necessidades e expectativas da sociedade em transformação pela implementação de políticas educacionais que têm como meta a educação inclusiva, isto é, promover a integração e o desenvolvimento das potencialidades dos estudantes com necessidades educacionais especiais, em todas as etapas e modalidades da educação básica (Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino de Jovens e Adultos) (SOUZA, 2010, p.9).

Destacam-se, assim, as metas de igualdade e os direitos a uma educação inclusiva, as quais visam, para os alunos que necessitam do atendimento Pedagógico-Educacional em Ambiente Hospitalar, a inclusão de estudantes com qualquer problema de saúde, para não prejudicar sua aprendizagem (SOUZA, 2010, p. 9). Desse modo, reitera-se aqui,

[...] quando enfatiza a importância do estabelecimento de políticas que garantam os direitos e necessidades dos alunos nessa situação de fragilidade, por meio de "uma política voltada para as necessidades pedagógicas - educacionais e os direitos à educação e a saúde desta clientela que se encontra em particular estágio de vida, tanto em relação ao crescimento e desenvolvimento, quanto em relação à construção de estratégias sócio – interativas para o viver individual e em coletividade". Neste sentido, deve ser prioridade do Estado, e também da sociedade civil, enfrentar os fatores que afastam as crianças, adolescentes, jovens e adultos do acesso à escolaridade. A efetivação uma política pública pressupõe um estudo minucioso sobre o contexto da realidade, embasado em um levantamento diagnóstico realizado que indica as demandas existentes (FONSECA, 1999, p.34).

Assim, apesar de serem tratados por Fonseca (1999) como uma "clientela", optou-se por se referir a estes como usuários. Estes são sujeitos de direitos e necessitam de políticas voltadas às suas necessidades sociais, entre elas a saúde e a educação. Nesse sentido, deve ser prioridade do Estado o enfrentamento dos eventos que os afastam do ambiente escolar. É fundamental que se desenvolva um programa de escolarização hospitalar fundamentado e estruturado dentro dos aspectos teórico-metodológicos que respeitem as limitações e dificuldades do aluno, bem como sejam coerentes quanto aos conteúdos propostos para os diferentes

níveis de escolaridade. Com isso, além de garantir o direito de escolarização da criança e do adolescente, esse trabalho promove a recuperação da saúde desses educandos (AVANZINI e JULIO, 2009).

1.2.6 Recursos humanos, organização do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar

Os professores estão cada vez mais envolvidos em um universo de múltiplas possibilidades, tendo em vista que lidam diretamente com as expressões da “questão social” e, portanto, atuam nos mais variados espaços educativos. Começam a entrar nos hospitais, nas comunidades terapêuticas, nas comunidades indígenas, nas organizações não-governamentais (ONGs), nos presídios e nas ruas com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. De acordo com Paula (2010), os profissionais da educação começam a mostrar que os espaços físicos para ensinar e aprender não estão mais restritos aos muros da escola. As novas demandas da “questão social” estão trazendo modificações aos cenários educativos e às representações escolares. Desse modo, é necessária uma formação que vá além de aspectos técnicos, formativos, que procure ter um olhar atento do professor para as necessidades dos educandos. Diga-se de passagem, o professor que atua em um contexto hospitalar irá se deparar frequentemente com as mais distintas situações sociais e educacionais, além dos mais variados quadros clínicos (PAULA, 2010).

Do ponto de vista administrativo, o pedagogo é quem irá coordenar a proposta pedagógica na Classe Hospitalar. Além de conhecer a dinâmica na qual está inserido, “[...] deve articular-se com a equipe de saúde do hospital, com a Secretaria de Educação e com a escola de origem do educando, assim como orientar os professores da Classe Hospitalar [...]” (CARDOSO, 2002, p. 21). Nesse sentido, partiu-se do pressuposto de que

As necessidades educacionais a serem atendidas pelas classes hospitalares correspondem ao restabelecimento de ligações com a vida em casa e na escola (como no cotidiano e com colegas); realização da mediação didático-educativa do desenvolvimento; promoção da maior segurança aos pais e às crianças; garantia de atenção profissional ao desenvolvimento e às aprendizagens complexas; e, finalmente, oportunidade à manutenção ou

recuperação ou, ainda, ao início dos vínculos com a escolaridade (CECCIM, 2010, p.35).

Assim, ao buscar o atendimento do SAREH, o educando se depara com uma Equipe de profissionais da Educação, os quais visam garantir a continuidade do processo de escolarização no ambiente hospitalar. De acordo com a Instrução Nº 16/2012, que estabelece os procedimentos para a implantação e o funcionamento do SAREH, para dar início ao trabalho pedagógico do Programa foram selecionados:

Um pedagogo com carga horária de 40 horas, para organizar o trabalho pedagógico da instituição e três professores, cada um com carga horária de 20 horas semanais, sendo 16 horas-aula e 4 horas atividade no turno vespertino, ficando um professor para a área de Línguas, Códigos e suas Tecnologias, para atender as disciplinas de Língua Portuguesa, Artes, Língua Estrangeira e Educação Física. Outro professor para a área de Ciências da Natureza, Matemática e suas Tecnologias, para atender as disciplinas de Matemática, Ciências, Física, Química e Biologia e, por fim, um professor para a área de Ciências Humanas e suas Tecnologias, que atenderia as disciplinas de História, Geografia, Sociologia, Filosofia e Ensino Religioso (PARANÁ, 2012, p. 4).

Cabe a esses professores atender, conforme a área do conhecimento, por meio de currículo flexibilizado:

O termo flexibilização não significa reduzir o currículo ou minimizá-lo, mas que as ações educativas sejam pensadas e realizadas de maneira a atender as características dos educandos na sua globalidade: nas suas condições físicas, emocionais e de aprendizagem, pois eles se encontram fragilizados em muitos momentos do seu cotidiano nos hospitais (PAULA, 2010, p. 59).

Reitera-se, ainda, que a Organização do Trabalho Pedagógico do SAREH está cada vez mais presente em ambientes onde exista a necessidade da intervenção educativa, seja ela formal ou não formal. E, nesse contexto, um dos temas mais discutidos e analisados é o da inclusão social/educacional, área cujos profissionais buscam explorar todos os caminhos possíveis para que se cumpra o dever do Estado de oferecer a todo cidadão brasileiro o acesso à Educação Básica (AVANZINI; JULIO, 2009).

De acordo com documento Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, elaborado pelo MEC em 2008, as atividades desenvolvidas no

atendimento educacional especializado são distintas daquelas realizadas na sala de aula, embora não substitutivas à escolarização. São validadas formalmente no retorno desses educandos para a escola, portanto, visam a autonomia e independência do aluno dentro e fora da escola (BRASIL, 2008).

Para Cardoso (2002), além dos recursos humanos, da organização e do funcionamento administrativo e pedagógico das classes hospitalares, compete às Secretarias de Educação atender à solicitação dos hospitais para o Serviço de Atendimento Pedagógico Hospitalar, além de se responsabilizar pela contratação e capacitação dos professores e pela provisão de recursos financeiros e materiais para a realização do referido atendimento.

Para os professores e pedagogos que atuam junto ao SAREH, há distintas áreas de atuação, tais como: as escolas e brinquedotecas dentro dos hospitais; o atendimento pedagógico domiciliar para alunos com doenças crônicas; o atendimento educacional para pessoas que ficam hospedadas nas Casas de Apoio; os atendimentos psicopedagógicos em ambulatórios dos hospitais, os atendimentos em Clínicas Psiquiátricas para pessoas com doenças mentais; e, por fim, os atendimentos em Clínicas de Recuperação destinadas a dependentes químicos (PAULA, 2015).

Assim, o SAREH vincula-se ao processo de humanização do SUS²⁰. Para Loiola (2013), a Educação Hospitalar está desenvolvendo, em busca de uma filosofia humanística, o atendimento às crianças e aos adolescentes hospitalizados em inúmeros hospitais brasileiros. A educação em âmbito hospitalar defende o direito de toda criança e adolescente à cidadania. Para o autor, humanizar o Sistema Único de Saúde resulta em transformar o hospital em um local de afetividade, a fim de oferecer maior atenção para os que se encontram num momento de fragilidade e muitas vezes de dor. Na busca por essa humanização, tem se repensado o cuidar aos pacientes hospitalizados como algo partilhado pelos mais diversos profissionais que circulam no ambiente hospitalar e não apenas pelos profissionais de saúde (LOIOLA, 2013, p.14).

²⁰Em 2001, o Ministério da Saúde divulgou o PNHAH – Programa Nacional de Humanização no Atendimento Hospitalar com o objetivo de resgatar os aspectos humanos nas relações entre profissionais e pacientes nos atendimentos à saúde. (BRASIL, 2001).

Em síntese, este capítulo possibilitou compreender o contexto de emergência do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH), a partir da sua relação com o Estado e com as Políticas Sociais/Educacionais, seu contexto histórico no Brasil e no Paraná, bem como o seu embasamento legal. O SAREH visa oportunizar às crianças e aos adolescentes em tratamento de saúde a continuidade do processo de escolarização, objetivando garantir o direito educacional desses sujeitos.

2 O PERFIL DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO À REDE DE ESCOLARIZAÇÃO HOSPITALAR- SAREH NA ALA DE DESINTOXICAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ (2011-2013)

Este capítulo visa apresentar o perfil social, econômico e educacional dos adolescentes atendidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel-PR, no período de 2011 a 2013. Analisaram-se, nesse sentido, as 256 fichas obtidas junto ao Cadastro do Serviço Social, para o levantamento do perfil social, econômico e educacional dos adolescentes atendidos pelo SAREH no período e ala supracitados, a saber: sexo; idade; idade de início de uso de drogas lícitas e ilícitas; motivo para o início do uso de drogas; drogas inicialmente utilizadas; drogas utilizadas no momento do internamento para desintoxicação; tipo de drogas utilizadas; tratamento anterior ao do HUOP; métodos utilizados para obtenção das drogas; organização sócio-familiar; atos infracionais; e escolaridade.

2.1 O Serviço de Atendimento a Rede de Escolarização Hospitalar no âmbito do Hospital Universitário do Oeste do Paraná

O Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) é um hospital credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se como uma instituição pública. Além disso, o HUOP está vinculado à Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE).

De acordo com dados apresentados pelo HUOP (2016²¹), a estrutura da instituição contempla a Direção Geral, 5 diretorias, 40 divisões, 114 seções (onde estão locados 227 médicos, 801 servidores e estagiários), e 12 serviços terceirizados em várias funções operacionais, perfazendo um total de 1.050 colaboradores. Os mesmos estão divididos entre administradores, enfermeiros, médicos, bioquímicos, farmacêuticos, pedagogos, professores, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e serviços gerais. São atendidas pelo HUOP quatro Regionais da Secretaria de Saúde do Paraná, totalizando uma população de aproximadamente dois milhões de habitantes. Esse atendimento envolve os 195 leitos do hospital, dos quais 147 leitos de internamento são nas seguintes especialidades: Clínica Médica 13, Clínica Cirúrgica 15, Ginecologia e Obstetrícia

²¹ Disponível em: <http://www5.unioeste.br/portaunioeste/iniciohuop> Acesso em: 15 de Março de 2016.

44, Pediatria 26, Neurologia e Ortopedia 26, Cardiovascular 6, e Psiquiatria 17. Possui, ainda, como leitos complementares: 10 leitos no setor de UTI Neonatal, 15 leitos de UTI Geral, 5 leitos de UTI Pediátrica, 10 leitos na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e 8 leitos no Pronto Socorro (HUOP, 2016²²).

Entre as especialidades do HUOP estão os atendimentos nas áreas de cirurgia de cabeça e pescoço, dermatologia, ginecologia, neurologia (neurocirurgia), obstetrícia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia (cirurgia de tórax), cirurgia pediátrica, cardiopediatria, pediatria, entre outras (HUOP, 2016). O HUOP também contempla o Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar- SAREH, por intermédio de um convênio estabelecido entre a UNIOESTE e a Secretaria Estadual de Educação SEED-PR. O SAREH é acompanhado pelo Núcleo Regional de Educação - NRE de Cascavel. Embora, no Paraná, o SAREH exista desde 2007, foi apenas em 2011 que o HUOP passou a contar com esse tipo de atendimento.

A equipe do SAREH que atua no HUOP é composta por uma pedagoga e três professoras, que atendem prioritariamente alunos do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental (Séries Finais) e Ensino Médio, além daqueles matriculados na Educação de Jovens e Adultos – EJA e dos alunos das Séries Iniciais do 1º ao 5º ano (HUOP, 2016).

Além disso, segundo dados coletados junto aos profissionais entrevistados quanto ao ambiente físico proporcionado ao SAREH, existe uma sala de uso exclusivo. A sala contempla armários, computadores, livros e outros materiais que auxiliam no trabalho dos profissionais.

Os profissionais que atuam no SAREH possuem a seguinte carga-horária: uma pedagoga com carga horária de 40 horas/aulas e outros três professores, cada um com carga horária de 20 horas/aulas semanais. Estes atuam nas áreas de: Ciências Exatas: Matemática, Física, Química, Biologia e Ciências; Códigos e Linguagens: Língua Portuguesa, Arte, Língua Estrangeira; e Ciências Humanas: História, Geografia, Sociologia, Filosofia e Ensino Religioso. Contam também com o interlocutor do programa, que é representado por um funcionário do HUOP.

Vale destacar que as aulas ministradas pelo SAREH acontecem no período da tarde e contemplam os leitos e a brinquedoteca da Ala Pediátrica, atendendo

²² Disponível em: <http://www5.unioeste.br/portaunioeste/iniciohuop> Acesso em: 15 de Março de 2016.

diretamente nos leitos das alas Clínicas Médicas e Cirúrgicas, Ortopedia e Neurologia, UTI – Unidade de Terapia Intensiva Adulta e UTI Pediátrica, Pronto Socorro e, quando necessário, atendem as adolescentes gestantes no Centro Obstétrico e mães adolescentes que acompanham seu filho(a) na Unidade de Cuidados Intermediários, na UTI Neonatal, bem como as crianças e os adolescentes em grupos na Ala de Desintoxicação do Hospital (HUOP, 2016²³). Nesta última, o programa realiza atendimento desde o ano de sua implantação no hospital (2011), com quatro tardes por semana, em um período de atendimento de aproximadamente 1 hora e 30 minutos. A Ala de Desintoxicação é a única que recebe os professores com essa frequência. Além disso, as aulas do SAREH, naquele local, se dão em forma de grupos, diferentemente das aulas nas demais alas que se dão, em sua maioria, de forma individualizada.

2.1.1 Os Pacientes Atendidos pelo Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar

No Brasil, a história da infância se confunde com a história do preconceito, da exploração e do abandono. Crianças e adolescentes que ficavam nas ruas, nas favelas, em situação de drogadição, permaneciam invisíveis perante os olhos da sociedade e do Estado. Contudo, a partir da década de 1980, com o fim da Ditadura Militar e o processo de redemocratização do país, diversas leis foram elaboradas, cujo intuito foi o de atender indistintamente a todos os segmentos marginalizados da população, para que saíssem da invisibilidade que lhes foi atribuída durante longos anos de exclusão social. No entanto,

A partir do processo de democratização da educação se evidencia o paradoxo inclusão/exclusão, quando os sistemas de ensino universalizam o acesso, mas continuam excluindo indivíduos e grupos considerados fora dos padrões homogeneizadores da escola. Assim, sob formas distintas, a exclusão tem apresentado características comuns nos processos de segregação e integração que pressupõem a seleção, naturalizando o fracasso escolar (BRASIL, 2008, p.6).

Essa naturalização do fracasso escolar, por meio da exclusão social, tem início com a diferenciação entre as crianças de acordo com sua classe social, com

²³ Disponível em: <http://www5.unioeste.br/portaunioeste/iniciohuop> Acesso em: 15 de Março de 2016.

direitos e lugares diversos no tecido social. Elegeram-se, assim, alguns poucos como “[...] portadores do ‘vir a ser’ (grandes homens e grandes mulheres), enquanto tantos outros foram reduzidos à servidão, muitas vezes classificados como geneticamente doentes e, assim, socialmente incapazes” (FONTES, 2005, p.119). De acordo com documento do MEC, de 2008,

O movimento mundial pela inclusão é uma ação política, cultural, social e pedagógica, desencadeada em defesa do direito de todos os alunos de estarem juntos, aprendendo e participando, sem nenhum tipo de discriminação. A educação inclusiva constitui um paradigma educacional fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à ideia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola (BRASIL, 2008, p.5).

Ao reconhecer as dificuldades enfrentadas nos sistemas de ensino, a Educação Inclusiva assume espaço central no debate acerca da sociedade contemporânea e da função social da escola. Assim, a organização de escolas e classes especiais passa a ser repensada a partir dos referenciais para a construção de sistemas educacionais inclusivos, implicando uma mudança estrutural e cultural da escola para que todos os alunos tenham atendidas suas especificidades (BRASIL, 2008, p.5).

O alunado do SAREH é, prioritariamente, composto por educandos, cuja condição clínica de saúde interfere direta ou indiretamente na permanência escolar e impede, temporária ou permanentemente, a frequência escolar, caracterizando um processo de exclusão. Assim, pautado na política de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva, o programa atende alunos que pertencem à Educação Básica e encontram-se temporariamente afastados da sala de aula para tratamento de saúde, na condição de internamento hospitalar e/ou em domicílio.

A partir das informações fornecidas pelas escolas e pela equipe do SAREH, realizou-se um levantamento dos principais motivos que levaram os educandos internados ao ambiente hospitalar. As causas variam entre:

[...] a neoplasia, trauma, queimaduras, transplantes e até mesmo situações de enfrentamento aos desafios educacionais contemporâneos, tais como: violência doméstica e urbana (gangues, acidentes de trânsito), drogatização, gravidez precoce, trabalho infantil, entre outros (MENEZES, 2008, p.21).

Para Paula, tem se verificado nos hospitais crianças com diferentes características: há as portadoras de necessidades especiais; os que apresentam *déficits* cognitivos; há os que apresentam alterações emocionais; há os que são portadoras de altas habilidades e os que estão temporariamente doentes (PAULA, 2004, p.41).

Visto isso, salienta-se que, entre as condições específicas que dificultam o acompanhamento das atividades curriculares no ambiente escolar e hospitalar, está o uso indiscriminado de drogas, a dita drogadição ou dependência química, caracterizada como um desafio contemporâneo que atinge crianças e adolescentes em idade escolar. No município de Cascavel, crianças e adolescentes em internamento para o tratamento da dependência química no âmbito do HUOP se constituem em uma demanda de atendimento do SAREH, conforme veremos a seguir.

2.2 A Ala de Desintoxicação do Hospital Universitário do Oeste do Paraná

Antes de abordar a história da implantação do SAREH e, portanto, da Ala de Desintoxicação no HUOP de Cascavel – PR, é importante apresentar o significado da palavra "manicômio", que deriva do grego: "manía" significa loucura e "komêin" quer dizer curar. Nos séculos XVI e XVII, havia os Hospitais e as Santas Casas de Misericórdia, com a finalidade de acolher os excluídos socialmente, considerados: loucos, doentes, ladrões, prostitutas e miseráveis. Esses hospitais possuíam como objetivo, mais do que proteger e guardar essas pessoas, retirá-las dos meios sociais. No século XVIII, o internamento passou a ter características médicas e terapêuticas. Antes de serem denominados de Hospitais Psiquiátricos, os Manicômios eram conhecidos como asilos de alienados mentais, destinados à "cura" daqueles que, na época, eram considerados os sem juízo de si e da realidade. Para que esse atendimento se realizasse, os sujeitos deveriam ser isolados nos asilos no sentido de livrarem-se da loucura (ARAUJO, 2014).

Foi apenas em 1990 que a reestruturação da Assistência Psiquiátrica foi proposta no Brasil. Mas somente em 2001 foi aprovada a Lei Federal 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos

mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Através da lei Nº 10.216, estabeleceu-se a Política de Saúde Mental, a qual visa garantir cuidados aos pacientes mentais em serviços que aconteciam também fora dos hospitais psiquiátricos, permitindo-lhes a manutenção do convívio familiar e social. (ARAUJO, 2014).

Considerado um transtorno mental, caberia à Psiquiatria e à Psicologia o atendimento aos sujeitos usuários de drogas. Como pacientes da saúde mental, os usuários de drogas podem ser atendidos em Hospitais Psiquiátricos ou em Hospitais gerais com Ala Psiquiátrica. Um ponto que chamou atenção no final dos anos 1990 foi quando a atenção aos usuários de drogas na rede de saúde mental tornou-se uma discussão pública em função da repercussão da temática na mídia. Nesse período, vinculou-se o uso de drogas tanto à violência e à criminalidade, quanto à condição de vulnerabilidade dos usuários, que passam a ser percebidos como doentes (BARROSO, 2013).

Em relação ao tratamento destinado aos dependentes químicos, somente em 1998, após a XX Assembléia Geral Especial das Nações Unidas, foram discutidos os princípios da redução da demanda de drogas e da responsabilidade compartilhada, que resultou na criação da SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas²⁴ –e, apenas em 2002, instituiu a Política Nacional Sobre Drogas, por meio do Decreto Nº 4.345. Pela primeira vez no Brasil, havia uma política pública voltada especialmente para prevenção e tratamento da dependência química (GUND, 2012).

Posteriormente, em 2006, por meio da Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, é instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). O SISNAD define, em seu Artigo 3º, que sua finalidade é de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com: “I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas” (BRASIL, 2006, p. 1).

Em 2011, ao lançar a revista sobre os Leitos Psiquiátricos no Paraná, o Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRPPR) propôs uma discussão que teve como pressuposto as prerrogativas da Lei da Reforma Psiquiátrica. A Lei Nº

²⁴ A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD foi criada através da Medida Provisória Nº 1.669/98, que altera a Lei Nº 9649/98, integrando o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas – SISNAD, instituído pelo Decreto Nº 5912/2006 e está subordinada ao Ministério da Justiça. Disponível em: <http://osmunicipais.blogspot.com.br/2011/05/secretaria-nacional-de-politicas-sobre.html>. Acesso em: 15 de Maio de 2016.

10.216/2001 prevê a internação hospitalar quando forem insuficientes os recursos extras hospitalares, entre eles: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os ambulatórios; as Unidades Básicas de Saúde; e os Serviços Comunitários de Saúde (CRPPR, 2011). Contudo, há dificuldades para a implantação do atendimento psiquiátrico em hospitais gerais permeados pelo preconceito:

Um dos passos mais difíceis da reforma psiquiátrica proposta pela Lei 10.216/01 é a implantação de enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais. Existem várias dificuldades, de várias ordens, que vão desde a baixa disponibilidade de recursos à falta de pessoal qualificado. Uma, no entanto, supera todas as demais e até se oculta atrás delas: o preconceito [...] (CRPPR, 2011 p. 5).

De acordo com Gund (2011), o atendimento prestado ao dependente químico, segundo a Portaria Nº 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004, é composto por serviços da Atenção Básica, entre eles o CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades extra hospitalares especializadas, hospitais de referência e a rede de suporte social. A Portaria Nº 2.197/GM preconiza que o internamento em hospitais psiquiátricos seja evitado. Assim, os Serviços Hospitalares de Referência devem ser instalados em Hospitais Gerais para atendimento de casos de urgência/emergência decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPA) e, portanto, devem ser internamentos de curta duração, tendo como objetivo a desintoxicação. No município de Cascavel PR,

A Ala de Desintoxicação (conhecida popularmente entre os funcionários do HUOP como “Ala Psiquiátrica”) começou a ser implantada no HUOP no ano de 2006, através da Ação Civil Pública 273/2006 e pelo Mandato Judicial que determinou a criação da disponibilidade de 10% dos leitos para a rede pública de Saúde Mental para atender as crianças e adolescentes. Esta organização foi necessária para que se fizesse valer a norma inscrita no artigo 227, caput 3º, inciso VII, da Constituição Federal, ‘que garante a criança e ao adolescente prioridade absoluta, inclusive no atendimento especializado para dependentes de entorpecentes e drogas afins’, visto que até então, não havia na região oeste um serviço que prestasse esse atendimento de internamento hospitalar. [...] Assim, em março de 2007, foi criada a Ala Psiquiátrica (que hoje se chama Ala de Desintoxicação), com 17 (dezesete) leitos, sendo 3 (três) para crianças (até doze anos) e 14 (catorze) para adolescentes (de doze a dezessete anos, onze meses e vinte e nove dias) (GERALDO, 2015, p. 41).

Desde sua implantação no HUOP, a Ala de Desintoxicação sofreu inúmeras adequações, como o local onde estava inserida inicialmente, que já não é o mesmo, e as atividades destinadas aos pacientes internados na Ala, entre as quais está o SAREH. As instalações eram menores que as atuais e não havia espaço dentro da ala para a realização de atividades físicas.

A partir de 2010, houve uma mudança de espaço físico, a Ala foi transferida para uma área mais distante do Pronto Socorro e passou a contar com cinco quartos (sendo quatro com três leitos e um com cinco), o que dinamiza a distribuição de vagas (entre feminino, masculino e pediátrico), uma sala para televisão, jogos lúdicos e educativos (inclusive com videogame, computadores e tablets), um refeitório, uma copa e um banheiro para funcionários, uma recepção/sala de reuniões, uma rouparia, um 'escovário' (lugar para que os internos escovem os dentes e guardem seus materiais de higiene pessoal), um posto de enfermagem, um consultório e uma área externa [...] (GERALDO, 2015, p. 42).

Quando a Ala de Desintoxicação foi instalada no HUOP, crianças e adolescentes eram internados no hospital a qualquer momento, desde que houvesse leito disponível. Contudo, com o aprimoramento das atividades na ala, optou-se por realizar um atendimento chamado de "Ciclo". Nesse sentido,

O 'Ciclo' consiste num período determinado de internamento, dentro do qual todos os pacientes internam (em período pré-determinado) e recebem alta em um mesmo dia da semana, pela manhã. O período escolhido para a internação é definido em reunião da Equipe, geralmente se inicia no dia seguinte à alta dos internos do 'Ciclo' anterior [...] o 'Ciclo' deveria ter 30 (trinta) dias (aproximadamente, podendo variar entre 28/32 dias) (GERALDO, 2015, p. 44-45).

A cada ciclo, são internados crianças e adolescentes de ambos os sexos, residentes em Cascavel ou na região. Convém ressaltar que as internações podem acontecer nas modalidades voluntária, involuntária e compulsória. Na internação voluntária, o próprio indivíduo solicita o internamento; na involuntária a internação pode ser solicitada por familiares e na compulsória esse internamento é realizado com ordem judicial. Reitera-se, aqui, que, durante o período de internação, os pacientes recebem atendimento de uma equipe multidisciplinar, composta por médico psiquiátrico, enfermeiro, psicólogo e assistente social, que visam não somente o atendimento ao adolescente, mas também à família (SILVA; TONINI; ARRUDA, 2009).

2.3 Representação gráfica dos dados coletados sobre o perfil de adolescentes Dependentes químicos atendidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do Hospital Universitário do Oeste do Paraná

Esta seção apresenta a análise de 256 fichas de cadastro do Serviço Social dos adolescentes atendidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP, visando identificar qual é o perfil educacional e social dos adolescentes dependentes químicos internados no Hospital Universitário do Oeste do Paraná de Cascavel-PR, no período de 2011 a 2013. Cumpre esclarecer que, embora tenham sido analisadas todas as fichas referentes ao período estabelecido, pressupõe-se que não foi possível alcançar a totalidade dos internamentos devido a alguns fatores: o Serviço Social não atende exclusivamente a Ala de Desintoxicação, tendo demandas de outros setores; e o tempo curto de permanência (média de 24 dias)²⁵. Por esse conjunto de fatores, em certos cadastros, algumas respostas encontram-se prejudicadas, seja do adolescente, seja da família. Em algumas situações, os adolescentes foram trazidos por autoridades judiciais, representantes do Conselho Tutelar ou de outros programas, e a família não compareceu ao atendimento do serviço social ou mesmo não visitou o adolescente durante o internamento, prejudicando a coleta de dados sobre a família, por exemplo. Desse modo, os dados que serão apresentados são de 256 adolescentes internados no período de janeiro de 2011 a junho de 2013²⁶, cujas informações referem-se ao relato dos adolescentes e suas famílias.

A análise dos dados contemplou sexo; idade; idade de início de uso de drogas lícitas e ilícitas; motivo para o início do uso de drogas; drogas inicialmente utilizadas; drogas utilizadas no momento do internamento para desintoxicação; tipo de drogas utilizadas; tratamento anterior ao do HUOP; métodos utilizados para obtenção das drogas; organização sócio-familiar; atos infracionais; e escolaridade.

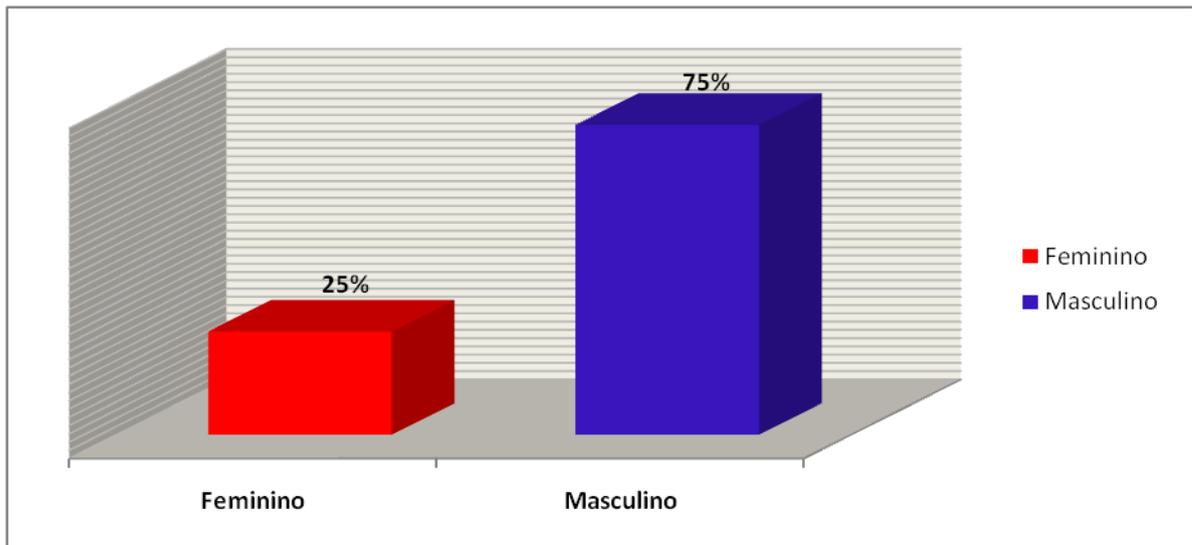
²⁵ Foi realizada uma média do tempo de internamento dos adolescentes do período de coleta de dados, resultante em 24 dias. Vale ressaltar que, no período pesquisado, ainda não havia os “ciclos” de internamento na Ala de Desintoxicação.

²⁶ No segundo semestre do ano de 2013, houve a mudança do instrumental de coleta de dados referente ao cadastro dos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP, elaborado pela assistente social do hospital. Visto isso, optou-se, na pesquisa de coleta de dados referentes ao perfil dos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação, por realizar a pesquisa de 2011 até o primeiro semestre de 2013.

2.3.1 Sexo e idade

Dos 256 internamentos ocorridos no período de análise, 193 tratavam-se de adolescentes do sexo masculino (75%) e 63 do sexo feminino (25%), conforme pode se verificar no Gráfico 4:

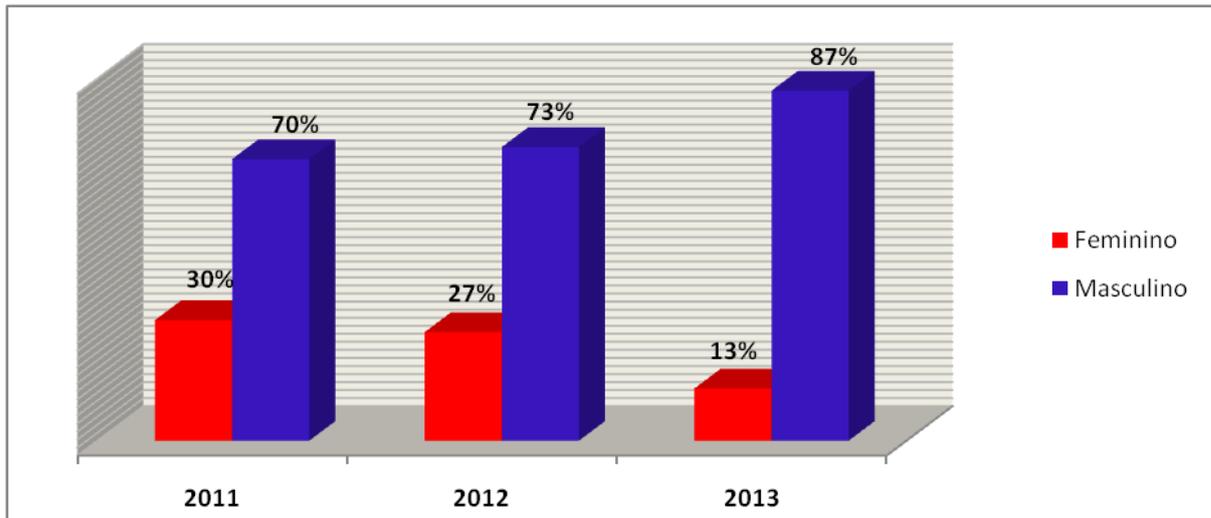
Gráfico 4: Distribuição dos adolescentes em relação ao sexo



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

Essa relação se mantém durante os anos pesquisados. Nos anos de 2011, 2012 e 2013 o número de adolescentes do sexo masculino foi preponderante ao número de adolescentes do sexo feminino. Além disso, verifica-se um aumento desse percentual: em 2011, o percentual foi de 70% e basicamente manteve-se invariável; em 2012, contou com 73% de adolescentes do sexo masculino. Já no ano de 2013 apresentou números mais elevados, 87%, conforme se verifica no Gráfico 5:

Gráfico 5: Distribuição dos adolescentes quanto ao sexo e ano de internamento



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

Em pesquisa realizada em 26 Estados e Distrito Federal sobre o perfil dos usuários de crack e outras drogas, descobriu-se que os usuários de crack nas cenas de uso são predominantemente do sexo masculino (FIOCRUZ, 2013, p.11).

Por outro lado, o Relatório Mundial sobre Drogas da *United Nations Office On Drugs* (UNODC) de junho de 2015 afirma que, embora o uso de drogas esteja estável no mundo, apenas uma de cada seis pessoas que fazem uso problemático de drogas tem acesso ao tratamento. O relatório destaca que as mulheres, em particular, parecem enfrentar mais barreiras para ter acesso ao tratamento de saúde para dependência química. Enquanto, mundialmente, um em cada três usuários de drogas é mulher, apenas um em cada cinco usuários de drogas em tratamento é mulher. Desse modo,

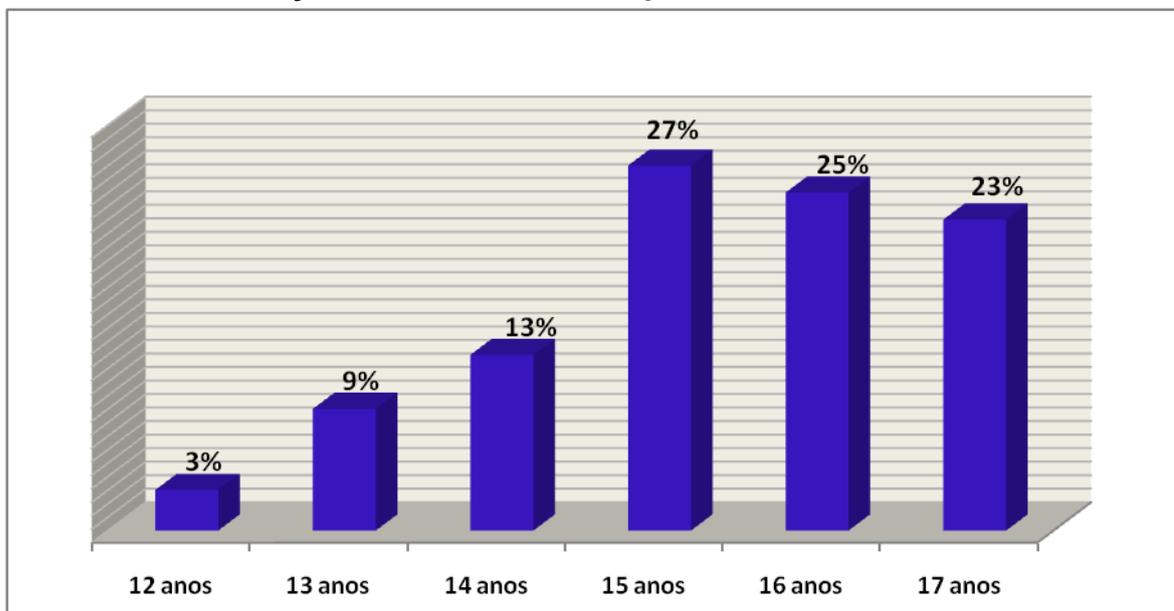
Primeiramente, destaca-se o estigma social ao qual a mulher está submetida. Historicamente, as mulheres sempre foram mais criticadas que os homens por usarem álcool e drogas, sendo acusadas de tornarem-se agressivas e promíscuas sexualmente quando intoxicadas. Estudos recentes, no entanto, comprovaram que esta noção é incorreta e corresponde somente a um estereótipo (HENDERSON, 1995 *apud* ZILBERMAN et al, 1999 p.127-128).

De acordo com uma pesquisa realizada, em 2013, pelo Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Brasil, o sexo masculino foi predominante no que se refere à questão da drogadição entre homens e mulheres, especificamente os usuários de

crack e similares nas cenas de uso, sendo o percentual do sexo masculino de 78,7%. Tal achado está vinculado com a literatura nacional, que aponta para uma presença masculina maior em cenas abertas e na interface com o tráfico. De acordo com Zilberman (1999), essa diferença entre os sexos, ou seja, a preponderância do uso entre os adolescentes do sexo masculino, deve-se também ao fato de que as mulheres começam e mantêm o uso de drogas geralmente quando se relacionam com um companheiro que também usa drogas. Já os homens iniciam o uso de drogas mais frequentemente com os amigos. Segundo Zilberman (1999), esse padrão de comportamento social seria um dos motivos pelos quais há menos mulheres usuárias e dependentes de substâncias psicoativas.

A idade no momento do internamento foi variável de acordo com o período analisado (2011 a 2013). Houve uma prevalência em todos os anos de internamentos de adolescentes de 15, 16 e 17 anos. De forma geral, percebe-se um crescimento no número de internamentos a partir dos 15 anos de idade (27%), culminando com os 17 anos de idade, que apresentou um índice de 23% no número de adolescentes internados, conforme demonstra o Gráfico 6:

Gráfico 6: Distribuição dos adolescentes quanto à idade



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

2.3.2 Adolescência

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Art. 2º, considera-se adolescente aquela pessoa entre doze e dezoito anos de idade²⁷. Essa fase é considerada por muitos como uma fase crítica da vida de um indivíduo, sendo caracterizada como um período de grandes mudanças externas (surgimento e acentuação dos caracteres sexuais secundários) e internas. A criança começa a vislumbrar, cada vez mais, a capacidade de pensar subjetivamente, abandonando o pensamento concreto (DUSENBURY, 1992 apud LEITE; et al., 1999, p.138).

Durante essa fase, “[...] os adolescentes têm tendência de se envolverem em atividades de risco. Isto porque, em parte, são impulsionados pelos hormônios sexuais, querem impressionar seus colegas, não conseguem avaliar os riscos” (LEITE et al., 1999, p.138).

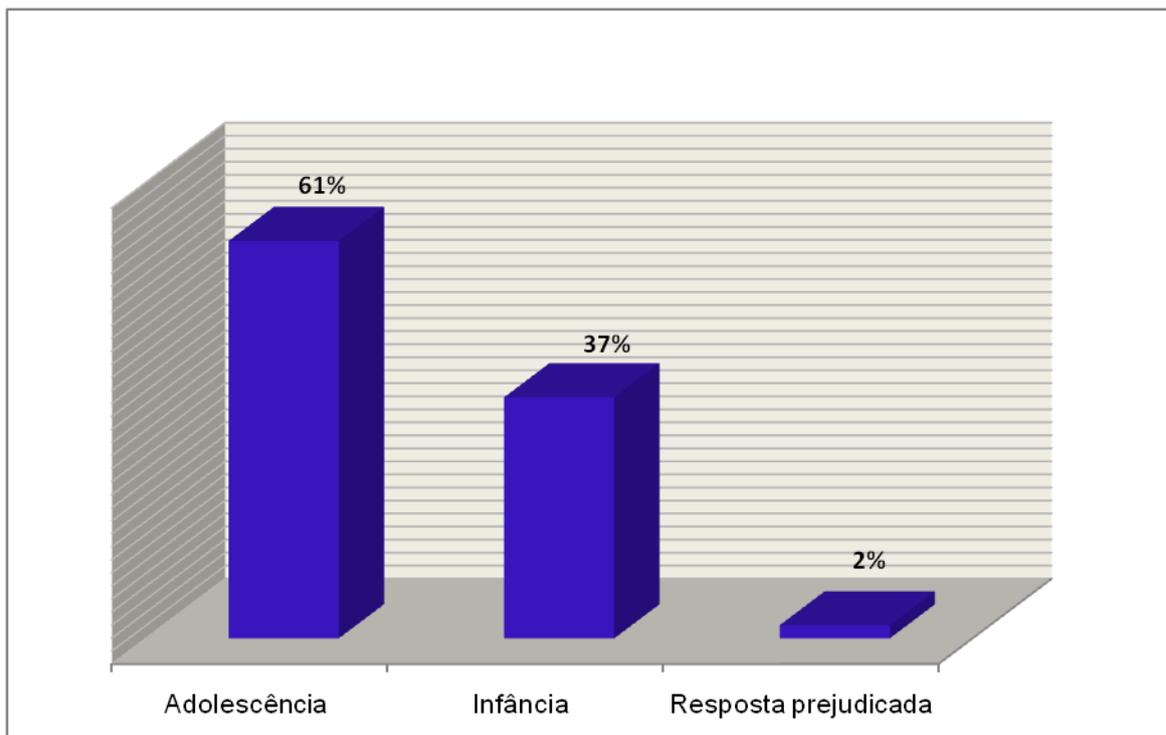
A adolescência por si só é estressante e ansiogênica, aumentando, assim, a vulnerabilidade do adolescente às pressões de seus colegas. Os adolescentes ganham uma autonomia acentuada em relação a seus pais e, paralelamente, adquirem uma forte aliança com seus colegas (DUSENBURY, 1992 apud LEITE et al., 1999, p. 138).

Para Leite (1999), o final da adolescência e o início da fase adulta caracterizam-se como a fase de maior risco para ocorrer abuso de substâncias psicoativas (SPA). Desse modo, essa é uma fase mais suscetível para se envolver com drogas lícitas, como álcool e tabaco, e ilícitas (crack, maconha, cocaína, entre outras). Isso ocorre porque, nessa fase, os sujeitos estão expostos a diferentes fatores de risco, os quais incluem a família e os amigos. Há, também, os fatores de risco psicossociais que afetam os adolescentes, dentre os quais destacam-se o ambiente familiar, a influência dos pares, a assertividade social e as características da personalidade. São esses fatores que podem determinar ou aumentar a possibilidade de consumo de drogas. Existem, também, os fatores chamados indutores, tais como problemas de conduta ou mentais. Há, ainda, os fatores condicionais, como a disponibilidade de drogas, pressão do grupo, curiosidade, entre outras, que proporcionam condições para o consumo (PUTZKE et al, 2010).

²⁷ O Estatuto da Criança e do Adolescente, ECA, na Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 em seu artigo 1º, define como criança, a pessoa com até doze anos incompletos.

Contudo, as expressões da “questão social”, conforme discutido no capítulo I, às quais estão expostos os adolescentes, caracterizam-se, também, como um fator de risco. Diante disso, Putzke (2010) contextualiza que os fatores como a pobreza, a dificuldade de acesso aos direitos sociais, a educação de baixa qualidade, unidas à falta de oportunidade de trabalho, emprego, e de políticas públicas colocam o adolescente sob situações de risco constante. Esses são fatores que relacionam-se com a questão da drogadição. No caso dos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP e atendidos pelo SAREH, o fato de o internamento ocorrer, preponderantemente, entre os 15 e 17 anos, não significa que o início de uso das drogas tenha ocorrido no mesmo período, visto que muitos desses sujeitos iniciaram o uso de drogas ainda na infância, como é possível observar no Gráfico 7:

Gráfico 7: Distribuição quanto ao início do uso de drogas

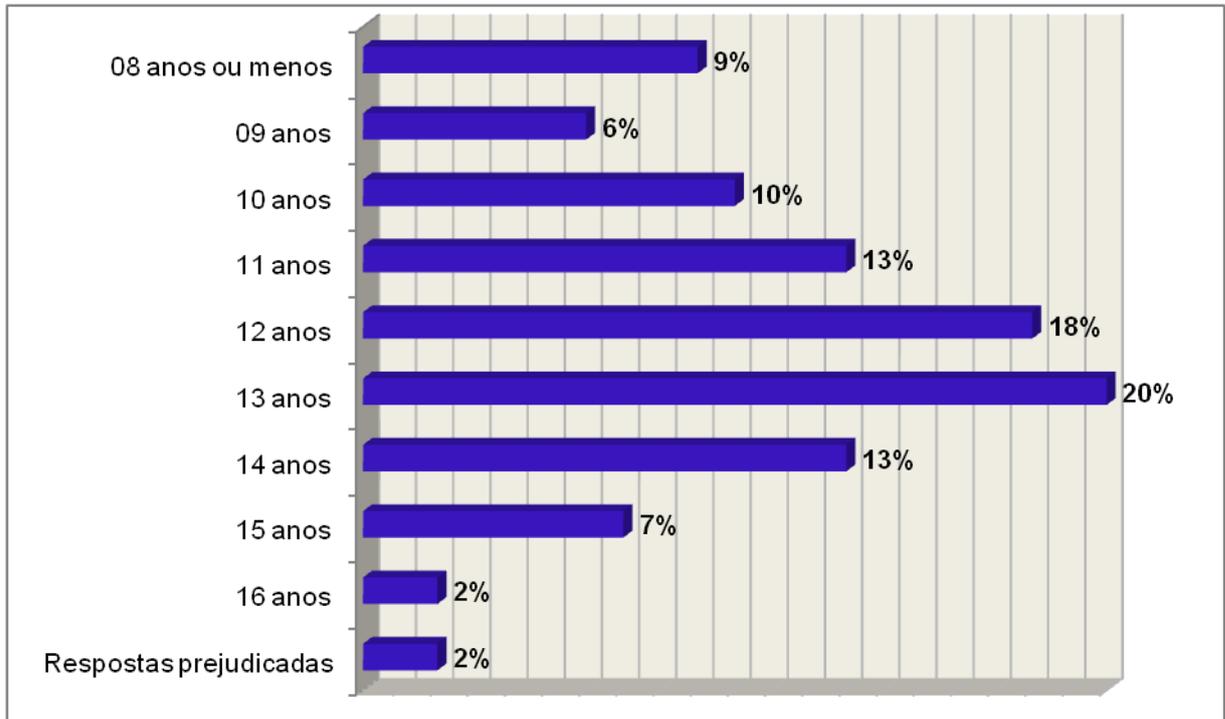


Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

Embora um número elevado de sujeitos tenha iniciado o uso de drogas na adolescência (61%), chama a atenção o fato de 37% dos sujeitos pesquisados terem iniciado esse uso ainda na infância. Desse modo, [...] fazendo referência à Organização Mundial de Saúde (OMS), esclarecem que habitualmente a faixa etária em que se dá o início do uso de drogas na adolescência seria entre 10 e 19 anos. Já

entre os estudantes brasileiros, o início de consumo ocorreria principalmente entre 10 e 12 anos (PUTZKE, et al, 2010,p. 26). Esses dados podem ser verificados no gráfico abaixo:

Gráfico 8: Distribuição quanto à idade de início do uso de drogas



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

Aqui, constata-se que o início do uso de drogas se dá muito cedo e, na maioria dos casos, bem antes da adolescência. O que mais chama a atenção é o percentual de adolescentes que iniciaram o uso entre 12 (18%) e 13 anos de idade (20%). Observa-se o crescimento gradual até os 13 anos, idade predominante para ambos os sexos, e a porcentagem tende a diminuir dos 14 aos 16 anos.

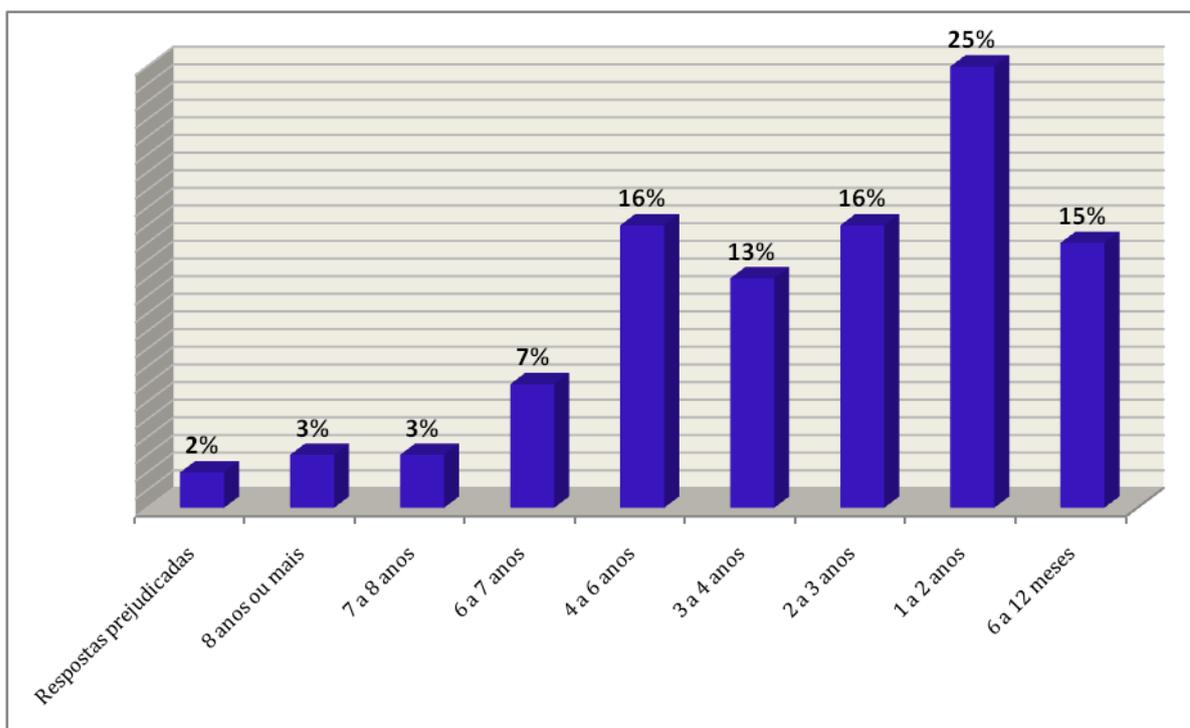
De acordo com Leite (1999), quanto mais cedo se desenvolve a dependência de substâncias psicoativas na adolescência, maior a probabilidade de ocorrerem atrasos no desenvolvimento e prejuízos cognitivos, com suas respectivas repercussões.

Kandel e colaboradores (1992) apontam os adolescentes como sendo mais suscetíveis a estas consequências do que os adultos que buscam tratamento para dependência, porque os adolescentes dependentes que procuram tratamento apresentavam história de dependência mais precoce que os adultos. Da mesma forma, os

adultos dependentes de múltiplas drogas também seriam mais suscetíveis aos prejuízos causados pelo consumo de drogas, pois iniciam o consumo de álcool e drogas mais cedo que outros adultos dependentes de uma única droga ou somente álcool. (LEITE; et al., 1999, p. 143).

No caso dos sujeitos atendidos no HUOP, o tratamento para dependência química, na grande maioria dos casos, tem início nos dois primeiros anos do uso de substâncias psicoativas, como explicitado no gráfico abaixo:

Gráfico 9: Distribuição quando ao tempo de uso de drogas



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

Reitera-se, aqui, que a grande maioria dos adolescentes relataram terem iniciado o tratamento nos dois primeiros anos de uso (25%). O Gráfico 8, referente à distribuição quanto à idade de início do uso de drogas, apresenta que a maioria dos adolescentes iniciam aos 13 anos (20%). Do mesmo modo, o Gráfico 6 ressalta a idade de internamento desses sujeitos, que, em grande parte dos casos, tem sido aos 15 anos (27%). Assim, essa realidade coincide com o tempo que levam para serem internados. Nesse caso, se considerarmos que o primeiro contato com as drogas se deu aos 13 anos, é possível que o internamento aconteça entre 14 e 15 anos de idade, ou seja, entre 1 e 2 anos após o início do uso de drogas.

Outros dados também chamam a atenção, como, por exemplo, 16% dos sujeitos internados fazerem o uso há mais de quatro anos, bem como 7% de adolescentes fazerem uso dessas substâncias por mais de seis anos, outros 3% utilizarem drogas há mais de 7 anos, e 9 adolescentes (3%) fazerem uso dessas substâncias por mais de oito anos de suas vidas, portanto, iniciaram o consumo ainda na infância.

Os adolescentes começam o consumo de substâncias mais precocemente que os adultos, mas iniciam o tratamento com menor tempo de uso (Kandel, 1992). Dessa forma, podem apresentar deterioração de suas funções sociais, assim como apresentar problemas relacionados, físicos e psicológicos significativos consequentes ao abuso de substâncias. Apesar destas características, que poderiam limitar a manifestação dos problemas relacionados aos abuso de álcool e/ou drogas, os adolescentes apresentam evolução mais rápida da experimentação até o abuso (LEITE et al., 1999, p. 144).

Um dos motivos para a existência desse período entre o início do uso de drogas e o internamento, seria que o uso de substâncias psicoativas não significa necessariamente dependência. Leite (1999) afirma que, na maioria dos casos, observa-se uma evolução no uso de drogas, partindo-se de um uso inicial (experiência) para um consumo ocasional, passando para regular e chegando-se à dependência em si, processo que pode durar anos até se perceber prejuízos ao indivíduo. Além disso,

[...] a dependência constitui uma patologia com sua própria psicopatologia e caracterizada por compulsão, perda de controle e manutenção do uso apesar da existência de conseqüências adversas relativas a este uso. Trata-se de uma patologia crônica, progressiva, incurável e potencialmente fatal, se não-tratada (LEITE; et al, 1999, p. 146).

A busca pelo tratamento da dependência química deve ter o apoio da família, amigos, sociedade e da rede de atendimento social ao ser diagnosticada precocemente pelos serviços da rede pública, não somente de saúde, mas educação, assistência social, dentre outras políticas. Em seu Artigo 4, o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) reitera que:

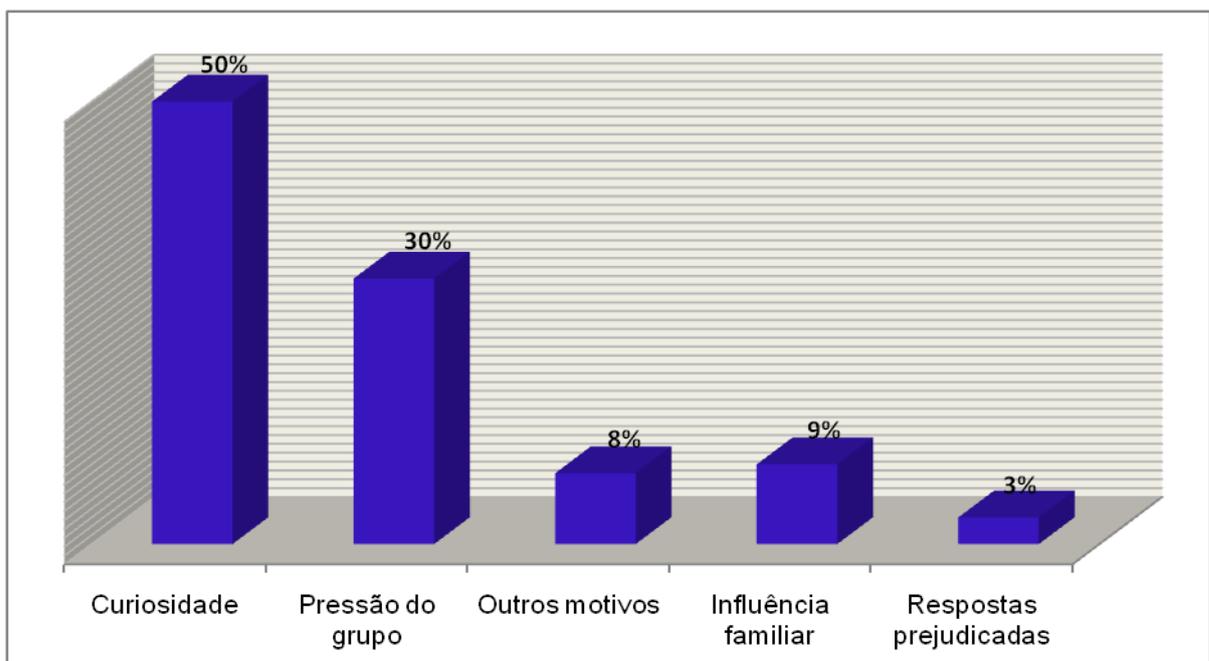
É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; (BRASIL, 1990, p.7).

O ECA (1990) preconiza a proteção da criança e do adolescente como responsabilidade da família, do Estado e da sociedade. Há a necessidade, portanto, da capacitação dos serviços e da divulgação de saberes sobre as drogas para que as famílias saibam que a sua utilização causa dependência química propriamente dita e que seu tratamento está amparado legalmente.

2.3.3 Motivos para o início do uso de drogas

Os principais motivos mencionados pelos adolescentes para o início da utilização de drogas estão relacionados à curiosidade de sentir o seu efeito, com 50%; a pressão dos amigos, com 30%; e pela influência familiar, com 9%, como demonstra o Gráfico 10:

Gráfico 10: Distribuição quanto aos motivos para o início do uso de drogas



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

Pesquisas apontam esses mesmos motivos:

Quando questionados sobre os motivos que os levaram ao uso de crack/similares, mais da metade dos usuários disse ter vontade/curiosidade de sentir o efeito da droga. A pressão dos amigos foi relatada por 26,7% dos usuários e 29,2% dos entrevistados disseram que um dos motivos para início do uso da droga foram os problemas familiares ou perdas afetivas. Esses achados apontam para duas questões centrais em políticas públicas: reforçar laços familiares de modo a minimizar os conflitos e prevenir o consumo e/ou facilitar a ressocialização do usuário, trabalhando não apenas com o usuário individual, mas também com suas redes sociais e suas famílias (FIOCRUZ, 2013. p.15).

Desse modo, é perceptível que o meio é um dos principais fatores que leva o jovem a experimentar uma droga pela primeira vez. O uso de psicotrópicos faz parte da “identidade” de alguns grupos e, possivelmente, o desejo de se integrar aos mesmos seja um dos aspectos mais relevantes. Contudo, a decisão de usar (ou não) emerge da interação de vários outros fatores complexos e menos perceptíveis, como a fragilidade da situação de rua e o vínculo familiar. Entram em questão, portanto, todos os fatores sociais estruturais, como a pobreza, as condições da família, da educação, entre outros (CEBRID, 2003, p. 32).

2.3.4 Substâncias Psicoativas e Dependência Química²⁸

O termo “droga” é adotado como sinônimo de substância psicoativa (SPA). De acordo com a definição dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), droga é toda substância que, ao ser introduzida em um organismo vivo, altera uma ou mais de suas funções. Essa definição abrange substâncias ditas lícitas e as substâncias ilícitas. Vale retificar que o uso de substâncias psicoativas é entendido como

[...]a introdução de produto químico que afeta o organismo, sejam essas substâncias legais, ilegais ou medicinais. O abuso de substâncias se dá quando ocorre a alteração no sistema nervoso central (SNC), podendo intensificar ou deprimir o estado de ânimo ou as emoções. A drogadição é caracterizada por sinais ou sintomas cognitivos, de conduta e fisiológicos, que indicam que o indivíduo perdeu o controle sobre o uso de psicotrópicos e persiste seu consumo apesar das consequências. Para o consumo de drogas, combinam-se três aspectos: o farmacológico, que representa a droga

²⁸ Optamos, nesta pesquisa, pela utilização do termo Dependência Química.

e seu poder de adição; a interação social, dada pela família, a escola, a comunidade e a sociedade em geral; e a presença de um sujeito vulnerável (PUTZKE, et al, 2010,p. 38-39).

Essas pessoas socialmente vulneráveis enfrentam as piores e mais frequentes circunstâncias de riscos sociais. Riscos nascidos das relações humanas, porém afetando com maior severidade os segmentos sociais vitimados pela pobreza em suas variadas expressões (BRASIL, 2009).

As pessoas que utilizam drogas compulsivamente são denominadas dependentes químicos. De acordo com a definição dada pela OMS, a dependência se caracteriza como um estado psíquico e, por vezes físico, caracterizado por comportamentos e respostas que incluem a compulsão e necessidade constante de tomar a droga, de forma contínua ou periódica, de modo a experimentar efeitos físicos ou para evitar o desconforto da sua ausência (CAMINHO, 2005).

Além da vulnerabilidade social em que podem se encontrar tais sujeitos, a dependência pode ter inúmeras causas. Entre elas, está a questão biológica, ou seja, os filhos de pais que utilizam alguma substância psicotrópica têm mais chances de se tornarem usuários também. Além disso, outra causa para a adição às drogas estaria relacionada com maus-tratos na infância, pais ou familiares viciados. Porém, também há as causas sociais, que vão desde comemorações, até a disponibilidade e fácil acesso às drogas (PUTZKE et al, 2010, p. 39).

As drogas podem ser classificadas como: lícitas, que englobam o álcool, o cigarro (nicotina e tabaco), alguns depressores (medicamentos) e narcóticos (anestésicos), anfetaminas, esteroides (anabolizantes) além da cafeína; e ilícitas, como a cocaína, a heroína, o crack, ecstasy e LSD, maconha, inalantes e alucinógenos (cogumelos). As drogas de maior prevalência global são o tabaco e o álcool e são as substâncias que trazem as mais graves consequências para a saúde pública global (BRASIL, 2004 *apud* PUTZKE et al, 2010,p. 41).

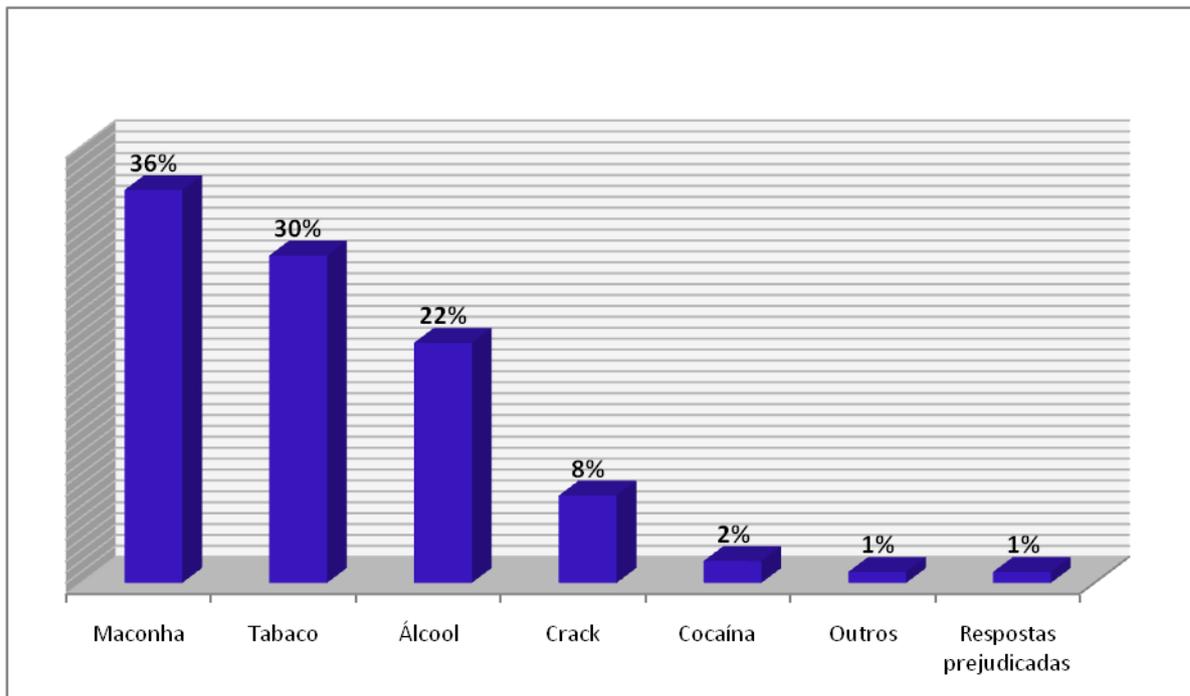
Segundo a OMS, o tabaco é considerado uma das principais substâncias que determinam doenças no mundo. Nesse levantamento, constatou-se que a metade da população dos homens e um décimo da população das mulheres, em torno de 30 milhões de pessoas, serão fumantes enquanto envelhecerem (LENAD, 2012).

O Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), de 2012, apurou que fumar tabaco é um comportamento que geralmente tem início na adolescência. Além

disso, se caracteriza por ser aceito socialmente em praticamente todas as culturas. O uso crônico do tabaco ou o uso em indivíduos expostos à fumaça (o fumante passivo) determinam uma alta taxa de mortalidade, maior que a somatória de inúmeras doenças e comportamentos de risco, por exemplo: a AIDS, a tuberculose e os acidentes no trânsito. Destaca-se que, a cada ano, morrem prematuramente cerca de 400.000 pessoas de câncer, doenças cardiovasculares, respiratórias, perinatais e decorrentes de incêndios causados pelo cigarro (LENAD, 2012, p.44).

As drogas lícitas, ou seja, “as substâncias que são legalizadas para consumo pelos adultos, por exemplo, o álcool e o tabaco, tendem a proceder e aumentar o risco de uso de outras drogas ilícitas” (LEITE et al, 1999, p.142). No caso dos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel-PR, as drogas mais utilizadas pelos mesmos, no início do quadro de dependência química, foram a o álcool e o cigarro, ficando atrás apenas da maconha, que foi apontada por 36% dos adolescentes como a droga mais utilizada no início do quadro da dependência, conforme o Gráfico 11:

Gráfico 11: Distribuição quanto às drogas utilizadas no início da dependência



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

Ao analisar o Gráfico 11, percebe-se que a droga utilizada com maior frequência pelos adolescentes no início da dependência foi a maconha, seguida pelo tabaco (30%), álcool (22%), crack (8%) e a cocaína em apenas 2% dos casos. Surpreendentemente,

Segundo o levantamento domiciliar sobre drogas psicotrópicas no Brasil, realizado pelo CEBRID (2003), de setembro a dezembro de 2001, 11,2% da população brasileira que vive é dependente de álcool, 9% de tabaco, e 1%, de maconha. Quanto ao uso de pelo menos uma vez na vida, as drogas de uso mais frequentes são o álcool (68%) e o tabaco (42%), e entre as drogas ilícitas, destacam-se a maconha (6,3%) e a cocaína (2,1%) (GADBEM, 2004, p.18).

No caso dos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP, a maconha foi citada como a droga mais utilizada por eles. Esses dados vão ao encontro das pesquisas do LENAD (2012). No levantamento de 2012 constatou-se que a maconha é a substância ilícita mais consumida no mundo.

Como visto, o número de adolescentes internados no HUOP de Cascavel-PR que utilizam álcool e tabaco é expressivo: 22% e 30%. No Brasil, o uso de álcool e drogas ilícitas é cada vez mais frequente entre adolescentes. As substâncias mais consumidas entre eles são: álcool, inalantes, cocaína e associação de múltiplas drogas. A apresentação clínica mais frequente por abuso de drogas entre adolescentes é a intoxicação. Nos últimos anos, houve aumento no consumo e na ocorrência de emergências associadas a drogas sintéticas como ecstasy, crack e alucinógeno (SCIVOLETTO; BOARATI; TURKIEWICZ, 2010, p.114 *apud* LENAD, 2012)

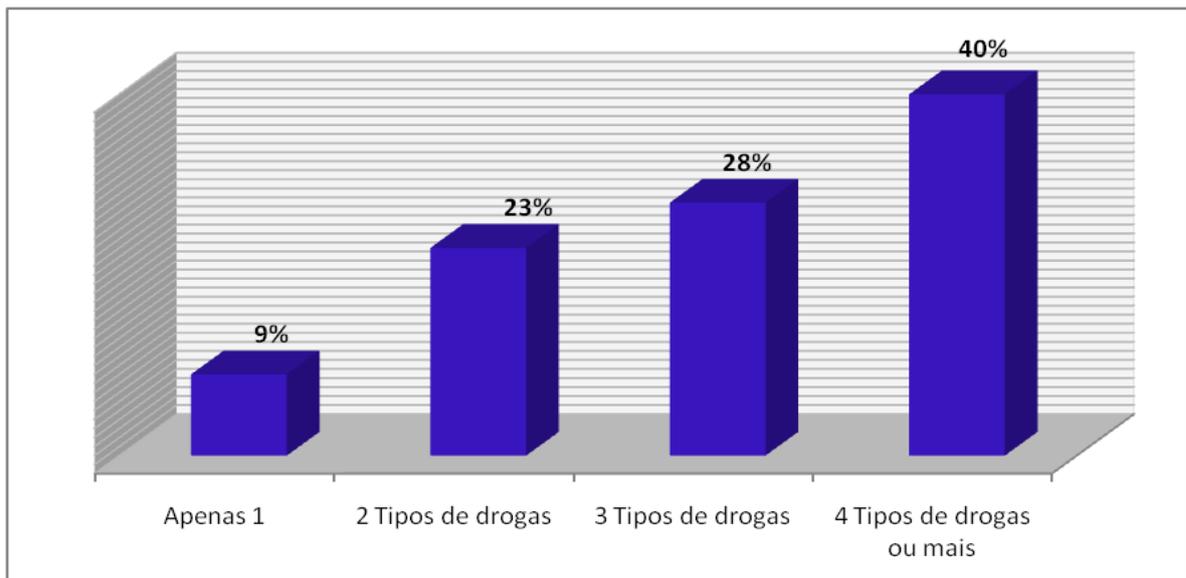
Estudos informam que o abuso de drogas e álcool custa à sociedade em torno de US\$245 bilhões, sendo US\$97 bilhões devido ao abuso de drogas ilícitas, incluindo custos de tratamento e de prevenção. Esses dados referem-se ao que os Estados Unidos gastou em 1992, estando em grande parte assim divididos: Governo, 45,3 bilhões, e Dependentes e seus familiares, 42,9 bilhões (GADBEM 2004).

Novamente, vale ressaltar que as consequências mais graves do uso de drogas é a dependência física ou psíquica. Putzke (2010) destaca que a dependência física é resultado de um processo de adaptação do organismo à droga, independente do desejo do indivíduo. Já a dependência psíquica é uma alteração

em que existe o impulso incontrolável pela droga. Indica alterações psicológicas que conduzem ou favorecem a adição e manutenção do hábito. Caracterizando-se como uma doença, aqui nomeada dependência química, “o que predomina neste transtorno de dependência é a heterogeneidade, pois afeta pessoas de diferentes formas, por diferentes causas e circunstâncias diferentes” (PUTZKE 2010, et al., p. 40).

Diante do exposto, é importante salientar que esse quadro de dependência só tende a aumentar. Embora muitos desses adolescentes iniciaram o uso apenas com um tipo de droga, a grande maioria tende a dar continuidade ao uso com uma ou mais substâncias psicoativas, como se verifica no Gráfico 12:

Gráfico 12: Distribuição quanto ao quantos tipos de drogas são utilizadas



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

A combinação entre drogas utilizadas, quando da dependência química, é muito comum no caso dos adolescentes internados na Ala de desintoxicação do HUOP/Cascavel-PR. A combinação de quatro ou mais tipo de drogas utilizadas representou 40% dos casos de adolescentes atendidos, 28% utilizam três tipos de drogas, 23% dois tipos; e 9% utiliza apenas um tipo de droga. Essas combinações variam entre álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, entre outros. Muitos iniciaram apenas com uma droga e passaram a consumir três, quatro ou mais tipo de substâncias psicoativas. Nesse caso, os homens seriam os mais afetados, pois “os homens mais comumente apresentam abuso de múltiplas drogas, enquanto as

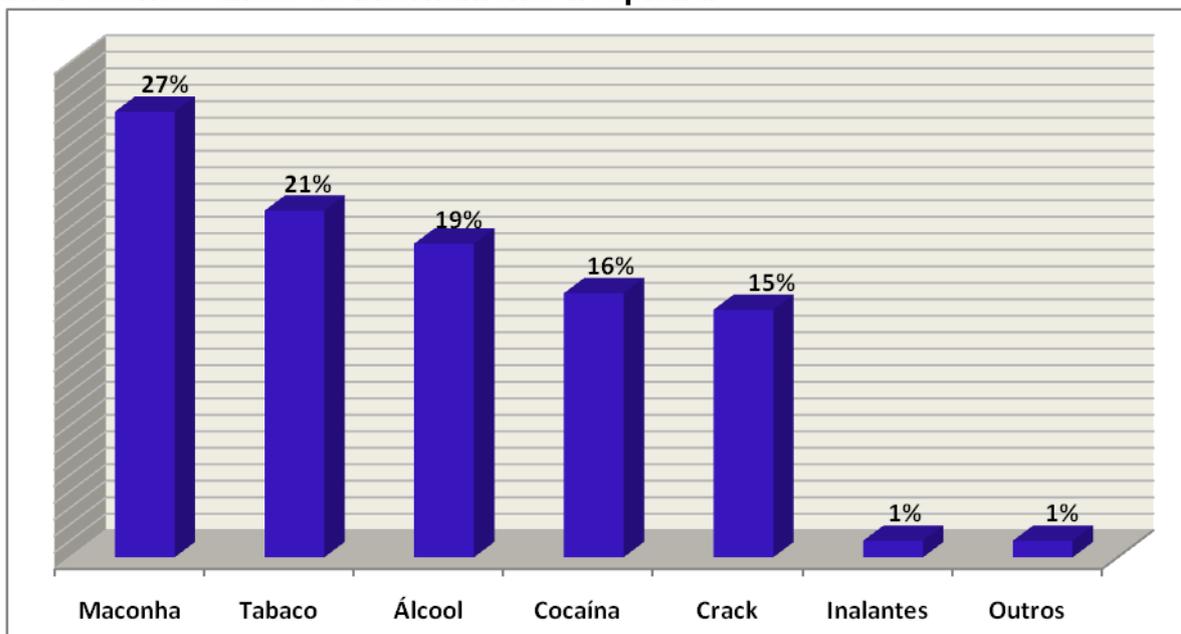
mulheres costumam abusar de uma única droga” (COMTOIS, 1995 *apud* ZILBERMAN et al 1999, p.128).

Em pesquisa realizada pelo instituto Fiocruz (2013) sobre os usuários de crack/similares, observou-se que estes são, basicamente, poli usuários, ou seja, o crack/similar é apenas uma das drogas em seu “repertório”. Além disso, constata-se que esse uso está cada vez mais vinculado ao consumo de drogas lícitas, especialmente álcool e tabaco.

Verifica-se, neste trabalho, que o quadro de dependência química dos adolescentes evoluiu desde o primeiro contato com as drogas. Além do abuso concomitante de uma ou mais drogas, a fim de intensificar e obter maior efeito no uso das substâncias utilizadas, muitos adolescentes iniciaram o uso de drogas mais devastadoras como é o caso da cocaína edo crack.

Vale ressaltar que “[...] a cocaína é absorvida praticamente por todas as vias: inalada, fumada (sob a forma de pasta ou crack), injetada por via endovenosa, injeções subcutâneas e através de mucosas, incluindo a mucosa genital” (LEITE, 1999, p.26). Conforme exposto no Gráfico 13, verifica-se o aumento do consumo de cocaína e de crack:

Gráfico 13: Distribuição das substâncias psicoativas utilizadas pelos adolescentes antes do internamento hospitalar



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

Diferentemente do Gráfico 11, apresentado anteriormente, há um aumento considerável no consumo da cocaína e do crack. A cocaína havia sido apontada como droga de início por apenas 2% dos adolescentes e foi a 5ª substância mais utilizada. Contudo, há um grave aumento de 2% para 16% quando se trata da substância utilizada no período anterior ao internamento, o que caracteriza a cocaína como a segunda droga ilícita mais utilizada por esses adolescentes. Da mesma forma, o crack, que havia sido apontado por 8% dos sujeitos como droga de início do uso, quase dobrou o número de usuários para 15%.

Porém, embora o consumo de maconha (27%), tabaco (21%) e álcool (19%) tenha diminuído, ele se manteve estável e elas permanecem sendo as substâncias mais utilizadas por esses adolescentes. Isso nos faz crer que houve uma migração no decorrer do uso. É provável que tenham dado lugar à outras drogas, uma vez que os adolescentes se comprometeram com substâncias cada vez mais depressoras como é o caso da cocaína e do crack.

O consumo de drogas tende a aumentar, tendo em vista a sua importância diante da indústria. A exemplo disso, a indústria da cocaína foi disseminada por conta de grande lucratividade que permeia o tráfico de drogas. Assim, segundo Uchôa (1996), no ano em que publicou, um quilo de cocaína de US\$ 10 mil poderia ser convertido em dez mil porções de crack com retorno de US\$ 250 mil.

No caso mais próximo, temos o município de Cascavel, que se encontra na rota do tráfico internacional de drogas. De acordo com DENARC - Divisão Estadual de Narcóticos, entre 2008 e 2009, foram apreendidas 19 toneladas de maconha, 333 quilos de crack e 324,5 quilos de cocaína²⁹. Apenas no município de Cascavel, em 2015, foram apreendidas mais de nove toneladas de maconha, substância responsável por 98% de apreensões realizadas pelo DENARC no município³⁰.

Conseqüentemente, tendo em vista a proximidade da indústria de drogas na região de Cascavel, considera-se que existe uma tendência ao uso e tráfico de drogas entre os adolescentes dependentes químicos que estão em tratamento na Ala de Desintoxicação do HUOP.

²⁹ Disponível em: <http://www.denarc.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=24>. Acesso em: 08 de Junho de 2016

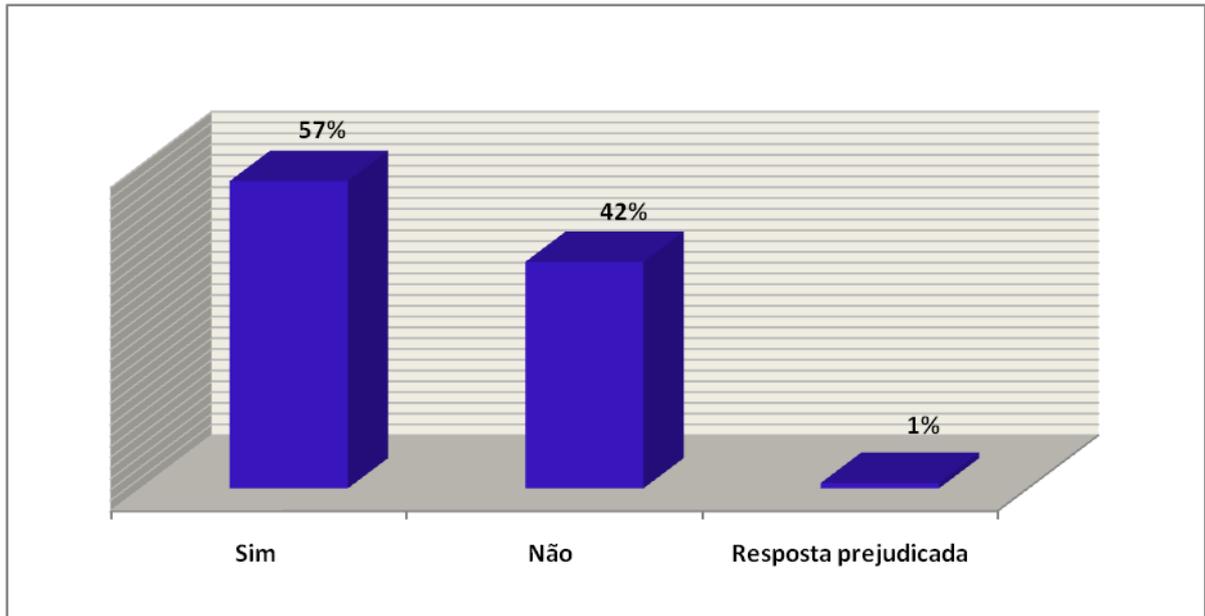
³⁰ Disponível em: <http://www.oparana.com.br/noticia/denarc-apreendeu-mais-de-nove-toneladas-de-drogas-em-2015/4150/>. Acesso em: 08 de Junho de 2016

2.3.5 Tratamento da Dependência Química

No Brasil, o acesso aos serviços para o tratamento da dependência química foi amparado pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003). Entre os serviços disponibilizados está o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad³¹), considerado, de acordo com dados do instituto Fiocruz (2013), o serviço para o tratamento da dependência química mais acessado pelos usuários de drogas. Em seguida, estão as comunidades terapêuticas, clínicas especializadas, hospitais psiquiátricos, casas de acolhimento transitório (CAT) ou albergues terapêuticos. Esse processo reforça a permanente necessidade de ampliar e fortalecer os atendimentos no âmbito da saúde pública, assim como as “pontes” (serviços intermediários, agentes de saúde, redes de pares, consultórios na rua) entre as cenas de uso e os serviços já instalados. Quando considerados os equipamentos de atenção em regime residencial ou internação, as comunidades terapêuticas foram os mais acessados pelos usuários (FIOCRUZ, 2013).

Contudo, mesmo após o processo de internação ou atendimento ambulatorial, é comum a reincidência de pacientes em tratamentos para a dependência química, dado este que verificamos em 57% das fichas de cadastro do Serviço Social na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel –PR.

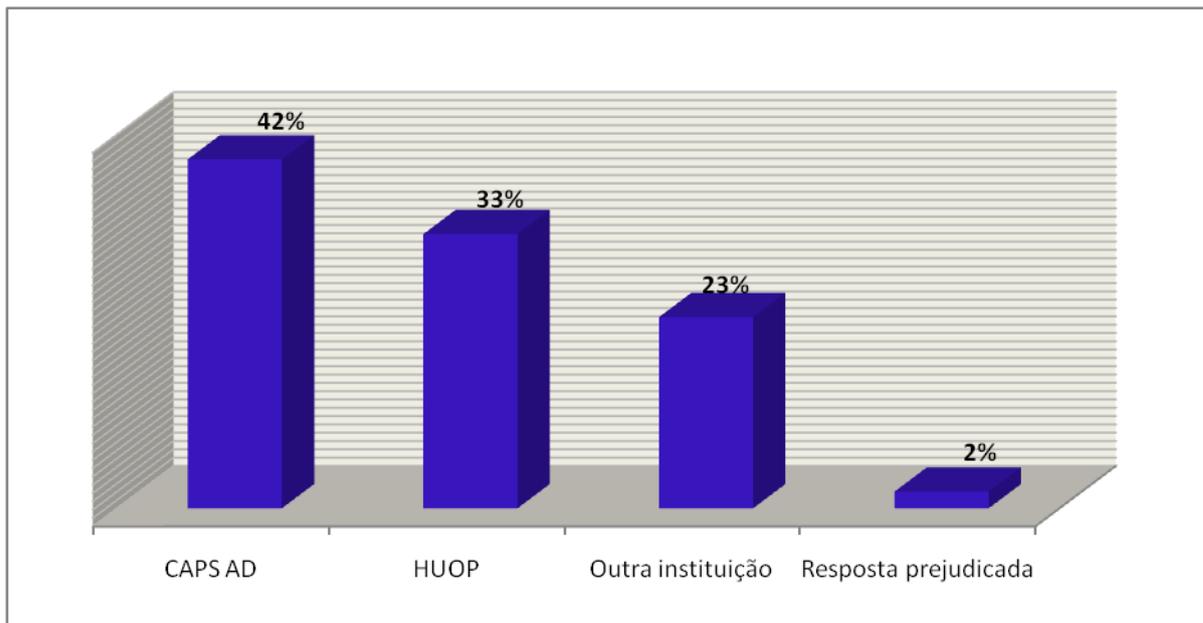
³¹ Pautado nos princípios da Reforma Psiquiátrica e no SUS, o Ministério da Saúde publicou a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas como diretriz principal na área da saúde pública, fortalecendo o trabalho em uma rede para, assim, proporcionar atenção integral e acesso aos serviços de saúde mental. Também articula a participação dos usuários no tratamento e cria os serviços de atenção diária, em substituição aos Hospitais Psiquiátricos, os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e Centros de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) (CEZAR, 2013, p.23).

Gráfico 14: Distribuição quanto se houve ou não tratamento anterior

Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

Nos dados apresentados, o que chama atenção é o fato de que 57% dos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação alegaram já terem feito algum tipo de tratamento, seja ele no CAPS ad, comunidades terapêuticas ou também na própria Ala de Desintoxicação do HUOP. Observou-se que, durante os anos pesquisados, pouco menos da metade dos pacientes (42%) não havia realizado nenhuma forma de tratamento até o momento. Desse modo, vale retomar o que foi explicitado no Gráfico 9, no que diz respeito à distribuição quanto ao tempo de uso de drogas: dos adolescentes internados no período de 2011 a 2013, apenas 15% faziam uso de drogas há menos de 12 meses. A grande maioria dos pacientes que faziam uso de drogas só procurou uma alternativa de tratamento após um, dois, três, quatro ou mais anos de uso.

Entre os serviços utilizados posteriormente pelos 57% de pacientes reincidentes, estão: O Centro de Atendimento Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS- ad), a Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel-PR, e por fim, outras instituições que também realizam este tipo de atendimento, entre elas as comunidades terapêuticas.

Gráfico 15: Distribuição quanto às instituições de internamento

Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

O número de adolescentes reincidentes atendidos no HUOP foi de 33%, porém, um dado que chama atenção é que, por meio do CAPS-ad, 47% dos adolescentes realizaram atendimento ambulatorial anteriormente.

O CAPS-ad atende crianças, adolescentes e adultos com dependência química causada por substâncias psicoativas. É uma unidade de saúde especializada em atender os dependentes de álcool e outras drogas, dentro das diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde. Buscando a sua reinserção social e o tratamento de saúde, oferece atendimento ambulatorial diariamente aos pacientes (BRASIL, 2003). O CAPS ad tornou-se uma modalidade de atenção a uma clientela grave e desassistida, sua expansão obedece aos desígnios da Reforma Psiquiátrica, sempre buscando viabilizar a substituição do modelo assistencial vigente em saúde mental (BRASIL, 2003). Cabe ainda aos CAPS ad:

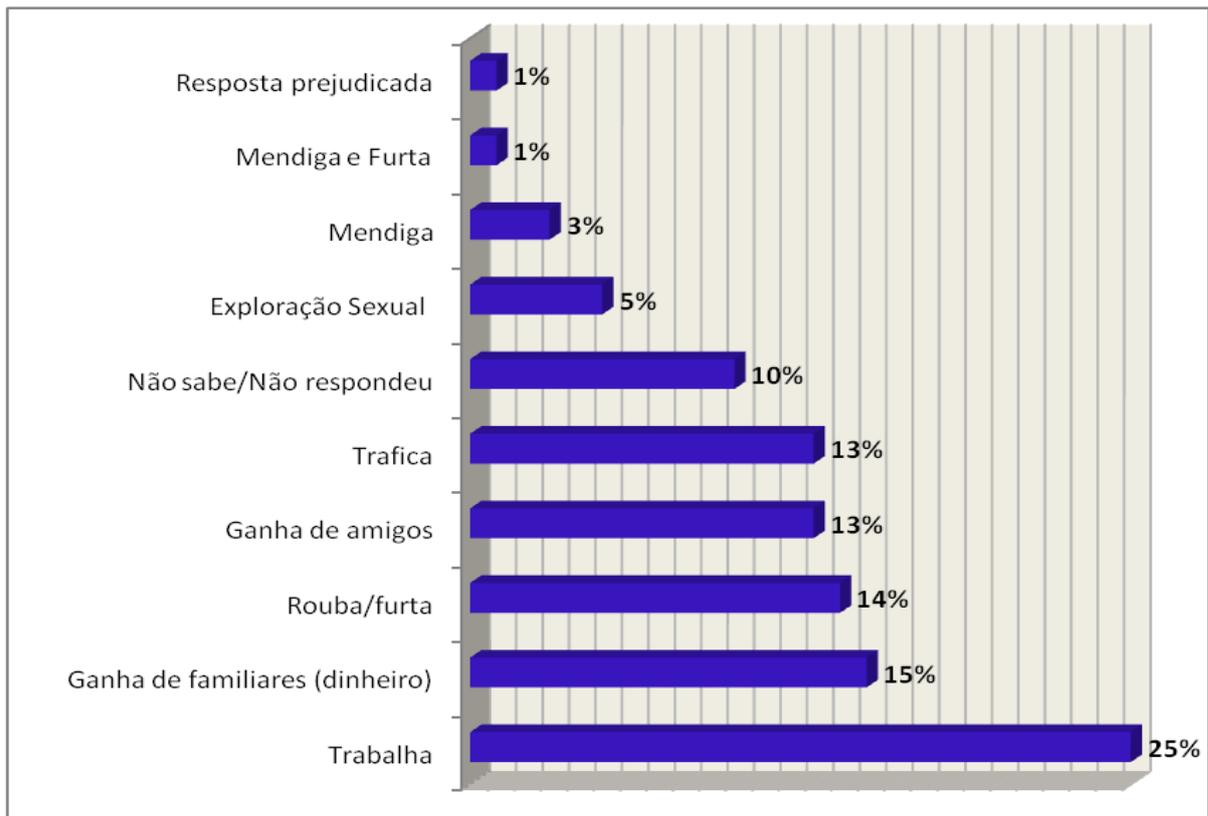
Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; 2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados; 3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; 4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados; 5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços; 6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando

para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas; 7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo; 8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo (BRASIL, 2003, p.42).

Embora a Lei ampare o atendimento, sejam nos hospitais, comunidades terapêuticas ou atendimento ambulatorial via CAPS-ad, a maior dificuldade para que o tratamento tenha êxito está relacionada aos fatores externos. Muitas vezes, a dura realidade com que o adolescente se depara ao sair dali faz com que, para diminuir o sofrimento da incapacidade frente à situação enfrentada, muitas vezes associado à falta de alimentos e brigas ou mesmo separação dos pais, faz com que o adolescente volte a fazer uso de substâncias psicoativas, o que explica seu repetido retorno à unidade (SILVA; TONINI; ARRUDA, 2009, p.5).

2.3.6 Métodos utilizados para obter as drogas

Os métodos para a obtenção das drogas variam muito entre os adolescentes, bem como as práticas, que diferem de acordo com o sexo, a influência familiar e os amigos. São atividades que vão desde exploração sexual, na maioria das vezes sofrida pelas meninas, até relações de trabalho, estas sob um vínculo informal e relatadas por ambos os sexos. São atividades perceptíveis no Gráfico 16:

Gráfico 16: Distribuição quanto aos métodos utilizados para obter as drogas

Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

A forma mais comum de obtenção de dinheiro relatada pelos usuários foi por meio de trabalho. Nesse caso, 25% dos pacientes relataram que, mediante vínculo “empregatício”, conseguem dinheiro para o consumo de uma ou mais drogas. Em muitos casos, as relações de trabalho ocorrem de forma esporádica e com vínculo informal. No Brasil, a forma mais comum de obtenção de dinheiro pelos usuários de drogas compreende os trabalhos esporádicos ou autônomos, correspondendo a cerca de 65% (FIOCRUZ, 2013, p.14).

Nos casos de exploração sexual, predominante, as vítimas desse processo são do sexo feminino e têm entre 12 e 17 anos. Essa também é uma realidade no Brasil, conforme pesquisa realizada pelo instituto Fiocruz: é frequente e elevado o número de relato de sexo em troca de dinheiro ou drogas (7,5%). O sexo é considerado uma fonte de renda nessa população (FIOCRUZ, 2013).

No caso das adolescentes internadas na Ala de Desintoxicação do HUOP, tendo em vista a configuração social a qual estão expostas, a sua idade e a trajetória

de vida dessas meninas, a relação de exploração sexual mostra-se expressiva para a obtenção de drogas.

Para Figueiredo e Bochi (2005), as crianças e os adolescentes, ao estarem submetidos às condições de vulnerabilidade e risco social, não podem ser consideradas prostitutas(os) e sim prostituídas(os). Segundo Rodrigues,

As vítimas da exploração sexual, em regra, são usuárias de drogas, têm baixa escolaridade, os vínculos familiares são comprometidos, foram vítimas de algum tipo de violência ou negligência, provêm de famílias de baixa renda, dentre outras peculiaridades [...] (2010, p. 12)

Há uma série de riscos para a vida de crianças e de adolescentes expostos à exploração sexual. No entanto, esses riscos não aparecem apenas após o envolvimento concreto com a exploração, pois aspectos estruturais, familiares, sociais e pessoais podem anteceder essa concretização nas suas vidas, ou seja, é recorrente a presença de diversos fatores de risco, como empobrecimento, violência doméstica, física, psicológica, negligência (em todos os seus aspectos, inclusive emocional), uso e abuso de álcool e outras drogas, desemprego, dentre outros (RODRIGUES, 2010).

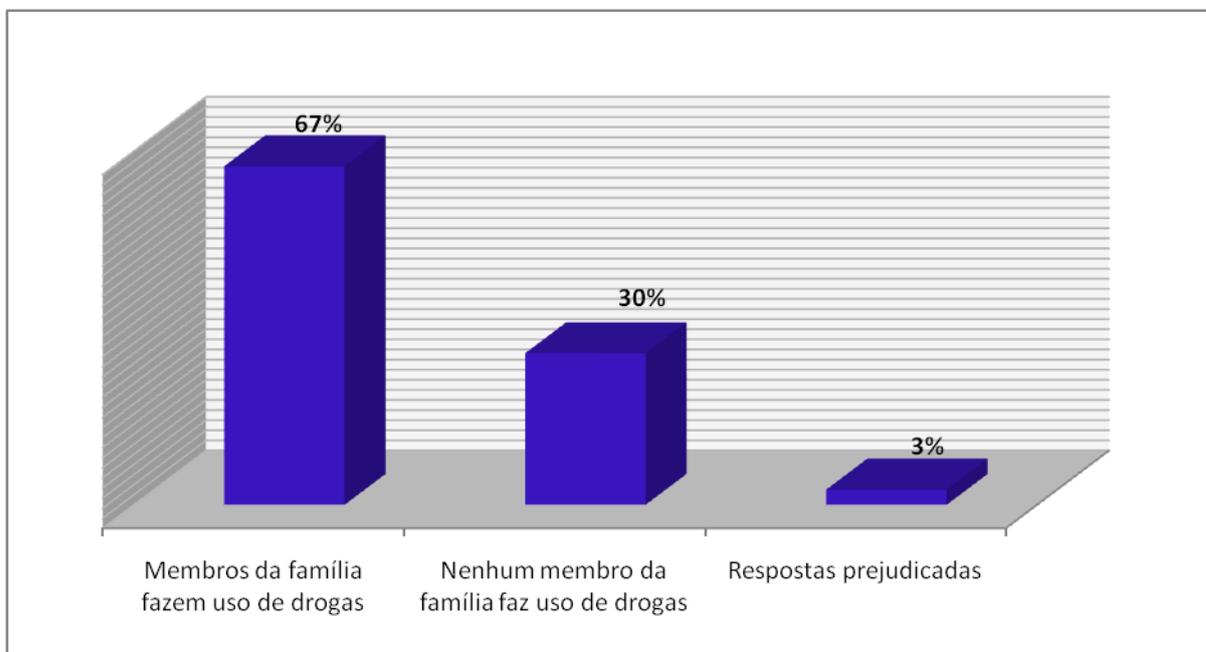
Além da associação entre a exploração sexual de adolescentes, principalmente do sexo feminino, e uso de drogas há, também, outras formas de obtenção de dinheiro por esses usuários. Entre elas estão as atividades ilícitas, como o tráfico de drogas e furtos/roubos e afins, que foram apontadas por, respectivamente, 13% e 14% dos adolescentes. Mesmo assim, não se observou a prevalência dessas como principais fontes de renda dos usuários. Além disso, um contingente de 10% de adolescentes não se sentiu à vontade para responder a questão. Nota-se o elevado número de adolescentes que ganham dinheiro para consumir essas substâncias da própria família (15%) e dos amigos (14%). A resposta “ganha de familiares” refere-se, em geral, a receber dinheiro por parte de membros da família, muitas vezes sem saber para qual finalidade é empregado. Nesse sentido, ressalta-se que

A família é fundamental no tratamento e também precisa de acompanhamento especializado para saber como agir com um usuário de crack. As vezes, percebemos que é a família que precisa

mais de tratamento e equilíbrio do que o próprio dependente (UCHÔA, 1996, p. 195).

Crianças e adolescentes enfrentam desafios que os deixam vulneráveis, tais como: os conflitos familiares, pais viciados ou disfuncionais, com todo o dano que esses problemas podem causar a seus filhos (PUTZKE et al., 2010,p. 22). A questão da culpabilização da família é uma discussão complexa e ampla, que não cabe ser discutida nesse trabalho, tendo em vista a magnitude da questão. No caso dos adolescentes dependentes químicos internados na Ala de Desintoxicação do HUOP não é diferente, como se observa no Gráfico 17:

Gráfico 17: Presença de consumo de drogas nas famílias



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

É comum o uso de drogas entre os familiares dos adolescentes. De acordo com o Gráfico 17, 67% das famílias fazem uso de algum tipo de substância psicoativa, seja ela lícita ou ilícita. Nesse caso, constata-se que, das 256 fichas analisadas, há a presença do consumo de drogas em 171 famílias. O Quadro 4 demonstra quais são as drogas mais utilizadas e qual o vínculo do adolescente com os familiares que fazem esse consumo.

Quadro 4: Consumo de drogas nas famílias dos adolescentes

USO DE DROGAS POR FAMILIARES DOS ADOLESCENTES							
	PAI	MÃE	IRMÃOS	PADRASTO	OUTROS	TOTAL	(%)
ÁLCOOL	81	19	10	14	34	148	56%
CRACK	13	9	14	2	15	53	19%
MACONHA	8	1	15	8	9	41	15%
COCAÍNA	5	1	6	1	3	16	6%
TABACO	2	6	2	0	2	12	4%

Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

Nos anos pesquisados, o uso de álcool por membros da família aparece em primeiro lugar (56%) e pode ou não estar vinculado ao uso combinado de outras drogas. Em seguida vem o crack (19%), a maconha (15%), a cocaína (6%) e por fim o cigarro (4%). Por outro lado, ao vincularmos os dados contidos no Gráfico 11, que faz referência a distribuição quanto às drogas utilizadas no início da dependência dos adolescentes internados no HUOP, pode-se dizer que o uso de álcool foi predominante em 22% dos casos e o crack em 8%.

Dessa maneira, é oportuno reiterar que o álcool foi a substância mais utilizada pelos familiares dos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP. Em conformidade a essa questão, é importante ressaltar que a bebida alcoólica tem sido a principal substância psicoativa utilizada no mundo. O álcool é uma droga psicotrópica e atua no sistema nervoso central (SNC), provocando mudanças no comportamento do usuário. Nesse caso, pode levar ao desenvolvimento de dependência química. O álcool é considerado uma droga depressora do SNC, pois faz com que o cérebro funcione lentamente, reduzindo a atividade motora, a atenção, a concentração, a capacidade de memorização e a capacidade intelectual (CEZAR, 2013).

Existe uma predominância de pessoas do sexo masculino que utilizam o álcool e outras drogas. Nesse cenário, eles são os irmãos, o pai e em alguns casos, o padrasto. É perceptível, também, o envolvimento das mães desses adolescentes com homens dependentes, primeiro o pai e, posteriormente, o padrasto. Nesse caso, não basta tratar o adolescente se a família não for envolvida no tratamento para dependência química. Mesmo nos casos em que não há uso de drogas, é

preciso que a família seja trabalhada a fim de entender a questão da dependência química e ter condições de auxiliar seus membros dependentes químicos. Sobretudo, convém ressaltar o que preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) no que tange às suas atribuições sobre a inclusão dos pais e os responsáveis em programas que os auxiliem no tratamento e orientação sobre o álcool e a dependência química. Assim, em seu artigo 129, propõe:

São medidas aplicáveis aos pais ou responsável: entre elas está a II - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; III - encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico; IV - encaminhamento a cursos ou programas de orientação; (BRASIL,1990, p.46).

Ao analisarmos o contexto familiar em que esses jovens estão inseridos, além do tratamento ofertado aos adolescentes, a família também deve ser tratada. Segundo Barroso (2013), há a ideia de que o ambiente familiar pode influenciar o uso de drogas. Este pode se tornar um ambiente permissivo quando composto por “pais usuários de drogas”, que consideram esse uso como algo normal. Contudo, cabe ressaltar que, apesar da aparente correlação entre de uso de bebidas por pais e pelos filhos, “é fundamental ficar atento para que essas constatações não culpabilizem o grupo familiar pelo comportamento de uma geração cercada por diversas instituições e por diversos estímulos” (ABRAMOVAY; CASTRO, 2005, p.36).

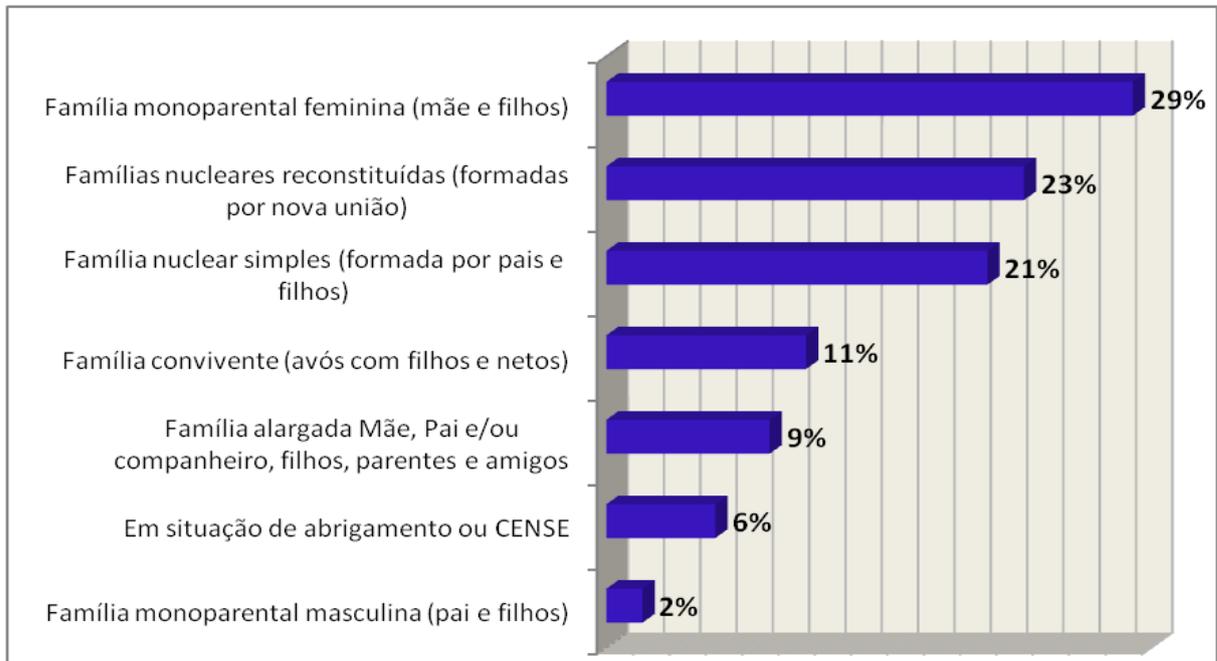
2.3.7 Organização Sócio Familiar

Definir família é algo complexo. Segundo Mioto (1997), a família é um fenômeno cultural determinado historicamente que se modifica diante das mudanças sociais, culturais e econômicas. O IBGE define família enquanto um "conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residentes da mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar" (2010, p. 1).

A concepção de família para fins desta pesquisa se refere a pessoas residindo na mesma casa, não necessariamente ligadas por laços de parentesco

mas, sim, de afetividade, como verificado nas combinações encontradas e demonstradas no Gráfico 18:

Gráfico18: Distribuição dos adolescentes quanto à composição familiar



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

A composição familiar mais citada na pesquisa foi a família monoparental feminina (mãe e filhos), informada por 29% dos adolescentes, ao contrário da família monoparental masculina, que foi citada em apenas 2% das fichas. Seguindo a tendência nacional de crescimento de famílias chefiadas por mulheres, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada- IPEA (2011), ao longo dos últimos anos (1995-2009), a proporção de mulheres chefes de família aumentou mais de 10 pontos percentuais. Houve um aumento se compararmos o ano de 1995, quando a proporção de famílias chefiadas por mulheres era de 22,9%, para 35,2% no ano de 2009. Isso significa que há, no Brasil, 21,7 milhões de famílias chefiadas por mulheres, embora não se saiba quais os critérios adotados pelas famílias para identificarem quem é o/a chefe.

Ainda, na pesquisa do IPEA (2011), verificou-se que ocorreu um crescimento de famílias chefiadas por mulheres com a presença de um cônjuge, mas a prevalência ainda é de famílias onde estejam somente elas e os filhos. No ano de 1995, 68,8% das mulheres estavam em famílias monoparentais e apenas 2,8% em

famílias formadas por casais (com ou sem filhos). Já em 2009, ocorreu um aumento de 26,1% das mulheres chefes que participavam de famílias formadas por casais, e 49,4%, de famílias monoparentais. Essa realidade leva a crer que houve um aumento considerável (mais de nove vezes) no número de mulheres identificadas como chefes nas famílias formadas por casais (IPEA, 2011). Esses dados certamente indicam mudanças no padrão de comportamento das famílias brasileiras.

A segunda composição familiar mais citada, conforme Gráfico 18, são as famílias nucleares reconstituídas (formadas por nova união), com 23%, seguida pela família nuclear simples (formada por pais e filhos), com 21%. A quarta forma de constituição familiar citada foi a família convivente (avós com filhos e netos), possuindo 11%, e, posteriormente, a família alargada, constituída por mãe, pai e/ou companheiro, filhos, parentes e amigos (9%), nas quais diferentes gerações residem no mesmo local, em geral os avós com filhos e netos.

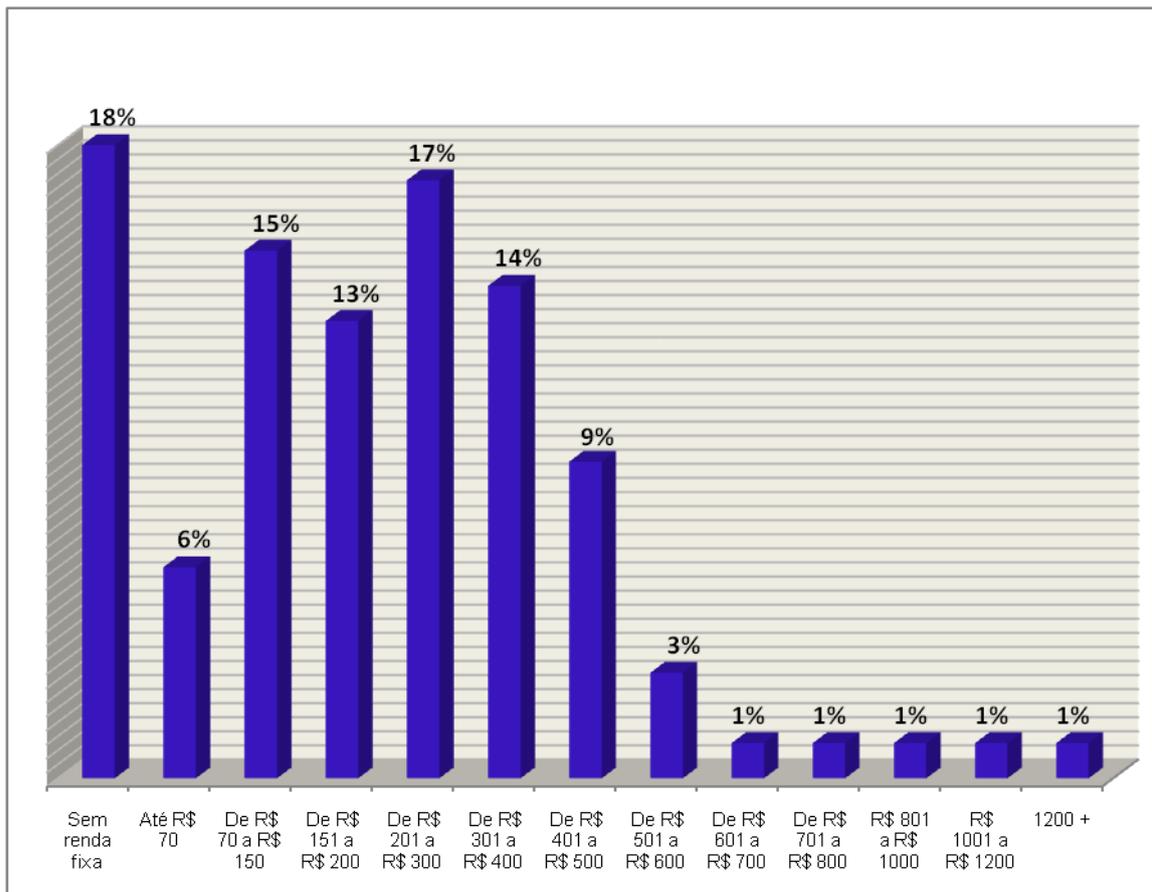
Em 2000, o IBGE, ao realizar levantamento sobre o perfil da população idosa brasileira, constatou que 62,4% dos idosos eram responsáveis pelos domicílios brasileiros, observando-se um aumento em relação a 1991, quando os idosos responsáveis representavam 60,4%. Essa tendência pode ser explicada pelo aumento da expectativa de vida e pela desregulamentação do mercado de trabalho, na qual, muitas vezes, a aposentadoria é a única renda garantida da família.

Ainda, ao analisar as fichas de cadastro do Serviço Social na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel-PR, constatou-se que havia adolescentes que não estavam inseridos em ambiente familiar, mas estavam em situação de abrigo ou encontravam-se no Centro de Socioeducação - CENSE (6%).

2.3.8 Renda *per capita* familiar

Sobre a renda per capita dessas famílias, chama a atenção o fato de 40 famílias não possuírem renda fixa. No contato com as fichas de Cadastro do Serviço Social no HUOP, verificou-se que as famílias que citaram não possuir renda fixa estavam inseridas no mercado de trabalho informal, mediante atividades de coleta de materiais recicláveis, construção civil, trabalhos domiciliares (diarista), entre outros.

Gráfico 19: Distribuição quanto a renda *per capita* familiar



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

O que predomina em relação à renda *per capita* das famílias é que, em 2011, 2012 e 2013, a maior parte destas tinham renda mensal inferior à R\$ 600,00 por pessoa. Entre a renda *per capita* das famílias, observa-se que 18% não possuíam renda fixa, 6% recebiam até R\$ 70 mensais. Outros 15% tinham renda entre R\$ 70 e R\$150.

Em 2011, na época do lançamento do Plano Brasil sem Miséria, eram consideradas pobres as famílias que recebiam de R\$ 70 a R\$ 140 mensais por pessoa e classificadas em extrema pobreza as que recebiam até R\$ 70 mensais. Esses parâmetros referem-se à linha estabelecida pelo Banco Mundial e adotado pelas Nações Unidas. De todo modo, dada a necessidade de atualizar o poder de compra verificada em meados de 2014, houve reajuste de ambas as linhas para R\$ 77 mensais per capita, e para R\$ 154 (COSTA, 2014, p.11).

Contudo, embora o Brasil adote o valor da renda para definir a pobreza, não há como estimar a linha absoluta de pobreza sem pensar em vários outros aspectos,

pois, de forma isolada, é um fator insuficiente para mensurar a pobreza nas suas múltiplas dimensões, tendo em vista que constatar a pobreza apenas pela renda traz consigo uma visão reducionista dessa complexa questão social (SOARES, 2003).

No Brasil, 11 milhões de pessoas passam fome. Em contrapartida, no ano de 2010, o país produziu mais de 150 milhões de toneladas de grãos. Outro dado indicativo da concentração de renda no Brasil foi divulgado, em 2008, de que para cada dólar destinado aos 10% mais pobres, 51,3 dólares foram destinados aos 10% mais ricos (FATORELLI, 2012).

O Brasil é a 6^o economia mundial. O índice de Gini, que mede a concentração de renda dos países, varia de 0 a 1, sendo quanto mais próximo de zero maior a igualdade entre a população e quanto mais próximo de 1, maior a desigualdade. O Brasil tem o 3^o pior índice de Gini do mundo, equivalente a 0,538 (FATORELLI, 2012).

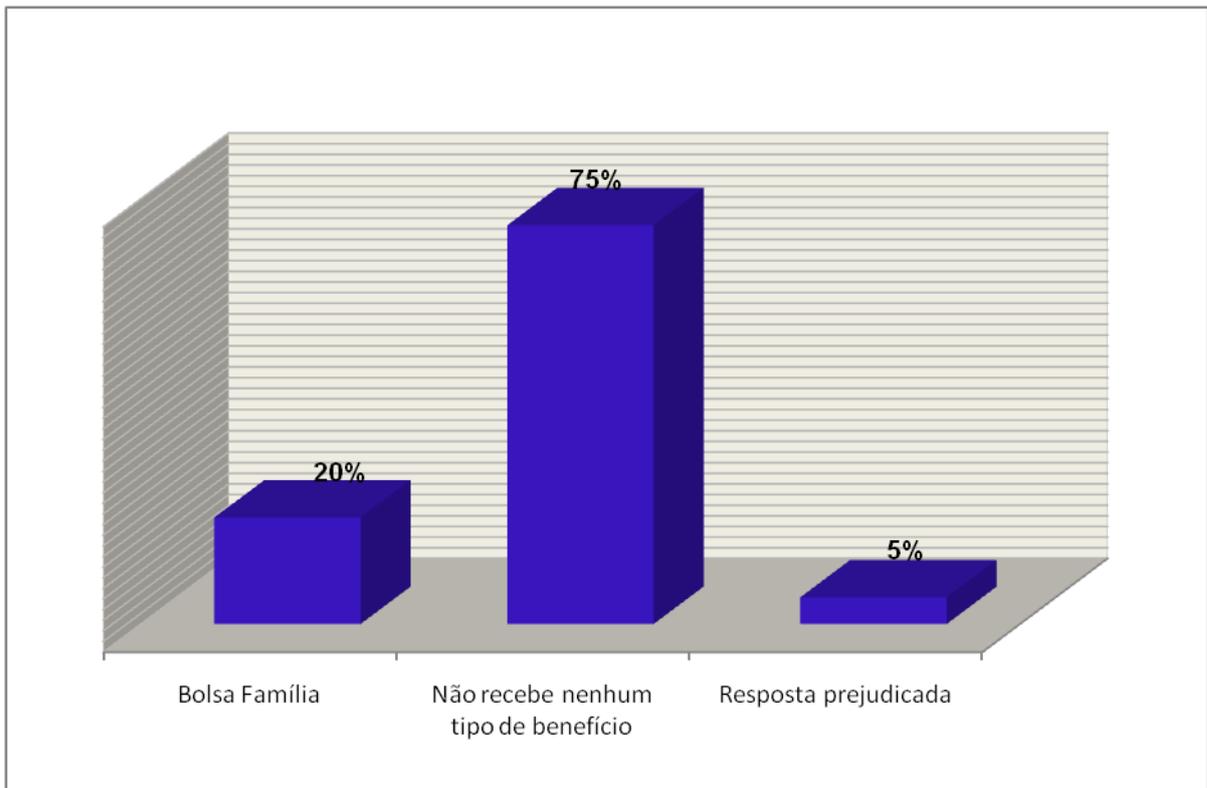
Para interferir nessa realidade, são criados programas de transferência direta de renda, entre eles o Bolsa Família³². No Brasil, a partir da década de 1980, os programas de transferência de renda começavam a ganhar visibilidade, por meio de propostas de combate à fome e à pobreza, reflexo do desemprego no Brasil e no mundo. Contudo, é apenas na década de 1990, com a aprovação do Programa de Renda Mínima (PGRM-Projeto de Lei N^o80/1991), que se reforça o debate em torno dos programas de transferência de renda. Foram nos anos 2000 que esses programas ganharam maior visibilidade, com a implantação do programa Bolsa Escola a nível federal, o qual foi incorporado em 2003 ao programa Bolsa Família.

O Bolsa Família é um programa de transferência de renda focalizado nos mais pobres e que estabelece critérios para sua concessão, portanto, não atinge toda a população brasileira. Segundo Fahel et al (2012), os PTCRs - Programas de Transferência Condicionada de Renda - consistem na transferência direta de renda a famílias que se encontram abaixo da linha de pobreza. Contudo, exige-se destas, em contrapartida, o cumprimento de inúmeras condicionalidades, entre elas, a manutenção das crianças na escola. O objetivo seria, em curto prazo, aliviar a

³² O programa pretende combater a fome, a pobreza e a miséria, promovendo o acesso à rede de serviços públicos como saúde, segurança alimentar, assistência alimentar e também educacional. Este último é considerado como primordial, pois se vincula à educação a questão da superação da pobreza. Vale lembrar que os beneficiários desse programa são famílias com renda mensal de até R\$154,00 por pessoa. Essas famílias podem participar do programa desde que tenham em sua composição gestantes, crianças ou adolescentes entre 0 e 17 anos, desde que cumpram alguns requisitos estabelecidos pelo programa, entre eles a questão da escolarização de crianças e adolescentes. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia>.

pobreza e, em longo prazo, devido ao cumprimento das condicionalidades, a quebra do ciclo vicioso da pobreza³³. No caso das famílias dos adolescentes internados no HUOP, apenas 20% das famílias recebem o benefício do Bolsa Família, como demonstra o Gráfico abaixo:

Gráfico 20: Referente aos Benefícios Sociais



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

Observa-se que, embora 20% das famílias recebam a Bolsa Família, há um número considerável de famílias (75%) que alegam não receber nenhum tipo de benefício social. Isso acontece pois estas são políticas focalizada e, portanto, apenas alguns são contemplados. Segundo Fatorelli (2012, p.20), “[...] o Brasil é considerado, o 3º país mais injusto do mundo e mesmo com ‘programas sociais’, como ‘bolsa família’ estamos muito distantes de um patamar mínimo de justiça social”.

Para Duarte e Oliveira (2005), o Estado desenvolve Políticas Sociais focalizadas, atuando apenas e por meio de medidas compensatórias nas consequências sociais mais extremas do capitalismo contemporâneo. Da mesma

³³ Consultar Luciana Vargas Netto Oliveira (2014).

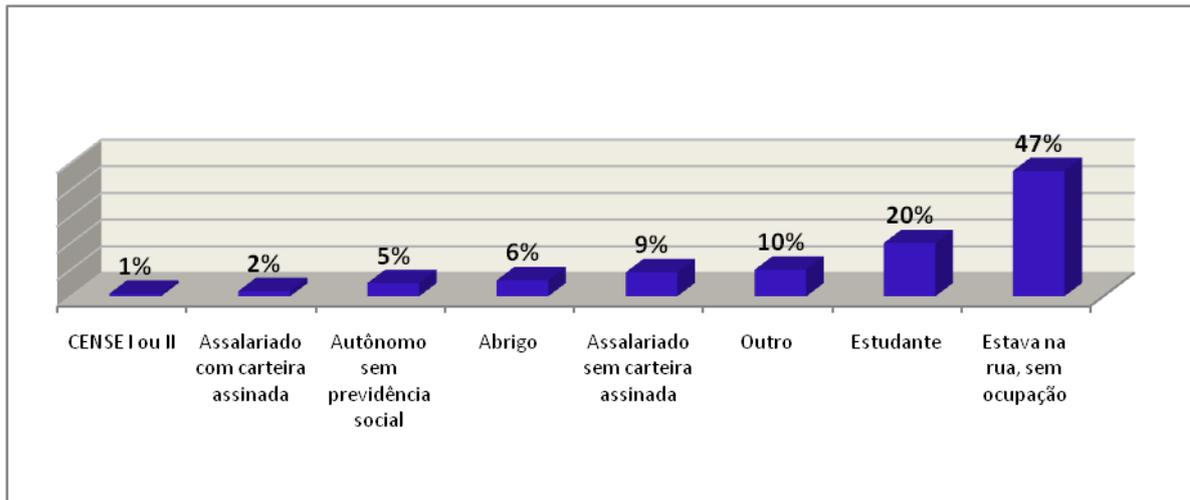
forma, vale lembrar que mesmo que essa renda seja mínima e não atinja a todos, representa a divisão da riqueza produzida socialmente. Conforme afirma Deitos (2010),

As políticas sociais e educacionais não são benevolência social, mas a articulação e o jogo contraditório que exprime a luta de classe e as mediações econômico-sociais existentes numa determinada sociedade e contexto social. A riqueza socialmente produzida é a questão determinante desse processo como condição social elementar e, portanto, a sua produção e repartição é que estão em questão numa sociedade de classes (DEITOS, 2010, p. 2010).

Em suma, considera-se, a partir do exposto, que a questão da renda resulta na capacidade das famílias em prover o mínimo necessário para sua sobrevivência. A falta de recursos financeiros para satisfazer as suas necessidades básicas incide na limitação do desenvolvimento de potenciais, no acesso a recursos da comunidade e pode se caracterizar como fator de risco para o uso de drogas. Não está se afirmando aqui que a questão da dependência química seja restrita às classes menos favorecidas. A dependência química ocorre em todas as classes sociais, pois está ligada a diversos fatores, mas a falta de recursos e, conseqüentemente, a vulnerabilidade social a que estão submetidas essas famílias são fatores que podem contribuir para o uso de drogas.

2.3 9 Situação ocupacional

Gráfico 21: Distribuição quanto à ocupação e a situação no mercado de trabalho



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

Em relação à situação em que se encontravam os adolescentes diante do mercado de trabalho e suas atividades cotidianas, observa-se que 20% estavam estudando. Contudo, nota-se um grande contingente de sujeitos que estavam em situação de rua, sem nenhuma ocupação: quase a metade dos adolescentes (47%) declaram estar nesta situação, não necessariamente moravam nas ruas, mas era nesse ambiente que passavam a maior parte do tempo.

Segundo dados extraídos do Anuário do Sistema Público de Emprego, Trabalho e Renda, Juventude realizada pelo Dieese e publicada em 2015, no Brasil, em 2014, 25,1% dos jovens entre 14 e 17 anos encontravam-se sem ocupação. Esse número aumentou desde 2009, quando essa taxa era de 22,6%. A pesquisa também constatou que a taxa de desemprego entre esses jovens foi de 40,3% em 2013 (DIEESE, 2015).

Sobre os adolescentes que se encontravam sem ocupação, em situação de rua (47%), quase a metade foi atendida na Ala de Desintoxicação do HUOP. De acordo com uma pesquisa realizada pelo Instituto Fiocruz (2013), é expressiva a proporção de usuários de crack e outras drogas que se encontram em situação de rua: aproximadamente 40% dos usuários no Brasil. No entanto, isso não quer dizer que esse contingente expressivo, necessariamente, morava nas ruas, mas que nelas passava parte expressiva do seu tempo. O consumo de substâncias psicoativas, ilícitas ou lícitas, parece acompanhar esse cenário:

Existe uma grande diversidade de situações de rua, a maioria das quais traz consigo muitos aspectos que aumentaram a probabilidade de uso de drogas psicotrópicas. Além dos fatores individuais e familiares, o contexto social da rua tende a favorecer o consumo. (CEBRID, 2003, p. 27).

Nesse caso, tanto a drogadição quanto a situação de rua dos jovens é considerada como produto da interação de inúmeros aspectos, sendo eles familiares, econômicos, sociais e individuais. Entre estes, destacam-se a pobreza, a pouca escolaridade, a falta de capacidade dos órgãos governamentais para lidar com a questão e, no que diz respeito às famílias, a fragilidade dos vínculos e a tensão no ambiente familiar, além de outros fatores. No levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua realizada pelo CEBRID (2003), constatou-se que, embora o tema central do levantamento fosse o consumo de drogas, a maior “ilegalidade” constatada parece ser o contexto social que favorece a situação de rua nas capitais brasileiras.

Quando os jovens passam a viver em situação de rua, a violência acentua-se com a ausência dos sistemas de proteção (adultos responsáveis e local de moradia), acontecendo em diferentes intensidades, inclusive com casos de exploração ou abuso (traficantes, “cafetões” ou até mesmo policiais, comerciantes, entre outros). Alguns episódios extremos ganham visibilidade como a chacina da candelária no Rio de Janeiro, em 1997. Outros nem tanto, como, por exemplo, constatado uma perua do governo que os abandonava no “lixão” da cidade (local de difícil acesso) (CEBRID, 2003, p. 38).

Em paralelo à situação de rua, sente-se, também, a violência nesse cenário. Nesse caso, os jovens (população de 15 a 29 anos) são vistos como os principais personagens, pois, além de aparecerem como os autores, são, sobretudo, as maiores vítimas. O Brasil é um dos países mais violentos do mundo. As principais causas de mortalidade juvenil estão relacionadas à violência, entre as quais estão homicídios sem causa determinada, suicídios e acidentes de transporte. De acordo com o Mapa da Violência no Brasil, em 2011 foram registrados 18.436 assassinatos de jovens, ou seja, 51 a cada dia do ano. Isto é, mais de oito Chacinas da Candelária diárias (WAISELFISZ, 2014).

Por outro lado, é importante salientar o gasto social que abrange a questão da violência no Brasil, a qual constitui um grave problema social e econômico. Os

cálculos indicaram a existência de uma significativa perda de bem-estar equivalente a um custo anual de R\$ 79 bilhões, o que representaria 1,5% do PIB brasileiro. Estimam-se, ainda, os valores para cada unidade federativa e verifica-se que o custo da violência contra jovens pode corresponder até 6% do PIB estadual, como no Estado de Alagoas (MOURA; CERQUEIRA, 2013, p.2). Ou seja, se gastou quase a metade do que se investiu em Educação no país em 2014, conforme demonstrado no Gráfico 1.

De acordo com o Mapa da Violência de 2014, embora o Brasil seja um país sem guerras civis, enfrentamentos religiosos, raciais ou étnicos, conflitos de fronteira ou atos terroristas, de 2008 a 2011 foram contabilizados um total de 206.005 vítimas de homicídios. Esse número é bem superior quando comparado aos números dos 12 maiores conflitos armados acontecidos no mundo entre 2004 e 2007 (WASELFISZ, 2014).

Entre a população jovem, a incidência de homicídios é bem mais elevada do que no restante da população: em média, por cada não jovem vítima de homicídio, morrem, proporcionalmente, 3.1 jovens (WASELFISZ, 2014).

De acordo com o Mapa da Violência (2014), constatou-se que, no estado do Paraná, em 2014, eram registrados 31,7 homicídios para cada 100 mil habitantes, dado preocupante que deixa o estado paranaense à frente da taxa nacional (27,1%) e de Estados como Rio de Janeiro (28,3%) e São Paulo (13,5%). De igual forma, anteriormente, em 2011, o estado do Paraná encontrava-se na 13ª colocação no que diz respeito ao índice de homicídios praticados contra a população jovem, à frente de Unidades Federativas de grande peso demográfico, como é o caso do Rio de Janeiro, que ocupava a 15ª posição, e de São Paulo, com a 26ª colocação. De acordo com o Mapa da Violência (2015), só para se ter uma ideia, no ano de 2013, os homicídios de jovens representaram 13,9% da mortalidade de 0 a 19 anos de idade; a segunda causa foram as neoplasias e tumores (7,8%).

A cada ano, uma maior proporção de jovens, cada vez mais jovens, é assassinada. São tipicamente pardos, com 4 a 7 anos de estudo, mortos nas vias públicas, por armas de fogo, nos períodos onde há mais interação social. (MOURA e CERQUEIRA, 2013, p.19).

O Diretor Executivo da Anistia Internacional no Brasil, Atila Roque, quando se refere aos homicídios de jovens e adolescentes, afirma que:

O Brasil convive, tragicamente, com uma espécie de “epidemia de indiferença”, quase cumplicidade de grande parcela da sociedade, com uma situação que deveria estar sendo tratada como uma verdadeira calamidade social [...] (WAISELFISZ, 2014, p. 147).

Isso ocorre devido a certa “naturalização” da violência por parte da sociedade na qual estamos inseridos. É como pensar que o destino desses jovens já estava traçado. Waiselfisz (2014) explicita como esse esquema de “naturalização” da aceitação da violência é operado. Esse movimento ocorre de inúmeras maneiras, mas, principalmente, pela culpabilização da vítima, justificando a violência dirigida, principalmente a setores vulneráveis que demandam proteção específica, como por exemplo as mulheres, crianças e adolescentes, idosos e negros. Por esse prisma, por exemplo, a estuproada foi quem provocou o estupro; já o adolescente torna-se marginal, delinquente ou drogado. Assim, a realidade à qual estamos expostos coloca em evidência mais um de nossos esquecimentos. Nesse sentido, os

Jovens só aparecem na consciência e na cena pública quando a crônica jornalística os tira do esquecimento para nos mostrar um delinquente, ou infrator, ou criminoso; seu envolvimento com o tráfico de drogas e armas, as brigas das torcidas organizadas ou nos bailes da periferia. Do esquecimento e da omissão passa-se, de forma fácil, à condenação, e daí medeia só um pequeno passo *para a repressão e punição* (WAISELFISZ, 2015, p.72).

Para Fatorelli (2012), o Estado tem se convertido em um agente de opressão que, por inúmeras vezes, prefere a criminalização à cidadania. Vale lembrar que, conforme o Gráfico 1 deste trabalho, em 2014 foi destinado apenas 0,04% do Orçamento Geral da União ao desporto e lazer, considerando que o Brasil é um país composto por 51,3 milhões de jovens de 15 a 29 anos (IBGE, 2010). Desse modo, verifica-se que a violência é uma problemática da sociedade e das relações sociais que nela se estabelecem e não deve ser naturalizada, tampouco serve para culpabilizar aqueles que, muitas vezes, são os mais atingidos - os jovens. De acordo com Bidarra e Woicolesco (2011),

Os fatores essenciais para a compreensão as marginalidade estão nos processos econômicos. Ocorre, entretanto, que, no nível ideológico se produz uma explicação do fenômeno da marginalidade de modo a encobrir as verdadeiras relações de força que produzem,

isto é, relações entre classes (BIDARRA; WOICOLESCO, 2011, p. 51).

De acordo com Cara e Gauto (2007), é preocupante o Protagonismo Juvenil no tocante aos indicadores de criminalidade e violência: esses jovens são, majoritariamente, as principais vítimas, porém os mais comuns autores dos alarmantes índices de violência verificados no país. Assim, tendo em vista a realidade a que esses sujeitos estão expostos,

[...] seja por necessidade financeira, por não sujeição à miséria, por revolta contra os pais, por necessidade de pertencer a um grupo, por cobiça, brincadeira, demonstração de valentia e/ou fuga da realidade, a criança e o adolescente podem se iniciar na trajetória do roubo, de uso e/ou tráfico de drogas, da exploração sexual e do crime (BIDARRA; WOICOLESCO, 2011, p. 51-52).

No caso de usuários de drogas, o envolvimento com a prática de atos infracionais³⁴, entre eles o tráfico de drogas, roubo, furto, desacato, homicídios e/ou sua tentativa torna-se comum.

2.2.3.1 Tráfico de drogas, atos infracionais e violência

A indústria das drogas lícitas e ilícitas atinge o comércio mundial, tornando-se de extrema importância para a economia. Conforme Feffermann (2006), o tráfico aparece como uma das formas mais lucrativas da economia informal. A indústria de drogas ilegais movimenta mundialmente cerca de 400 bilhões de dólares, o que corresponde a 8% do comércio internacional. Em 2000, o tráfico de drogas movimentou, no mundo, um trilhão e meio de dólares. O que se verifica, então, é que as relações entre o tráfico e a sociedade capitalista, embora sejam estabelecidas pela confrontação, se dão, também, por meio de uma cooperação para que essas atividades lucrativas ocorram. Embora este seja caracterizado como um setor econômico ilegal, tem, ao mesmo tempo, a intencionalidade de acumular capital e, portanto, reinveste parte de seus lucros para conquistar mercados.

³⁴ O Estatuto da Criança e dos Adolescentes, Lei nº 8.069. Define em seu Artigo 103. Considera-se ato infracional a conduta descrita como crime ou contravenção penal (Brasil, 1990, p. 40).

Existem, é triste dizer, muitas outras formas de acumular o poder social que o dinheiro possibilita: fraude, corrupção, banditismo, roubo e tráfico ilegal. Há um argumento sério de que as formas extralegais são fundamentais, não apenas periféricas, ao Capitalismo (os três maiores setores de comércio externo global são as drogas, as armas ilegais e o tráfico de seres humanos) (HARVEY, 2011, p. 44).

O tráfico de drogas é um mecanismo de aumento da rentabilidade do capital em um sistema financeiro em grande crise, pois gira, por lavagem de dinheiro, um montante de US\$ 400 bilhões, mais da metade de todo o mercado farmacêutico oficial. Esse dinheiro garante, em momentos de crise, a liquidez necessária ao mercado financeiro, como aconteceu em 2008 (CARNEIRO, 2011).

De acordo com Feffermann (2006), o consumo e a procura de drogas asseguram um altíssimo rendimento e acúmulo de capitais, transformando o tráfico de drogas no segundo grande negócio mundial, atrás apenas da indústria de armas. É, assim, um mercado lucrativo e necessário para a manutenção do sistema econômico vigente. Carneiro (2011) relata que o mercado do tráfico permite aferir lucros muito superiores ao mercado habitual, pois tem um custo de produção muito abaixo do preço do produto, por causa da política proibicionista. É essa política, portanto, que garante uma rentabilidade extraordinária aos grupos desse mercado. Não são grupos clandestinos, mas os próprios Estados.

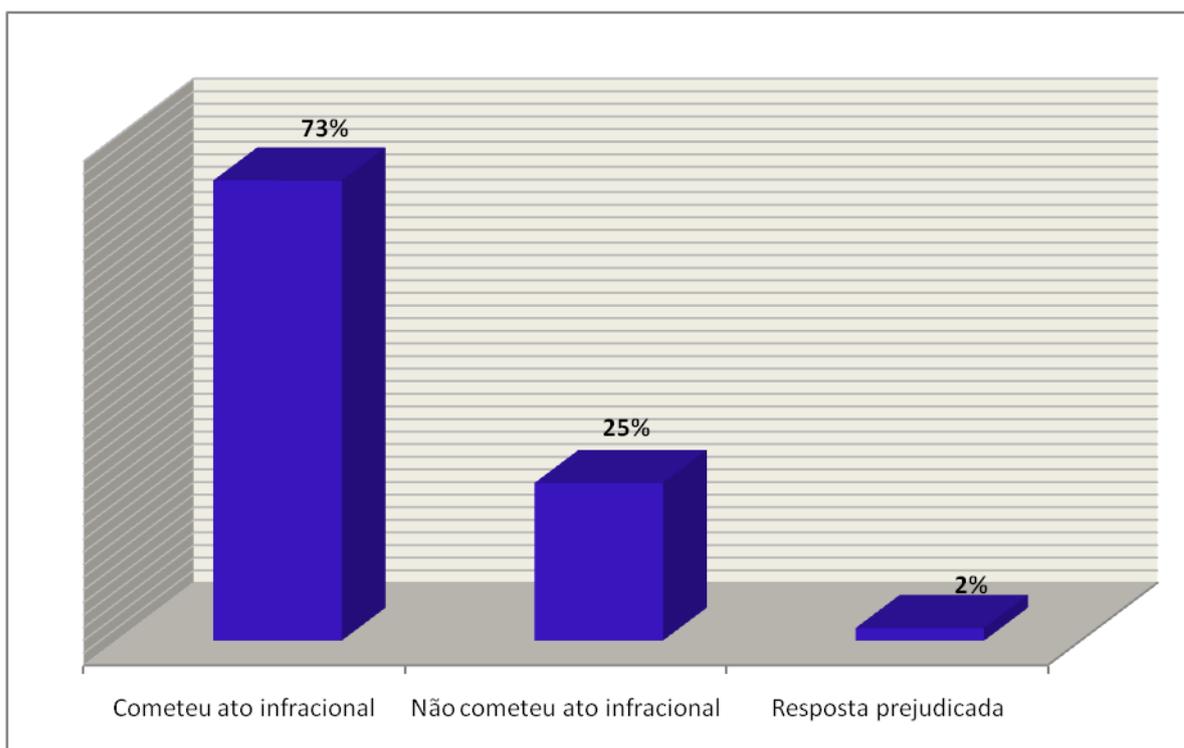
Esse mercado tem uma relação intrínseca entre os atos legais e o dinheiro oriundo de atividades ilegais, visto que “[...] a história está a nos mostrar cotidianamente que o Capitalismo ‘honrado’ e ‘civilizado’ e o mafioso nunca andaram muito longe, e um apreendeu com o outro, e frequentemente se retroalimentam” (FEFFERMAN 2006, p.35). Assim, embora as atividades de tráfico e o comércio de drogas se caracterizem como práticas ilegais, essas atividades estão correlacionadas às atividades legais da nossa sociedade, tendo em vista seu caráter lucrativo. A economia tem sido cada vez mais afetada pela presença do ilícito, por intermédio do aumento do consumo de drogas como uma consequência do modo de vida capitalista. Verifica-se que o Estado, na dinâmica da reprodução da ilegalidade, atua no sentido de potencializar a acumulação capitalista urbana, agravando as desigualdades sociais. “Desigualdades estas que estão vinculadas há problemas que derivam do uso de drogas que vão desde a criminalidade associada ao tráfico de substâncias ilícitas” (PUTZKE et al., 2010, p. 43).

Todas essas contradições refletem o modo de produção capitalista e estão

associadas às mais variadas expressões da “questão social”. O uso de drogas na adolescência, assim como o tráfico destas, produzem danos incalculáveis tanto para os usuários quanto para a sociedade. O tráfico tornou-se um elemento fundamental para expansão da lógica de reprodução do capital e, como consequência deste mercado, alguns fenômenos tornam-se evidentes, como a criminalidade, acompanhada pela violência (PUTZKE, 2010, p.43).

É nesse sentido que a violência e o tráfico de drogas, assim como outros atos infracionais, fazem parte do cotidiano dos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP. O Gráfico 22 demonstra que muitos deles já cometeram algum ato infracional ou sofreram algum tipo de violência.

Gráfico 22: Distribuição quanto aos atos infracionais entre os adolescentes



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

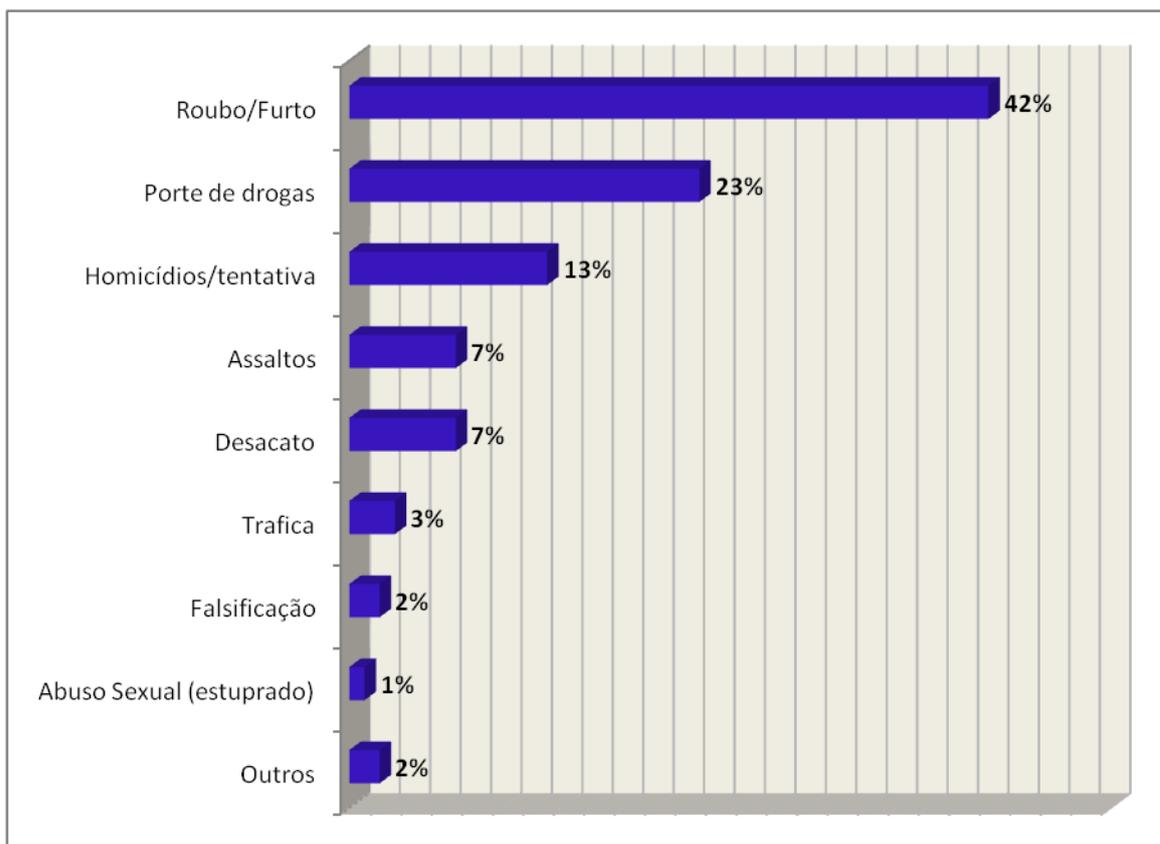
Embora o histórico de atos infracionais dos pacientes não seja objeto central da pesquisa, é relevante salientar a associação entre a utilização de drogas e a criminalidade. Constatou-se, em meio aos adolescentes, que 73% já cometeu algum ato infracional que varia entre roubo, furto, homicídios/tentativa, estupro, tráfico, desacato e outros.

Em pesquisa elaborada pelo ILANUD - Instituto Latino Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente, é possível verificar que o percentual de adolescentes responsáveis por crimes graves no país é baixo. Por exemplo, no Estado de São Paulo os adolescentes são responsáveis por apenas 1% dos homicídios e por menos de 4% do total de crimes. O trabalho demonstrou que os crimes graves atribuídos aos adolescentes no Brasil não ultrapassam 10% do total de infrações e que a grande maioria dos atos infracionais é contra o patrimônio e não contra a vida (CARAVANA, 2007). No caso dos dependentes químicos,

Verificou-se que quase metade dos usuários de crack/similares já havia sido presa pelo menos uma vez na vida. Entre os usuários de crack/similares do Brasil, 41,6% relataram ter sido detidos no último ano. Entre os motivos de detenção, destacam-se o uso ou posse de drogas 13,9%, assalto/roubo 9,2%, furto/fraude/invasão de domicílio 8,5%, e tráfico ou produção de drogas 5,5%, (FIOCRUZ, 2013. p.27).

Conforme demonstram os Gráficos 22 e 23, esse dado corrobora com a prática de ato infracional pelos sujeitos de ambos os sexos dessa pesquisa. Contudo, vale lembrar que os dados são proporcionais à quantia de atos infracionais, os quais variam de sujeito para sujeito. Nesse caso, serão contabilizados todos os crimes cometidos pelos adolescentes, seja um ou mais crimes.

Gráfico 23: Distribuição quanto à prática de atos infracionais e violência sofrida pelos adolescentes do sexo masculino



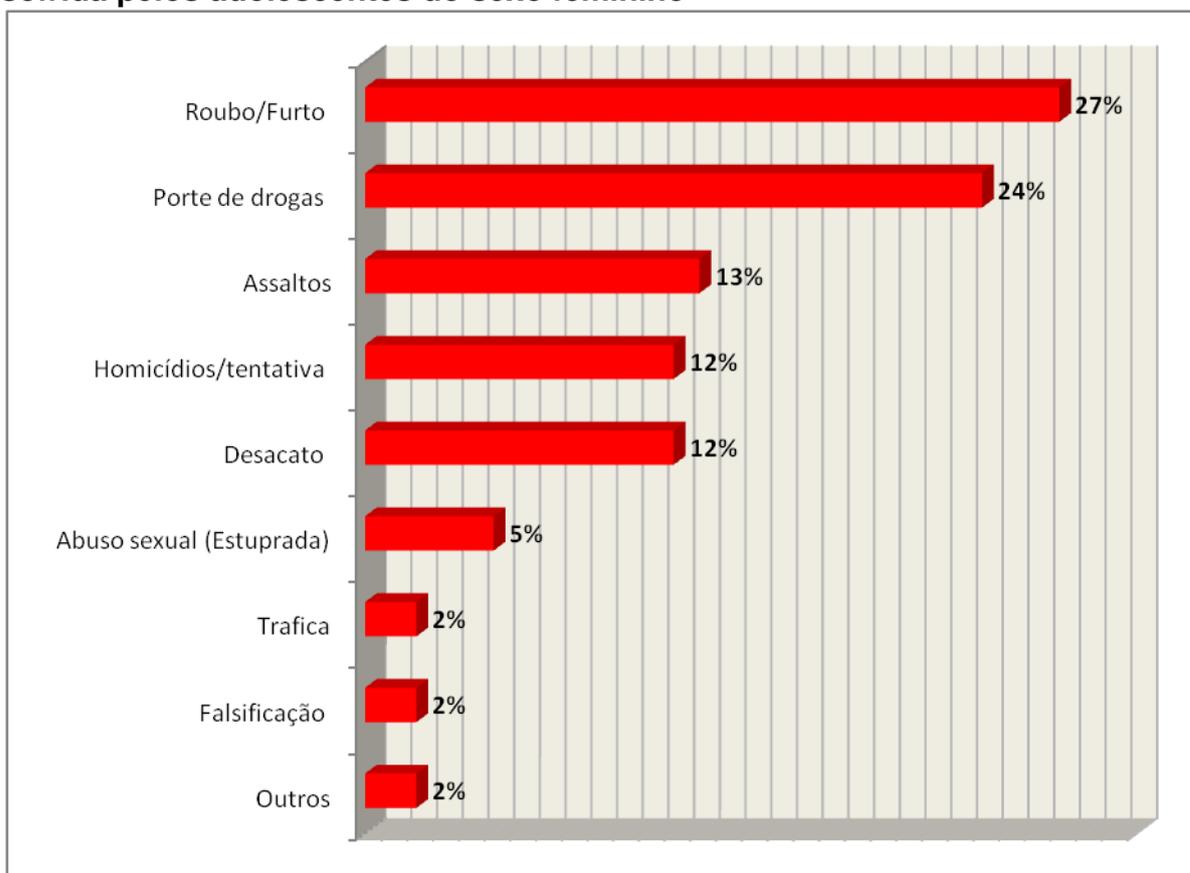
Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

Entre os adolescentes do sexo masculino, predominou a prática de roubo e furto, ambos foram apontados como os principais atos infracionais aos quais se submeteram (42%). Esse dado chama a atenção, pois quase a metade dos adolescentes que cometeram algum ato infracional mencionou o furto e roubo como atividades predominantes. Posteriormente, vem o porte de drogas (23%), seguido pelos homicídios e/ou tentativa (13%), assaltos (7%), desacato (7%), falsificação (2%), os que sofreram abuso sexual (estupro) (1%) e, por fim, o tráfico de drogas (3%), que demonstrou ser uma atividade quase nula praticada pelos adolescentes do sexo masculino.

Os principais motivos de detenção no Brasil entre os usuários de crack e similares no ano de 2013 foram: o uso ou posse de droga (13,9%), assalto, roubo (9,2%), furto, fraude, invasão de domicílio (8,5%) e, por fim, o tráfico ou produção de drogas (5,5%) (FIOCRUZ, 2013).

O porte de drogas ficou evidente em ambos os casos. Porém, o tráfico de drogas nos dois casos apresentados, tanto em relação aos adolescentes pesquisados, como também na realidade brasileira, mostra-se como uma atividade pouco corriqueira entre os usuários. Contudo, não se pode afirmar essa configuração em relação aos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP (2011 a 2013). Ao retomarmos o Gráfico 16, referente à distribuição quanto aos métodos utilizados para obter as drogas, 13% dos adolescentes de ambos os sexos afirmaram que o tráfico de drogas é um meio utilizado para manterem-se consumindo essas substâncias. Da mesma forma, embora sejam proporcionalmente diferentes, esses dados convergem também com a realidade das adolescentes do sexo feminino, como demonstra o Gráfico 24:

Gráfico 24: Distribuição quanto à prática de atos infracionais e violência sofrida pelos adolescentes do sexo feminino



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

Da mesma forma que os meninos, o roubo e o furto foram apontados como os principais atos infracionais cometidos por ambos os sexos (27%), porém, em uma proporção menor que aquela apontada anteriormente pelos adolescentes do sexo

masculino, seguido pelo porte de drogas (24%), assaltos (13%), homicídios e/ou tentativa (12%), desacato (12%), falsificação (2%) e, por fim, tráfico de drogas (2%), que demonstrou ser proporcionalmente pequeno quando referente às adolescentes do sexo feminino.

Entretanto, o que mais chamou a atenção na realidade das meninas foram os casos de abuso sexual na forma de estupro, pois 5% delas relataram terem sofrido esta forma de abuso, o que difere da realidade dos meninos. Entre os pacientes do sexo masculino, o estupro foi a forma de violência menos relatada (1%), mas não significa que não seja grave e que não necessita de atenção.

Os casos de abuso sexual são mais frequentes entre as mulheres: “Os relatos de estupro e violência doméstica são muito mais comuns nas mulheres dependentes químicas que na população de mulheres em geral” (KANTOR, 1989 *apud* ZILBERMAN et al., 1999, p.131). No caso das usuárias de drogas, estas se mostram mais sujeitas à violência sexual. As mulheres representam 44,5% dos casos, já os homens, 7%. Pelas mesmas razões expostas acima, as mulheres estão mais sujeitas a atos violentos associados à sexualidade do que os homens, que são antes os perpetradores do que as vítimas. Diversos trabalhos internacionais apontam uma história de abuso sexual na infância e adolescência como um dos principais motivos de padrões de abuso e dependência de diferentes drogas na idade adulta (FIOCRUZ, 2013).

2.2.3.2 Escolaridade

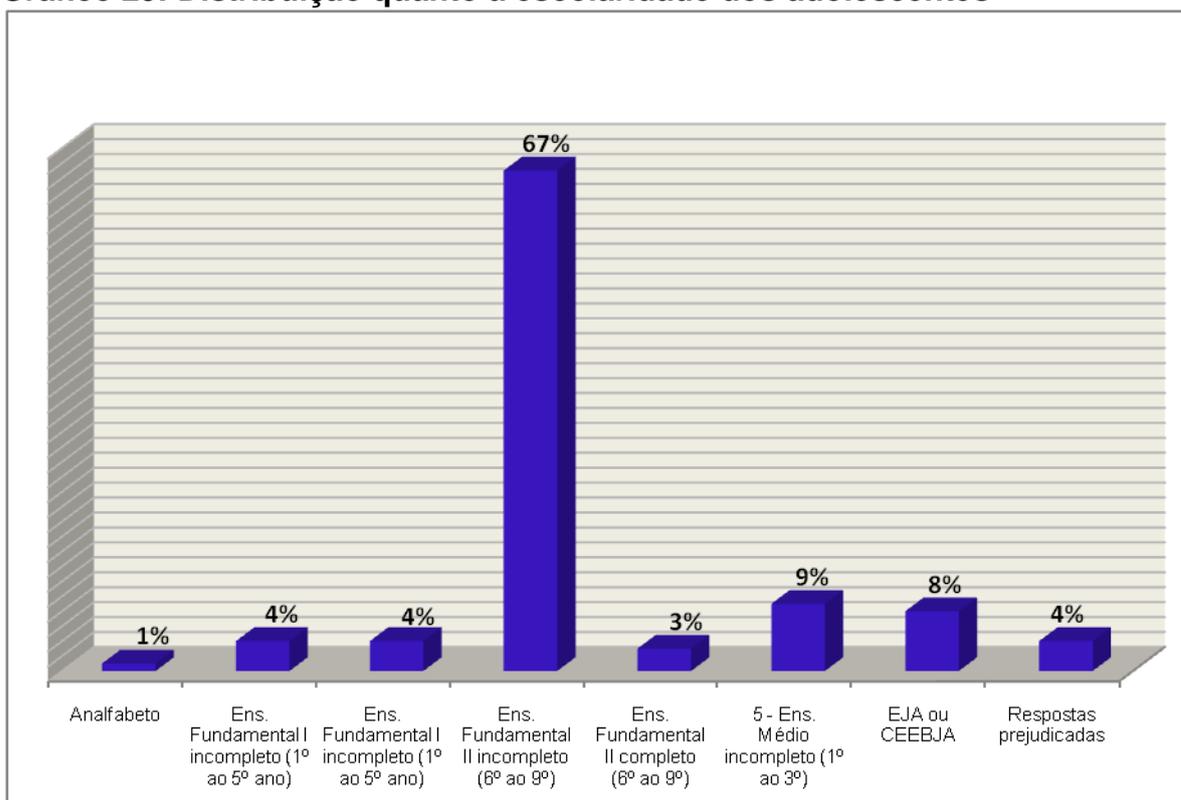
No Brasil, a Educação Básica³⁵ é norteada por inúmeros dispositivos legais, dentre os quais estão a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Nº 9394/1996). Esta última apresenta “educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos de idade” (BRASIL, 1996).

A Lei Nº 11.114, de 16 de maio de 2005, torna obrigatória a matrícula das crianças aos 6 anos de idade e a Lei Nº 11.274, de 6 de fevereiro de 2006, amplia o Ensino Fundamental para nove anos, mantendo a matrícula das crianças aos 6 anos de idade. Considera-se, para este trabalho, a legislação atual, pois o público

³⁵ A LDB/1996 compreende a Educação Básica como Educação Infantil, o Ensino Fundamental e Ensino Médio (Art. 4º)

pesquisado havia ingressado no sistema escolar neste período de transição da legislação. Em referência à escolaridade entre os sujeitos pesquisados, constatou-se, nos três períodos analisados (2011, 2012 e 2013), uma prevalência dos alunos que estavam cursando ou estavam evadidos do Ensino Fundamental (6º, 7º, 8º, 9º anos), como é possível verificar no Gráfico 25:

Gráfico 25: Distribuição quanto a escolaridade dos adolescentes



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

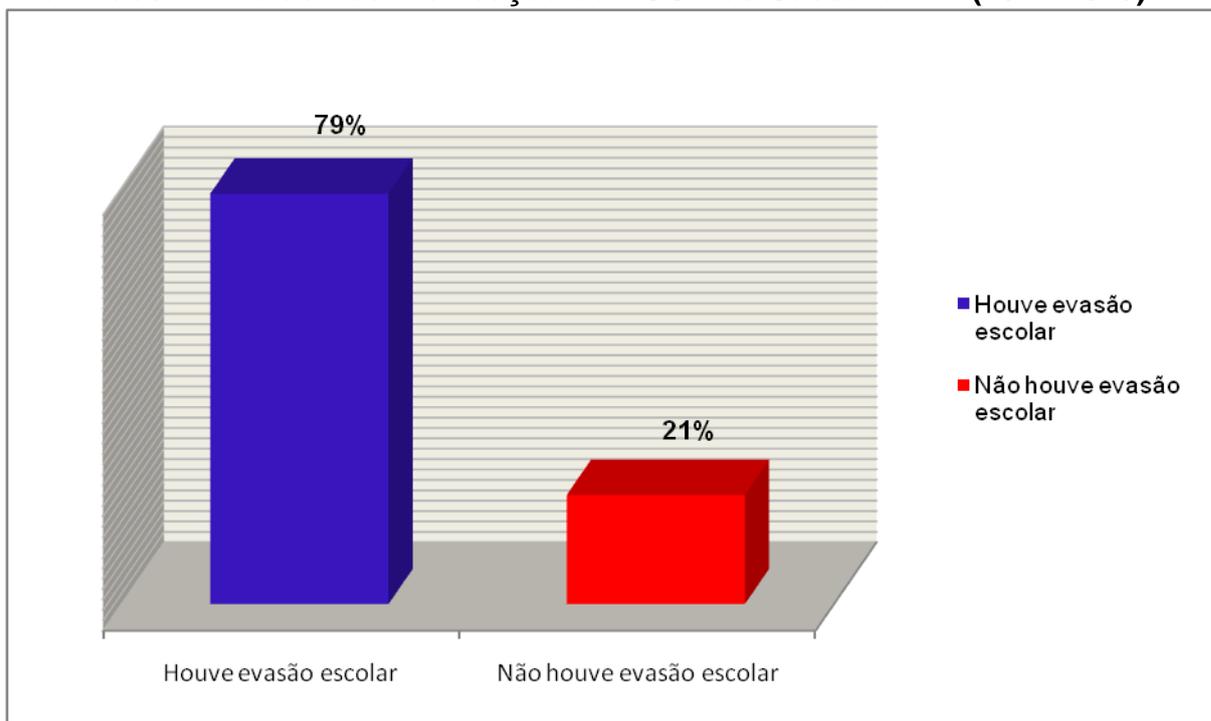
Entre os adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel-PR, chama a atenção o fato de 67% estarem no Ensino Fundamental II (6º ao 9º) e apenas 3% terem concluído este nível. Outro dado relevante diz respeito aos 9% de adolescentes que frequentavam o Ensino Médio. Posteriormente, está a Educação de Jovens adultos - EJA/CEEBJA (8%), seguida pelo Ensino Fundamental I completo e incompleto (1º ao 5º ano), ambos com 4%. Ademais, no período estudado, dois adolescentes (1%) eram analfabetos.

Ao considerarmos que a grande maioria dos adolescentes internados tinha idade entre 15 e 17 anos (Gráfico 6), cronologicamente deveriam ter concluído ou estar cursando o Ensino Médio. Apenas 9% estava cursando ou interrompeu o

processo de escolarização nesse período; conseqüentemente, nenhum adolescente de fato concluiu essa etapa de ensino. Essa discrepância entre a idade cronológica e a idade escolar é concebida, segundo dados do Censo Escolar (2013), como distorção idade-série e representa a proporção de alunos com mais de 2 anos de atraso escolar. No Brasil, a criança deve ingressar no 1º ano do Ensino Fundamental aos 6 anos de idade, e permanecer até o 9º ano, com a expectativa de que conclua os estudos até os 14 anos de idade. Em 2013, o Censo Escolar retratou que 15% dos alunos matriculados na Educação Básica estavam com distorção idade-série.

Diante do exposto, quando tratamos da questão da escolarização entre crianças e adolescentes dependentes químicos, além da distorção idade-série figuram também os casos de evasão escolar. Esses são os casos que predominam entre os pacientes internados no HUOP de Cascavel-PR, conforme se pode visualizar no Gráfico 26:

Gráfico 26: Distribuição quanto a evasão escolar entre os adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel-PR (2011-2013)



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

Inicialmente, é importante salientar que, embora 21% dos adolescentes estavam envolvidos com drogas, estes permaneceram matriculados em instituições escolares. Porém, eram a minoria. Como explicitam os dados quantitativos, 79% dos

adolescentes, quando internaram no HUOP para tratamento de dependência química, já estavam em situação de evasão escolar. Isso significa que mais da metade dos sujeitos internados no período em questão encontravam-se nessa situação. Esse fenômeno nos leva a crer que essa situação pode estar diretamente relacionado ao uso de drogas na infância e adolescência.

O uso de substâncias psicoativas afeta, diretamente, a cognição, a capacidade de julgamento, o humor e as relações interpessoais (...). O prejuízo na capacidade de processar novas informações juntamente com as alterações na capacidade de concentração e retenção causadas pelo uso destas substâncias pode prejudicar o desempenho escolar e o rendimento final de muitos adolescentes que fazem uso de SPA (LEITE et al., 1999, p.142).

Apesar disso, esta não é uma problemática exclusiva de crianças e adolescentes usuários de drogas. Dados apontados pelo Censo Escolar de 2010, do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP/MEC), salientam que o Brasil possui a maior taxa de evasão escolar no Ensino Médio (10%) entre países como Argentina, Chile, Paraguai, Uruguai e Venezuela, ou seja, 1 em cada 10 jovens acabam abandonando a escola nesse período.

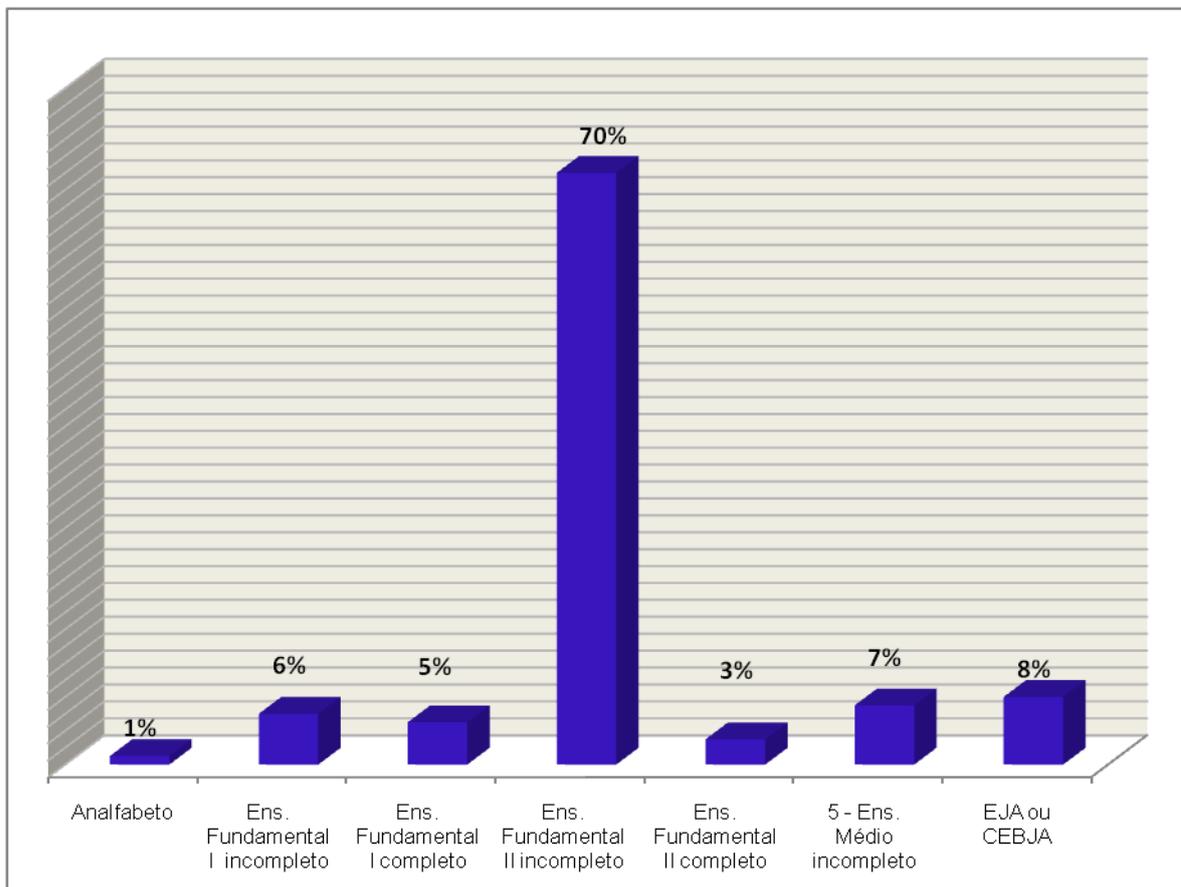
O que ocorre é que, por inúmeros fatores, crianças e jovens encontram dificuldades de acesso e permanência no ambiente escolar. Ainda que esses sujeitos estejam amparados legalmente, há empecilhos que impossibilitam a permanência na escola, dos quais destacam-se o uso e dependência de substâncias psicoativas.

Além do efeito devastador das drogas, Putzke (2010) alerta que, mesmo a escola sendo um espaço de encontros e interações entre jovens, há, nesse ambiente educacional, fatores específicos que predispõem os adolescentes ao uso de drogas, entre os quais, a falta de motivação para os estudos, a falta de assiduidade e o mau desempenho escolar.

Assim, embora o uso de drogas e o abandono escolar em geral envolvam várias causas, deve-se considerar a dependência química como um fator que se vincula à situação de evasão escolar. No caso dos adolescentes desta pesquisa que se evadiram, verificamos que nos três anos analisados há uma prevalência da

evasão escolar na segunda fase do Ensino Fundamental (6º ao 9º ano), como expresso no Gráfico 27:

Gráfico 27: Distribuição quanto nível de evasão escolar entre os adolescentes



Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

É relevante o fato de que 70% dos sujeitos pesquisados abandonaram a escola, predominantemente do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental. Logo após, estão os que abandonaram a Educação de Jovens e Adultos EJA/CEEBJA (8%). Em seguida, estão que possuem Ensino Fundamental I completo (5%); seguido de incompleto (6%) e o Ensino Médio (7%). A respeito do último tópico, retomarmos o Gráfico 25, referente à escolarização dos adolescentes, no qual se verifica que 9% alegou estar no Ensino Médio. Se considerarmos que 7% estavam evadidos do Ensino Médio no período de internamento, apenas 5 (2%) adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP entre 2011 e 2013 estavam matriculados no Ensino médio.

O Instituto Fiocruz (2013) alerta para a importância das ações de prevenção na Educação Básica, visto que, em algum momento, esse usuário esteve na escola, além de que há uma baixa proporção de usuários de crack/similares que cursaram o Ensino Médio ou Ensino Superior. Esta constatação reafirma a importância de programas que garantam Educação a todos, de modo que obtenham uma formação adequada.

De acordo com pesquisa realizada pelo Instituto Caravana (2007), é na adolescência que ocorre grande parte da evasão escolar, tendo em vista uma série de fatores. Numa explicação sucinta, pode-se dizer que a escola pública (municipal ou estadual) não é vista por tais adolescentes como uma via que vai lhes possibilitar construir um futuro melhor. Tendo em vista que um dos problemas é a qualidade deficitária do ensino público no Brasil, um número significativo de adolescentes deixa de estudar em uma idade crítica, por volta dos 15 anos (CARAVANA, 2007). Embora esta seja uma pesquisa que trate dos alunos brasileiros usuários ou não de drogas, está também em consonância com os dados sobre os adolescentes atendidos pelo SAREH. Observa-se, no Gráfico 28, quais são as idades em que se dá mais frequentemente a evasão escolar.

Gráfico 28: Distribuição quanto a idade de evasão escolar

Fonte: ficha de Cadastro do Serviço Social da Ala de Desintoxicação – HUOP, 2015. Elaboração da autora.

A idade de internamento dos adolescentes foi predominantemente aos 15 anos de idade (Gráfico 6). Em conformidade a isso, em 25% dos casos prevalece o número de adolescentes que se evadiram do ambiente escolar aos 15 anos. Em seguida, estão os adolescentes evadidos aos 14 anos (23%). O número diminui consideravelmente aos 16 e 17 anos, com 10% e 4%, respectivamente.

Verifica-se que apenas 4% dos adolescentes estavam evadidos da escola com 10 ou menos anos de idade, o que mostra que o vínculo com a escola é mais forte nesse período da vida. Destaca-se, aqui, que, a partir dos 10 anos de idade, o índice de evasão escolar só tende a aumentar, seu ápice sendo aos 15 anos de idade. Após esse período, esse índice tende a diminuir consideravelmente, passando de 10% aos 16, para 4% aos 17 anos de idade.

No que se refere ao processo de escolarização de adolescentes dependentes químicos, essa breve análise nos mostra que há um déficit escolar entre esses estudantes. A grande maioria se encontra em situação de evasão escolar (70%). Ainda há a prevalência da distorção idade-série que se constitui um problema que não se limita apenas à realidades dos sujeitos estudados. Nesta análise, a falta de

vínculo escolar representou 1%, referente a adolescentes analfabetos, como mostrou o gráfico 27.

Em síntese, a fim de apresentar as principais características que foram levantadas a respeito do perfil dos adolescentes internados na Ala de desintoxicação do HUOP, elaborou-se o Quadro 5, no qual foram sistematizados os dados elencados durante a pesquisa, o que facilitou compreender quem foram os adolescentes internados na Ala e atendidos pelo SAREH de 2011 a 2013.

Quadro 5: Sistematização do perfil dos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP e atendidos pelo SAREH

SISTEMATIZAÇÃO DO PERFIL DOS ADOLESCENTES INTERNADOS NA ALA DE DESINTOXICAÇÃO DO HUOP	PERCENTUAL (%)
Evadidos da escola	79%
Maior incidência entre o sexo masculino	75%
Idade de internamento entre 15 e 17 anos	75%
Cometeram algum ato infracional	73%
Ensino Fundamental incompleto	67%
Histórico de uso de drogas nas famílias	67%
Reincidentes (Histórico de atendimentos anteriores)	57%
Curiosidade principal motivo para iniciar o uso	50%
Estava na rua/ sem ocupação	47%
Utilização de 4 ou mais tipos de drogas	40%
Idade de início do uso entre 12 e 13 anos	38%
Família monoparental feminina (mãe e filhos)	29%
Maconha droga mais utilizada de uso	27%
Famílias sem renda fixa	18%

Fonte: Elaboração da Autora.

Este capítulo nos possibilitou identificar o perfil dos adolescentes atendidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP (2011 a 2013). No decorrer da pesquisa, visualizamos que, na Ala de Desintoxicação, predominaram os adolescentes do sexo masculino que, naquele período, somavam 181 (75%) pacientes. Entre os adolescentes, 202 (79%) estavam em situação de evasão escolar, fato que atingiu a maioria dos adolescentes em tratamento na referida Ala. Nesse caso, das 256 fichas analisadas, 202 apontavam que o paciente estava fora do ambiente escolar. Além disso, observaram-se questões como o analfabetismo e a distorção idade-série, pois, embora 192 adolescentes (75%) tivessem idade entre 15

e 17 anos, apenas 9% alegaram, no momento do internamento, que estavam no Ensino Médio; outros 171 adolescentes (67%) estavam no Ensino Fundamental II. Esse fato nos remete à realidade brasileira, uma vez que, no Brasil, em 2010, a taxa de abandono escolar no Ensino Médio era de 10,3% e no Ensino Fundamental II de 3,1%. Além disso, 34,5% dos estudantes de Ensino Médio têm distorção idade-série (IBGE, 2010). Ressaltamos, ainda, que em pesquisa realizada pelo INAF/IBOPE, em 2012, apenas 26% dos brasileiros eram plenamente alfabetizados (FATORELLI, 2012).

Identificou-se, nas 20 (47%) fichas de Cadastro do Serviço Social, adolescentes em situação de rua ou sem ocupação. Também foi constatado que 186 (73%) já haviam cometido algum ato infracional. Destaca-se, aqui, o roubo e o furto, ato que apareceu como o mais cometido entre ambos os sexos.

Das 256 fichas, 46 (18%) eram de adolescentes que viviam em famílias sem renda fixa; 74 (29%) estavam em família monoparental constituída por mãe e filhos. Porém, também chamou a atenção o fato de 171 (67%) das fichas apresentarem o histórico de uso de drogas dentro das famílias dos adolescentes.

Por fim, destaca-se que 97 adolescentes (38%) atendidos na Ala de Desintoxicação do HUOP iniciaram o uso entre 12 e 13 anos e 102 adolescentes (40%) faziam uso de 4 ou mais tipos de drogas, entre lícitas e ilícitas. A maconha foi a droga mais utilizada entre os adolescentes (27%). Além disso, 145 adolescentes (57%) são reincidentes no uso de drogas e já passaram por outras formas de tratamento, seja no HUOP, CAPS-ad ou Comunidade Terapêutica.

Nesse sentido, verifica-se que, por ser a adolescência um período de passagem da infância para a vida adulta e, portanto, um período no desenvolvimento da personalidade, o uso regular e a dependência de drogas pode ter como consequência prejuízos econômicos, sociais, físicos, psicológicos, culturais e educacionais.

Desse modo, dado o perfil dos adolescentes, verifica-se as inúmeras expressões da “questão social” a qual estão expostos, entre elas a violência, a exploração sexual, os abusos, a evasão escolar, a distorção idade-série, a criminalidade, o abandono e a drogadição. Estes estão submetidos às condições de existência do sistema capitalista. Assim, pautados no princípio da individualidade, são considerados os responsáveis pela condição em que se encontram.

3. AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO À REDE DE ESCOLARIZAÇÃO HOSPITALAR NA ALA DE DESINTOXICAÇÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ (2011- 2016)

Este terceiro capítulo tem como objetivo apresentar os processos educacional e administrativo desenvolvidos na Ala de Desintoxicação pelo SAREH do HUOP de Cascavel – PR, entre o período de 2011 a 2016, visando a análise dos limites e das possibilidades relativos à continuidade do processo de escolarização e à manutenção do vínculo dos alunos hospitalizados com o ambiente escolar, por meio das entrevistas realizadas com os profissionais do SAREH que atuam/atuaram na referida Ala.

Neste intuito, foram entrevistados dois pedagogos e seis professores que trabalharam, entre o período de 2011 e 2016, na Ala de Desintoxicação do HUOP, de Cascavel – PR, contemplando informações pessoais, formação profissional, tempo de serviço, demanda atendida e cursos de formação continuada.

3.1 Implantação do SAREH no HUOP: profissionais da Ala de Desintoxicação

3.1.1 Metodologia de Trabalho do SAREH do HUOP

Professores e pedagogos, de modo geral, estão atuando em lugares variados, atendendo sujeitos diversos inseridos nos mais distintos contextos sociais e com metodologias diferenciadas, cujo objetivo primordial é ensinar. Destacam-se, neste estudo, os profissionais que trabalham no ambiente hospitalar³⁶, os quais desenvolvem ações para atender um direito primordial das crianças e dos adolescentes: o direito à educação em qualquer condição de vida e circunstância, tendo em vista garantir a continuidade de sua escolarização, quando internados.

Assim, em 2007, o Estado do Paraná, por intermédio da Secretaria de Estado da Educação – SEED, apresentou o Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar-SAREH, como um direito de todos os educandos, matriculados ou não, que devido às suas condições especiais de saúde, estejam

³⁶ O pedagogo tem a função de organizar as atividades diárias e fazer a sondagem de novos alunos em idade escolar que possam receber o atendimento pedagógico. Já o trabalho do professor consiste em desenvolver e acompanhar o processo de aprendizagem do aluno, definir a metodologia de trabalho com o pedagogo e adequar a proposta pedagógica de acordo com as necessidades de cada hospitalizado. Essas necessidades podem estar relacionadas tanto às doenças físicas ou psicológicas dos sujeitos hospitalizados, quanto ao tempo de permanência no hospital: curto, médio e a longo prazo (ZAIAS, 2011, p. 83).

hospitalizados ou em outras condições de atendimento que impeçam a participação na escola. Assim sendo, a finalidade do SAREH é:

[...] prestar o atendimento educacional público aos alunos matriculados ou não na Educação Básica em seus diferentes níveis e modalidades de ensino que se encontram impossibilitados de frequentar as aulas por motivo de tratamento de saúde. [...] Terão direito ao atendimento hospitalar os alunos impossibilitados de frequentar a escola por estarem realizando tratamento de saúde, e que necessitam de continuidade em seu processo de escolarização e, a manutenção do vínculo com seu ambiente escolar (PARANÁ, 2012, p.2).

Com base no Caderno Temático do SAREH (2010), o objetivo do programa é assegurar aos pacientes um conjunto de ações, dentre as quais estão: dar continuidade às suas atividades escolares; reintegrar aqueles alunos em evasão escolar à escola; incentivar o crescimento e desenvolvimento intelectivos e sócio-interativos; fortalecer o vínculo entre o aluno paciente e o processo de aprendizagem; e, por fim, sanar dificuldades de aprendizagem (PARANÁ, 2010).

No município de Cascavel-PR, em 2011, o HUOP firmou convênio com a SEED-PR, tornando-se, assim, a primeira instituição a implantar o SAREH no município. Assim, no processo de coleta dos dados buscou-se investigar as ações dos profissionais do SAREH do HUOP de Cascavel-PR entre os anos de 2011 e 2016. Na pesquisa de campo foram entrevistados oito profissionais, sendo duas pedagogas e seis professores. Cada profissional foi entrevistado na dinâmica do SAREH em períodos diferentes, com formação, área de atuação, carga horária e tempo de trabalho distintos, como é possível verificar no Quadro 6:

Quadro 6: profissionais do SAREH/HUOP-Cascavel-PR (2011-2016)

FORMAÇÃO	CARGA HORÁRIA	TEMPO DE TRABALHO	ÁREA DE ATUAÇÃO
Letras	20 h	Menos de 6 meses	Linguagem
Letras	20h	2 anos	Linguagem
Matemática	20h	2 anos	Ciências Exatas
Filosofia	20h	1 ano	Ciências Humanas
Geografia	20h	1 ano	Ciências Humanas
Ciências Sociais	20h	Menos de 6 meses	Ciências Humanas
Pedagogia	40h	Menos de 6 meses	Pedagogia

Pedagogia	40h	4 anos	Pedagogia
-----------	-----	--------	-----------

Fonte: Dados coletados na Pesquisa de Campo – Entrevista com profissionais do SAREH/HUOP-CASCAVEL-PR 2016. Elaboração da autora.

Como é possível constatar, os profissionais pesquisados possuem Licenciatura nas áreas de Pedagogia, Letras, Matemática, Filosofia, Geografia e Ciências sociais. Três profissionais trabalharam no SAREH por menos de seis meses; dois profissionais trabalharam durante um ano letivo; dois profissionais trabalharam durante dois anos e apenas um profissional atuou por aproximadamente quatro anos³⁷. Entre os profissionais entrevistados, destacamos que, no momento da coleta de dados, quatro destes ainda trabalhavam no SAREH do HUOP³⁸ e outros quatro já não estavam mais trabalhando.³⁹

Sobre a implantação do SAREH no HUOP de Cascavel-PR, o Sujeito 1 relatou como se deu este processo:

Ele foi implantado em 2011, mas toda a documentação, todo o trâmite, começou em 2010. A Assistente Social que é a interlocutora do programa. Foi através das ações dela que viu a necessidade de se implantar a escolarização. O interesse partiu também da clínica de desintoxicação, justamente com aquela demanda, que surgiu maior interesse em buscar esse programa (Sujeito 1).

Levando-se em consideração os aspectos apresentados, evidencia-se que o SAREH foi implantado no HUOP para atender principalmente a demanda de crianças e adolescentes dependentes químicos internados na Ala de Desintoxicação⁴⁰. Conforme sistematização do Capítulo II, ao analisar a coleta dos dados referentes ao perfil dos adolescentes internados na referida Ala, evidenciou-se questões tais como a distorção idade-série e a evasão escolar, que, em 2011, era de 77% entre os adolescentes internados.

Desde sua implantação o SAREH do HUOP tem por objetivo realizar atendimento educacional aos alunos da Educação Básica, Educação de Jovens e Adultos (EJA CEEBJA) e àqueles matriculados ou não na rede de ensino. As aulas

³⁷ Sobre os anos de atuação, ver Quadro 1, da introdução.

³⁸ Sujeitos 5, 6, 7 e 8.

³⁹ Sujeitos 1, 2, 3 e 4.

⁴⁰ Em 2011, o SAREH começou a atender a demanda de crianças e adolescentes da Ala de Desintoxicação. Contudo, reitera-se aqui que nos anos iniciais do Programa, a Ala era denominada como Ala “Psiquiátrica”. Durante as entrevistas alguns profissionais ainda se referem a Ala de Desintoxicação como Ala “Psiquiátrica” ou “Psiquiatria”. Desse modo, salientamos que as entrevistas foram transcritas, mantendo a fidedignidade das falas dos entrevistados.

ministradas pelo SAREH acontecem, desde sua implantação, no período da tarde e contemplam os leitos da Ala Pediátrica, Ortopedia, Neurologia, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulta e UTI Pediátrica, Pronto Socorro, e, quando necessário, atendem as adolescentes gestantes no Centro Obstétrico e mães adolescentes que acompanham o seu filho(a) na Unidade de Cuidados Intermediários ou na UTI Neonatal (HUOP, 2016). Sobre quem foram os pacientes atendidos pelo SAREH inicialmente, os Sujeitos da pesquisa relatam que:

São pacientes desde o Ensino fundamental até o Ensino médio [...], por exemplo, eu tinha alunos que eram desde o processo de alfabetização até a saída do Ensino Médio. (Sujeito 2).

O foco do programa eram as crianças e os adolescentes que estavam em idade escolar (Sujeito 3).

Ressaltamos que a realidade exposta pelos Sujeitos 2 e 3 ainda permeia o atendimento realizado pelo SAREH no HUOP (2016). Ao questionarmos os Sujeitos 5 e 6 sobre quem são os pacientes atendidos pelo SAREH, estes apontaram que:

A gente atende todo aquele que é estudante, então não importa a idade, não importa a Ala que esteja [...] (Sujeito 5).

Nós atendemos todas as idades, desde o fundamental I, até os alunos do EJA (Sujeito 6).

Reiteramos, aqui, que o SAREH tem por finalidade “[...] prestar o atendimento educacional público aos alunos matriculados ou não na Educação Básica [...]” Contudo, o Sujeito 7 reitera que são atendidos “*Todos os alunos que estão matriculados na rede municipal ou estadual*”. Da mesma forma, o Sujeito 6 expressa que “*Não tem idade para o atendimento, ele só deve estar matriculado*”. Quando questionados sobre o atendimento prestado aos educandos em evasão escolar, os profissionais entrevistados explicitam que:

*Pela questão do município não ter nenhum programa dentro do hospital nós atendemos os alunos do municipal também. **E os adolescentes em evasão escolar são atendidos?** Dentro das possibilidades atendemos (Sujeito 6).*

Os alunos em evasão escolar também são atendidos? É realizada uma triagem. Mas na Ala “psiquiátrica” todos eles são

atendidos, mesmos os que estão fora da rede de ensino. Nas demais Alas acho que nem todos. Tem muitas pacientes da maternidade que nós acabamos não atendendo (Sujeito 7).

Como expressam os Sujeitos 6 e 7, a prioridade do atendimento prestado pelo SAREH do HUOP são os pacientes matriculados na rede de ensino. Contudo, essa realidade se dá em relação ao atendimento educacional prestado aos pacientes da Ala de Desintoxicação, os quais são atendidos pelos profissionais do programa, independentemente se estão matriculados ou não na rede de ensino.

De acordo com o que explicitam os profissionais, verificamos que os pacientes atendidos pelo SAREH no HUOP compreendem os inseridos na Educação Básica⁴¹, contemplando a Educação Infantil⁴², o Ensino Fundamental I e II e o Ensino Médio. Segundo Zaias (2011), o SAREH atende os alunos matriculados ou não na Educação Básica da escola pública ou privada, 5ª a 8ª séries do Ensino Fundamental, e 1º e 2º ciclos quando não há programas da prefeitura com professores atuando nos hospitais. Sobre isso, o Sujeito 4 relata não se sentir preparado para atender a Educação Infantil.

De acordo com o nosso estatuto, era pra atender os pacientes a partir do seu ingresso no ensino fundamental II, que é o que Estado atende. [...] o ensino fundamental I seria atribuição do município. Inclusive, até eu não gostava disso, porque eu não me sentia preparada para educação infantil (Sujeito 4).

Reitera-se, portanto, a necessidade de um professor cedido pelo município de Cascavel – PR para atender aos alunos da Educação Infantil e Ensino Fundamental I internados no HUOP. Para Mineiro e Lima (2015),

Em várias dimensões, é possível identificar o despreparo dos professores (formados ou em formação) para atuar na educação das crianças e adolescentes com algum tipo de deficiência e das que estão em tratamento de saúde em hospitais ou em convalescença domiciliar – uma vez que muitos professores formados ou em formação sequer conhecem a proposta de escolarização em hospitais (e em domicílio) (MINEIRO; LIMA, 2015; p.38).

⁴¹ De acordo com a LDB, lei Nº 9.394/1996, Art. 4. I educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos de idade (BRASIL, 1996).

⁴² De acordo com a LDB, lei Nº 9.394/1996, Art. 4. II educação infantil gratuita às crianças de até 5 (cinco) anos de idade (BRASIL, 1996).

Nunes (2014) destaca que a Pedagogia Hospitalar constitui uma modalidade de atendimento educacional garantido por lei como um direito da criança e adolescente hospitalizados. No Brasil, ainda há poucos hospitais que desenvolvam esse tipo de atendimento e, em sua quase totalidade, os profissionais não possuem formação específica para esse tipo de atuação. Paula (2004) destaca que:

Em muitos hospitais, alguns professores começam a trabalhar com total despreparo para exercer a função, pois este tipo de trabalho não requer somente a formação acadêmica, mas habilidades específicas de uma práxis pedagógica complexa que envolve diferentes aspectos no trabalho cotidiano como: sensibilidade para atuar com crianças, adolescentes e famílias fragilizadas, conhecimento da realidade hospitalar e das patologias, habilidade para lidar com diferentes grupos de alunos, pais e com as equipes multidisciplinares, capacidade de elaboração e estratégias didáticas para atender alunos provenientes de diversas regiões e com diferentes conteúdos escolares [...] (PAULA, 2004, p.32,33).

Desse modo, nos anos de atuação do SAREH no HUOP, os profissionais trabalham com um público diversificado. Isso nos faz refletir sobre os limites da atuação no SAREH. Segundo Mazer (2013), é inegável que não é possível aos cursos de formação inicial formar o professor nessa perspectiva, ainda que em Educação Especial. E, portanto, a formação continuada seria um caminho para inserir o professor nas discussões sobre Pedagogia Hospitalar de forma a possibilitar uma relação entre a teoria e a prática pedagógica.

3.2 Formação continuada para os profissionais do SAREH

Quando visualizamos os segmentos existentes no âmbito hospitalar, constatamos a necessidade de preparar os profissionais para que possam trabalhar com os diversos alunos. Sinalizamos, aqui, a relevância da formação continuada que, para Mazer (2013), se constitui em um meio de garantir o acesso às reflexões sobre a atuação do professor no ambiente hospitalar. Assim, o reconhecimento da fragilidade de sua formação inicial instiga o profissional a procurar estudos continuados, com o fim de prestar melhor atendimento pedagógico às crianças hospitalizadas. Nesse sentido, o documento intitulado Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: Estratégias e Orientações, elaborado pela Secretaria de Educação Especial e editado pelo MEC em 2002, aponta que:

Os sistemas de ensino deverão criar oportunidades para formação continuada dos professores que atuam nas classes hospitalares e no atendimento pedagógico domiciliar para que funcionem segundo os princípios e orientações próprios da educação básica (BRASIL, 2002, p.27).

A formação continuada, assim como os grupos de estudos, são ações destinadas aos profissionais que atuam junto ao SAREH do HUOP. De acordo com a Instrução Nº 016/2012, que estabelece os procedimentos para a implantação e funcionamento do SAREH, a atribuição de promover cursos de formação continuada para pedagogos, professores e responsáveis pelo SAREH nos Núcleos Regionais de Educação compete à Secretaria de Estado da Educação, por intermédio do Departamento de Educação Especial e Inclusão Educacional-DEEIN. Do mesmo modo, é atribuição dos professores vinculados ao SAREH participar dos cursos de formação continuada ofertados pelo DEEIN. Ressaltamos, aqui, que a Instrução Nº 016/2012 não modifica o que determinava a Instrução 006/2008 (PARANÁ, 2008), a qual regulou os procedimentos para a implantação e funcionamento o programa SAREH até meados de 2011.

Em vista disso, buscamos compreender se foram ofertados cursos de formação continuada aos profissionais entrevistados que atuaram/atuam no SAREH do HUOP entre 2011 e 2016. Assim, no Quadro Nº 7, verifica-se a quantidade de cursos de formação continuada dos quais cada Sujeito participou e os anos de atuação no SAREH.

Quadro 7: Referente a formação continuada dos profissionais do SAREH/HUOP-Cascavel-PR.

FORMAÇÃO CONTINUADA		
Profissionais	Quantidade de formação continuada	Tempo de trabalho
Sujeito 1	7	4 anos
Sujeito 2	Não participou	1 ano
Sujeito 3	1	1 ano
Sujeito 4	1	2 anos
Sujeito 5	1	2 anos
Sujeito 6	Não participou	Menos de 6 meses

Sujeito 7	Não participou	Menos de 6 meses
Sujeito 8	1	Menos de 6 meses

Fonte: Dados coletados na pesquisa de campo – Entrevista com profissionais do SAREH/HUOP-CASCAVEL-PR, 2016. Elaboração da autora.

Ao compararmos o período de atuação no SAREH com a participação nos cursos de formação continuada, constata-se que, dos oito entrevistados, apenas um (Sujeito 1) participou de mais de um curso de formação continuada e atuou no Programa durante quatro anos. Outros quatro profissionais relataram que participaram de apenas um curso de formação continuada destinada ao SAREH no período de atuação no Programa. Entre eles, os profissionais que atuaram nos anos iniciais do programa (Sujeitos 3 e 4) que explicitam que:

Quando nós entramos no programa se falava muito a necessidade e importância dessa formação, no período que eu permaneci a gente teve uma formação que foi em Curitiba, foi destinada a todos os professores que trabalhavam no Serviço no Estado do Paraná, mas foi apenas uma (Sujeito 3).

Na época, a gente teve dois seminários em Curitiba, eu fui em um deles, porque foi muito na sequência, acho que 40 dias de intervalo entre um e outro, foi proporcionado esses dois seminários lá em Curitiba que eu me lembro, inclusive muito bom, profissionais da saúde, da educação, assim foi excelente. Mas depois disso, acho que esse foi no primeiro ano, no ano seguinte não teve nada (Sujeito 4).

No caso, dos profissionais que estavam trabalhando no SAREH do HUOP no ano de 2016 (Sujeito 5 e 8), dois alegaram que receberam formação continuada:

Há uma formação continuada, digamos assim, a representante do SAREH, logo que começamos aqui, ela veio aqui e fez uma formação continuada, explicando o trabalho do SAREH, a metodologia do SAREH, a diferença do trabalho entre a escola e aqui, então nós temos este tipo de formação, mas não é periódico, acredito que o próximo encontro aqui deve demorar uns 3 meses, além disso, também tivemos um treinamento do próprio hospital, sobre procedimento hospitalar, uso do jaleco, máscaras, essas coisas de risco de infecção (Sujeito 5).

Nós estamos aqui à um mês e meio e nós já tivemos esta formação e o núcleo da todo o respaldo, o apoio sistemático e diário se for preciso e também sempre está disponível para as formações

específicas. Nós já estamos aí agendando algumas formações específicas para a equipe (Sujeito 8).

Salientamos, ainda, que, conforme o Quadro Nº 7 referente à formação continuada, três profissionais que atuaram no SAREH entre os anos de 2011 e 2016 alegaram não ter participado de nenhum curso de formação continuada com foco no programa.

Então, no período que eu entrei um ano antes houve uma formação que os profissionais foram a Curitiba aí eles receberam todos os encaminhamentos. Mas como eu não estava participando do programa nesse ano, eu infelizmente fiquei de fora (Sujeito 2).

Aqui dentro do hospital nós temos algumas palestras que eu acho que extrema importância para o nosso trabalho no dia a dia aqui. [...] por ser uma área hospitalar, nós tivemos palestras sobre doenças, contágio entre outras (Sujeito 6).

Existe, mas eu ainda não peguei essa formação porque eu estou entrando agora, mas ainda é pouco, para este tipo de atendimento deveria ter um grupo de estudo permanente para que pudéssemos trocar informação com profissionais de outros hospitais. Então, nós estamos fazendo do nosso jeito, mas saber se está de acordo ou não... (Sujeito 7).

Embora tenham participado, em 2016, de uma formação que o HUOP ofereceu aos profissionais com o objetivo de alertar sobre os cuidados com a saúde dentro do hospital, os Sujeitos 6 e 7 alegaram que ainda não participaram de uma formação específica para atuação no Programa. Além disso, o Sujeito 7 expressa a necessidade de existir um grupo de estudos permanente para se trocar informações com profissionais de outros hospitais. A respeito disso, a Instrução 016/2012 estabelece que é atribuição do Núcleo Regional de Educação, por intermédio do responsável pelo SAREH, “promover reuniões periódicas entre os pedagogos e professores que atuam nas entidades conveniadas para troca de experiências, subsidiando novas ações” (PARANÁ, 2012, p.6).

O público que está inserido no ambiente hospitalar necessita de atendimento educacional especializado devido às suas condições; para isso é necessário ao professor a formação continuada para subsidiar, teórica e metodologicamente, o trabalho realizado com crianças e adolescentes. Ele deve estar capacitado para

atender a demandas tais como adolescentes em internamento para tratamento de dependência química.

3.3 A flexibilização da metodologia e adaptação do currículo no SAREH

O processo de formação de professores e pedagogos prioriza, geralmente, o trabalho pedagógico realizado em sala de aula convencional. Nesse sentido, o profissional acaba por encontrar alguns desafios e dificuldades para atuar em ambiente hospitalar. Para Araujo (2014), o professor necessita ter um perfil diferenciado para trabalhar no contexto hospitalar, tendo em vista que, nos hospitais, a realidade, as implicações e as especificidades do ambiente e dos alunos são diferentes das escolas regulares. Visto isso, procuramos compreender qual é a concepção dos profissionais ao comparar os aspectos entre ministrar aulas na escola regular e ministrar aulas no ambiente hospitalar.

Eles têm mais vontade de aprender. Acho que até pelo fato deles estarem sozinhos lá e chega uma pessoa diferente assim... Pelo fato de estarem fora de sala de aula, eles querem, muitos até procuram. Eles falam “olha a professora chegou”. Desconsiderando a Ala “psiquiátrica” (Sujeito 3).

Tem muita diferença. Apesar da pessoa que está ali no hospital, a criança ou o adolescente ter suas limitações devido a enfermidades. Mas você está fazendo praticamente um atendimento individualizado ali, não tem outras interferências, como de uma turma inteira fazendo bagunça, gritando (Sujeito 4).

A manifestação sobre a diferença do trabalho desenvolvido pelos professores no SAREH do HUOP e dos professores na escola está, primordialmente, na relação com os alunos hospitalizados, os quais, muitas vezes, demonstram-se entusiasmados quando são atendidos. Além disso, no HUOP, esse atendimento ocorre de maneira individualizada, com exceção da Ala de Desintoxicação, na qual, conforme menciona o Sujeito 6, “[...] atendemos em grupos”.

Ademais, diferentemente da dinâmica encontrada na escola regular, o currículo deve ser flexibilizado e adaptado para atender a esse contingente de alunos hospitalizados. Nesse caso, de acordo com a Instrução Nº 16/2012, que estabelece os procedimentos para a implantação e funcionamento do SAREH, compete ao professor “[...] produzir materiais e recursos pedagógicos que promovam

a interação do aluno no processo ensino-aprendizagem” (PARANÁ, 2012, p. 7). Assim, cabe à equipe pedagógica assessorar o professor no planejamento, metodologia, elaboração de material e adaptação curricular. Para tanto, seria necessário adequar a proposta pedagógica às demandas e necessidades individuais de cada educando hospitalizado, pois os tipos de enfermidade refletem no período de permanência diferenciado nas instituições hospitalares (MENEZES, 2008, p. 3). Desse modo, os profissionais expressam que:

Quando as atividades eram passadas para os alunos hospitalizados. Então se pensava “ele está com braço machucado e é o braço que ele utiliza?” Então a gente já pensava em uma atividade mais de leitura, uma atividade que não envolvesse a escrita e algumas considerações a gente sempre estava fazendo (Sujeito 3).

Você vai mudar um pouco a metodologia. Por exemplo, tem um aluno que está acamado e a mão dele não vai escrever. Então você vai adequar a metodologia e nem sempre a metodologia é o que foi proposto, durante a aula você tem que ir mudando, de repente é oral, verbal. Um aluno que está com dor de cabeça muitas vezes nem quer saber de álgebra. Você vai trabalhar algo que dê continuidade ao estudo dele, de repente vai relembrar alguma coisa, de repente vai revisar o conteúdo que ele já tenha visto (Sujeito 5).

Então, dentro do hospital tem o aluno que está com sonda, medicado, sonolento, então muitas vezes a atividade que seria para a idade dele, para a série dele não tem possibilidade de fazer naquele momento, temos que fazer uma coisa que se adequa aquela situação que ele se encontra no momento. (Sujeito 6).

[...] não que muda o perfil do aluno, mas são alunos diferenciados, em situações especiais e em um espaço que não é deles. Então eles estão em um leito, numa maca, às vezes com uma fratura, as vezes é pós cirúrgico pra você atender, as vezes com dores, as vezes com sono. Então é uma coisa totalmente diferenciada, cada aluno é um aluno. Você projeta uma atividade e chegando lá não é aquilo que ele pode fazer, as vezes não tem movimento em um braço então tem que ser na oralidade, as vezes tem baixa visão... É bem diferente o atendimento dos alunos dentro do hospital e os alunos dentro de uma sala de aula (Sujeito 7).

Convergindo com o conteúdo do documento Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: Estratégias e Orientações, expressa que “compete ao professor adequar e adaptar o ambiente às atividades e os materiais, planejar o dia-a-dia da turma, registrar e avaliar o trabalho pedagógico desenvolvido” (BRASIL, 2002, p.24). No caso do SAREH do HUOP de Cascavel-PR, observa-se a preocupação dos profissionais entrevistados em desenvolver uma metodologia

tendo em vista a diversidade presenciada nesse espaço educativo. Os docentes demonstraram que, desde a implantação do SAREH, tiveram uma ação diferenciada para atender as crianças e os adolescentes internados, demonstrando, portanto, as principais diferenças de atuar em outros espaços que não na escola convencional.

Para Nunes (2014), o atendimento pedagógico no ambiente hospitalar deve ser compreendido como uma escuta pedagógica para as necessidades e interesses do aluno hospitalizado, buscando atendê-lo, respeitando suas limitações e as possibilidades de aprendizagem daquele momento. Segundo Zaias (2011),

[...] verifica-se que a escola no contexto hospitalar apresenta uma dupla característica: por um lado ela se caracteriza como um sistema educativo complementar às escolas regulares. Mas, por outro lado, a escola no hospital apresenta características próprias, com currículos próprios e procedimentos autônomos construídos pelos professores nos hospitais (ZAIAS, 2011, p.50).

A este respeito, o documento Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: Estratégias e Orientações propõe que o atendimento pedagógico seja desenvolvido por meio de conhecimentos que correspondam à Educação Básica. A oferta curricular deverá ser flexibilizada, de forma que contribua com a promoção da saúde e com o retorno e/ou continuidade dos estudos pelos educandos envolvidos (BRASIL, 2002, p.19). Nesse sentido, o trabalho desenvolvido no SAREH do HUOP tem como base as Diretrizes Curriculares Educacionais do Paraná. Sobre o currículo, os profissionais relatam que:

[...] as disciplinas do ensino regular são administradas aqui, português, matemática, geografia, enfim, só que todas essas atividades são adaptadas às necessidades deles. [...] o currículo aqui ele contempla todas as aulas, todas as áreas do ensino regular (Sujeito 1).

É a mesma base do Estado. Então temos lá os objetivos né. Aqui você vai ter que ver qual o objetivo dessa aula. Então o conteúdo vai ser o mesmo do Estado (Sujeito 5).

Nós temos o planejamento de acordo com a série que ele está incluso. A orientação vem do Estado, as diretrizes curriculares, é em cima daquilo que nós fazemos o nosso planejamento (Sujeito 6).

Nesse sentido, os professores do HUOP desenvolvem as atividades contemplando o que preconizam as Diretrizes Curriculares Educacionais do Paraná;

entretanto, atuam por intermédio de estratégias metodológicas que permitam atender aos interesses dos educandos. Assim, a dinâmica do SAREH vai ao encontro da lógica de um currículo flexibilizado.

A dinâmica de adequação do currículo escolar e flexibilização da metodologia utilizada no atendimento prestado pelo SAREH no HUOP também é apresentada aos educandos internados na Ala de Desintoxicação, buscando atender as necessidades educacionais dos pacientes internados na Ala. O Sujeito 1 explicita, primeiramente, que há a adaptação do currículo escolar por conta da patologia que esses adolescentes apresentam, no caso, a dependência química e os efeitos colaterais do tratamento. Para o entrevistado, isto se dá,

[...] porque são meninos de risco, são alunos que têm uma problemática, a questão da drogadição, com problemas de ordens sociais, familiares, enfim... e quando eles chegam aqui, tem a questão da abstinência, tem a questão que muitas vezes eles não querem permanecer aqui, tem a questão que é administrada a medicação, tem os efeitos colaterais e a especificidades também do tratamento que são meninos e meninas na dependência química. É uma doença, uma patologia que tem toda construção no momento em que eles estão no tratamento, então tem o início, meio e fim. [...] muitos já vão vir, e já chegam aqui, como a questão da droga, ela pode ocasionar danos, danos cognitivos, em vista disso eles vão ter dificuldades, e para isso vamos ter que estar adaptando (Sujeito 1).

Para o Sujeito 1, a dependência química, aliada aos efeitos colaterais do tratamento para a doença e em conjunto aos mais variados fatores de ordem social, caracteriza-se como um desafio para as ações da equipe do SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP. Nesse sentido, para atender a esse público, o conteúdo do currículo e a metodologia de ensino são adaptadas.

Segundo Paula (2010), o intuito maior dos projetos educacionais que envolvem crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social é recuperar o significado e o papel da escola para os sujeitos excluídos desse ambiente. Além disso, esses projetos devem construir metodologias educacionais próprias voltadas para os interesses da população atendida.

3.2.1 A demanda atendida pelos profissionais do SAREH

O que preconiza o documento elaborado pela Secretaria de Educação Especial (2002) é que nas Classes Hospitalares o professor deve contar com um

assistente de apoio, que pode pertencer ao quadro de pessoal do Serviço de Saúde ou do Sistema de Educação (BRASIL, 2002). Os dados apresentados nessa pesquisa expressam que os profissionais enfrentam desafios em relação à demanda de pacientes atendidos no HUOP. Reitera-se que isso justificaria o fato de o SAREH priorizar o atendimento prestado aos educandos matriculados na rede de ensino. Sobre a demanda do HUOP, o Sujeito 1, que atuou nos anos iniciais, explicita que:

Então, não dá conta de toda a demanda, porque é todo um percurso desde quando foi implantado, anteriormente existia um número x de salas e um número x de hora atividade, então assim, vem a questão de direitos, de ampliação de hora atividade do professor, isso foi ampliado. Então às vezes vem um direito e tira outro direito. [...] o programa acaba não tendo profissionais suficientes para atender a todos e geralmente em boa parte, vão ser os alunos do ensino fundamental do primeiro ao quinto ano que acabam ficando sem atendimento [...] (Sujeito 1).

A expressiva demanda limita a possibilidade de os profissionais prestarem atendimento a todos os educandos, conforme preconizado na Instrução 016/2012. Para o Sujeito 2, “é uma demanda grande com tendência a crescer”. Da mesma forma, o Sujeito 3 explicita que “a demanda é grande, a necessidade é enorme”. Mesmo após cinco anos de sua implantação no HUOP, a demanda permaneceu grande, o que se deve, principalmente, à falta de profissionais apontada pelos Sujeitos em 2016:

[...] demanda tem. Então mais profissionais seria o ideal. Há uma luta para conseguir uma professora do município, quando conseguir vai ajudar muito. (Sujeito 5).

Poderia ter mais profissionais, porque tem dia que nem todo aluno tem atendimento, você tem que selecionar bem. E tem uma demanda grande da rede municipal, fundamental I, pois a rede municipal não fornece profissionais e nós do Estado que temos que suprir esta defasagem (Sujeito 7).

[...] nós não damos conta de atender todos. Porque nós fazemos atendimento preferencialmente dos alunos que estão internados e estão matriculados do 6º até o 3º ano do Ensino Médio, portanto, alunos nossos da rede estadual, porém também prestamos atendimento aos alunos da rede municipal, de 1º ao 5º ano. Porque o direito educacional ele ultrapassa a questão das esferas, estadual e municipal. E a carga horário dos professores, ela não dá conta da demanda, a demanda é maior (Sujeito 8).

A demanda apontada pelos Sujeitos manifesta a necessidade de incorporar mais profissionais ao SAREH do HUOP, preferencialmente professores da Rede Municipal de Educação. Além disso, o SAREH limita o atendimento aos educandos internados no hospital, pois além da demanda ser grande, o número de horas de atendimento aos educandos é reduzido. Nessa perspectiva, o Sujeito 5 acredita que

[...] alguma coisa tem que mudar, a demanda é grande, no caso é grande, para que a gente possa atingir o objetivo ali. Temos que pensar bem no objetivo do SAREH é dar continuidade? Estamos dando, este objetivo está sendo cumprido, mas cai um pouco a qualidade quando a demanda é grande, você não consegue realmente dar aula [...]. Na questão da Ala de Desintoxicação acontece o mesmo, conseguimos atingir o objetivo de dar continuidade aos estudos, mas cai um pouco a qualidade, pois não é individualizado. Porque temos que levar em conta que ali nós não temos alunos da mesma série. Vamos pegar o exemplo do ciclo passado, tínhamos alunos do mesmo grupo que não sabiam ler, então eram analfabetos e alunos que se dava bem na leitura, e esse aluno que se dava bem na leitura precisava de conteúdo, você tinha que ir mostrando, e aquele analfabeto você tem que estar alfabetizando ele ao mesmo tempo. Isso cai a qualidade, porém, o objetivo esta sendo atendido. (Sujeito 5).

O Sujeito 5 manifestou que o objetivo do SAREH em dar continuidade ao processo de escolarização está sendo efetivado, contudo, devido à grande demanda, a qualidade do serviço prestado aos educandos tende a cair. Da mesma forma, no que tange ao atendimento prestado aos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação, há limites, pois a demanda também torna-se grande, tendo em vista que, diferentemente das outras Alas do hospital, em que o atendimento prestado é individualizado, na Ala de Desintoxicação o atendimento é em grupos e, além de haver pacientes em níveis diferentes de escolaridade, estão também presentes analfabetos.

Nessa perspectiva, o Quadro 8 expressa a percepção sobre a quantidade de atendimentos prestados semanalmente pelos profissionais do SAREH nas Alas do HUOP, em especial na Ala de Desintoxicação.

Quadro 8: Média de Atendimentos Semanais Realizados no SAREH do HUOP de Cascavel – PR, por período de atuação

ATENDIMENTOS PRESTADOS PELO SAREH			
Atendimentos nas Alas do HUOP		Atendimentos na Ala de Desintoxicação Do HUOP	
2011- 2014	2016	2011- 2014	2016
20 a 30 atendimentos	35 a 60 atendimentos	9 a 14 atendimentos	8 a 12 atendimentos

Fonte: Dados coletados na Pesquisa de Campo – Entrevista com profissionais do SAREH/HUOP-CASCADEL-PR, 2016. Elaboração da Autora.

A quantidade de atendimentos semanais prestados pelo SAREH às Alas do HUOP variou entre 20 e 30 atendimentos entre os anos de 2011 e 2014. Em 2016, entre 35 e 60 atendimentos semanais. Segundo o Sujeito 8, “[...] no mês de março, foi uma contagem de 90 pacientes no mês todo”.

O quadro 8 também caracteriza o atendimento prestado pelo SAREH à Ala de Desintoxicação do HUOP. Os profissionais relatam que, entre 2011 e 2013, eram atendidos em média 9 a 14 adolescentes. Ressaltamos que não havia o atendimento em ciclos, assim, em 2016, esse número se altera e varia entre 8 e 12 atendimentos, como explicita o Sujeito 8:

Na “psiquiatria” é o ciclo. Então eles ficam internados no que nós chamamos e eles chamam de ciclo. Nas demais Alas do hospital, entram e saem pacientes todos os dias. Lá não, lá é o ciclo. Geralmente de trinta a trinta e cinco dias. Alguns ficam um pouco mais, ficam dois ciclos, um ciclo e meio, mas no geral é um ciclo. Então, neste último ciclo que nós atendemos tinha 12 adolescentes e nesse que nós estamos atendendo agora, nós estamos com 10 adolescentes. Eles são atendidos todos os dias de segunda a sexta-feira então este é o número de atendimento semanal (Sujeito 8).

A principal diferença no atendimento prestado pelo SAREH para a Ala de Desintoxicação do HUOP entre os anos de 2011 e 2016 está no ciclo. No início do atendimento prestado pelo SAREH na Ala, não havia ciclos, de modo que a quantidade de pacientes atendidos era variável. Muitos iniciavam o tratamento por meio de determinação judicial, assim, diariamente entravam e saíam adolescentes da Ala de Desintoxicação. Sobre a demanda atendida na Ala, o sujeito 4 expôs que:

Era enorme, nós não dávamos conta. Naquela época era bem grande, estava sempre cheia a “psiquiatria”. Até eu tive uma

informação recente, que agora parece que foi limitado o numero, mas antes não tinha limitação, o juiz ia mandando os alunos pra lá, então era uma demanda bem grande, as vezes não conseguíamos atender todos os alunos que estavam internados (Sujeito 4).

Ressaltamos que o atendimento prestado pelo SAREH na Ala de Desintoxicação, bem como nas demais Alas, não dispõe da mesma quantidade de horas estabelecidas na educação formal. Para o sujeito 4, “[...] o tempo é bem utilizado, vamos supor que eu passe 15 min com um aluno é o que vai equivaler a 45/50 min lá na sala de aula, então o tempo rende mesmo”. Para Avanini e Julío,

Em contraste com a situação escolar convencional, o educador hospitalar não dispõe de quatro ou cinco horas diárias de contato com os alunos, nem estes estão em plenas condições de saúde para dedicarem-se integralmente aos estudos. As atividades educacionais nas unidades conveniadas costumam durar em torno de uma hora por dia com cada criança, ainda assim na dependência do estado clínico do aluno, bem como dos imprevistos dos procedimentos clínicos (2009, p. 8-9).

Sobre o atendimento prestado à Ala de Desintoxicação, o Sujeito 7 expressa: “Então, das 15:30h às 17:00h é o horário que a gente tem. Todos os dias da semana”. O Sujeito 5 destaca que: “[...] o nosso maior tempo é com a Ala de Desintoxicação”. Expõe, ainda, que durante a atuação do professor na Ala, o atendimento individualizado seria o ideal para amenizar as condições desta demanda.

Na questão da Ala de Desintoxicação estamos nos organizando, nós professores lutamos para que seja individualizado o atendimento. Mas a equipe toda e a pedagoga não veem esta possibilidade pelo fato de que ai não teria atendimento para todos. Se eu ficar atendimento só um aluno, são três professores, depois trocamos, mas na Ala geralmente são 10 a 12. Então geralmente fazemos grupos. Na Ala [...] conseguimos atingir o objetivo de dar continuidade aos estudos, mas cai um pouco a qualidade, pois não é individualizado (Sujeito 5).

Embora o sujeito 5 mencione a necessidade do atendimento individualizado na Ala de Desintoxicação, verifica-se que o atendimento prestado pelos professores se deu, prioritariamente, por meio de revezamento em grupos: “nós atendíamos em média 3 a 4 alunos cada professor, íamos sempre em 3 professores, dividíamos um

grupo pra linguagem, um grupo pra exatas e outro pra humanas” (Sujeito 4). Tal atendimento permaneceu desde a implantação do SAREH no HUOP. Assim, o Sujeito 6 expressa que:

Nós atendemos em grupos, nós professores fazemos uma classificação para ver como eles estão, porque tem crianças e adolescentes ali que são semianalfabetos pelo fato de estarem envolvidos com as drogas, bebidas, estar na rua, muitos são casos de evasão escolar que é quase a maioria ali. Então pela idade deles não é a capacidade escolar que eles conseguem alcançar momentaneamente. Então nós fazemos uma classificação, fazemos pequenos grupos 2, 3 grupos em média para trabalhar conforme eles conseguem. Então eu atendo em uma tarde dois grupos, em média oito adolescentes por tarde na Ala de Desintoxicação Nós atendemos em grupos, (Sujeito 6).

Segundo Paula (2004), há crianças com um bom desempenho escolar e que estão matriculadas, frequentam as escolas e nunca foram reprovadas. Existem os que já passaram por inúmeras reprovações, e os que abandonaram a escola. Há, também, aqueles que chegam aos hospitais e nunca tiveram a oportunidade de frequentar uma escola. Em conformidade a isso, ao se referir à escolaridade das crianças e dos adolescentes hospitalizados na Ala de Desintoxicação, identifica-se que existe um quadro complexo com situações diferenciadas, com crianças e adolescentes em situação de rua, semianalfabetos, em evasão escolar ou distorção idade-série. Esses relatos vinculam-se aos dados levantados no Capítulo II, que constatou que 47% dos sujeitos pesquisados estavam na rua sem ocupação e 79% estavam evadidos do ambiente escolar.

3.3 - Infraestrutura para o atendimento aos alunos na Ala de Desintoxicação do HUOP

3.3.1 Os limites e as possibilidades do atendimento educacional prestado pelo SAREH aos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP

De acordo com o *Caderno Temático do SAREH (2010)*, os ambientes onde ocorrerão as aulas serão projetados com o propósito de favorecer o desenvolvimento e a construção do conhecimento de crianças, jovens e adultos, respeitando as suas capacidades e necessidades educacionais. Desse modo, é

necessária uma sala para o desenvolvimento das atividades pedagógicas com mobiliário adequado e uma bancada com pia, que são exigências mínimas; instalações sanitárias próprias, completas, suficientes e adaptadas são recomendáveis, além de espaço ao ar livre adequado para atividades físicas e lúdicas (CARDOSO, 2002).

De acordo com a Instrução de Nº 006/2008, cabe ao hospital conveniado fornecer a estrutura adequada para o funcionamento do SAREH. Em conformidade a isso, a Instrução Nº 16/2012, que estabelece os procedimentos para a implantação e funcionamento do SAREH, defende que é atribuição das entidades conveniadas ceder espaço físico, mobiliário e linha telefônica, de acordo com as especificações do Termo de Cooperação Técnica firmado com a SEED (PARANÁ, 2012). Além disso, seria de competência do Núcleo Regional de Educação, por intermédio do responsável pelo SAREH acompanhar e supervisionar a implantação e funcionamento do SAREH nas instituições conveniadas (PARANÁ, 2012). Assim, a fim de conhecer quais as condições de infraestrutura encontradas na Ala de Desintoxicação do HUOP, os profissionais expressam que,

[...] no ano que nós entramos, 2011, não tinha infraestrutura, não tinha espaço adequado, nos lutamos, foi preciso muito dialogo no HU para conseguir um computador, mas era apenas um e nós trabalhávamos em quatro pessoas. [...] A gente não tinha o suporte necessário, o programa foi criado, mas não se pensou nesta estrutura antes, não foi pensado nem nos materiais que a gente estaria utilizando com as crianças. Chegaram a comentar “o programa vai receber notebooks ou tablete, principalmente para os alunos que conseguem escrever” mas até aquele período a gente não tinha recebido nada disso não. (Sujeito 3).

A parte estrutural, bem carente, bem difícil. A gente até teve sorte de conseguir uma sala especial para o SAREH, pra nossa equipe. Mas falta tudo, o material pedagógico de qualidade, [...] às vezes a gente mesmo levava. Isso dificultava a qualidade do trabalho [...] (Sujeito 4).

Em 2010, ano de lançamento do *Caderno Temático do SAREH*, Menezes relatou que, ao pensar na equipe docente, refere-se a um olhar sobre suas condições de trabalho nas instituições conveniadas. Desse modo, com vistas a garantir o suporte pedagógico e administrativo às equipes selecionadas, previu-se, para cada unidade conveniada: um computador para uso dos professores; dois notebooks para atendimento dos alunos nos leitos; aquisição de acervo bibliográfico;

material de consumo; jogos pedagógicos; aquisição da TV Multimídia com recursos midiáticos específicos; e a sistematização de informações relacionadas a esse serviço, com a criação da página do SAREH no Portal Educacional do Estado do Paraná (MENEZES, 2010).

Entretanto, como seja necessária uma estrutura adequada para o bom desenvolvimento das atividades do SAREH no ambiente hospitalar, a falta de infraestrutura desmotivou o trabalho desenvolvido pelo Sujeito 3. Quando questionado sobre a motivação de sua saída do Programa, relatou que:

Foi porque nós estávamos um pouco desestimulados porque tudo que eles haviam prometido, falavam da maneira que iria funcionar. Acabou o ano e as coisas não ocorreram e nós não tivemos nenhum avanço. A gente tinha uma estrutura, uma sala muito ruim, o material que chegou para nós tinha uma qualidade bem inferior, muitas vezes a gente tinha que trazer de casa. Enfim, foi criada a política, foi criado o programa, mas não tinha uma infraestrutura pra que ele funcionasse (Sujeito 3).

Para Paula (2004), é preciso também que o professor receba orientações e tenha espaço para discutir os seus problemas, pois

Há um descaso de órgãos públicos que implantam os projetos educacionais e que não os acompanham, não oferecendo assistência à questões básicas de uma sala de aula como: o suporte de material pedagógico e sua manutenção, a escuta dos problemas e das conquistas vivenciadas por esses professores, assim como a formação contínua no trabalho para atender as suas necessidades (PAULA, 2004, p. 35).

Das experiências do HUOP há registros de um trabalho inicial difícil, árduo e persistente, que teve que lidar com a falta de espaços adequados e com os desafios dos ambientes. Porém, essa dificuldade modificou-se durante os cinco anos de funcionamento do SAREH no HUOP. Em 2015, o programa contava com 2 computadores, 1 notebook, 9 tablets e uma sala específica para a equipe. Ao ser questionado se faltava suporte aos profissionais de 2016, o Sujeito 5 explicou que:

Não, a gente até que tem materiais disponíveis. Nós temos impressão para o professor preparar aula. Então não há um limite, na escola existe, cada professor tem um limite para estar imprimindo o material. Aqui não, aqui você pode preparar, tem liberdade. Durante a hora atividade a gente usa muito [...] (Sujeito 5).

Em relação à atuação dos profissionais na Ala de Desintoxicação do hospital, a infraestrutura tornou-se um desafio que limitou a atuação dos professores do SAREH desde sua implantação no hospital. Eles explicaram quais eram os desafios e as possibilidades de trabalho na ala:

[...] com a equipe a gente não tem problema, a gente vai ter alguma dificuldade com relação a espaço, espaço físico, mas assim, não é só o SAREH, então assim, todas as atividades que forem realizadas lá, vão ter a mesma dificuldade, por quê? A questão espacial lá ela não da estrutura, por exemplo, assim, uma sala de aula, não tem, uma sala que poderia ser utilizada tanto pra sala de aula quanto para atividade de música, artes, enfim, não tem esse espaço. Veja bem, a gente tem ali sempre em torno de 12, 13 adolescentes, meninas e meninos pra atender nesse espaço, meninas e meninos que tem dificuldade de atenção, concentração e outros problemas [...]. Como conseguir a atenção deles no mesmo espaço? (Sujeito 1).

Tinha a mesa ali que nós utilizávamos, mas acho que só não era bom quando era focado na educação física [...]. (Sujeito 2).

Não é um lugar adequado, a gente atendia eles nas mesas de refeição, material era perigoso a gente levar, não era qualquer coisa que a gente podia levar. Uma vez eu fui fazer um trabalho com vitrais e era com papel celofane, mas eu tive que levar tudo cortadinho, nem levar uma tesourinha ou um estilete [...]. Então é difícil o trabalho nessa área, porque além de você estar ali com os alunos que tem esse problema, eram muitos ao mesmo tempo. Você pensa assim, treze, quatorze alunos é pouco, não é pouco, nessas condições não é pouco. A gente se dividia em três professores, mas ainda assim, era um ambiente com bastante insegurança. A gente não tinha um televisão adequada, com entrada para pen drive, na época a gente até solicitou. Educação física então... Porque lá eles não estavam doentes fisicamente, não estava com limitação física, de repente poderia ser desenvolvido um trabalho mais de educação física, mas não dava, porque não tinha espaço, [...] então a gente ficava na teoria, no joguinho de dominó, de xadrez, porque a parte motora não dava pra ser desenvolvida (Sujeito 4).

Os anseios apresentados nas entrevistas revelam a falta de infraestrutura da Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel-PR. De acordo com os profissionais, as aulas eram ministradas nas mesas do refeitório, os alunos tinham dificuldades para concentrarem-se. Havia restrições de materiais para desenvolver as atividades. Também não havia espaço para as atividades de educação física, o que, nesse caso, limitava e ainda limita a ação do professor na Ala.

O ambiente digamos que é meio inadequado, porque acaba ficando 3 professores num ambiente apertado. Esses dias nós tivemos 3 professores falando alto e isso atrapalhava. O ambiente é ainda pequeno e apertado. Há uma luta grande pra conseguir ampliar, até mesmo uma quadra pra estes alunos estarem praticando esportes. É um recinto fechado, não tá legal ainda e pra dar aula a gente da aula na mesa onde eles fazem o lanche, naquela mesa. Então assim, falta uma estrutura legal ainda [...] (Sujeito 5).

[...] não temos uma biblioteca, não temos um laboratório de informática, com relação a Educação Física, nós não temos um ambiente para isso e não dá para sair com eles por ai em qualquer lugar. Então, nós não temos um local para fazer, um ginásio de esportes, os materiais que a gente possa trabalhar com eles, então há esta dificuldade. E o refeitório também que é onde trabalhamos, nas mesas que eles usam como refeitórios, então é tudo muito sentado em conjunto. É ali que a gente tem o momento de atendimento, não tem nenhuma sala separada, nós atendemos no mesmo espaço os três professores, isso também dificulta um pouco porque acho que tira um pouco a atenção, pois quando a gente vai fazer alguma atividade que faz um pouco de barulho ou alguma atividade que seja diferente, eles são adolescentes eles são curiosos. Então, tudo atrapalha nessa questão (Sujeito 6).

Eu acho que o espaço físico não favorece muito o aprendizado, a gente trabalha em mesas que são de refeitório. Então, tem duas mesas, um está conversando aqui e explicando e o outro está do lado e já explicando para outra turma, não tem essa separação, não tem o espaço físico necessário para você dar aula, então você adapta a tua aula ao espaço que você tem. Recursos didáticos não são muitos, tem só um quadro, daí os outros ficam sem quadro, então se você for usar o quadro, assim mídia, essas coisas não tem, você tem que levar atividades prontas, passar o conteúdo e eles fazerem essas atividades. [...] O espaço reservado para nós é das 15:30h às 17h, porque antes eles tem outras atividades como atendimento médico, psicológico, atividades internas do hospital. Então, após o meio dia eles têm que dormir, pois estão medicados, 15h eles acordam, mas nem todos eles acordam, porque conforme a dose de medicamento eles passam a tarde toda dormindo para desintoxicar (Sujeito 7).

O espaço físico da Ala de Desintoxicação influencia diretamente na realização das atividades educacionais propostas pelo SAREH. A Portaria/SNAS Nº 224 - de 29 de janeiro de 1992, que dispõe sobre o Leito ou Unidade Psiquiátrica em hospital geral, destaca que

O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, dentre outros). Os pacientes deverão utilizar área externa

do hospital para lazer, educação física e atividades socioterápicas (BRASIL, 1992).

Porém, essa realidade não é a da Ala de Desintoxicação, como explicitaram os Sujeitos 5, 6 e 7. O espaço destinado à Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel-PR não foi pensado para dar suporte às aulas dos pacientes. Reitera-se que os profissionais vivenciaram e vivenciam inúmeras limitações para o desenvolvimento das atividades na Ala de Desintoxicação. Primeiramente, a ausência de espaço dificulta o trabalho, pois são três professores ministrando as aulas ao mesmo tempo, para diferentes grupos, de diferentes idades e níveis de escolaridade. Entre eles, estão os evadidos da escola, os matriculados na rede de ensino e também os analfabetos. A realização das aulas ocorre nas mesas de refeitório, com carência de recursos didáticos. Falta biblioteca e um laboratório de informática⁴³. As aulas de Educação Física também ficam prejudicadas por falta de espaço adequado. Por fim, há, ainda, os efeitos do tratamento para desintoxicação, os quais configuram-seem um limite à participação de alguns adolescentes nas aulas oferecidas pelos professores do SAREH.

Além das limitações que permeiam a infraestrutura da Ala de Desintoxicação do HUOP, salientamos, novamente, a existência das restrições para desenvolver o atendimento pedagógico educacional hospitalar aos adolescentes internados na referida Ala, como expressaram os Sujeitos 1 e 4:

Assim, tem toda uma construção desde quando o programa foi implantado dentro do hospital. Anteriormente tinha muita restrição com relação à Ala, a questão desde encaminhar materiais lá, não poderia levar caneta, nada de que fosse ponte agudo, não podia levar uma tinta, então tinha toda uma restrição, não podia levar as vezes um pirulito, por exemplo,; o pirulito ele tem uma ponta[...]. Então assim, nós percebemos que teria que ter esse controle, e as vezes a gente queria fazer uma atividade maior, com maior dinâmica, com mais lucidez e a gente acaba podada por isso [...] (Sujeito 1).

Não era o ideal, lá na “psiquiatria” mesmo, pela questão da segurança, era bem complicado. Por exemplo, contar lápis “quantos lápis você entrou?” as vezes sumia um lápis lá e era um pânico, por causa da segurança a gente não podia correr o risco de deixar um lápis ou uma caneta lá [...]. O principal problema era esse (Sujeito 4).

⁴³ De acordo com a Instrução Nº 16/2012, que estabelece os procedimentos para a implantação e funcionamento do SAREH, cabe ao Departamento de Educação Especial e Inclusão Educacional disponibilizar equipamentos de informática para o atendimento das necessidades especiais dos educandos atendidos pelo SAREH (PARANÁ, 2012, p.5).

Como descrevem os Sujeitos 1 e 4, na Ala de Desintoxicação do HUOP havia algumas restrições para que fosse mantida a integridade física dos pacientes e dos profissionais. O Sujeito 4 aponta que, ao atuar na Ala, “[...] o principal problema era esse”, pois havia um cuidado com o tipo de materiais que iriam utilizar para ministrar as aulas. Essa realidade nos remete à realidade das aulas realizadas em presídios:

Nos presídios, o quadro negro é substituído pelo diálogo; folhas brancas e lápis são distribuídos nas aulas e recolhidos cotidianamente no seu término, para não se tornarem objetos de agressão e comunicação entre presos (PAULA, 2010, p. 56).

As dificuldades apontadas pelos profissionais caracterizam-se como limitações para a realização do trabalho no ambiente hospitalar. Nesse caso, predominantemente no que tange à Ala de Desintoxicação do HUOP, a realidade dos adolescentes dependentes químicos atendidos pelo SAREH tem algumas particularidades em relação aos demais pacientes atendidos pelo programa. Para os profissionais, o desafio é o de que:

[...] justamente pela questão da especificidade, a patologia deles, a questão de risco, a questão social, então eles são diferentes, é um público diferenciado se a gente for considerar o atendimento em outras Alas, [...] porque nós vamos lidar com meninos e meninas, muitos em conflito com a lei. Enfim, quando eles chegam aqui eles chegam no fundo do poço, família falhou, igreja falhou, a sociedade, a escola, todos falharam e essa menina e esse menino chegaram no fundo do poço (Sujeito 1).

[...] não é regra, mas geralmente já está fora de sala de aula e o paciente que tá lá “quebrado” até ontem ele estava estudando, então essa é a diferença (Sujeito 5).

Aos meus olhos é uma cativação que a gente tem que ter com eles, então eu sinto que tem que ter uma conquista porque eles, assim, eles vêm de muitos problemas, a maioria deles tem problemas familiares, não tem estrutura adequada para os adolescente, passaram por abusos, alguns passaram por violência, várias formas. Então alguns deles eu percebo que eles têm uma restrição, então nós temos que tentar cativar eles, tentar conversar com eles, ter uma tranquilidade maior, ter um pouco mais de paciência com eles é uma conquista na verdade pra chegar a ter uma participação e para ter o resultado esperado (Sujeito 6).

Para Araújo (2014),

É preciso que os professores e pedagogos desenvolvam uma escuta sensível a partir das histórias de vida dos Sujeitos, que na maioria, são histórias de exclusões sociais e de relações desastrosas tanto na vida pessoal quanto escolar, sobretudo quando se trata de alunos hospitalizados em clínicas psiquiátricas (ARAUJO, 2014, p.8).

A realidade apresentada pelos profissionais nos faz refletir sobre as condições de vulnerabilidade social a que estão submetidos os adolescentes internados na Ala de Desintoxicação. Isso converge com o perfil dos adolescentes apresentado no Capítulo II, segundo o qual, entre 2011 e 2013, os adolescentes que estavam evadidos da escola representavam 79% dos internamentos na Ala, já os que cometeram atos infracionais eram 73%.

Desse modo, considerando a realidade dos adolescentes atendidos na Ala de Desintoxicação, os profissionais 1 e 5 explicitaram o que é possível ofertar aos pacientes que se encontram nestas condições.

[...] Portanto, o que o programa enquanto escolarização vai poder ofertar com todas essas falhas que vem acontecendo até aqui, é um olhar bem diferenciado, cada um é cada um, cada um tem a sua história, cada um vai ter encaminhamentos de acordo com o que é pertinente, de acordo com o que é melhor pra ele, e isso tem que ser feito, como? Em parceria com a família, com a equipe multifuncional aqui do hospital e a rede, porque depois ele vai pra sociedade quem estará acompanhando ele lá é a rede de proteção (Sujeito 1).

Este paciente dependente químico em desintoxicação, o nosso maior trabalho e fazer com que ele goste de estudar. A primeira experiência pra mim lá foi frustrante, porque eu vi que estava dando aula, mas eles não queriam, jogavam a folha para o lado e não queriam aula, então foi frustrante. [...] este é um trabalho que requer profissionalismo, não pode ser qualquer preparo tem que ser um professor preparado, com profissionalismo voltado e consciente que vai ter que resgatar o aluno a gostar de ter aula de novo e as vezes a gente consegue. [...] nós, tanto os enfermeiros, os médicos, a pedagogia, nós temos um empenho ali de tentar resgatar este aluno de volta para a escola. Porque a maioria deles estão nas drogas e não estão na escola (Sujeito 5).

Compreende-se que, além dos aspectos organizacionais, os profissionais do SAREH encontram desafios que necessitam ser enfrentados por meio do atendimento da Rede de Proteção Social.

[...] é um programa que não é isolado, ele vai precisar da escola ele vai precisar do conselho tutelar da assistência social do serviço de psicologia muitas vezes da saúde. [...] então assim, ele por si só, sozinho ele não vai dar conta (Sujeito 1).

É toda uma equipe trabalhando em cima daquele aluno, professores, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, conselho tutelar e a própria justiça e ele não vai querer [...] (Sujeito 5).

Os Sujeitos 1 e 5 ponderam que o SAREH realiza um trabalho em conjunto com a Rede de Proteção Social. A busca por essa intersectorialidade entre as distintas áreas do governo, otimizando espaços, serviços e competências, é condição primordial para que as crianças e os adolescentes sejam atendidos, como prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, de 1990. Ressalta-se, ainda, que a ação articulada entre políticas intersectoriais e intergovernamentais permite a troca entre agentes sociais e, portanto, potencializa e amplia o desempenho de cada política pública (NECA, 2010). Contudo, pondera-se que,

Historicamente, as políticas públicas organizadas setorialmente, do ponto de vista de seu alcance social, demonstraram-se insuficientes em relação à atenção aos indivíduos e grupos socialmente vulneráveis. O fazer das políticas setoriais tem se mostrando também fragmentado, amiúde com sobreposição de ações e, conseqüentemente, parcial na implementação de suas propostas de cobertura (NECA, 2010, p.13).

No que tange aos direitos educacionais das crianças e dos adolescentes, principalmente no que se referem à educação e à saúde, a escola necessita de articulação com a Rede de Proteção Social. Contudo, por inúmeros motivos, a precarização das condições de trabalho acaba repercutindo no atendimento prestado pela Rede de Ensino e concomitantemente no SAREH.

3.4 A continuidade do processo de escolarização e a manutenção com o vínculo escolar

A educação é um direito social, garantido mediante inúmeras legislações, como salientou-se no Capítulo I deste trabalho. Reitera-se, aqui, que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, ampara e preconiza o direito à educação de crianças e adolescentes.

Art. 53. A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes: I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; II - direito de ser respeitado por seus educadores; V - acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência (BRASIL, 1990, p.5).

O direito pela educação de adolescentes dependentes químicos, hospitalizados para o tratamento de saúde, não é diferente. Embora muitos estejam evadidos do ambiente escolar, o atendimento pedagógico educacional hospitalar tornou-se um interlocutor entre a escola de origem e os alunos em evasão escolar⁴⁴.

Segundo Fonseca (1999), o atendimento pedagógico educacional contribui para a reintegração da criança hospitalizada na sua escola de origem ou para o seu encaminhamento à matrícula após a alta, pois muitas delas, mesmo em idade de obrigatoriedade escolar, não frequentam a escola.

Deve-se lembrar que o SAREH teve diferentes proposições sobre a sua finalidade. Em 2008, a Instrução Nº 006/2008 estabeleceu procedimentos para a implantação e funcionamento do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar. Naquele período, o SAREH visava o atendimento educacional aos educandos matriculados ou não na Educação Básica, oportunizando “[...] a continuidade no processo de escolarização, a inserção ou a reinserção em seu ambiente escolar” (PARANÁ, 2008, p.1). Em 2010, o *Caderno Temático do SAREH* reafirmou o proposto pela Instrução Nº 006/2008, a saber: “o objetivo do programa hospitalar é garantir aos alunos pacientes um conjunto de ações, que lhes possibilite a continuidade das suas atividades escolares; reintegrar à escola aqueles alunos que estão fora do contexto de ensino [...]” (PARANÁ, 2010, p. 3). Contudo, em meados de 2012, a Secretaria de Estado da Educação e a Superintendência da Educação (SUED/SEED), lançou a Instrução Nº 016/2012, a qual substituiu a Instrução Nº 006/2008 e estabeleceu que o SAREH teria a seguinte finalidade: “[...] prestar o atendimento educacional público aos alunos matriculados ou não na Educação Básica, [...] que necessitam de continuidade em seu processo de escolarização e, a manutenção do vínculo com seu ambiente escolar” (PARANÁ,

⁴⁴ Constatou-se, por meio desta pesquisa, que inúmeros pacientes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP encontravam-se em situação de defasagem escolar. Esse dado se confirmou ao identificarmos o perfil dos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação, no período de 2011 a 2013. Além disso, no referido período, 79% dos pacientes encontravam-se em situação de abandono escolar.

2012, p.1). O que se pode evidenciar é que não compete ao SAREH realizar a inserção e/ou reinserção dos pacientes que não estão matriculados na rede de ensino, embora o Programa faça os encaminhamentos para que isso ocorra, conforme narra o Sujeito 1:

[...] tem os casos que estão sem matrícula, então assim, de acordo com a nossa organização aqui, a gente tem que estar encaminhando e estar informando a autoridade competente né, porque se não, não tem como o SAREH fazer a matrícula, não compete esse programa a fazer isso, então é informado a assistente social do hospital, o protocolo é esse, [...] para que a assistente social faça os contatos com o conselho, ministério público, enfim. [...] mas nós tentamos trabalhar sempre com parceria, então tem alguns casos que eu mesmo entro em contato com o conselho tutelar [...] (Sujeito 1).

Nesse sentido, o SAREH se propõe a realizar ações que oportunizem e permitam aos adolescentes o acesso à escola. Os profissionais realizam os devidos encaminhamentos para que isso ocorra da melhor forma possível, explicitando que

A questão da reinserção com os escolares específicos do município de cascavel isso é tranquilo, porque aqui é perto, é próximo, os programas são daqui, as redes são próximas, então assim, é mais fácil a gente fazer esse intercambio né, e aí a gente consegue fazer com que ele vá pelo menos um ou dois dias, mais assim a questão da continuidade isso não é mais com o programa[...]. Então, a gente faz todos os encaminhamentos, a escola está ciente e acredita-se que esse aluno retorna, mas o que acontece, o aluno vai uma ou duas vezes e não se tem um grande percentual disso e depois ele não retorna à escola, em um primeiro momento quando o aluno volta, voltou. Mas, eu não vou poder responder por que esse adolescente não deu continuidade [...] (Sujeito 1).

Logo no início do internamento eu acompanho todos os internamentos para coletar os dados se [...]. Quando é um caso que está evadido da escola eu já de imediato parto pra tentar localizar qual foi a última escola que ele estudou e aí já pego com a família qual é o endereço que está morando agora e já vou levantar qual a escola mais próxima e buscar junto as escolas vaga, quando a gente consegue que a escola já dá abertura de imediato, a gente já encaminha a família durante o internamento mesmo para a inserção, matrícula. Quando a gente tem alguma dificuldade a gente pede ajuda do núcleo de Educação. Mas pelo menos no período que eu estou aqui, os casos que estavam fora da escola todos saíram matriculados. Então, um dos encaminhamentos é ele sair daqui matriculado. Nós fazemos este trabalho com adolescentes também de fortalecimento deste vínculo com a escola, de fazer com que ele compreenda a importância dele estar na escola e a gente tenta que ele saia daqui na alta com uma matrícula escolar. Sempre em

concordância com a família, a gente traça estratégias e corre atrás pra dar essa assistência. Todos entendem a importância e a necessidade de estar na escola. [...] Agora, nós não temos como garantir. Nós fazemos a nossa parte de encaminhamentos, com matrícula, mas quando sai daqui nós não temos como garantir se ele vai continuar frequentando (Sujeito 8).

Esses encaminhamentos são realizados para que os alunos que não estão matriculados sejam inseridos e/ou reinseridos no ambiente escolar. Contudo, embora esses encaminhamentos sejam realizados, não é atribuição do SAREH e sim do Serviço Social do HUOP, conforme mencionado. Contudo, cabe mencionar que há casos de adolescentes que se encontram internados na Ala de Desintoxicação do HUOP, em que o vínculo com a instituição escolar já foi interrompido ou nunca existiu, como expressou o Sujeito 6: “*Tem alguns ali, que eu já peguei, que não sabia escrever o nome dele, com 16 anos [...]*”.

Por outro lado, quando os alunos estão matriculados na rede de ensino, caberá ao professor

[...] realizar o atendimento ao aluno, desenvolvendo atividades a partir da Proposta Pedagógica-Hospitalar, em consonância com o Plano de Trabalho Docente encaminhado pela escola na qual o aluno encontra-se matriculado. Instrução (PARANÁ, 2012, p. 5).

Porém, há dificuldades em relação ao retorno das escolas sobre o conteúdo a ser trabalhado com os adolescentes, como manifestou o Sujeito 2:

Do ano todo que eu fiquei lá, de 2012, só tinham 3 alunos que vieram diretamente de colégios. Eles estavam matriculados e frequentando na medida em que a dependência permitia a eles. Nós entramos em contato com a escola. Perguntamos onde o aluno parou para que a gente pudesse dar continuidade. Eles demoravam a responder, então assim, o problema era a demora em responder (Sujeito 2).

Nesse caso, seria “[...] preciso considerar que nas práticas educativas dos professores hospitalares ainda existem muitas dificuldades no que diz respeito ao contato com as escolas de origem das crianças e adolescentes” (PAULA, 2010, p.59). Para muitos desses professores, como salienta o Sujeito 2 sobre a interlocução com a instituição escolar, “[...] as condições precárias de trabalho associados ao desinteresse pela realidade dos alunos faz com que essas crianças sejam esquecidas” (PAULA, 2004, p.26).

Zaias (2011, ao tratar do trabalho da Escola no Hospital, expõe sobre a necessidade de um trabalho integrado, ou seja, entre a escola de origem e o trabalho dos professores. Entretanto, na maioria das Escolas nos Hospitais no Brasil, ocorre que o professor hospitalar é quem acompanha e avalia o aluno e tem pouco ou quase nenhum contato com os professores das escolas de origem dos alunos hospitalizados. Assim, é necessário pensar que ainda são precárias as formas de integração entre as Escolas nos Hospitais e Escolas de origem das crianças e adolescentes em internamento hospitalar.

Nessa perspectiva, os entrevistados foram questionados sobre a existência de uma possível resistência por parte da rede de atendimento educacional para receber os adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP. Nesse caso, a resistência ainda constitui um obstáculo a ser enfrentado pelos profissionais.

Olha, a gente percebe o seguinte, no momento em que a gente vai fazer esse contato, em alguns casos sim, mas assim, quando a gente argumenta, ó é aluno, é isso, tem direito, a escola aceita, mas alguns casos a escola em primeiro momento. “A, mas ele não está frequentando” [...] (Sujeito 1).

Existe, nossa, por parte das escolas é comum (Sujeito 5).

Existe, existe sim, não posso dizer que não. Em alguns casos a gente tem um pouco de resistência. Dos casos que eu atendi até agora, teve um pouco de resistência sim, por conta do histórico do aluno que as vezes está desgastado. Mas a gente procura fazer a conversa e fazer os encaminhamentos visando o direito primeiro de tudo. O direito que o adolescente tem à escola. Mas não posso dizer que não tem resistência, tem sim (Sujeito 8).

Embora os profissionais tenham se pautado no direito educacional para garantir o vínculo com a escola, a resistência por parte das escolas em aceitar esse alunado torna-se um desafio para garantir a continuidade do processo de escolarização fora do ambiente hospitalar. O Sujeito 5 argumenta que “*eu mesmo em sala de aula não gostaria de ter aquele aluno problemático na minha sala porque eu sei que vai cair a qualidade das aulas*”. Pra Leite (1999), isso se dá, pois

O uso de drogas e álcool também afeta o desenvolvimento de funções sociais e o estabelecimento de relações interpessoais. Os adolescentes dependentes de drogas e/ou álcool são frequentemente afastados dos outros jovens da mesma faixa etária,

assim como das normas existentes nas atividades rotineiras da adolescência.” (LEITE et al, 1999, p. 142-143).

Assim, os Sujeitos 4 e 5 expressam como se sentem ao receber alunos com o histórico de dependência química em ambiente escolar:

A gente tem muita dificuldade de trabalhar essa situação e nós gostaríamos de ter na escola, ajuda em relação a isso, porque a gente se sente meio indefeso. Pensa você ali em uma sala do 6ºano, alunos entre 10 e 11 anos, de repente tem um aluno de 13/14 anos que você sabe que tem todo um histórico, a gente se sente apreensivo. Dá uma insegurança. Eu não estou falando que eles não deveriam estar lá, mas eu acho que do jeito que as coisas são feitas, só jogar nas costas da escola, também não acho que seja adequado. Inclusive a gente tem problemas seríssimos, de alunos que ameaçam os outros, geralmente são menores, porque esses alunos se evadem da escola, eles repetem o ano, são mais velhos em uma sala praticamente de criança. Eu acho que inclusão tem que ser feita, mas não é assim, pegar e colocar de baixo do tapete. Eu não vejo o Estado preocupado em ir lá e investigar, ver como é que está sendo, se a gente está sendo ameaçado ou não. Quando a gente tem problema recorremos ao núcleo e eles vêm com a lei, dizendo “eles tem direito de estar aqui”. Eu acredito, eles têm direito de estar lá, mas e os outros, os que são ameaçados? As drogas estão dentro da escola de uma forma assustadora. (Sujeito 4).

[...] Na escola mesmo, a gente percebe, a gente vê que aluno problema não é legal se puder não ir para a escola, melhor, mas se veio para a escola a nossa obrigação é resgatar ele. (Sujeito 5).

De acordo com Silva et al (2010, p.45), as escolas já [...] “há algum tempo resistem, dentro de suas possibilidades, contra a “violência humana” (psicológica, fumo, álcool, exploração sexual e aliciamento de crianças e adolescentes e outros) praticada dentro e fora das escolas”. Em relação às drogas na escola, Abramovay e Castro ponderam que

As vulnerabilidades sociais, as inseguranças e os processos macrosociais podem levar à inferência de que a escola seria impotente para lidar com a questão das drogas, já que ela apenas refletiria um problema que lhe passa, que se ancora em complexos processos e em um poder criminoso, que vem ganhando expressões, que Alarma a sociedade – o tráfico de armas e de drogas. Ou seja, a questão das drogas não se restringe somente aos jovens, nem à escola. (ABRAMOVAY; CASTRO, 2005, p.117).

As drogas no ambiente escolar estão precedidas pela sua presença nas imediações da escola e posteriormente dentro do ambiente escolar, caracterizando-se, portanto, como um reflexo social que não se limita apenas à instituição escolar.

No cotidiano da escola, a partir das respostas dos Sujeitos da pesquisa, compreende-se que o enfrentamento da questão da drogadição é uma tarefa demasiadamente pesada e desgastante, apresentando-se como um desafio para a escola e sociedade contemporâneas, pois a instituição escolar pública, muitas vezes, carece de recursos materiais e de profissionais capazes de desenvolver um trabalho com esses adolescentes. Essa é uma grave problemática social, que merece atenção do poder público, com vistas a aprimorar as políticas públicas para enfrentamento dessa situação (ABRAMOVAY; CASTRO, 2005).

3.5 Os Desafios, Limites e as Possibilidades no Atendimento do SAREH aos Adolescentes Dependentes Químicos

O reconhecimento das atividades do professor em âmbito hospitalar deve ser resultado da reflexão e comprometimento com o que faz e da clareza de ser o mediador dos processos de aprendizagem do aluno hospitalizado. Nesse sentido, independentemente da condição de saúde do aluno, ele deve ter seus direitos e necessidades assegurados, conforme prevê a Constituição Federal de 1988 (FONSECA, 2010). Entretanto, embora o direito à educação seja preconizado pela constituição Federal de 1988, não se pode desconsiderar que, em decorrência do estado de saúde dos alunos hospitalizados, esse direito poderá ser limitado.

Desse modo, os profissionais foram questionados se o uso de substâncias psicoativas, sejam elas lícitas ou ilícitas, influencia o processo de aprendizagem dos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel-PR. Os profissionais que trabalharam no programa entre os anos de 2011 e 2016 prestaram as seguintes respostas:

[...] pode ou não estar interferindo no processo de aprendizagem, mais a maioria que chega aqui é constatado que eles tenham dificuldades e a justificativa é o que? É a questão da drogadição, (Sujeito 1).

Acredito que sim, até porque o usuário, o dependente acaba rompendo a frequência escolar. É uma criança que não frequenta, então não há continuidade no processo até de alfabetização

daqueles que começaram muito cedo. Eram alunos que tinham muita defasagem, a gente atendeu casos de analfabetos, crianças que realmente tinham muitos problemas de aprendizagem, de falta de conteúdo porque se tornaram dependentes e acabaram colocando a droga como prioridade. (Sujeito 3).

Eu acho que sim, porque nós recebíamos alunos com 16 anos, 17 anos, mas alunos dessa idade que não eram alfabetizados [...] Então, atribui isso a esse uso de medicamentos, a dificuldade é tão grande, em alunos com uma idade tão avançada. Eu não tenho fontes científicas disso, estou falando da minha observação, porque imagino uma dificuldade tão grande deles serem alfabetizados numa idade como essa. [...] (Sujeito 4).

Eu diria que sim, mas há exceções [...] (Sujeito 5)

A meu ver eu acredito que sim, apesar de no momento eles também estarem medicados, estarem em um ambiente diferente do dia a dia deles, mas assim, percebe-se que alguns têm bastante esquecimento, perda de memória, dificuldade de aprendizado (Sujeito 6).

Muito, do meu ponto de vista, muito, porque o tempo deles de percepção e entendimento do conteúdo é muito maior. Então, se você fizer a relação entre idade e grau de estudo você vai ver que está totalmente fora a idade dele com a série que ele está. Poucos alunos estão na série normal pela idade, geralmente tem uma defasagem de um, dois, três anos, é em decorrência da droga? Não sei, mas existe essa dificuldade. Então você tem alunos semianalfabetos, quer dizer, analfabetos com uma dificuldade muito grande [...] (Sujeito 7).

Segundo Leite et al (1999 p. 144), “[...] o diagnóstico de dependência ou abuso de substâncias na adolescência implica que estes apresentem prejuízos e disfunções causados pelo uso”. Para os profissionais que trabalharam cotidianamente com estes sujeitos, o uso de substâncias psicoativas interfere no processo de ensino e de aprendizagem. Segundo o Sujeito 4,

“[...] era uma dificuldade imensa você ensinar, um dia, eles reconhecerem as letras e nos outros dias eles não sabem. Então aquilo era triste, era até desanimador, nossa, parece que o trabalho não surte efeito nenhum”.

Como identificamos na coleta de dados referente ao perfil dos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação entre 2011 e 2013, apenas 1% indicou ser analfabeto. Contudo, nenhum adolescente concluiu o Ensino Médio, grande parte apresentava estar em distorção idade-série, e 67% estava cursando ou evadido do

Ensino fundamental II. Destes, 37% iniciou o uso de drogas ainda na infância; entre as SPA mais consumidas estavam a maconha, o álcool e o tabaco. Verifica-se que, “quanto mais cedo se desenvolve a dependência de substâncias psicoativas na adolescência, maior a probabilidade de ocorrerem atrasos no desenvolvimento e prejuízos cognitivos, com suas respectivas repercussões.” (Chen, 1995, apud LEITE; Et al, p. 143, 1999).

A relação entre drogas e rendimento escolar envolve inúmeros fatores internos e externos. Para Abramovay e Castro (2005) existe uma relação entre o uso de drogas ilícitas e a frequência de reprovações. Se forem considerar as médias para o conjunto das capitais brasileiras, percebe-se que a proporção de alunos que já experimentaram drogas e/ou usam com frequência e que já reprovaram são maiores que aqueles que não fazem uso de drogas, mas já reprovaram. Nesse caso, constata-se que a média dos que reprovaram mas afirmam nunca terem feito uso de drogas é de 16,2%, enquanto a média daqueles que as utilizam com mais frequência é duas vezes maior (31,3%).

Contudo, para Abramovay e Castro (2005), é necessário cautela no tratamento dessa temática, pois, embora exista a relação entre o uso de drogas e as reprovações, não se pode associar a reprovação à imagem do usuário de drogas. Muitas vezes os jovens estão desestimulados, desinteressados com o ambiente escolar do qual fazem parte, o que pode culminar com reprovações, distorção idade-série ou até mesmo o abandono escolar. Além disso, o desencanto com a escola e com a educação e o desinteresse pelos estudos podem ser estímulos para a busca do envolvimento com as drogas. As autoras salientam que fatores como a exclusão social, a perda de referências coletivas e a ausência de projetos de vida dão lugar a situações propensas ao consumo de drogas (ABRAMOVAY; CASTRO, 2005).

Assim, como na escola, há aqueles alunos que resistem às aulas ofertadas em ambiente hospitalar. A exemplo disso, procuramos identificar, por meio das entrevistas realizadas, se há alguma forma de resistência por parte dos alunos em participar das aulas ofertadas por meio do SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP. Como resposta foi possível identificar que:

Alguns sim, era do perfil do aluno. Principalmente os pequenos. Ali você não encontrava só adolescentes, haviam muitas crianças que

eram dependentes químicos, de seis anos, e estes eram os que relutavam mais, aí eles queriam atividades menos teóricas, eles queriam coisa mais pra pintar que nem sempre é o nosso foco ali. Porque se ele já é alfabetizado, se ele pode estar inserido na escola, porque não dar continuidade ali? E era uma coisa que eles não gostavam tanto. E também, os que eram oriundos da rua apresentavam essa maior resistência com os estudos (Sujeito 2).

A respeito disso, há a necessidade de enfrentar os desafios dessa atividade com sensibilidade. “É necessário que o profissional tenha contato e seja sensibilizado a respeito dessa nova maneira de se pensar as diferenças, para que possa ter uma prática inclusiva” (ARAÚJO, 2014, p. 8). Ainda sobre a resistência por parte dos adolescentes a participarem das aulas ministradas pelo SAREH:

Existe pelo seguinte, eles começam a perceber, isso é incrível, chega até ser cômico, eles começam a perceber que eles não sabem mais fazer contas de X, por exemplo, “a professor isso eu já sei” eles começam a fazer e não sai nada, pegam divisão “que isso professor? Tenho que aprender de novo” eles mesmos dizem “a droga acabou com meu cérebro, eu sabia fazer e agora não sei mais” eles começam a perceber isso e eu acho que seria uma defesa a rejeição pelas aulas, eu acho, eles pensam assim se eu participar das aulas vou me passar por bobo. “Tô no 9º ano e não sei mais coisas do 5º ano, eu sabia, esqueci”. É comum os alunos começarem a atividade parar e jogar, já vi várias vezes aqui, jogar papel, jogar caneta, levantar e falar “eu vou dormir” eu vejo isso como uma defesa[...]. Eu acho que é uma defesa porque depois de um período de tempo eles voltam a fazer. [...] há casos que até o final ele bate o pé e diz que não quer ter aula. Não é comum, mas no ciclo passado teve um aluno que bateu o pé até o final e não teve aula. [...] Olha a proposta do SAREH é bem legal, vale a pena investir neste trabalho, porque é um resgate social em relação ao dependente químico. A parte do dependente químico é um trabalho que requer muito esforço do professor, não pode desanimar no primeiro não, porque vai ter o primeiro, o segundo, terceiro, quarto, as vezes são quinze dias de aula e o aluno diz “não quero” de repente ele muda. (Sujeito 5).

*Existe, alguns se negam a participar da aula. Então eles ficam o ciclo todo internados e são poucos, mas alguns se negam sim e não participam e essa questão fica livre pra eles também, eles não são obrigados e alguns se negam, mas é a minoria. **Por que você acha que existe esta rejeição?** Eu acredito que é por vários fatores. Então por talvez eles estarem numa idade e não estarem adequadamente com a aprendizagem que eles deviam estar. Tem alguns ali que eu já peguei que não sabia escrever o nome dele com 16 anos, então assim, ele vai sentir vergonha do outro colega que sabe ler, sabe escrever, que sabe interpretar, então assim, alguns têm muita dificuldade e também pela questão do uso da droga mesmo. Então eles vêm ali, eles ficam ali, alguns deles não vêm ali por livre e espontânea vontade, estão ali por mandato do Juiz,[...]*

não querem estar ali e eles se negam a qualquer ajuda, eles vêm a nossa aula também como uma ajuda, como alguém que está ali querendo ajudar eles, então eles se negam (Sujeito 6).

Eles têm dificuldades, às vezes no começo dos ciclos eles estão revoltados por estarem ali, nem todos eles estão lá porque eles querem, então é uma internação compulsória, por questão judicial ou porque a família trouxe obrigado. Então, existe uma resistência sim, mas não em relação à aula, mas em relação ao fato deles estarem internados e isso reflete no estudo, só quer ficar na cama. Na primeira semana existe essa resistência, mas com o passar do tempo, não, ela se acaba, ele acaba se adaptando e aceitando a condição de estar internado. (Sujeito 7).

Tem alguns que dependendo o dia eles se recusam a participar. Então tem uma regra, no horário previsto para o atendimento todos eles têm que participar. Se aconteceu uma coisa que se recusa, aí enfim, não tem como obrigar também, [...] mas no geral são casos pontuais e também de determinados dias. O adolescente está participando normalmente e determinado dia ele não está bem, ou porque ele está sonolento ou irritado, que é uma consequência também da abstinência. Mas no geral eles participam muito bem, eles gostam (Sujeito 8).

Os desafios elencados pelos profissionais com relação à resistência dos adolescentes em participar das aulas ofertadas pelo programa perpassam questões como a “vergonha” que alguns pacientes possuem por não saberem ler ou escrever e os efeitos do tratamento para dependência química. Contudo, o Sujeito 8 reitera que *“No começo eles ficam mais resistentes, mas com os passar dos dias a gente percebe que a gente consegue conquistar a maioria. Então eles já ficam esperando e na maioria eles participam muito bem”*. Igualmente, os relatos dos outros profissionais, enfatizam que havia alunos dispostos a receber o atendimento do SAREH no HUOP de Cascavel-PR.

[...] as vezes eles davam uma enrolada, mas parecia que gostavam da gente estar ali, era uma maneira deles verem mais gente, mais movimento, ter contato com outras pessoas, outras informações, ocupava de uma certa maneira o tempo deles também. Eu percebia que não era desagradável a nossa presença ali (Sujeito 3).

Eu acho que o professor é muito bem recebido lá, eles não têm uma aversão ao professor, eles gostam do professor, do profissional [...]. Tanto que os profissionais da área gostam da presença do professor, porque ocupa os adolescentes, eles não ficam ociosos (Sujeito 7).

Segundo Araújo (2014), o professor da Classe Hospitalar deve estar disposto a trabalhar em conjunto com a equipe que presta assistência aos educandos, para, dessa forma, contribuir com os cuidados à saúde como também aperfeiçoar o planejamento de ensino. É importante que todos discutam juntos as necessidades dos pacientes e possam, dessa forma, tornar possível a cooperação de toda equipe, no sentido de trazer melhoras ao aluno-paciente, bem como auxiliar no trabalho de outras áreas que atuam no hospital.

Ao se expor a realidade à qual estão submetidos os pacientes internados na Ala de Desintoxicação e os profissionais que trabalham/trabalharam no SAREH do HUOP de Cascavel, constata-se que existem inúmeros desafios. Sobre a experiência de trabalhar com os adolescentes dependentes químicos, os profissionais expuseram que:

Sim, na escola mesmo, a gente tem vários casos de alunos que são usuários. A diferença é que não estão sendo tratados ainda (Sujeito 3).

Não, no máximo um aluno em sala de aula, mas não era uma coisa tão direta. Não é incomum a gente ter alunos dependentes químicos na sala de aula regular, é a realidade de muitas escolas (Sujeito 4).

Olha, só em sala de aula, em sala de aula já. Digamos assim, eu estou cansado de ver alunos drogados em sala de aula [...]. Acho que quem é professor do estado e trabalha pelos bairros já tem experiência com alunos drogados (Sujeito 5).

Na escola eu diria que a gente constantemente está em contato com o aluno dependente químico. A diferença é que ele não está aqui internado [...]. Mas na escola a gente se depara diariamente com alunos dependentes. Então é a experiência do dia a dia da escola que eu tenho (Sujeito 8).

Segundo Abramovay e Castro (2005), a presença de drogas em uma maior escala está nas imediações da escola. Porém, não significa que alunos, pais e integrantes do corpo docente não identifiquem a existência dessas substâncias e o uso delas no interior da escola e até mesmo na sala de aula. Como expressam os Sujeitos 3, 4, 5 e 8, a única “experiência” que esses profissionais possuem para trabalhar com crianças e adolescentes dependentes químicos é aquela adquirida no ambiente escolar.

A educação no ambiente hospitalar vincula-se às relações entre o escolar em tratamento de saúde e os profissionais que trabalham com esse aluno. No caso do

SAREH do HUOP de Cascavel-PR, essas relações sofreram a interferência de fatores internos e externos ao hospital. Internamente, os fatores estão relacionados à infraestrutura da Ala de Desintoxicação, à grande demanda atendida no hospital, à formação continuada, ao tratamento para dependência química, ao atendimento coletivo, entre outros. Em relação aos fatores externos estão a resistência das escolas em receber estes alunos novamente, mas, principalmente, aos fatores econômico-sociais a que estão submetidos os adolescentes, o que os impede, na maioria das vezes, de dar continuidade ao processo de escolarização dentro e fora do hospital. Além disso, verificou-se que os limites, aqui também entendidos como desafios ou dificuldades, e as possibilidades apresentadas pelos profissionais que inicialmente realizaram o atendimento na Ala de Desintoxicação em 2011, pouco diferem dos apresentados pelos profissionais em 2016. Desse modo, sobre as possibilidades do trabalho desenvolvido pelo SAREH na Ala de desintoxicação, os profissionais apontaram que:

Eu acho que o SAREH desenvolve um trabalho bem positivo. Eu acredito que dentro do que ele se propõe ele até faça e faça bem feito, porque o problema ali a gente percebe que é uma questão social que envolve tanto a família e outros fatores [...] Porque o programa ele vai fazer a desintoxicação, ele não vai resolver esses problemas de base [...] Ele quer fazer a parte dele de forma paliativa. Ele dá um remédio para os problemas pontuais que estão apresentando agora (Sujeito 2).

Eu acredito ser fundamental. [...] o papel do programa talvez seria contribuir, uma maneira de amenizar as limitações que eles acabaram adquirindo por conta deste tempo fora da escola. Claro que isso seria a longo prazo, em média cada adolescente ficava ali três meses. Então é realmente um tempo pequeno para se fazer uma mudança significativa. [...] Era um trabalho de escolarização, sim, mas pontual, fragmentado (Sujeito 3).

A gente tentava mostrar pra eles a importância da educação, o valor, o conhecimento, tentávamos mostrar a importância da escola, o valor da educação formal na vida da pessoa, mas é difícil, porque aquelas crianças pareciam não ter esperança em nada, era deprimente mesmo, parecia que era meio inútil aquele trabalho que a gente estava fazendo. [...] eles desintoxicavam, voltava pra rua, voltava pros familiares que também estavam envolvidos com drogas e daí a pouco estava lá de novo, o mesmo aluno ia e voltava tantas vezes, que aquilo fazia com que a gente ficasse desanimada, parecia um trabalho perdido (Sujeito 4).

[...] enquanto ele está hospitalizado [...] ele oportuniza a continuidade da escolarização. (Sujeito 5).

[...] com as aulas aqui dentro eles conseguem perceber um outro mundo que eles não estavam vendo lá fora. Como a necessidade do estudo, alguns deles querem estudar e mudar até de escola pela questão das drogas, pela questão dos colegas, então eles pedem pra ver outra escola, pedem ajuda, muitos deles querem ajuda e eu acredito sim na melhora (Sujeito 6).

Primeiro de tudo, em alguns casos tentar o resgate do relacionamento dele com a escola, com os estudos, que muitas vezes se perdeu (Sujeito 8).

O SAREH, nesse sentido, objetivou a continuidade do processo de escolarização. Como mencionam os profissionais, embora este seja um processo amplo, complexo e focalizado, constitui-se como um programa fundamental para o acesso ao direito à educação e à saúde. Todavia, constata-se que, para o professor, é difícil realizar mudanças significativas em um curto período, tendo em vista a defasagem que os adolescentes apresentam:

[...] às vezes o aluno está a 2, 3 anos fora de sala de aula, como é que você vai recuperar este aluno em 30 dias? É difícil, então você retomar o conteúdo que ele já aprendeu, ainda é difícil em 30 dias, mas nosso papel é esse, se dá conta ou não, se o aluno consegue ou não já é outra questão. Às vezes está muito além do pedagógico, às vezes é a questão social (Sujeito 7).

Contudo, mesmo sendo um atendimento à curto prazo, o SAREH poderá representar, para os adolescentes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel, “[...] uma maneira de amenizar as limitações que eles acabaram adquirindo por conta deste tempo fora da escola” (Sujeito 3).

As possibilidades do SAREH de atingir os objetivos a que se propõe vão ao encontro da sua adaptação conforme o perfil dos pacientes atendidos, nesse caso, quando se refere aos alunos matriculados (que não são a maioria dos pacientes atendidos na ala de desintoxicação) o programa, mesmo com suas limitações, consegue dar continuidade ao processo de escolarização.

Para aqueles que já estão matriculados e naquele momento estão afastados da escola, é uma continuidade, é muito bom [...]. Então para esses alunos que estão matriculados regularmente ajuda muito. [...] para esses outros alunos, que não estavam matriculados, que não frequentam a escola. A impressão que dá, é que não está funcionando [...].” (Sujeito 4).

Em outros casos, que eles estão frequentando a escola, estão estudando. É a garantia da continuidade dos estudos deles aqui dentro (Sujeito 8).

Há, também, os casos de reincidência, que, por vezes, acarretam na frustração dos profissionais que atendem na Ala. Muitas vezes, os adolescentes não dão a continuidade ao processo de escolarização fora do ambiente hospitalar. E, como relatam os Sujeitos 3 e 4, o aluno, ao sair do hospital, acaba retomando à sua antiga realidade e logo volta para o hospital.

Dos casos que nós acompanhamos tinham situações assim, eles estavam ali, ganhavam alta, estavam tratados e eram liberados. Voltavam para casa e logo voltava a usar drogas e alguns dois, três meses depois eles voltavam a ser internados (Sujeito 3).

[...] eles desintoxicavam, voltava pra rua, voltava pros familiares que também estavam envolvidos com drogas e daí a pouco estava lá de novo, o mesmo aluno ia e voltava tantas vezes, que aquilo fazia com que a gente ficasse desanimada, parecia um trabalho perdido (Sujeito 4).

Esse é um debate complexo, pois, embora o aluno tenha direito ao acesso à educação e a saúde, em contrapartida, questionam-se quais são as condições dadas pelo Estado para efetivar e garantir o processo de escolarização desses adolescentes, tendo em vista o contexto econômico-social em que estão inseridos. Isso nos remete à análise do perfil dos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação (2011-2013), cujo levantamento possibilitou compreender que muitos vivem com famílias em que pais, irmãos e tios também são dependentes químicos; não possuem renda fixa; há os que nunca frequentaram e/ou evadiram da escola; os que sofrem violência, exploração sexual, tráfico de drogas, situação de rua e de abandono. Nesse contexto, o SAREH torna-se um programa focalizado e paliativo, a fim de responder àquela demanda momentaneamente. Porém, o Sujeito 4 defende o seguinte:

Então eu penso assim, que o SAREH é válido mesmo naquelas situações como quem trabalha na UOPECAN, as vezes está trabalhando com uma criança em fase terminal, você sabe que ela não tem chances, ela está ali naquele tratamento paliativo e você está dando aula pra ela, alguém pode falar assim “mas pra que? que perda de tempo, de dinheiro público” mas é um ser humano [...]. E o SAREH entrava como um elemento humanizador, porque

proporciona o conhecimento ali, no momento de dor, de sofrimento, talvez até naquele momento de aula é que ela vai esquecer que ele está com tanto sofrimento[...]. Então, de repente, isso pra eles era o que eles precisavam pra esquecer a dor, o tédio de tantos dias no hospital, em tudo, porque não é fácil pra quem está lá dentro também (Sujeito 4).

Além de o SAREH prestar um atendimento paliativo social, no que se refere à Ala de Desintoxicação, tem uma segunda importância por conta de seu viés humanizador, caracterizando-se como uma forma de permitir que esses educandos esqueçam o momento de dor e sofrimento pelo qual estão passando.

Especificamente na psiquiatria eu acredito que o sucesso não seja assim tão grande, como a gente gostaria. [...] Mas a gente sabe que é difícil demais, tem muitas outras coisas envolvidas. A gente como professor se sente pequenininho, se sente incompetente. [...] Não acho que essas justificativas que eu apontei seja “Então vamos acabar com o programa”. Eu acho que não, acho que tem que melhorar, dar mais suporte para quem trabalha lá. [...] porque pelo que eu saiba esse atendimento na psiquiatria pelo SAREH, ele não acontece em muitos hospitais por ai não (Sujeito 4).

[...] Com todas as limitações que são normais e que em uma escola regular também se tem, mas eu acredito que é um trabalho muito importante nas Alas, na maioria os alunos as crianças gostam muito, porque não é um período fácil, na Ala “psiquiátrica” também. É um trabalho muito importante, que se não houvesse eles teriam muita perda (Sujeito 8).

Verifica-se que é necessário garantir o atendimento pedagógico-educacional hospitalar prestado pelo SAREH. Embora seja paliativo e pontual, tem a função social de fortalecer o vínculo entre o aluno paciente e o processo de aprendizagem e amenizar as dificuldades de aprendizagem desses educandos.

Por fim, os Quadros 9 e 10 apresentam uma síntese quanto aos limites e possibilidades encontrados pelos profissionais da Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel, durante o trabalho realizado com os adolescentes dependentes químicos atendidos pelo SAREH.

Quadro 9: Limites quanto à continuidade do processo de escolarização e a manutenção do vínculo escolar de adolescentes Dependentes químicos atendidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel – PR, no período de 2011 a 2016

LIMITES QUANTO À CONTINUIDADE DO PROCESSO DE ESCOLARIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DO VÍNCULO ESCOLAR	Nº DE RESPOSTAS
Evasão escolar - Distorção Idade-Série	8
Formação continuada insuficiente	8
Resistência ou desinteresse dos alunos	7
Adolescentes com defasagem e dificuldade de aprendizado e de concentração	7
Problemas de infraestrutura na Ala	7
Aulas ministradas num mesmo espaço	7
Pacientes atendidos nas mesas do refeitório	6
Pacientes analfabetos e semianalfabetos	6
Não há espaço para realizar as atividades de Educação Física	5
Efeitos do tratamento para o processo desintoxicação	5
Restrição quanto aos materiais para se utilizar nas aulas	5
Atendimento em grupo	4
Questão social/Problemas sociais: envolvimento com drogas; situação de rua; conflitos familiares; inúmeras formas de violência	4
Possível resistência das escolas para inserção/reinserção dos alunos/manutenção do vínculo com a escola	4
Escassez de recursos didáticos	4
profissionais desestimulados	3
Programa focalizado	3
Curto período de internamento – 30 dias	2
Pacientes reincidentes	2
Ausência de espaço para as aulas de música e artes e para a biblioteca e o laboratório de informática	2

Fonte: Dados coletados na Pesquisa de Campo – Entrevista com profissionais do SAREH/HUOP-CASCADEL-PR, 2011 a 2016. Elaboração da Autora.

Quadro 10: Possibilidades quanto à continuidade do processo de escolarização e a manutenção do vínculo escolar de adolescentes Dependentes químicos atendidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel – PR, no período de 2011 a 2016

POSSIBILIDADES QUANTO À CONTINUIDADE DO PROCESSO DE ESCOLARIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DO VÍNCULO ESCOLAR	Nº DE RESPOSTAS
Possibilita o acesso ao conhecimento científico, o resgate e fortalecimento do vínculo entre o aluno paciente e o processo de aprendizagem, amenizando dificuldades de aprendizagem	8

Alfabetização para os adolescentes analfabetos e semianalfabetos	6
Currículo e Metodologia flexibilizados	5
Atendimento diário (4 e 5 dias da semana)	5
Parceria com as Redes de Proteção Social	5
Continuidade do processo de escolarização para os que estão matriculados	3
Encaminhamento visando a inserção e reinserção escolar dos que não estão matriculados	3
Contato com a escola de origem dos adolescentes matriculados	2
Atender alunos matriculados ou em situação de evasão escolar	2
Oportuniza a atenção às crianças e adolescentes hospitalizados assegurando o direito Constitucional à Educação	1

Fonte: Dados coletados na pesquisa de campo – Entrevista com profissionais do SAREH/HUOP-CASCADEL-PR 2011-2016. Elaboração da Autora.

Em síntese, este Capítulo nos possibilitou analisar os limites e as possibilidades relativos à continuidade do processo de escolarização e à manutenção do vínculo com o ambiente escolar dos adolescentes hospitalizados na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel e atendidos pelo SAREH entre os anos de 2011 e 2016. As entrevistas contribuíram para compreender a realidade que permeia a Ala de Desintoxicação. Desse modo, para apresentar os dados coletados, foram organizados os Quadros 9 e 10 com as respostas obtidas nas entrevistas com os profissionais sobre os limites e as possibilidades de trabalhar no SAREH do HUOP de Cascavel.

Constatou-se que o SAREH encontra inúmeros desafios, os quais limitaram e ainda limitam a atuação dos profissionais na referida Ala. A evasão escolar e a distorção idade-série entre os adolescentes atendidos na Ala de Desintoxicação foram apresentadas pelos oito profissionais entrevistados como o maior limite para a atuação do SAREH na Ala de Desintoxicação, seguido pela necessidade de formação continuada, pois a que existe é insuficiente para atender a esse público específico.

Além disso, os profissionais também enfrentam resistência por parte de alguns adolescentes. As limitações relacionadas à infraestrutura da Ala de Desintoxicação foram apontadas por sete profissionais, com destaque para o fato de que o espaço é “*pequeno e apertado*” (Sujeito 5), interferindo na concentração dos adolescentes, pois estes são atendidos em grupos, diferentemente das demais alas do hospital. Os profissionais encontraram limites, também, em relação à restrição de

materiais para utilizar durante as suas atividades na Ala de Desintoxicação do HUOP, e enfrentam escassez de recursos didáticos para serem utilizados no Atendimento Pedagógico-Educacional durante as aulas no Ambiente Hospitalar. Reitera-se, ainda, o curto período de tempo para prestar esse atendimento aos educandos, sobretudo em relação aos analfabetos e semianalfabetos.

Salienta-se, ainda, as expressões da “questão social” a que estavam submetidos estes adolescentes: para o Sujeito 2, *“o problema ali a gente percebe que é uma questão social que envolve tanto a família e outros fatores”*. O Sujeito 6 expressou que esses adolescentes estão *“envolvidos com as drogas, bebidas, na rua”, muitos “passaram por abusos, alguns passaram por violência, várias formas”*. Além disso, os *“familiares, também estavam envolvidos com drogas” (Sujeito 4)*.

Assim, tendo em vista os desafios apresentados, salientamos o que foi possível ao SAREH fazer diante destas limitações. Inicialmente, há o currículo adaptado e a metodologia flexível, os quais ocorrem devido à patologia e à infraestrutura da Ala de Desintoxicação. A Rede de Proteção Social também é fundamental para a realização dos encaminhamentos.

Por fim, reitera-se que as entrevistas explicitaram que o SAREH pode oportunizar aos adolescentes hospitalizados o direito à educação e à saúde, mas, antes de tudo, oferecer o acesso ao conhecimento científico, fortalecendo o vínculo entre o aluno paciente e o processo de aprendizagem, com a possibilidade de amenizar as dificuldades de aprendizagem dos pacientes que se encontram internados na Ala de Desintoxicação do HUOP.

O SAREH constitui, enfim, uma Política Social/Educacional que, conforme Deitos,

[...] não são benevolência social, mas a articulação e o jogo contraditório que exprime a luta de classe e as mediações econômico-sociais existentes numa determinada sociedade e contexto social. A riqueza socialmente produzida é a questão determinante desse processo como condição social elementar e, portanto, a sua produção e repartição é que estão em questão numa sociedade de classes (DEITOS, 2010, p. 210).

Além disso, as políticas públicas diretamente dirigidas e definidas pelo Estado são compreendidas como consequência de mediações teórico-ideológicas e socioeconômicas e estão diretamente imbricadas no processo de produção social da

riqueza e, conseqüentemente, de sua repartição e distribuição (DEITOS, 2010, p. 209). Assim, de modo aparentemente contraditório,

[...] o próprio sistema produz a marginalidade e cria, ao mesmo tempo, entidades que têm por ideal ou retórica a promoção da reintegração de suas vítimas, como se já não fossem integrantes deste sistema. Nessa promoção da reintegração o que se busca em verdade é a adaptação dos indivíduos a essas condições de existência no sistema dado (BIDARRA; WOICOLESCO, 2011, p.51).

Nesse contexto, reafirma-se que o atendimento pedagógico-educacional em ambiente hospitalar é parte constituinte da Política Social/Educacional e, como tal, tende a refletir e reproduzir as relações socioeconômicas que figuram no sistema do qual faz parte, ao mesmo tempo em que constitui a repartição e distribuição da riqueza produzida socialmente.

De qualquer maneira, as atividades educacionais promovidas pelos profissionais do SAREH representam a oportunidade de continuidade do processo de escolarização em ambiente hospitalar e também de retomar o vínculo com o ambiente escolar e o conhecimento científico.

CONCLUSÃO

O objetivo geral desta pesquisa foi o de apresentar os processos educacional e administrativo desenvolvidos na Ala de Desintoxicação do SAREH no Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP de Cascavel - PR, visando a análise dos limites e das possibilidades relativos à continuidade do processo de escolarização e a manutenção do vínculo dos alunos hospitalizados com o ambiente escolar.

A continuidade do processo de escolarização e a manutenção do vínculo com o ambiente escolar dos adolescentes dependentes químicos mediadas pelo Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel caracteriza-se por ser um processo complexo, pois se trata de um público com características específicas, conforme levantamento das fichas de Cadastro dos Adolescentes realizadas pelos profissionais do Serviço Social do HUOP. Por meio da análise das 256 fichas foi possível obter o perfil dos adolescentes dependentes químicos atendidos na Ala de Desintoxicação, cuja síntese pode ser assim anunciada: 79% estavam evadidos da escola; 73% já cometeram algum tipo de ato infracional; 57% são reincidentes no tratamento para dependência química; 47% encontravam-se em situação de rua; 18% viviam em famílias sem renda fixa; e 67% tinham na família um ou mais usuários de drogas.

Existem, ainda, como expressaram os profissionais do SAREH, adolescentes que enfrentaram casos de violência física, psicológica e sexual. Também foram identificados adolescentes analfabetos, semianalfabetos, com distorção idade-série e desmotivados para os estudos. Como foi possível analisar, o SAREH enfrenta, na Ala de Desintoxicação, dificuldade na continuidade do processo de escolarização devido à defasagem que muitos adolescentes possuem.

Os dados apresentados no capítulo 2 apontam para a necessidade de um cuidado mais atento aos adolescentes dependentes químicos e suas famílias, para a implantação de políticas públicas capazes de oferecer suporte e atenção a esses sujeitos. Além disso, deve-se atentar para a quantidade de adolescentes atendidos pelo serviço: durante o período da pesquisa, foram 256 adolescentes internados, mas que ainda não representam a totalidade dos internamentos e muito menos o número real de sujeitos que se encontram nessa situação.

As atividades pedagógicas desenvolvidas pelo SAREH para os adolescentes estão permeadas pelos desafios que limitam a atuação dos profissionais, dentre eles

destacam-se: a) A necessidade de formação continuada dos profissionais para subsidiar a discussão sobre as necessidades pedagógicas de atendimento aos adolescentes dependentes químicos; b) Infraestrutura inadequada para o desenvolvimento do trabalho pedagógico, pois as aulas são realizadas nas mesas do refeitório, bem como ausência de espaço para realizar as aulas de Educação Física. Assim, os professores ministram as aulas em grupo, com diferentes níveis de escolaridade, considerando as áreas de Linguagens, Ciências Exatas e Ciências Humanas, o que tende a interferir na concentração, pois estão ministrando aulas ao mesmo tempo (conforme mencionou o Sujeito 2 todos estão “[...] dentro do mesmo ambiente”); c) Restrições quanto à utilização de materiais que representam o risco à integridade física e o número insuficiente de materiais didáticos disponíveis para o desenvolvimento das aulas necessitando o revezamento dos profissionais para a sua utilização; d) Resistência dos pacientes em participar das aulas oferecidas pelo SAREH, como ressaltou o Sujeito 6: “[...] tem dias que atendemos todos, mas tem dias que eles estão dormindo, que eles não querem atendimentos, que eles se negam”. Em conformidade a isso, existem as limitações que o tratamento para desintoxicação impõe aos sujeitos: “[...] conforme a dose de medicamento eles passam a tarde toda dormindo para desintoxicar” (Sujeito 7), o que se torna um empecilho para a realização do atendimento do SAREH, pois as aulas são ministrado exclusivamente no período da tarde; e) Tempo de permanência que esses adolescentes passam internados na Ala de Desintoxicação, como expressa o Sujeito 7: “[...] como é que você vai recuperar esse aluno em 30 dias? É difícil [...]” ou então, como argumenta o Sujeito 3: “[...] é realmente um tempo pequeno para se fazer uma mudança significativa”.

Esses são alguns dos limites diagnosticados na pesquisa no que tange ao processo de continuidade e manutenção do vínculo escolar de adolescentes em tratamento para a dependência química e internados na Ala de Desintoxicação do HUOP de Cascavel. Verifica-se que, ao SAREH, é possível oportunizar a continuidade do processo de escolarização àqueles adolescentes que já estão matriculados na rede de ensino, contudo, dentro de seus limites de atuação, estão as condições de infraestrutura, o tratamento para dependência química e o perfil dos adolescentes atendidos, os quais interferem diretamente nesse processo de escolarização, conforme afirmado.

No que se refere aos alunos que se evadiram do ambiente escolar ou que nunca frequentaram esse ambiente, caso da maioria dos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação, fazem parte os analfabetos, os semianalfabetos, e os de distorção idade-série. Todavia, não compete ao SAREH realizar a matrícula do aluno na escola, mas ao Serviço Social do HUOP, como explicitou o Sujeito 1: “[...] não tem como o SAREH fazer a matrícula, não compete esse programa fazer isso, então é informado a assistente social do hospital, o protocolo é esse [...]”. Nesses casos, é possível ao SAREH oportunizar o atendimento educacional, ofertando o acesso ao conhecimento científico, fortalecendo o vínculo entre o aluno paciente e o processo de aprendizagem e, por fim, contribuir com o processo de aprendizagem de grande parte dos adolescentes internados na Ala de Desintoxicação, conforme relata o Sujeito 3: “[...] o papel do programa talvez seria contribuir, uma maneira de amenizar as limitações que eles acabaram adquirindo por conta deste tempo fora da escola”.

Conforme a Instrução Nº 016/2012, embora o SAREH tenha a finalidade de oportunizar a “[...] continuidade do processo de escolarização e a manutenção do vínculo dos alunos hospitalizados com o ambiente escolar” (PARANÁ, 2012, p.1), é necessário refletir sobre a peculiaridade de cada caso, para planejar alternativas diferenciadas para ensinar, o que vai além dos objetivos preconizados. É fundamental enfrentar, portanto, o discurso de que a responsabilidade do retorno à escola fica circunscrita ao adolescente, já que “[...] o êxito ou o fracasso são atribuídos ao próprio indivíduo” (BIANCHETTI, 2001, p. 90).

Finalizando, respondeu-se ao problema de pesquisa considerando a relação entre o Estado e Política Social. Nesse âmbito, foi possível compreender que o SAREH é uma Política Social focalizada para os grupos socialmente vulneráveis, no caso, os adolescentes dependentes químicos atendidos na Ala de Desintoxicação do HUOP. O Programa representa o direito do acesso à educação e à saúde ao adolescente dependente químico, previstos na *Constituição Federal de 1988* e no *Estatuto da Criança e do Adolescente* (1990). O SAREH constitui, conforme mencionado, uma Política Social/Educacional que, conforme Deitos,

[...] não são benevolência social, mas a articulação e o jogo contraditório que exprime a luta de classe e as mediações econômico-sociais existentes numa determinada sociedade e contexto social. A riqueza socialmente produzida é a questão determinante desse processo como condição social elementar e,

portanto, a sua produção e repartição é que estão em questão numa sociedade de classes (DEITOS, 2010, p. 210).

Nesse contexto, o SAREH representa a repartição da riqueza socialmente produzida (DEITOS, 2010) e visa responder as expressões da “questão social”, pois conforme afirmou Netto (2001), no Capítulo I, “[...] no domínio da saúde, da habitação, da educação, da renda, do emprego etc., o foco das políticas sociais recaí sempre sobre uma expressão ou expressões da chamada ‘questão social’” (NETTO, 2001, p. 15).

Deve-se lembrar, ainda, conforme constatado no Capítulo II, que no Brasil o fenômeno da dependência química está cada vez mais próximo das famílias, das escolas, dos jovens, permeado por inúmeras consequências, sejam sociais, econômicas, físicas ou psicológicas.

Se o SAREH, enquanto uma Política Social/Educacional visa o atendimento aos grupos socialmente vulneráveis, é necessário reafirmar sua relevância social e educacional quando se prioriza a relação entre a educação e o processo de humanização. O SAREH constitui, desse modo, “*um elemento humanizador*”, conforme relatou o Sujeito 4:

Então eu penso assim, que o SAREH é valido mesmo naquelas situações como quem trabalha na UOPECCAN, as vezes esta trabalhando com uma criança em fase terminal, você sabe que ela não tem chances, ela esta ali naquele tratamento paliativo e você está dando aula pra ela, alguém pode falar assim “mas pra que? que perda de tempo, de dinheiro publico” mas é um ser humano[...]. E o SAREH entrava como um elemento humanizador, porque proporciona o conhecimento ali, no momento de dor, de sofrimento, talvez até aquele momento de aula é que ele vai esquecer que ele está com tanto sofrimento [...]. Então de repente, isso pra eles era o que eles precisavam pra esquecer a dor o tédio de tantos dias no hospital, em tudo, porque não é fácil pra quem está lá dentro também (Sujeito 4).

Nessa dimensão, oportunizar momentos de interlocução para a aprendizagem aos adolescentes dependentes químicos internados na Ala de Desintoxicação do HUOP significa reafirmar a sua importância para as nossas vidas, conforme expressa Mészáros (s/d)⁴⁵: “[...] a aprendizagem é, verdadeiramente, a nossa vida.

⁴⁵ Disponível em: http://resistir.info/meszaros/meszaros_educacao.html. Acesso em 02/08/2016.

[...] tornar este processo de aprendizagem, no sentido amplo do 'Paracelsiano'⁴⁶, um processo *consciente*, de forma a maximizar o *melhor* e a minimizar o *pior*".

Por fim, a educação constitui-se em um processo de humanização, cuja oportunidade deveria ser assegurada a todos e em quaisquer circunstâncias da vida. Assim, mesmo o SAREH constituindo-se, como constatado, em uma Política Social/Educacional focalizada, representa a oportunidade de continuidade do processo de escolarização em ambiente hospitalar e também de retomada do vínculo com o ambiente escolar, interrompido por inúmeros motivos. Significa, ao mesmo tempo, o acesso ao direito à educação e à saúde. Desse modo, assegurar o direito à educação e à saúde ao adolescente que está internado para tratamento e lutar para ampliar as condições e a qualidade de trabalho são desafios a serem conquistados.

⁴⁶Mészáros expressa que: "Na sua época Para celso estava absolutamente certo, e não está menos certo actualmente: *"A aprendizagem é a nossa vida, desde a juventude até à velhice, de facto quase até à morte; ninguém vive durante dez horas sem aprender."* Disponível em: http://resistir.info/meszaros/meszaros_educacao.html. Acesso em 02/08/2016.

O MENINO

O menino negro e pobre,
 Aquele que sofreu abuso sexual,
 O que nasceu "sem" pai,
 O que foi marginalizado,
 O que não foi alfabetizado, tão pouco frequentou a escola.
 Aquele criado pela mãe usuária de drogas
 Pela mãe que foi presa quando o menino tinha seis anos.
 O mesmo que passou a ser criado pelas tias usuárias de drogas.
 Aos sete, o menino se tornou dependente de crack e dali nunca mais sairia.
 Eu conheci esse tal menino
 O conheci quando tinha 11 anos
 Era a 13^o vez que fazia tratamento para a dependência química.
 Naquela época pouco se entendia o que o menino falava,
 O menino também não escrevia seu nome.
 Já havia se tornado um estorvo para a família e para o Estado
 A mãe que na época já havia saído da cadeia, o visitava com pouca
 frequência
 Eu jamais esquecerei o brilho no olhar quando ele a via,
 Para o menino a mãe era sua heroína.
 Naquele ano e depois de mais um internamento, o menino voltou para casa
 E eu nunca mais o veria.
 É, o menino morreu,
 Aos 13 foi morto a tiros por traficantes.
 Ao contar esta história, muitos irão dizer,
 "Foi ele quem quis assim",
 "Ele quem escolheu"
 Eu me pergunto "QUEM QUER VIVER ASSIM?"
 Menino,
 É você que me instiga
 Que me faz escrever
 Que me faz querer ver, aquele que jamais foi visto.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. CASTRO, M. G. **Drogas nas escolas: versão resumida**. Brasília: UNESCO, Rede Pitágoras, 2005.

AROSA, A. C.C. **Políticas Educacionais Para Atendimento a Estudantes Hospitalizados: Algumas Questões** Texto de palestra ministrada no IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE . PUC-PR. Curitiba-PR. 2009.

ARAUJO, A. S. **Da Segregação à Inclusão: Uma Análise do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH) em Clínica Psiquiátrica no Estado do Paraná**. Mestrado em Educação Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE. Guarapuava-PR. 2013.

AVANZINI, C. M. V; JULIO, C.M.W. A educação hospitalar no Estado do Paraná. *In: IX Congresso Nacional De Educação-Educere e III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia* ESBPP. Anais. Curitiba-PR, 2009.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil (1988)**. 31ª ed. Brasília-DF: Câmara dos Deputados. Edições Câmara, 2009.

_____**Lei 8.080 de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário oficial da União, Brasília, DF, 1990

_____**Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA**. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Senado Federal, Brasília – DF, 2010.

_____**Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)** Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. 5ª ed. Câmara dos Deputados, Brasília – DF, 2010.

_____**Política Nacional de Educação Especial**. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC/SEESP, 1994.

_____**Resolução n.º 41, de 13/10/1995**. Conselho Nacional dos Direitos da criança e do adolescente- CONANDA. Brasília: Imprensa Oficial, 1995. Disponível em: www.educacao.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espaco-virtual/espaco-educacao-saude/classes-hospitalares/pdf Acesso em: 20 de julho de 2014.

_____ **CONAE 2010 – Conferência Nacional de Educação.** Presidência da República, Ministério da Educação. Brasília: CONAE, 2010.

_____ **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde. 2003.

_____ **Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD** : Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, e legislação correlata. – 2. ed. Brasília-DF : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

_____ **Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2004, Brasília, 5.ed. amp., p. 17-19, 2004.

_____ **Capacitação de conselheiros de assistência social: guia de estudos.-** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome- Brasília, DF: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009.

_____ Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. In. **Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria nº 555/2007, prorrogada pela Portaria nº 948/2007, entregue ao Ministro da Educação em 07 de janeiro de 2008.** Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC/SEESP, 2008.

_____ **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar : estratégias e orientações.** Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Brasília-DF: MEC ; SEESP, 2002.

_____ **Diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica/Secretaria de Educação Especial.** Ministério da Educação. Brasília-DF, MEC/SEESP, 2001.

_____ **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar /** Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

_____ **Portaria/SNAS nº 224 -** De 29 de janeiro de 1992. Coordenação de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. 1992. Disponível em:

http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm Acesso em: 5 de maio de 2016

BARROS, A. S. S. GUEUDEVILLE, R. S. VIEIRA. S.C. Perfil Da Publicação Científica Brasileira Sobre A Temática Da Classe Hospitalar. *In. Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília, v.17, n.2, p.335-354, Mai.-Ago. 2011.

BARROSO, P. F. **Desintoxicar e reinserir : perspectivas no tratamento dos usuários de drogas**. Mestrado em ANTROPOLOGIA SOCIAL Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, Porto Alegre-RS. 2013.

BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. de M. Questão Social e Direitos. *In. Serviço Social, Direitos Sociais e Competências profissionais*. Brasília-DF, 2009.

BEHRING, E. R. Política Social no contexto da crise capitalista. *In. Serviço Social, Direitos Sociais e Competências profissionais*. Brasília-DF, 2009.

BIANCHETTI, R. G. **Modelo Neoliberal e Políticas Educacionais**, 3ª edição, São Paulo, Cortez, 2001.

BARROS, A. S. S.; GUEUDEVILLE, R. S.; VIEIRA, S. C. **Perfil da Publicação Científica Brasileira sobre a Temática da Classe Hospitalar**. *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília, v.17, n.2, p.335-354, Mai-Ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbee/v17n2/a11rbeev17n2.pdf>. Acesso em: 20 de Junho de 2014.

BIDARRA, Z. S. OLIVEIRA, L. N. V. **As políticas públicas brasileiras e a questão da juventude**. *Emancipação*, Ponta Grossa, 13(2): 225-238, 2013. Disponível em <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>. Acesso em: 20 de Maio de 2016.

BIDARRA, Z. S. WOICOLESCO, V. G. Ambiguidades na Produção Pedagógica em Centros de Socioeducação do Estado do Paraná: Um Estudo de Caso das Unidades de internação integrantes da região 3. *In. Socioeducação reflexões para a construção de um projeto coletivo de formação cidadã*. Orgs. ROESLER, M. R. V. B. BIDARRA, Z. S. EDUNIOETE. Cascavel-PR. 2011.

BARROSO, P. F. **Desintoxicar e reinserir : perspectivas no tratamento dos usuários de drogas**. 03/04/2013 118 f. Mestrado em ANTROPOLOGIA SOCIAL Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, Porto Alegre- RS. 2013.

CÉZAR, J.G.S. **Padrão de uso de álcool e outras drogas em famílias de usuários cadastrados como alcoolistas em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família**. 2013. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

CRPPR. Conselho Regional de Psicologia do Paraná. **Os Leitos Psiquiátricos No Paraná**. Ano 13 - Edição nº 73. 2011.

COMAD Conselho Municipal Antidrogas CAPSAD (**Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**). Disponível em: http://www.pmcg.ms.gov.br/comad/canaisTexto?id_can=3149. Acesso em: 2 de Junho de 2016.

CAMINHO. **Manual de Prevenção do Uso de Drogas para Mediadores. Projecto Independentemente, "Manual Dinâmicas de Grupo"**. Associação Humanidades 2005. Disponível em: www.independentemente.pt, Acesso em 2 de Maio de 2016.

CARA, D. GAUTO, M. Juventude: percepções e exposição à violência **In. Juventudes: outros olhares sobre a diversidade**. Orgs, Miriam Abramovay, Eliane, Ribeiro Andrade, Luiz Carlos Gil Esteves. – Brasília : Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; Unesco 2007.

CARNEIRO, H. **É o Capitalismo que vicia e proíbe as drogas**. PSTU, São Paulo-SP, 2011. Entrevista concedida Luiz Gustavo Porfírio, de São Paulo (SP). Disponível em: <http://www.pstu.org.br/node/16534>

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. **Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras 2003**. Organizadores: NOTO. Ana Regina. GALDURÓZ. José Carlos F. NAPPO. Solange A. FONSECA. Arilton M. CARLINI. Claudia M. A. MOURA. Yone. G. CARLINI. E. A. 2003.

CARAVANA. **O impacto da violência sobre crianças e jovens**. Equipe Caravana Comunidade Segura. 2007.

COSTA. Tiago Falcão e VIEIRA Patrícia. **A linha de extrema pobreza e o público-alvo do plano Brasil sem miséria**. 2014.

CNAS- Conselho Nacional de Assistência Social. Caderno de textos: **subsídios para debates: participação e controle social do SUAS / Conselho Nacional de**

Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. – Brasília, DF: CNAS, MDS, 2009.

CECCIM, R. B. Classes educacionais hospitalares e a escuta pedagógica no ambiente hospitalar. **In. Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (Sareh) / Secretaria de Estado da Educação.** Superintendência de Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Núcleo de Apoio ao Sareh. Curitiba: SEED-PR. 2010. (Cadernos temáticos).

COSTA, A. L. DE O. **Formação Continuada e Representação Social: Implicações Para a Educação Inclusiva.** 2014. Doutorado em EDUCAÇÃO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Natal –RN. 2014

CURY, C. R. J. Direito à educação: direito à igualdade, direito à diferença. *In. Cadernos de Pesquisa.* São Paulo, n.116, p. 245-262, jul. 2002.

DEITOS, R. A. **Políticas públicas e educação: aspectos teórico-ideológicos e socioeconômicos.** Maringá, v. 32, n. 2, p. 209-218, 2010.

CEZAR, J. G. S. **Padrão de uso de álcool e outras drogas em famílias de usuários cadastrados como alcoolistas em uma unidade de estratégia de saúde da família.** 2013. Mestrado em ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/ RIBEIRÃO PRETO, Ribeirão Preto Biblioteca Depositária: Campus da USP.

CERQUEIRA, D. MOURA, R. **Custo da Juventude Perdida no Brasil.** 2013

DÍVIDA, Auditoria cidadã da Dívida. **Gráfico Orçamento Geral da União de 2011.** Disponível em: <<http://www.divida-auditoriacidada.org.br/config/artigo.2012-01-15.2486469250/documentview>>. Acesso: 25 de setembro de 2014

DIEESE - **Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos Anuário do Sistema Público de Emprego, Trabalho e Renda, Juventude.** São Paulo, Livro 6, 2015. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/anuario/2015/sistPubLivreto6Jovens.pdf>. Acesso em: 10 de Junho de 2015.

ESTEVES, C. R. **Pedagogia Hospitalar: um breve histórico.** 2011. Disponível em: <http://www.smecc.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espaco-virtual/espaco->

educacao-saude/classes-hospitalares/WEBARTIGOS/pedagogia%20hospitalar...pdf. Acesso em: 10 de Junho de 2015.

FALEIROS, V. P. **O que é política social**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

FEFFERMANN, M. **Vidas Arriscadas o Cotidiano dos Jovens Trabalhadores do Tráfico**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2006.

FONSECA, E. S. **A Atendimento Pedagógico-Educacional para Crianças e Jovens Hospitalizados: realidade nacional**. Brasília : Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais 1999

FONSECA, E.S. - **Classe hospitalar: ação sistemática na atenção às necessidades pedagógico-educacionais de crianças e adolescentes hospitalizados**. *Temas sobre Desenvolvimento*, 1999.

FONTES, R. de S. **A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital**. Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Educação. Revista Brasileira de Educação, Nº 29, 2005.

FIGUEIREDO, I. M. Z. **Desenvolvimento, Globalização E Políticas Sociais: Um Exame das Determinações Contextuais Dos Projetos De Reforma da Educação e da Saúde Brasileiras da Última Década**. Tese (Doutorado). Campinas, SP, 2006.

FIGUEIREDO, I. M. Z. **A centralidade em educação e em saúde básicas: a estratégia político-ideológica da globalização**. *Pro-Posições*, v. 19, n. 1 (55) - jan./abr. 2008

FIGUEIREDO, K; BOCHI, S. B. B. **VIOLÊNCIA SEXUAL: Um fenômeno complexo**. 2005. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_03.pdf Acesso em: 05 de Maio de 2016.

FATORELLI, M. L. **Caderno de Estudos- A dívida Pública em Debate**. Brasília, 2012.

FAHEL, M.; CANAAN, M.; CABRAL B.; BAHIA M. O impacto do Bolsa Família na inclusão educacional: análise da matrícula escolar em Minas Gerais. *In. Rev. SER Social*, Brasília-DF, 2012.

FIOCRUZ-Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa Nacional sobre uso de crack e outras drogas.** 2013

GERALDO, C. M. T.. **A violência intrafamiliar e o uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes internados para desintoxicação em uma ala do Hospital Universitário do Oeste do Paraná.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social). Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus Toledo. Toledo-PR. 2015.

GADBEM. M. M. **A Carreira do Drogadicto.** Dissertação de Mestrado Campinas SP. 2004.

GUND, D. P. **O enfrentamento da dependência de crack em crianças e adolescentes pelas equipes multiprofissionais da rede de saúde mental do município de Cascavel: estratégias, desafios e possibilidades.** 2011. 256 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

HARVEY, D. 1935, **O enigma do capital: e as crises do Capitalismo.** São Paulo-SP: Boitempo, 2011.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira **Censo Escolar da Educação Básica 2010: resumo técnico.** Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. – Brasília-DF: O instituto, 2010.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira **Censo Escolar da Educação Básica 2013: resumo técnico /** Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. – Brasília-DF: O Instituto, 2014.

IPEA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça /** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada[et al.]. - 4ª ed. - Brasília: Ipea, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios. 2002.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtml> Acesso em: 02 de Março de 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Distorção idade-série. Abandono escolar. Censo 2010.** Disponível em: http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/lista_tema.aspx?op=2&no=9 Acesso em: 02 de Março de 2016

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=774>. Acesso em: 11 de Outubro de 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade, por grupos de idade, segundo as Unidades da Federação e os municípios das capitais Grupos de idade**. 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/tabelas_pdf/tab28.pdf. Acesso em: 02 de Março de 2016.

IBARRA, A. C. R. GUIMARÃES F. M. O Atendimento em Classe Hospitalar: trajetória e perspectivas. *In. XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba*. 2008. Disponível em: www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivos. Acesso em: 22 de julho de 2014.

LOIOLA, F. C. F. **Subsídios Para a Educação Hospitalar na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Mestrado em EDUCAÇÃO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, Recife. 2013.

LIMA, I. R. S. Políticas de educação escolar em ambientes hospitalares: em defesa da escola no hospital. *In. Revista Educação e Políticas em Debate* – v. 4, n.1 – jan./jul. 2015.

LEITE. M. C.; ANDRADE. A. G. **Cocaína e Crack dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre-RS: Editora Artes Médicas Sul Ltda. 1999.

LAURELL. A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. *In. Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. Asa Cristina Laurell (Org.). Editora Costez. São Paulo-SP. 1995.

LENAD. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas– 2012**. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

MARES, T. F. de L. **A Evasão Escolar entre Adolescentes Dependentes químicos Internados na Ala Psiquiátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel-Pr**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social). Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná - *Campus* - Toledo, 2012.

MIOTO, R. C.T. **Família e Serviço Social : contribuições para o debate**. Revista Serviço Social & Sociedade . 7. Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

MENEZES Cinthya Vernizi Adachi de. Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar: o caráter inovador na construção de uma política pública no Estado do Paraná. *In. Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (Sareh) / Secretaria de Estado da Educação*. Superintendência de Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Núcleo de Apoio ao Sareh. Curitiba: SEED-PR. 2010.

MENEZES, C. V. A. SAREH – Serviço de Atendimento à Rede De Escolarização Hospitalar: A Construção de Uma Política Pública para a Promoção da educação de qualidade no Estado do Paraná. *In. Relatórios de projetos implantados ou em implantação*. Curitiba-PR 2008.

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2005. Disponível em: http://resistir.info/meszaros/meszaros_educacao.html. Acesso em: 22 de julho de 2016.

MAZER. G. S. M.. **Construção de uma proposta de formação continuada para professores de classe hospitalar**. Exame de qualificação (DOUTORADO). Programa de Pós-Graduação em Educação Especial , Universidade de São Carlos , São Carlos. 2013.

NETTO, J. P. **Cinco notas a propósitos da "questão social"**. *Temporális*, Associação Brasileira e Pesquisa em Serviço Social, Brasília: ABEPSS. 2001.

NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente. **Redes de proteção social**. [coordenação da publicação Isa Maria F. R. Guará] . 1. ed. São Paulo-SP : Associação Fazendo História. 2010.

NUNES, C. N. **Narrativas, Saberes e Práticas: A trajetória de formação do professor de Classe Hospitalar'** 20/05/2014 114 f. Mestrado em EDUCAÇÃO. Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO. São Paulo. 2014.

OLIVEIRA, D. A. DUARTE, A. **Política educacional como política social: uma nova regulação da pobreza**. *Florianópolis*, v. 23, n. 02, p. 279-301, jul./dez. 2005.

OLIVEIRA, L. V. N. **JUVENTUDE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL: um estudo sobre a inserção das coletividades geracionais jovens no processo de desenvolvimento da microrregião de Toledo**, PR. 2014. 258 f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo, 2014.

PAULA, E. M. A. T. de. **Educação Diversidade e Esperança: a práxis pedagógica no contexto da escola hospitalar**. Tese de Doutorado, UFBA. Salvador-BA. 2004.

PAULA, E. M. A. T. de. Educação nos hospitais: necessidade de discussão desse cenário educativo na formação de professores. In. **Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (Sareh) / Secretaria de Estado da Educação**. Superintendência de Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Núcleo de Apoio ao Sareh. Curitiba: SEED-PR. 2010.

PAULA, E. M. A. T. de **Educação Popular na Pedagogia Hospitalar: Práticas e Saberes em Construção**– UEM 37ª Reunião Nacional da ANPEd – 04 a 08 de outubro de 2015, UFSC – Florianópolis-SC. 2015.

PARANÁ. Resolução nº 2527/2007 - **Institui o Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar - Sareh no Estado do Paraná**. 2007

_____ **Instrução nº 006/2008 - Sued/Seed** - Estabelece procedimentos para a implantação e funcionamento do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar. Curitiba-PR. 2008.

_____ **Cadernos temáticos: Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (Sareh) / Secretaria de Estado da Educação**. Superintendência de Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Núcleo de Apoio ao Sareh. Curitiba: SEED-PR. 2010.

_____ **Instrução nº 016/2012 – Seed/Sued** - Estabelece procedimentos para a implantação e funcionamento do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar. Curitiba-PR. 2012.

PUTZKE, S. H.; LAZZAROTTO, E. M.; PADOIN, M. J. **Adolescência Relação com as Drogas**. Cascavel-PR. Editora Conluna do Saber, 2010.

REIS, C. C. CROTTI, D. L.; SZENCZUK, D. P. Escolarização hospitalar: saúde, educação e humanização de mãos dadas. In. **Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (Sareh) / Secretaria de Estado da Educação**. Superintendência de Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Núcleo de Apoio ao Sareh. Curitiba: SEED-PR. 2010.

RODRIGUES E. M. **Desafios no Combate à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes**. 2010. Disponível em:

http://mprs.mp.br/areas/infancia/arquivos/revista_digital/numero_04/revista_digital_e_d_04_3.pdf Acesso em: 06 de Outubro de 2015.

SAVIANI, D. **Da nova LDB ao FUNDEB**, editora autores associados 1ª edição, Campinas-SP. 2007.

SOUZA, D. S. de. **Percepção de professores acerca da escolarização de alunos com anemia falciforme em Salvador–Bahia**. 2010. Mestrado em EDUCAÇÃO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Biblioteca Anísio Teixeira- FAGED. 2013.

SOUSA, I. P. de. **A Prestação Estatal Da Educação Inclusiva Como Obrigação Político-Jurídica** 18/02/2014. undefined f. Mestrado em CIÊNCIAS JURÍDICAS Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA/JOÃO PESSOA, João Pessoa. 2014

SANTOS, J. S. **Particularidades da “questão social” no Capitalismo brasileiro** / Josiane Soares Santos. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008. 217f. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social, 2008.

SCIVOLETTO, S. BOARATI, M. A. TURKIEWICZ, G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. In. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. vol 32, Supl II. 2010

SILVA. Â. G. DA. TONINI N S. ARRUDA. S. D. Adolescentes Usuários De Drogas Ilícitas Em Uma Unidade De Desintoxicação: Um Relato De Experiência à Primeira Impressão. In. **4º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais. Políticas Sociais na América Latina**. Cascavel-PR. 2009.

SILVA, D. A. O Estatuto Da Criança E Do Adolescente Na Escola: narrativas de uma experiência extensionista no município de Francisco Beltrão/Paraná. In. **ECA NAS Escolas Experiências**. 2010

SOARES, L. T. O Desastre Social. In. SADER, Emir (Org). **Os porquês da Desordem Mundial Mestres Explicam a Globalização**. Ed. Record, Rio de Janeiro, 2003.

SALVADOR, E. TEIXEIRA, S. O Orçamento e Políticas Sociais: Metodologia De Análise Na Perspectiva Crítica Universidade De Brasília (Unb). In. **Rev. Pol. Pública**, São Luís-MA. 2014.

SALVADOR, E. Fundo público e políticas sociais na crise do Capitalismo. Universidade de Brasília (UnB), Brasília/DF. In. **Rev. Serv. Soc. Soc.** no. 104 São Paulo-SP. 2010.

TAVARES, M. A. Acumulação, trabalho e desigualdades sociais. *In. Serviço Social, Direitos Sociais e Competências profissionais*. Brasília-DF. 2009.

UCHÔA, Marco Antônio. **Crack: o caminho das pedras**. São Paulo-SP: Ática, 1996.

UNODC. United Nations Office On Drugs and Crime. **Relatório Mundial sobre Drogas de 2015**. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2015/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-de-2015--o-uso-de-drogas-e-estavel--mas-o-acesso-ao-tratamento-da-dependencia-e-do-hiv-ainda-e-baixo.html>

VIEIRA, E. A Política E As Bases Do Direito Educacional. *In. Cadernos Cedes*, ano XXI, nº 55, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5538.pdf>. Acesso 02 de Junho 2015.

VIEIRA, E. Democracia e Política Social, v.49: **Cortez Autores Associados**, Coleção polêmicas do nosso tempo; São Paulo-SP, 1992.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência. Os jovens do Brasil**. Instituto Sangari. 2011.

WASELFISZ, J. J. **Homicídios e Juventude no Brasil. Atualização 15 a 29 anos. Mapa da violência**. Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Juventude. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. 2014.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015. Adolescentes de 16 e 17 anos do Brasil**. Flasco Brasil. Rio de Janeiro. 2015.

ZAIAS, E.; PAULA, E. M. A. T. de. **A Classe Hospitalar Como Garantia Do Direito Da Criança E Do Adolescente Hospitalizado: Uma Necessidade Na Cidade De Ponta Grossa**. EDUCERE, PUCPR 2009.

ZAIAS, E.; PAULA, E. M. A. T. de. **A produção acadêmica sobre práticas pedagógicas em espaços hospitalares: análise de teses e dissertações**. Educação Unisinos. 2010.

ZAIAS, E. **O currículo da escola no hospital: uma análise do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar – SAREH/PR**. 2011. 172 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2011

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As ações desenvolvidas pelo Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH): um estudo com adolescentes dependentes químicos Internados na Ala de Desintoxicação do Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP (2011-2013).

Pesquisador: Ireni Marlene Zago Figueiredo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36009314.3.0000.0107

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 855.024

Data da Relatoria: 29/10/2014

Apresentação do Projeto:

Suficiente. As readequações propostas em parecer anterior foram efetivadas

Objetivo da Pesquisa:

adequados, do ponto de vista das normas éticas

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

foram readequados e estão explicitados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

relevante às áreas de estudo por ela abrangidas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os termos que estavam pendentes foram readequados conforme solicitação da relatoria

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há mais pendências

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110
UF: PR Município: CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3272 E-mail: cep.pppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ



Continuação do Parecer: 855.024

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

As solicitações feitas foram atendidas pela pesquisadora.

CASCADEL, 03 de Novembro de 2014

Assinado por:

João Fernando Christofoletti
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110
UF: PR Município: CASCADEL
Telefone: (45)3220-3272 E-mail: cep.prgg@unioeste.br

Tipo de construção

() Alvenaria () Madeira () Material aproveitado () Outro, qual: _____

Saneamento básico

() Fossa () Esgoto () Outro, qual: _____

Abastecimento de água

() Rede pública () Poço/nascente () Outro, qual: _____

Energia elétrica

() Relógio próprio () Improvisada (gatos) () Sem energia

Destino do lixo domiciliar

() Coleta domiciliar () Queimado () Enterrado () Via pública/ lote baldio

ADMISSÃO DO PACIENTE

Data da admissão: _____

Quem acompanhou o paciente: _____

Origem do encaminhamento: _____

Queixa do paciente/ familiar: _____

Apresentação geral do paciente: _____

Informações fornecidas por: _____

USO DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS

Faz uso de algum tipo de substância psicoativa: () Sim () Não

Tipos de substâncias	Últimos 30 dias	Na vida nº de anos	Via administração
1. Alcool- qualquer uso			
2. Alcool- para intoxicação			
3. Heroína			
4. Metadona			
5. Opiáceos/ analgésicos			
6. Barbitúricos			
7. Sedativos/ hipnóticos			
8. Cocaína			
9. Crack			
10. Anfetaminas			
11. Maconha (cannabis)			
12. Alucinógenos			
13. Inalantes			
14. Mais de uma substância por dia (inclusive álcool)			

*Via administração: 1- oral 2- nasal 3- fumada 4- injeção não- EV 5- injeção EV

Quem lhe ofereceu pela primeira vez?

Por qual motivo começou a usar droga?

Qual a substância que você mais usa?

Você já ficou abstinente por algum tempo? () Sim () Não

Quanto tempo durou o seu último período de abstinência voluntária desta principal substância?

Como você faz para conseguir a droga?

Você já fez algum tratamento para dependência química? () Não () Sim, onde e quando?

Faz uso de algum medicamento? () Sim () Não

Qual: _____

Você já se envolveu em alguma dessas situações:

() Furtos em lojas/ mercados, etc. () Porte de drogas () Falsificação

() Roubo casa/ carro () Assaltos () Homicídios/ tentativa de homicídio

() Estupro () Prostituição () Desacato autoridade

() Outros, quais: _____

Você já foi apreendido(a)? () Não () Sim Quanto

tempo? _____

Qual o motivo? _____

DADOS DA FAMÍLIA: Você tem dificuldade no relacionamento com algum membro da família?

() Não () Sim, quem: _____

Algum membro da família faz uso de substâncias psicoativas?

() Não () Sim, quem: _____

Cadastro preenchido por: _____

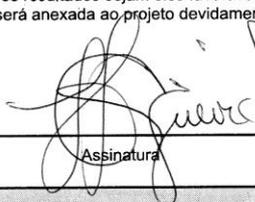
APÉNDICES

APÊNDICE A



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: As ações desenvolvidas pelo Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH): um estudo com adolescentes dependentes químicos internados na Ala de Desintoxicação do Hospital Universitário do Oeste do Paraná-HUOP (2011-2013).		2. Número de Participantes da Pesquisa: 1	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Ireni Marilene Zago Figueiredo			
6. CPF: 644.226.829-20	7. Endereço (Rua, n.º): RIO DE JANEIRO 1739/99999 CENTRO CASCAVEL PARANA 85801031		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (45) 9930-3444	10. Outro Telefone:	11. Email: irenifigueiredo@hotmail.com
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>03, 10, 2014</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade Estadual do Oeste do Paraná/ UNIOESTE	14. CNPJ: 78.680.337/0007-70	15. Unidade/Órgão: Universidade Estadual do Oeste do Paraná	
16. Telefone: (45) 3321-5151	17. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>ALEXANDRE FELIPE FIUZA</u>	CPF: <u>142.839.038-33</u>		
Cargo/Função: <u>COORDENADOR DO PROJE</u>			
Data: <u>03, 10, 2014</u> <div style="text-align: center;">  Assinatura </div>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

Prof. Dr. Alexandre Felipe Fiuza
Rg. nº 8.938.540-6
Coordenador de Monitoramento em Educação

APÊNDICE B



Universidade Estadual do Oeste do Paraná
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ
 Av. Tancredo Neves, 3224 – Fone/Fax: (045) 3321-5151.
 Bairro Santo Onofre – CEP: 85.806-470 – Cascavel – Paraná

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES ACADÊMICAS NO HUOP

Autorizo o desenvolvimento da atividade no HUOP, conforme descrição abaixo:

Título: As ações desenvolvidas pelo Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH): um estudo com adolescentes dependentes químicos internados na Ala de Desintoxicação do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP (2011-2013).

Pesquisadores Responsáveis: Profª Dra. Ineri Marilene Zago Figueiredo e Acadêmica Thaise Fernanda de Lima Mares.

Instituição de Ensino: Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE).

ÁREA AFIM - HUOP

Ciente, de acordo.

Cascavel, 02 de Outubro de 2014.

Daniela Prochnow Gund
 Daniela Prochnow Gund CRESS- 5330
 Responsável pelo(s) setor(s)

Daniela Prochnow Gund
 Assistente Social
 CRESS 5330

OBS.: quando a atividade envolver seres humanos, o início desta fica condicionado à apresentação de cópia do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Cascavel, 07 de Outubro de 2014.

Profª Dra. Carla Sakuma de Oliveira
 CRM/PR 14795
 Diretora Pedagógica do HUOP
 Portaria n. 0024/2012-GRE

Profª, Dra Carla Sakuma de Oliveira CRM/ PR 14795
 Diretora Pedagógica

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: As ações desenvolvidas pelo Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH): um estudo com adolescentes dependentes químicos internados na Ala de Desintoxicação do Hospital Universitário do Oeste do Paraná-HUOP (2011-2013)

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Ireni Marilene Zago Figueiredo (45) 99303444

Pesquisador colaborador: Thaise Fernanda de Lima Mares: (45)99629301

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo geral estudar as ações desenvolvidas pelo SAREH, na Ala de Desintoxicação do HUOP, de Cascavel – PR, visando responder ao seguinte problema de pesquisa: O Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH) do HUOP de Cascavel-PR garante efetivamente o atendimento educacional aos adolescentes Dependentes Químicos internados na Ala de Desintoxicação do hospital, permitindo-lhes a continuidade do processo de escolarização, a inserção e a reinserção no ambiente hospitalar?

Para isso será realizada uma entrevista semiestruturada a ser gravada com agendamento prévio, no Hospital Universitário do Oeste do Paraná- HUOP em Cascavel-PR.

Durante a execução da entrevista os riscos são mínimos, visto que será mantida confidência de sua identidade, os dados obtidos serão utilizados somente para fins científicos e a desistência de participar da pesquisa poderá ocorrer a qualquer tempo. Todavia, reiteramos que se ocorrer algum constrangimento, desconforto ou até mesmo dúvidas no momento da entrevista e/ou em outro momento, estaremos à sua disposição nos seguintes telefones:(45) 99629301, pesquisadora colaboradora Thaise Fernanda de Lima Mares; (45) 99303444,

pesquisadora Profa. Dra. Ireni Marilene Zago Figueiredo; e (45)3220-3272, Comitê de Ética da UNIOESTE.

Você estará contribuindo científica e socialmente com a pesquisa e não haverá nenhuma forma de pagamento para participar.

Esse termo será entregue em duas vias, sendo que uma ficará com o sujeito da pesquisa.

Declaro estar ciente do exposto e autorizo meu desejo de participar da pesquisa.

Nome do sujeito de pesquisa:

Assinatura:

Nós, Ireni Marilene Zago Figueiredo e Thaise Fernanda de Lima Mares, declaramos que fornecemos todas as informações do projeto ao participante.

Cascavel, _____ de

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: O Serviço De Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Cascavel - PR: Um Estudo Sobre os Adolescentes Atendidos na Ala de Desintoxicação

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Ireni Marilene Zago Figueiredo (45) 99303444

Pesquisador colaborador: Thaise Fernanda de Lima Mares: (45)99629301

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo geral apresentar os processos educacional e administrativo desenvolvidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP, de Cascavel – PR, visando a análise dos limites e das possibilidades relativos a continuidade do processo de escolarização e a manutenção do vínculo com o ambiente escolar dos alunos hospitalizados, visando responder ao seguinte problema de pesquisa: Quais os limites e as possibilidades relativos aos processos educacional e administrativo desenvolvidos pelo Serviço de Atendimento a Rede de Escolarização Hospitalar, na Ala de Desintoxicação, do HUOP de Cascavel – PR, a partir de 2011, visando a continuidade do processo de escolarização e a manutenção do vínculo com o ambiente escolar dos alunos hospitalizados?

Para isso será realizada uma entrevista semiestruturada com os profissionais que atuaram/atua no SAREH do HUOP de Cascavel-PR entre os anos 2011 e 2016, devido solicitação dos membros da Banca de Qualificação realizada em Outubro de 2015. A entrevista será gravada, com agendamento prévio, no Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP, em Cascavel - PR.

Durante a execução da entrevista os riscos são mínimos, visto que será mantida a confidência de sua identidade, os dados obtidos serão utilizados somente para fins científicos e a desistência de participar da pesquisa poderá ocorrer a qualquer tempo. Todavia, reiteramos que se ocorrer algum constrangimento, desconforto ou até mesmo dúvidas no momento da entrevista e/ou em outro momento, estaremos à sua disposição nos seguintes telefones: (45) 99629301, pesquisadora colaboradora Thaise Fernanda de Lima Mares; (45) 99303444, pesquisadora Profa. Dra. Ireni Marilene Zago Figueiredo; e (45) 3220-3272, Comitê de Ética da UNIOESTE.

Você estará contribuindo científica e socialmente com a pesquisa e não haverá nenhuma forma de pagamento para participar.

Esse termo será entregue em duas vias, sendo que uma ficará com o sujeito da pesquisa.

Declaro estar ciente do exposto e autorizo meu desejo de participar da pesquisa.

Nome do sujeito de pesquisa:

Assinatura:

Nós, Ireni Marilene Zago Figueiredo e Thaise Fernanda de Lima Mares, declaramos que fornecemos todas as informações do projeto ao participante.

Cascavel, _____ de

APÊNDICE E– FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

<p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE</p> <p>CURSO: MESTRADO EM EDUCAÇÃO- 2º ANO</p> <p>DOSCENTE (A) ORIENTADOR(A): Profa. Ireni Marilene Zago Figueiredo</p> <p>DISCENTE (A): Thaise Fernanda de Lima Mares</p> <p>OBJETIVO GERAL DA PESQUISA: apresentar os processos educacional e administrativo desenvolvidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP, de Cascavel – PR, visando a análise dos limites e das possibilidades relativos a continuidade do processo de escolarização e a manutenção do vínculo com o ambiente escolar dos alunos hospitalizados.</p> <p>INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: Entrevista semi-estruturada</p> <p>SUJEITOS DA PESQUISA: Pedagogo do SAREH no Hospital Universitário do Oeste do Paraná.</p>	
<p>DATA DA ENTREVISTA:</p> <p>____/____/20</p>	<p>Nº DA ENTREVISTA: _____</p>

PERGUNTAS:

Qual a sua formação?

Há quanto tempo trabalha/trabalhou no SAREH?

O que é o SAREH? Quando Ele Foi Implantado Aqui No Hospital?

Qual a carga horária dos professores do SAREH?

Quais As Atividades Desenvolvidas Pelo SAREH Com Os Adolescentes Da Psiquiatria?

Vocês Têm Alguma Dificuldade Para Desenvolver As Ações Junto A Ala De Desintoxicação, O Serviço Tem Alguma Dificuldade para Desenvolver Suas Atividades?

Existe formação continuada para os profissionais do SAREH? Você já participou?

Quem são os pacientes atendidos no HUOP?

Essa Demanda é Grande Ou Pequena?

Quantos adolescentes por semana são atendidos na ala de desintoxicação?

Quais são as condições de trabalho?

Há alguma dificuldade ou vocês tem todo o suporte necessário?

Anteriormente você teve alguma experiência profissional para trabalhar com adolescentes Dependentes Químicos?

Há alguma dificuldade no desenvolvimento das ações do SAREH junto a Ala de desintoxicação do HUOP?

Existe alguma particularidade no atendimento dos adolescentes dependentes químicos, em relação aos demais pacientes do Hospital?

Você acha que o uso de drogas, sejam elas lícitas e ilícitas, afetam de que forma a aprendizagem destes adolescentes?

Há alguma forma de resistência por parte dos adolescentes para participarem das aulas do SAREH?

Para reinserir os adolescentes em situação de evasão escolar na escola, quais são os encaminhamentos realizados pelo SAREH?

Existe alguma forma de rejeição por parte da rede de atendimento educacional na inserção e reinserção do adolescente no ambiente escolar?

Quais as atividades promovidas pelo SAREH que permitem os adolescentes internados na Ala de Desintoxicação dar continuidade ao processo de escolarização?

Há possibilidade do SAREH acompanhar o adolescente após a sua inserção ou reinserção no ambiente escolar?

Quais as possibilidades do SAREH para este tipo de internamento? O que é possível ao programa?

As aulas realizadas no período de internamento permitem ao adolescente a continuidade e a manutenção do processo escolarização?

Como Pedagogo do SAREH, você acredita que o mesmo cumpre com os objetivos estabelecidos pelo serviço em relação aos adolescentes internados na Ala de desintoxicação do HUOP?

Quais as Atividades Desenvolvidas Pelo SAREH Com as Adolescentes Da Ala de Desintoxicação?

APÊNDICE E– FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

<p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE</p> <p>CURSO: MESTRADO EM EDUCAÇÃO- 2º ANO</p> <p>DOSCENTE (A) ORIENTADOR(A): Profa. Ireni Marilene Zago Figueiredo</p> <p>DISCENTE (A): Thaise Fernanda de Lima Mares</p> <p>OBJETIVO GERAL DA PESQUISA: apresentar os processos educacional e administrativo desenvolvidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP, de Cascavel – PR, visando a análise dos limites e das possibilidades relativos a continuidade do processo de escolarização e a manutenção do vínculo com o ambiente escolar dos alunos hospitalizados.</p> <p>INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: Entrevista semi-estruturada</p> <p>SUJEITOS DA PESQUISA: Pedagogo do SAREH no Hospital Universitário do Oeste do Paraná.</p>	
<p>DATA DA ENTREVISTA:</p> <p>____/____/20</p>	<p>Nº DA ENTREVISTA: _____</p>

PERGUNTAS:

Qual a sua formação?

Há quanto tempo trabalha/trabalhou no SAREH?

O que é o SAREH?

Qual a carga horária dos professores do SAREH?

Em médias quantos pacientes são atendidos por semana?

Essa demanda é grande ou pequena?

Existe formação continuada para os profissionais do SAREH? Você já participou?

Quem são os pacientes atendidos no HUOP?

Quantos adolescentes por semana são atendidos na ala de desintoxicação?

Quais são as condições de trabalho?

Há alguma dificuldade ou vocês tem todo o suporte necessário?

Anteriormente você teve alguma experiência profissional para trabalhar com adolescentes Dependentes Químicos?

Há alguma dificuldade no desenvolvimento das ações do SAREH junto a Ala de desintoxicação do HUOP?

Existe alguma particularidade no atendimento dos adolescentes dependentes químicos, em relação aos demais pacientes do Hospital?

Você acha que o uso de drogas, sejam elas lícitas e ilícitas, afetam de que forma a aprendizagem destes adolescentes?

Há alguma forma de resistência por parte dos adolescentes para participarem das aulas do SAREH?

Para reinserir os adolescentes em situação de evasão escolar na escola, quais são os encaminhamentos realizados pelo SAREH?

Existe alguma forma de rejeição por parte da rede de atendimento educacional na inserção e reinserção do adolescente no ambiente escolar?

Quais as atividades promovidas pelo SAREH que permitem os adolescentes internados na Ala de Desintoxicação dar continuidade ao processo de escolarização?

Há possibilidade do SAREH acompanhar o adolescente após a sua inserção ou reinserção no ambiente escolar?

Quais as possibilidades do SAREH para este tipo de internamento? O que é possível ao programa?

As aulas realizadas no período de internamento permitem ao adolescente a continuidade e a manutenção do processo escolarização?

Como Pedagogo do SAREH, você acredita que o mesmo cumpre com os objetivos estabelecidos pelo serviço em relação aos adolescentes internados na Ala de desintoxicação do HUOP?

APÊNDICE F – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

<p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE</p> <p>CURSO: MESTRADO EM EDUCAÇÃO</p> <p>DOSCENTE (A) ORIENTADOR(A): Profa. Ireni Marilene Zago Figueiredo</p> <p>DISCENTE (A): Thaise Fernanda de Lima Mares</p> <p>OBJETIVO GERAL DA PESQUISA: apresentar os processos educacional e administrativo desenvolvidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP, de Cascavel – PR, visando a análise dos limites e das possibilidades relativos a continuidade do processo de escolarização e a manutenção do vínculo com o ambiente escolar dos alunos hospitalizados.</p> <p>INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: Entrevista semi-estruturada</p> <p>SUJEITOS DA PESQUISA: Professores do SAREH no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (2011-2013).</p>	
<p>DATA DA ENTREVISTA:</p> <p>____/____/20</p>	<p>Nº DA ENTREVISTA: _____</p>

PERGUNTAS:

Qual a sua formação?

Quanto tempo trabalhou no SAREH?

Que disciplinas ministrava no SAREH?

Qual era a carga horária dos professores do SAREH?

Em médias quantos pacientes eram atendidos por semana?

Em média quantos pacientes eram atendidos na ala de desintoxicação por dia?

Essa demanda é grande ou pequena?

Existe formação continuada para os profissionais do SAREH

Quem são os pacientes atendidos pelo SAREH no HUOP?

Já ministrou aulas no ensino regular? Há alguma diferença?

Por qual motivo saiu do serviço?

Você atendia apenas os pacientes internados no HUOP?

Como eram as condições de trabalho?

A Infraestrutura era adequada? Há alguma dificuldade ou vocês tem todo o suporte necessário?

Anteriormente você já havia tido alguma experiência profissional com adolescentes Dependentes Químicos?

Há alguma dificuldade no desenvolvimento das ações do SAREH junto a Ala de desintoxicação do HUOP? Qual?

Existe alguma particularidade no atendimento dos adolescentes dependentes químicos, em relação aos demais pacientes? Qual?

Você acha que o uso de drogas, sejam elas lícitas e ilícitas, afetam de que forma a aprendizagem destes adolescentes?

Existia alguma forma de resistência por parte dos adolescentes para participarem das aulas do SAREH? Qual?

Existe alguma forma de rejeição por parte da rede de atendimento educacional na inserção e reinserção do adolescente no ambiente escolar?

Quais as atividades promovidas pelo SAREH que permitem os adolescentes internados na Ala de Desintoxicação a dar continuidade ao processo de escolarização?

Quais as possibilidades do SAREH neste tipo de internamento? O que é possível ao programa?

As aulas realizadas no período de internamento permitem ao adolescente a continuidade e a manutenção do processo de escolarização?

Como Professor que já atuou no SAREH, você acredita que o mesmo cumpre com os objetivos estabelecidos pelo serviço em relação aos adolescentes internados na Ala de desintoxicação do HUOP?

Você pode falar como foi sua experiência no SAREH?

APÊNDICE G – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

<p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE</p> <p>CURSO: MESTRADO EM EDUCAÇÃO- 2º ANO</p> <p>DOSCENTE (A) ORIENTADOR(A): Profa. Ireni Marilene Zago Figueiredo</p> <p>DISCENTE (A): Thaise Fernanda de Lima Mares</p> <p>OBJETIVO GERAL DA PESQUISA: apresentar os processos educacional e administrativo desenvolvidos pelo SAREH na Ala de Desintoxicação do HUOP, de Cascavel – PR, visando a análise dos limites e das possibilidades relativos a continuidade do processo de escolarização e a manutenção do vínculo com o ambiente escolar dos alunos hospitalizados.</p> <p>INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: Entrevista semi-estruturada</p> <p>SUJEITOS DA PESQUISA: Professores do SAREH no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (2016).</p>	
<p>DATA DA ENTREVISTA:</p> <p>____/____/20</p>	<p>Nº DA ENTREVISTA: _____</p>

PERGUNTAS:

Qual a sua formação?

Há quanto tempo trabalha no SAREH?

Quais as disciplinas que ministra no SAREH?

Qual a carga horária dos professores do SAREH?

Em médias quantos pacientes são atendidos por semana?

Essa demanda é grande ou pequena?

Existe formação continuada para os profissionais do SAREH?

Quem são os pacientes atendidos no HUOP?

Já ministrou aulas no ensino regular? Há alguma diferença?

Quantos adolescentes por semana são atendidos na ala de desintoxicação?

Quais são as condições de trabalho?

Há alguma dificuldade ou têm todo o suporte necessário?

A Infraestrutura é adequada? Há alguma dificuldade ou vocês tem todo o suporte necessário?

Anteriormente você teve alguma experiência profissional com adolescentes Dependentes Químicos?

Há alguma dificuldade no desenvolvimento das ações do SAREH junto a Ala de desintoxicação do HUOP?

Existe alguma particularidade no atendimento dos adolescentes dependentes químicos, em relação aos demais pacientes?

Você acha que o uso de drogas, sejam elas lícitas e ilícitas, afeta a aprendizagem destes adolescentes?

Há alguma forma de resistência por parte dos adolescentes em participarem das aulas do SAREH? Qual?

Existe alguma forma de rejeição por parte da rede de atendimento educacional na inserção e reinserção do adolescente no ambiente escolar?

Quais as atividades promovidas pelo SAREH que permitem os adolescentes internados na Ala de Desintoxicação a dar continuidade ao processo de escolarização?

Quais as possibilidades do SAREH neste tipo de internamento? O que é possível ao programa?

As aulas realizadas no período de internamento permitem ao adolescente a continuidade no processo escolarização?

Como Professor do SAREH, você acredita que o mesmo cumpre com os objetivos estabelecidos, em relação aos adolescentes internados na Ala de desintoxicação do HUOP?