

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO BRASILEIRA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO BRASILEIRA

SANDRA SANTANA XAVIER DE SOUSA

**APRENDER É VIDA, ENSINAR É ARTE: ATENDIMENTO PEDAGÓGICO NO
SETOR PEDIÁTRICO DO HUPAA EM UMA ABORDAGEM COMPLEXA E
MULTIRREFERENCIAL**

Maceió
2011

SANDRA SANTANA XAVIER DE SOUSA

**APRENDER É VIDA, ENSINAR É ARTE: ATENDIMENTO PEDAGÓGICO NO
SETOR PEDIÁTRICO DO HUPAA EM UMA ABORDAGEM COMPLEXA E
MULTIRREFERENCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada à linha de pesquisa Processos Educativos do Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira - PPGE, do Centro de Educação, pela Universidade Federal de Alagoas - UFAL, como requisito necessário para obtenção do grau de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio da Costa Borba.

Maceió
2011

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Helena Cristina Pimentel do Vale

S725a Sousa, Sandra Santana Xavier de.
 Aprender é vida, ensinar é arte : atendimento pedagógico no setor pediátrico do HUPAA em uma abordagem complexa e multirreferencial / Sandra Santana Xavier de Sousa. – 2011.
 203 f. : il.

 Orientador: Sergio da Costa Borba
 Dissertação (mestrado em Educação Brasileira) – Universidade Federal de Alagoas. Centro de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira. Maceió, 2011.

 Bibliografia: f. 181-188.
 Apêndices: f. 189-197.
 Anexos: f. 198-203

 1. Escolarização hospitalar. 2. Multirreferencial (Educação). 3. Crianças hospitalizadas. 4. Pedagogia hospitalar. I. Título.

CDU: 37.013

Universidade Federal de Alagoas
Centro de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação

Aprender é Vida, Ensinar é Arte: atendimento pedagógico no Setor Pediátrico do
HUPAA em uma abordagem complexa e multirreferencial.

SANDRA SANTANA XAVIER DE SOUSA

Dissertação submetida à banca examinadora, já referendada pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 17 de outubro de 2011.

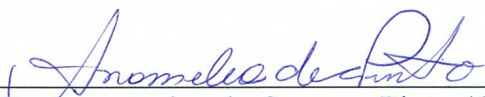
Banca Examinadora:



Prof. Dr. Sérgio da Costa Borba
(orientador - CEDU-UFAL)



Prof. Dr. Joaquim Gonçalves Barbosa (UFSCAR)
(Examinador Externo)



Profa. Dra. Anamelea de Campos Pinto (CEDU-UFAL)
(Examinadora Interna)

Dedico este trabalho,

*Às crianças, jovens e famílias hospitalizadas
do Hospital Universitário de Maceió, pela
atenção e pelo afeto*

*Às crianças, jovens e adultos hospitalizados
do Brasil*

A todos que lutam por um mundo melhor.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me dar forças e me auxiliar nestas itinerâncias;
Ao meu orientador Prof. Dr. Sérgio Borba, pela sua escuta sensível, pela sua sabedoria científica, orientações e pela oportunidade de realização deste trabalho;
Ao Prof. Dr. Joaquim Gonçalves Barbosa pela atenção e contribuições;
À Prof^{ra}. Dr^a Anamelea de Campos Pinto pela sua participação e contribuições;
À Profa. Dr^a. Neiza Fumes pelos seus ensinamentos no término da minha graduação;
Ao Prof. Dr. Anderson de Barros Dantas, pró-reitor da PROGRAD pela compreensão;
À Profa. Msc. Elza Maria, coordenadora da CCG/PROGRAD pelo seu apoio e compreensão;
Ao pessoal da PROGRAD pelo coleguismo;
Às crianças hospitalizadas, às suas famílias, às enfermeiras e a todos que participaram;
Ao Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes por abrir suas portas para esta pesquisa e para muitos outros estudos na área científica;
À minha filha Alexia Hannick por existir e pela sua compreensão;
Ao meu esposo Hélio jurista multirreferencial por me acompanhar sempre nesta jornada, pelo apoio, pelo seu amor, sempre participando, interagindo e vivenciando comigo todos os momentos de felicidades e de dificuldades;
À minha mãe Elenita Santana, por me fazer capaz de suportar qualquer batalha;
Às minhas irmãs Dayane e Poliana por participar das minhas angústias e alegrias;
Aos meus sobrinhos Renata, Arthur, Alessandro e Elenita;
Ao tio Francisco Carlos Xavier de Souza pelos momentos de sabedorias diversas;
À Sirlene Vieira, pelo seu sincero incentivo para eu entrar no mestrado;
À Zivaneide Lefosse, pela sua simpatia e pelo interesse em me integrar no grupo de estudo;
Enfim, para aqueles que lutam por uma escola para todos e que pensam nas crianças de hoje, futuros adultos do amanhã.

Obrigada a todos.

Caminhamos construindo uma itinerância que se desenvolve entre a errância e o resultado, muitas vezes incerto e inesperado, de nossas estratégias. A incerteza nos acompanha e a esperança nos impulsiona (Edgar Morin).

RESUMO

Esta dissertação procurou investigar a importância da atuação do pedagogo no setor pediátrico do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes em Maceió. A hospitalização é necessária, mas ocasiona, algumas vezes, a ausência da criança à escola por tempo prolongado. Nas hospitalizações, as crianças ficam fragilizadas, desmotivadas e excluídas do processo educativo escolar, portanto, visando uma melhor compreensão da atuação do pedagogo num espaço em que não há tal atendimento. Esta investigação foi de cunho qualitativo, tendo como método adotado a pesquisa participante, pela qual o pedagogo, fazendo parte da equipe do hospital, realizou atendimentos pedagógicos com as crianças hospitalizadas. A pesquisa foi realizada em 2010/2011 durante o período do curso do mestrado. Para a coleta de dados foram realizadas as entrevistas semi-estruturadas, as histórias de vida e para os registros, o jornal de pesquisa. Este estudo foi fundamentado na abordagem filosófica do pensamento complexo e multirreferencial, por ser esta uma vertente capaz de caminhar em direção à humanização. No momento da hospitalização das crianças, o atendimento pedagógico foi de extrema importância para suas vidas porque foi um momento instituinte de aprendizagens, as atividades minimizaram os efeitos negativos das internações por meio dos momentos de alegria, sorrisos, diálogos e escuta. As crianças e jovens hospitalizados têm o direito de estudar mesmo permanecendo hospitalizados, porque a educação é direito de todos e há garantias legais para a oferta da educação escolar para as crianças no hospital.

Palavras-chave: Escolarização hospitalar. Multirreferencial. Criança hospitalizada.
Pedagogia hospitalar.

ABSTRACT

This thesis sought to investigate the role of the educator role and its possibilities in the field of pediatric Hospital of University Teacher Alberto Antunes in Maceió. The hospitalization is necessary, but sometimes, results in the absence of the child to school for a long time. Hospitalizations in children are fragile, unmotivated and excluded from the educational process at school, therefore, seeking a better understanding of the role of the teacher in an area where there is no such service. This research was qualitative character, as having adopted the participatory research method, by which the teacher part of the hospital staff, held teaching appointments with the hospitalized children. The survey was conducted in 2010/2011 during the course of the Masters. For data collection were conducted semi-structured interviews, life histories and records, newspaper research. This study was based on the philosophical approach to the complex and multi-thinking, as this is a component able to move toward humanization. At the time of hospitalization of children care teaching was extremely important to the lives of children in their periods of hospitalization, because it was instituting a place of learning, minimized the negative effects of hospitalization through moments of joy, smiles, conversations and listening. Children and young people have the right to study while remaining hospitalized, because education is everyone's right and there are legal safeguards for the provision of education in the hospital.

Keywords: Schooling hospital. Multireferential. Child hospitalized. Teaching hospital.

LISTA DAS IMAGENS E GRÁFICOS

Imagens 01 a 04 – Realização de atividades escolares na enfermaria
Imagens 05 a 13 – Realização do atendimento pedagógico na salinha de brinquedos
Imagens 14 e 15 – Colagem do alfabeto e dos números na salinha de brinquedos
Imagens 16 a 18 – Realização de atividades na salinha de brinquedos
Imagem 19 – O navio HOPE e o HUPAA em construção
Imagem 20 – Palhaços do grupo Sorriso de Plantão

Gráfico 01 – quantidade de crianças hospitalizadas por sexo
Gráfico 02 – escolarização das crianças pesquisadas
Gráfico 03 – situação escolar das crianças
Gráfico 04 – impacto do atendimento pedagógico no setor pediátrico

LISTA DAS SIGLAS

CEPA	Centro de Pesquisa Aplicada
CSAU	Centro de Ciências da Saúde
ETFAL	Escola Técnica Federal de Alagoas
HIJG	Hospital Infantil Joana de Gusmão
HGE	Hospital Geral do Estado
HOPE	Health Opportunities for People Everywhere (Oportunidade de saúde para pessoas em todos os lugares)
HU	Hospital Universitário
HUPAA	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
PDV	Pedido de Desligamento Voluntário
UFAL	Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 ITINERÂNCIAS E ERRÂNCIAS: EXPLICITANDO O MÉTODO.....	14
1.1 A indexicalização.....	14
1.2 As implicações da pesquisadora com seu objeto de investigação.....	24
1.3 Mestrado em educação brasileira: uma profunda formação.....	45
1.4 Meu jornal de pesquisa.....	48
1.5 O método da pesquisa.....	75
1.6 Do rigor ético.....	79
1.7 Aspectos escolares trabalhados com as crianças.....	80
2 ENCONTRO DA EDUCAÇÃO COM A SAÚDE.....	82
2.1 Saúde e Educação: um pouco de suas trajetórias.....	91
2.2 Atendimento pedagógico no hospital: a inclusão das crianças hospitalizadas na educação escolar.....	99
2.3 Do acesso dos hospitalizados à educação escolar: determinações legais.....	103
2.4 A importância do lúdico na atenção pedagógica para a melhoria da qualidade de vida das crianças hospitalizadas.....	112
2.5 A tarefa do pedagogo no hospital: uma atuação multirreferencial e complexa	119
3 A ULTRASSONOGRAFIA DA PESQUISA: A COMPLEXIDADE NA EDUCAÇÃO ESCOLAR DENTRO DO HOSPITAL.....	128
3.1 O hospital.....	128
3.2 O projeto sorriso de plantão: os palhaços que fazem a alegria pediátrica.....	131
3.3 Os atores do cenário hospitalar.....	135
3.4 Aprender no hospital é vida: a importância do atendimento pedagógico no HU.....	147
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	176
REFERÊNCIAS.....	180
APÊNDICES.....	188
ANEXOS.....	197

INTRODUÇÃO

Nos tempos atuais vários desafios surgem em diversos âmbitos da sociedade e que precisam ser enfrentados pela população. Face às complexidades das demandas sociais é preciso que o ensino, a pesquisa e vários ângulos da sociedade se modifiquem para solucionar os problemas presentes e do futuro.

A Educação, portanto, é uma forma de fazer as pessoas enfrentarem esses desafios. É um fenômeno complexo, pois abrange a atuação de vários conhecimentos científicos e não-científicos. Está presente em todo lugar, seja na escola ou fora dela, e por isso há diversas formas de se fazer educação. Na escola este processo acontece de modo formal e também informal, no qual as crianças vivenciam suas fases, brincam, aprendem e também ensinam; enfim, a escola é um lugar privilegiado e, assim, não pode ser ofertada apenas para os alunos sadios.

As crianças e jovens hospitalizados, desse modo, têm o direito de serem incluídos na educação, mesmo permanecendo internados. Há garantias legais que definem que os estudantes com *deficiência* também são aqueles que apresentam dificuldades de acompanhamento das atividades curriculares por condições e limitações específicas de saúde (BRASIL, 2002).

A hospitalização é necessária, mas é responsável, algumas vezes, pela ausência do aluno à escola por tempo médio ou prolongado. A inclusão escolar surge então neste cenário como um movimento de ações políticas, culturais, sociais e pedagógicas, em defesa dos direitos de participação e aprendizagem de todas as crianças, jovens e adultos, na escola comum; mesmo estando afastadas da escola por condição de doença – até porque adoecer é uma condição normal do ser humano.

Nas hospitalizações as crianças ficam fragilizadas, desmotivadas e excluídas do processo educativo escolar. Muitas crianças desistem das suas escolarizações e ficam afastadas permanentemente da escola por não conseguirem acompanhá-la durante e após a hospitalização. Situação conflitante, uma vez que as ausências das suas vivências escolares junto à hospitalização trazem situações negativas e profundas para a vida dessas pessoas.

É necessário, diante disso, atentar para o caráter terapêutico e fundamental do atendimento pedagógico no setor pediátrico. A educação escolar hospitalar minimiza os prejuízos da hospitalização, estimula a aprendizagem e distrai as crianças no período em que

estas permanecem na pediatria, tempo que parece inesgotável, fazendo com que estas esqueçam a ansiedade, da dor e se motivem a continuar seus estudos.

Dessa forma, no foco desta pesquisa surge o seguinte questionamento central: “*Qual a importância da atuação do pedagogo no ambiente hospitalar?*”

O presente trabalho resulta da busca pela compreensão da importância do pedagogo no hospital, suas implicações e possibilidades de atuação neste lugar ainda tão enigmático para o profissional formado em pedagogia.

O estudo se configurou em uma *pesquisa participante* como recurso metodológico adequado para compreender tais atuações, por meio da *observação participante*, das *entrevistas semi-estruturadas* e das *histórias de vidas* colhidas, fundamentada em uma abordagem multirreferencial e pensamento complexo. Perspectiva filosófica esta utilizada por ser capaz de caminhar em direção à humanização na saúde e na educação.

Com base nessas concepções emergiu a justificativa de iniciar a dissertação com fragmento das vivências da pesquisadora, suas implicações que, por sua vez, desvelou um encontro com seu objeto de investigação.

Outro ponto a ser salientado é a inserção do Jornal de Pesquisa (diário do pesquisador) dentro do trabalho. O objetivo foi relatar os caminhos trilhados pela pesquisadora no ato de pesquisar e construir o seu tecido epistemológico.

A atuação do pedagogo hospitalar tem um tratamento diferenciado: enquanto o médico trata a doença do corpo, o pedagogo cuida das enfermidades da educação. E por isso é de fundamental relevância o atendimento pedagógico dentro dos hospitais, conhecimento ainda obscuro em alguns lugares do Brasil e com pouco reconhecimento formal em algumas regiões.

No movimento de inclusão das crianças hospitalizadas no atendimento pedagógico esperou-se, também, contribuir com mais estudos na área Pedagogia Hospitalar - ramo da pedagogia que estuda os processos educativos dentro do hospital -, além de favorecer essa atenção pedagógica às crianças enfermas, com fulcro na igualdade de oportunidades e respeito às diferenças.

Com isso, este trabalho está organizado em:

Capítulo 1 - *Itinerâncias e errâncias: explicitando o método* pelo qual trata da sobre as questões metodológicas, sobre o sujeito da pesquisa no trabalho, o instrumento das implicações como dentre outros aspectos estando subdividido, para fins de organização, em dois itens:

a) No item 1.1 - aborda *A indexicalização*, necessária para o entendimento das noções de algumas palavras utilizadas à luz da teoria multirreferencial e do pensamento complexo, com a finalidade de trazer o leitor a melhor compreensão no discorrer da leitura deste trabalho;

b) No item 1.2 - desvela o encontro da pesquisadora com seu objeto de estudo por meio do capítulo intitulado *As implicações da pesquisadora com seu objeto de investigação*, o qual trata também das subjetividades e objetividades da pesquisadora.

c) No item 1.3 - *Mestrado em educação brasileira: uma profunda formação*, na qual foram descritas implicações da pedagoga-pesquisadora no ato de pesquisar, agora sob a influência do mestrado.

d) No item 1.4 foi apresentado o *Meu Jornal de Pesquisa*, instrumento utilizado neste estudo.

e) O item 1.5 aborda sobre *O método da pesquisa* pelo qual é explicitado o tipo de pesquisa utilizada, as técnicas de produção de dados, dentre outros.

f) No item 1.6 intitulado *Do rigor ético* trata sobre as questões éticas da investigação no hospital.

g) No item 1.7 descreve brevemente sobre os *Aspectos escolares trabalhados com as crianças* no atendimento pedagógico hospitalar do presente estudo.

Capítulo 2 - trata sobre *O encontro da educação e a saúde*, sob a luz do pensamento complexo e multirreferencial, e está organizado em:

a) O item 2.1 aborda *Saúde e educação: um pouco de suas trajetórias*, fazendo um resgate de suas histórias;

b) No item 2.2 contempla o *Atendimento pedagógico no hospital: a inclusão das crianças hospitalizadas na educação escolar*. Neste serão discorridos os conceitos de escola hospitalar e sobre a pedagogia dentro do hospital no Brasil, na perspectiva da educação inclusiva.

c) No item 2.3 o trabalho trata *Do acesso dos hospitalizados à educação: determinações legais*, na qual serão desdobrados os respaldos legais que garantem o acesso das crianças e jovens hospitalizados na educação regular.

d) No item 2.4 a pesquisa contempla *A importância do lúdico na atenção pedagógica para a melhoria da qualidade de vida das crianças hospitalizadas*, abordando a importância da brincadeira no processo educativo de crianças e jovens hospitalizados.

e) No item 2.5 o trabalho evidencia *A tarefa do pedagogo no hospital: uma atuação multirreferencial e complexa*, numa tentativa de desvelar a complexidade da atuação de um profissional da pedagogia no ensino escolar hospitalar.

Capítulo 3 - denominado de *A ultrassonografia da pesquisa: a complexidade da educação escolar dentro do hospital* será apresentada a pesquisa realizada no hospital pelo qual serão trazidos:

a) No item 3.1 um pouco da história do hospital universitário pesquisado, resgatando um fragmento da sua trajetória;

b) No item 3.2 expõe-se o projeto *O projeto Sorriso de Plantão: os palhaços que fazem a alegria pediátrica*, por se tratar de um projeto do hospital universitário que estava sendo realizado paralelamente a esta pesquisa e para se conhecer a atuação dos palhaços no meio hospitalar;

c) No item 3.3 evidencia *Os atores do cenário hospitalar*. Aborda quem são os participantes da pesquisa com algumas histórias de vida e de luta de algumas crianças e mães acompanhantes dos hospitalizados.

d) O item 3.4 trata sobre a relevância de estudar no hospital através do título *Aprender no hospital é vida: a importância do atendimento pedagógico no hospital*, na qual será explanada a análise dos dados e resultados da pesquisa.

Nas considerações finais foram feitas análises conclusivas do que foi realizado.

1 ITINERÂNCIAS E ERRÂNCIAS: EXPLICITANDO O MÉTODO

1.1 A indexicalização

A *indexicalização* ou *indexicalidade* é um dos princípios fundamentais do pensamento complexo. Trata-se de uma explicação dos termos utilizados em um tecido de conhecimento, como aborda Macedo (2005, p. 41), “a ciência da explicação”.

São as explicações das palavras que devem ser analisadas dentro de um contexto, haja vista que por si só teriam vários significados e, por sua vez, levariam à falta de entendimento, ambiguidades, discrepâncias das palavras que, sozinhas, se tornariam incompletas no seu sentido. Considera Borba (2001, p. 119) que a indexicalidade é “[...] situar as expressões-

chaves, as expressões com as quais construímos nosso texto”. Foi necessário indexicalizar alguns termos utilizados neste trabalho para uma melhor compreensão desta abordagem filosófica.

A explicação dos conceitos, noções de um estudo, é um processo de construção de um entendimento, uma criticidade, de posicionamento, de reflexividade (que é a compreensão num tempo, em um espaço e em uma história) e, por isso, é essencial e indispensável esse procedimento de explicar, referencializar, historicizar o conhecimento seja realizado em toda construção de um saber.

[...] a noção de indexicalidade vem constituir-se numa ancoragem interessante, dado que jamais enquadra-se na desreferencialização engessada pela socialização do conhecimento como gerenciamento de um saber pretensamente universalizante e uniformizante (MACEDO, 2005, p. 41).

O pensamento complexo é uma maneira de enxergar as situações de modo ligado, unido, ao invés de separado. A palavra “complexo” não é sinônimo de complicado, é oriunda de *complexus* que significa “tecido em conjunto” (MORIN, 2009, p. 13). É uma rede de acontecimentos, interações, atuações, retroações, acasos, dentre outros que vão construindo os fenômenos do viver e os conhecimentos.

A complexidade é um tecido de fenômenos com características de desordem, das incertezas, do emaranhado (MORIN, 2009). A teoria do pensamento complexo é aquela que tenta se fazer uma junção de saberes e de situações de diversas naturezas: as biológicas, humanas, sociológicas, políticas, culturais, dentre outras. Saberes que a ciência tradicional tende a pensar e conceber separadamente, descontextualizado, linearizado, reduzido, afastando as incertezas, das errâncias, da obscuridade dos fenômenos.

O paradigma da complexidade se complementa ao paradigma da simplicidade que é um modo de analisar as situações separadas das totalidades, em unidades isoladas, reduzindo-as.

O ser humano é desse modo, uma totalidade dinâmica, biológica, psicológica, social, cultural, cósmica, indissociável. As ciências positivistas só aparentemente reconhecem esse ponto de vista, já que elas o estudam como se o objeto de estudo - a pessoa - fosse só uma ou outra dessas dimensões, constantemente subdivididas especializando-se cada vez mais (BARBIER, 2007, p. 88).

Esta maneira de simplificar e reduzir os acontecimentos traz a consequência de eliminar informações relevantes para entender o contexto estudado. Os conhecimentos tecidos baseados nas causas e efeitos produzem inteligibilidades que não solucionam os problemas da sociedade atual. Constrói uma falsa inteligência nas elaborações dos conhecimentos (MORIN, 2009).

Descartes formulou este paradigma essencial do Ocidente, ao separar o sujeito pensante (*ego cogitans*) e a coisa entendida (*res extensa*), isto é, filosofia e ciência, e ao colocar como princípios de verdade as idéias “claras e distintas”, isto é, o próprio pensamento disjuntivo (MORIN, 2009, p. 11).

Com o pensamento de Descartes e suas ideologias fizeram-se com que as pessoas acreditassem em apenas uma maneira de pensar dentro de uma visão parcelada, unilateral, de causas e efeitos. Essa forma foi considerada como verdade, mesmo que as conclusões fossem desvirtuadas de seu contexto real.

Nas instituições de ensino, a elaboração do conhecimento, em geral, é voltada apenas à razão, ao racional; contudo, o que ocorre na vida é muito mais que isso: as informações, as situações, não ocorrem desprovidas de um contexto; estes são objetivos e subjetivos, do âmbito das emoções. Elas estão mergulhadas em uma história em suas múltiplas facetas sociais, culturais, psicológicas, dentre outras.

Não é que este pensamento especializado não tenha sido fundamental, pelo contrário, ele foi relevante à sociedade, pois encontrou respostas às muitas questões problemáticas específicas. O fato é a utilização apenas desses conhecimentos para compreender os problemas da realidade, já que estes ocorrem entrelaçadamente. O enxergar o mundo de forma apenas unilateral não corresponde mais aos problemas emergentes.

Conforme Morin (2009), as inteligibilidades cegas destroem os conjuntos e suas totalidades. Com isso, o pensamento complexo considera as totalidades e também as especializações.

As demandas atuais requerem um modo de pensar que religue o meio em que se vive. É um paradigma que permite ligar acontecimentos analisados apenas de forma separada. Para pensar na complexidade é preciso substituir uma visão separada de mundo por outro pensamento que analisa em conjunto, unido, ligado.

Situações aparentemente opostas e contraditórias não são desprezadas ou impossíveis de serem estudadas dentro deste paradigma, pois elas são consideradas complementares. Ter uma visão apenas unilateral dos acontecimentos diante das demandas atuais da sociedade é permanecer estagnado em uma enfermidade sem cura, sem o possível encontro com as soluções dos problemas reais.

Meu propósito aqui não é enumerar os “mandamentos” do pensamento complexo que tentei apresentar. É sensibilizar [...] e compreender que um pensamento mutilador conduz necessariamente a ações mutilantes. É tomar consciência da patologia contemporânea do pensamento (MORIN, 2009, p. 15).

No pensamento complexo tenta-se fazer, na medida do possível, uma comunicação entre os saberes como, por exemplo: a ciência misturada com a poética, o existencial com o racional, a razão com a emoção, formalidade e informalidade; os saberes científicos entre si, dentre outros; assim, vão se construindo conhecimentos significativos para a vida. No caso dos fenômenos sociais, a complexidade humana é tecida pelos fenômenos individuais e coletivos.

A complexidade não compreende apenas as quantidades e interações que desafiam nossas possibilidades de cálculo: ela compreende também as incertezas, indeterminações, fenômenos aleatórios. A complexidade num certo sentido sempre tem relação com o acaso (MORIN, 2009, p. 35).

Portanto, as vertentes como a desordem, a ordem, a literatura, a flexibilidade, as incertezas, a imprecisão, as oposições, são perspectivas epistemológicas eliminadas pela ciência clássica, porém, que voltam a entrar em cena no elaborar dos conhecimentos pautados pela complexidade, até porque são saberes constituintes da humanidade.

Nos ensinaram a aprender separando as coisas, mas também nos ensinaram que as coisas funcionam numa determinada ordem que é preciso conservar para não transgredir e, assim, não perder a legitimação. Assim, *ordenaram a imaginação*; a miséria da escola (MACEDO, 2005, 31).

O autor acima, quando trata sobre a miséria da escola, quer abordar que os conhecimentos construídos foram engessados, mutilaram a criatividade das pessoas e as imaginações, isso foi um dos mecanismos de dominação da sociedade.

Tudo que leva as pessoas a elaborarem pensamentos mais inventivos foi reduzido à ordem extrema e tudo o que é desordem foi remetido à transgressão. O pensamento complexo, portanto, renova essas concepções e assume que o observador e o objeto estão presentes em todo o processo de pesquisar, levando em conta seus caminhos no desvelar do objeto de pesquisa.

As *itinerâncias* e *errâncias* que são as trajetórias, os caminhos trilhados pautados nos erros e acertos, construídos historicamente, terminam por desaguar em situações ou momentos-chave para entender o contexto de um estudo.

E em falar em histórias, a noção de *temporalidade* é necessária no pensar complexo, pois é nela que os desdobramentos dos processos são visualizados, vêm-se as possíveis mudanças.

[...] o caráter temporal que implica na transformação, na historicidade, demanda acima de tudo uma atitude face ao conhecimento como produto final aberto, em constante “estado de fluxo” e infinitamente inacabado (MACEDO, 2005, p. 32).

O processo passa a ser visto como parte mais relevante na construção do conhecimento. A *temporalidade* remete aos vários tempos: o tempo de cada um com seus ritmos próprios, o tempo do relógio, entre outros.

Nesta forma de pensar entende-se que as situações ocorrem em sistemas abertos com o meio exterior, misturando-se na organização e na desorganização. A desordem no pensamento complexo é fonte geradora de ricos conhecimentos da realidade humana.

E se os acontecimentos não estão fechados em si mesmo, são comunicantes com o meio exterior e eles se auto-organizam e estão ao mesmo tempo presentes em uma organização maior e externa ao fenômeno estudado. Diante disso, a noção de *auto-organização* e de *auto-eco-organização* se faz necessária para se pensar dentro de uma complexidade.

De início, é bom frisar que os seres vivos são seres auto-organizadores e eco-organizado. Isto é, por mais que haja autonomia existe em função de alguma dependência. No caso dos seres humanos, a sua autonomia se dá muito em função da dependência relacionada à sua cultura (MACEDO, 2005, p. 29).

Na melhor compreensão de um objeto de investigação é preciso enxergá-lo nas suas relações com o meio e consigo mesmo. Com isso, outra noção a ser salientada é de *totalização*. Captar as totalidades é compreender os contextos por natureza. A sociedade é movida por um sistema maior que degrada, oprime e que ao mesmo tempo auxilia.

É preciso não repetir, no fundamento, o erro cartesiano que bifurcou a realidade [...] urge desconstruir as cristalizações separatistas que ainda crivam os currículos fragmentando seres, instituições e mundos (MACEDO, 2005, p. 40).

A complexidade se relaciona constantemente com a *auto-organização* e a *auto-eco-organização* dos seres humanos. Isso é bem captado através das histórias dos sujeitos. O “eco” se trata da ecologia humana, de um meio maior pelo qual os sujeitos estão mergulhados. Os homens em suas interações com o mundo em que vivem.

Acreditar que a construção de um conhecimento está isento de todas estas contradições e complementaridades é conceber, de forma desvirtuada e míope, um saber adequado aos problemas emergentes. A realidade não é exatamente clara e transparente, mas opaca e incerta. Segundo Macedo (2005, p.34), “reconhecer a opacidade natural da realidade é reconhecer algo corriqueiro para o pesquisador: de que o objeto resiste ao ato de conhecer, resiste às explicações”.

A realidade humana é multifacetada, com isso, tem como elementos os conflitos, os desejos, as crises, o que está instituído, o instituinte e o caos. Ainda conforme Macedo (2005,

p. 34), “Descartar o caos e a desorganização, não vê-los como epifenômenos implica em criar novos dispositivos para uma leitura mais fina dos processos generativos”.

Mas a educação se constitui eliminando tudo que suscita o erro. Tratar a realidade que é humana, como contextual leva em conta a incerteza como elemento do cotidiano sócio-cultural das pessoas.

Outro fator considerado pela complexidade é a *singularidade*. A ciência por muito tempo aniquilou as singularidades. No pensamento complexo, ter singularidade é ter o direito à diferença.

Uma pedagogia que valorize a singularidade é uma pedagogia que na crítica vislumbra uma consciência esteticamente reflexiva da diferença, na qual os sujeitos sociais são sensibilizados para as diferenças básicas e para a peculiaridade e irreduzibilidade de formas de vida diferentes (MACEDO, 2005, p. 37).

Portanto, atender às singularidades é respeitar o direito de ser diferente, de se ter identidade, de estar calcado em uma cultura. Atualmente muitos povos estão em crises devido às desigualdades de oportunidade, pelo desprezo às diferenças. As barbáries, as intolerâncias e as guerras estão presentes também pela busca de uma verdade padronizada absoluta, fixa e não-plural.

Segundo Ardoino, citado por Macedo (2005, p. 38), “a barbárie de todos os tempos como a barbárie dos tempos modernos é o fechamento no conhecimento único, na verdade única”. Assim, o multiculturalismo é um conceito que é refletido na complexidade no qual a variedade de culturas e ideias é inerentemente social.

No pensamento complexo relacionar tais saberes é um exercício fundamental, pois cria um exercício de problematização e tensiona certo conhecimento sobre determinada realidade. Assim, a sociedade é resultante de uma rede de situações entrelaçadas, relacionadas.

As metáforas, as interpretações, as linguagens, são mecanismos necessários à construção de um saber crítico a ser compartilhado pela humanidade e que não poderiam ser descartados das instituições escolares em geral.

O global e o local, o micro e o macro, o indivíduo e a sociedade, a subjetividade e objetividade, a teoria e a prática, âmbitos normalmente tratados de forma fraturadas no campo do currículo, são relacionais, podem e devem ser tratados enquanto realidades fractais, por um procedimento conexionista da capacidade humana de compreender de uma forma profunda, alargada e comunicante (MACEDO, 2005, p. 42).

O *aspecto hologramático* é outra noção essencial que é a conexão dos fenômenos ocorrido nos ambientes macro e micro, fazendo um diálogo entre os acontecimentos individuais e coletivos. O todo que está nas partes e as partes que estão no todo.

[...] à maneira do colar de Indra do qual cada pérola, na mitologia hindu, remete ao conjunto das pérolas (e do mundo). Assim, o princípio de auto-eco-organização tem valor hologramático (BARBIER, 2007, p. 91).

Outro conceito fundante é o de *alteridade* que quer dizer alteração, mudança. É o movimento de transformação num tempo e em uma história auto-organizativa, junto à temporalidade das instituições, dos sujeitos.

A noção de *instituição* diz respeito ao simbólico, à criação, imaginação, aos conflitos dos sujeitos que fazem a organização. E a organização remete-se ao funcionamento e estruturação, ao que está instituído. Das instituições emergem, então, o instituído e o instituinte. O *instituído* é a cultura estabelecida, suas ações naturalmente realizadas e muitas vezes coisificadas. O *instituinte* são expressões de aprendizagens fundantes para os sujeitos nas suas relações, o que torna o outro.

O cientista Barbosa (2006) explica o conceito de *instituição e organização*, dois conceitos importantes na abordagem complexa.

O conceito de organização nos remete para a dimensão do funcionamento, desembocando no que entendemos como busca da eficiência e da eficácia dos processos, tendo em vista a ‘qualidade’ do produto. Já o conceito de instituição nos possibilita incorporar a dimensão do sujeito enquanto imaginário e sentido. Ou seja, a perspectiva organizacional se volta para o “como” funciona e a perspectiva da instituição se preocupa com o “para quem” e o “para quê” (BARBOSA, 2006, p. 120).

As ações educativas são atuações que provocam alteridades nos sujeitos dentro das organizações e das instituições. Segundo Macedo (2005, p. 43), “a escola não se justifica fora dos processos de alteração como constituição da autonomia”.

A *negatividade* é outro conceito necessário para estudar dentro do pensamento complexo que são as estratégias e contra-estratégias, as resistências conscientes e inconscientes entre os sujeitos, porque “É uma capacidade ativa, intencional ou não”; considera Macedo (2005, p. 44) e conforme Ardoino citado por Macedo (2005, p. 44) “é um meio de conquista da autonomia e da autorização condição necessária aos posicionamentos individuais e sociais.

E de acordo com Borba (2001, p. 94), “Em francês *négativité* significa a competência que possuímos de desjogarmos o que estão jogando conosco, ou seja, de darmos uma resposta que não a esperada por aqueles que estão nos manipulando”. É um movimento de estratégias e contra-estratégias vividas pelos sujeitos em determinado espaço.

Ainda é preciso destacar a *Autorização e o Autorizar-se*. Conforme Borba (2001, p. 78), “deriva da palavra latina *auctor*, isto é, aquele que acrescenta, que funda. É o autor, o

iniciador, o promotor, o inventor, o criador, o artesão (o *bricoleur*, o bricolador).” O bricolador é o autor da bricolagem que é a arte de misturar peças diferentes num improvisado e que seu produto é uma peça artesanal.

Como trata Borba (2001, p. 137, grifo do autor) “A bricolagem, esse trabalho artesanal da inteligência face às coisas e às situações, exige, como condição *sine qua non*, a capacidade do pesquisador de criar sentido para suas ações no correr do fazer.” E criar sentido favorece as possibilidades de grandes criações no campo do conhecimento.

Predominantemente, as instituições *desautorizam* os sujeitos, distanciando-os das suas possíveis bricolagens e, conseqüentemente, das suas criatividade. A autorização e a autonomia são condições necessárias aos sujeitos em direção a uma verdadeira consciência de si e do mundo; esta é a florada pela linguagem, pelas expressões das suas subjetividades, pelas suas implicações, pelas reflexões das suas vidas.

As implicações são situações sofridas e realizadas pelas pessoas; mais sofridas do que realizadas, no seu engajamento humano, num espaço social de lutas. É tornar-se outro. São os engajamentos pessoais e coletivos dos indivíduos, em função de sua história familiar, libidinal¹, seus investimentos, seus projetos, suas inserções sócio-econômicas, seus sistemas de valores conscientes e inconscientes dos sujeitos em interação com o mundo e que constroem saberes próprios e integra as atividades de construção de conhecimentos. Segundo Barbier (2007, p. 102), “[...] Implicar-me consiste sempre em reconhecer o outro e sou implicado pelo outro na situação interativa.”

De acordo com Borba (2001, p. 109), “estarmos implicados em qualquer coisa é estarmos mergulhados, dobrados, alucinados, embebidos na complexidade.” Para entendermos a complexidade devemos refletir as implicações e para elucidarmos as implicações é necessária a compreensão da complexidade.

De acordo com Barbier (2007) e Borba (2001), há três níveis de implicação na vida dos sujeitos: o âmbito psicoafetivo, o estrutural-profissional e o histórico-existencial.

- O *psicoafetivo* relaciona-se às questões da personalidade profunda dos sujeitos, as suas afetividades, as pulsões, as transferências e as contra-transferências, seus imaginários, os desejos, a organização libidinal, são as nossas relações com pais, amigos, irmãos internalizadas;
- O *estrutural-profissional* remete às posições que ocupamos como profissionais em qualquer área dentro das instituições, os nossos enraizamentos

¹ Termo da psicologia que remete à sexualidade.

socioeconômicos, nossas classes sociais e profissionais a que pertencemos. Essas posições têm relação direta com nossas crenças, valores e atitudes;

- O nível *histórico-existencial* relaciona-se à dimensão psicoafetiva. São os engajamentos atuais, os questionamentos dos comportamentos aprendidos, uma retrospectiva de si mesmo no aqui e no agora temporal, os nossos sonhos, o fascínio entre o *instituído* e o *instituinte*, nossas trajetórias existenciais, a forma como a sociedade vai se instituindo.

Os conceitos de implicação levam à compreensão do que ocorre no cotidiano, nas inter-relações, nos âmbitos conscientes e inconscientes, pois estas mesmas definem as tomadas de decisões de qualquer pessoa, dos docentes ou de qualquer profissional no momento de uma avaliação, na elaboração de um projeto, na forma de determinadas posturas na vida, no trabalho, na escola, dentre outros espaços sociais.

As questões das implicações devem ser trabalhadas (esclarecidas) o máximo possível, serem analisadas, devem ser exteriorizadas, fazendo-se os sujeitos (até então objetos) saírem da obscuridade, que no dizer de Borba (2001, p. 104) “[...] são expressões de práticas que precisamos trabalhar, elaborar, entender para que nosso dia-a-dia nos situemos gradativamente, e mais como sujeitos, isto é: capazes de criar sentidos, autorizar-se, portar e sustentar projetos-visões.” A narração das histórias de vida consiste num mecanismo de exteriorização das implicações. E ao contar suas histórias de vida as pessoas tomam consciência de si e do mundo que o cercam (JOSSO, 2010).

A exploração das implicações consiste em um espaço para uma consciência crítica e não para a alienação. No caso do pedagogo no hospital implicado, os desdobramentos das suas implicações fazem com que este se auto-observe e torne-se ator de suas próprias ações. Isso é fundamental, inclusive, em outras atuações educativas escolares, porque o espaço da educação é um espaço social e construtivo. Um exemplo pode ser dado com auxílio de Borba (2001) em uma relação narcísica entre professor e aluno.

No narcisismo cada um enxerga o outro à sua imagem idealizada, não admite oposições, singularidades, não respeita as diferenças e diminui as possibilidades de uma relação inclusiva, aniquila as mediações e tem a capacidade de agir com severas punições. Conforme Borba (2001, p. 97), “A relação educativa, narcísica, não dialógica no sentido freiriano, é uma relação destruidora”.

Ainda segundo Borba (2001, p. 93), “A paixão narcísica não aceita a diferença, limite ou separação”. Se tais implicações não forem compreendidas pelos atores educacionais, este

tipo de relação torna-se um empecilho a uma relação educativa que constrói e que tem abertura. Portanto, as questões do inconsciente devem ser consideradas na educação, não apenas uma análise do ponto de vista social.

Um profissional da educação mais consciente de suas próprias implicações teria mais chance de evitar tal desconforto e tensão para as pessoas com quem tem uma relação permanente. Isso pode ser esclarecido melhor se o profissional recorrer aos conhecimentos da psicanálise.

Entender, tão somente, que os processos educativos vão ao fracasso por condições sociais e econômicas, está se considerando apenas parte do problema educacional. Portanto, no atendimento pedagógico dentro do contexto hospitalar foi necessário serem trabalhadas tais implicações, mergulhar em um pensamento complexo, para uma melhor qualidade do trabalho do professor no hospital.

O professor ou pesquisador [...] necessita de instrumentos teóricos de desdobramentos, análises, elucidação da complexidade, que perpassa a sala de aula, as situações, as práticas educativas e o espaço de pesquisa qualquer que seja. Diferentes instrumentos teóricos e práticos compõem, nos diversos campos, *o pensamento clínico*, isso significa que o professor-pesquisador necessita adquirir um olhar multirreferencial (BORBA, 2001, p. 93, grifo nosso).

Em se tratando de pessoa *implicada*, a noção de imaginário é relevante e precisa ser *explicitada*. O *imaginário especular*, conforme Borba (2001, p. 91), “corresponde à imagem que fazemos de nós mesmos e dos outros, espelhos, ao *eu* idealizado. São imagens especulares e possíveis. *Especular* é a imagem possível realizada e realizável hipoteticamente.” São as implicações, as alienações, as ilusões, os atos imaturos, sem análises, são as trajetórias iniciais, as atitudes inconscientes, as imagens idealizadas, as imagens alienantes que limitam os projetos de vida, dentre outros.

Quando essas imaginações são comuns e estendidas aos grupos sociais, pode se dizer que é o *imaginário especular social*. O imaginário dos docentes, por exemplo, se expressa por meio das ideologias. O *imaginário especular social* são as imagens socialmente concebidas, simbólicas, que castram, alienam e dominam (BORBA, 2001).

A consciência das implicações consiste uma noção essencial para que haja elucidações desses imaginários, ocasionando uma possível quebra de um pensamento alienado, oriundo do imaginário especular para uma criticidade.

Enfatizamos a análise dos diferentes níveis de implicação do pesquisador, nas diferentes ciências e artes, ou do professor em sala de aula, como um dos instrumentos teórico-práticos de organização do trabalho de elucidação das relações sujeito-objeto (BORBA, 2001, p. 73).

Dentro da complexidade é preciso, no entanto, buscar auxílio nas diversas referências de saberes, alçando suas atuações em uma análise multirreferencial como um mecanismo de tentar entender e explicar tais realidades. A análise multirreferencial é pautada na busca da compreensão de um objeto buscando fundamentos nas várias referências científicas e não-científicas².

No próximo item serão explicitadas as implicações da pesquisadora, por meio da sua história de vida e o desvelar desta com seu objeto de investigação, porque nesta perspectiva científica não há cisão entre pesquisador e objeto de estudo.

1.2 As implicações da pesquisadora com seu objeto de investigação

“Verdadeira assombração, o sujeito estaria novamente entre nós.”
Cornelius Castoriadis

Esta frase de Cornelius Castoriadis, filósofo, psicanalista e estudioso do pensamento complexo, citado por Macedo (2010, p. 71), nos faz refletir sobre uma situação necessária e problemática que é a presença do sujeito pesquisador na pesquisa por meio de sua história de vida e com todas as suas subjetividades existenciais.

A afirmação do sujeito na pesquisa, autor de sua própria história, o direciona para a sua verdadeira condição de atuante crítico. Ora, a formação é um processo de humanização e cidadania porque conduz as pessoas à alteridade do outro, mas também de si mesmo.

As análises implicacionais aparecem nas narrações das histórias de vida. Este meio de consciência crítica de si e do mundo, auxiliam nossas práticas cotidianas, pois remetem à esclarecimentos mais sensatos das realidades vividas, inclusive para os profissionais que lidam com os processos educativos, com pesquisa.

[...] no bojo dessa simplificação, descarta-se também o professor e sua experiência a ser descrita como certa exemplaridade argumentada, o professor como uma escrita sempre em processo e um texto vivo, aprofundando mais ainda, por esses equívocos, o senso de irresponsabilidade socioeducacional (MACEDO, 2010, p. 112).

Eis aqui o caráter transformativo da narração das histórias de vida, pois proporciona uma compreensão profunda de si mesmo, de determinadas posturas docentes e pessoais,

² A multirreferencialidade será abordada no cap. 3.

condição fundante para qualquer atuação educacional de escuta aos alunos como no caso dos alunos hospitalizados e de seus familiares.

Nesta pesquisa a utilização das histórias de vida tanto da pesquisadora quanto dos participantes, foi de extrema relevância porque além de integrar a abordagem do pensamento complexo e multirreferencial, foi um mecanismo de produção de dados rica em informações multidimensionais sobre os sujeitos; ela também possui uma função terapêutica necessária para a atuação pedagógico-educativa hospitalar por meio da *escuta sensível* num contexto de crises, uma vez que o pedagogo do hospital atende pessoas em sofrimento e, portanto tem este que deixar de lado as más resoluções pessoais.

A *escuta sensível* é escutar o outro, compreender suas falas, suas comunicações, suas emoções, seus imaginários, seus questionamentos, seus sentimentos mais profundos sem críticas, sem transferências ou julgamentos em que escutador permite por meio de uma postura silenciosa, que o sujeito descarregue suas bagunças internas. A escuta sensível é aberta a outras maneiras existenciais sem a transferência de nossas angústias ou desejos. Segundo Barbier (2007, p. 91) “Trata-se de um escutar/ver”.

A escuta sensível supõe, então, um trabalho sobre si mesmo, em função da nossa relação com a realidade, com a eventual ajuda de um terceiro escutador (psicanalista, psicoterapeuta, mestre de sabedoria no sentido oriental, etc.) a escolha de um terceiro escutador fica a critério do foro íntimo da pessoa (BARBIER, 2007, p. 96).

O processo de pesquisa pensado neste estudo é unido ao movimento do vivido pelo pesquisador, na dança das interações, dos seus imaginários, nas trocas que se dão no trilhar do viver/pesquisar, que vão compondo as partituras da vida. Conforme Macedo (2010, p. 65), “Nestes termos o poder da disciplina como lógica que configura a construção do conhecimento nos cenários formativos passa a ser desconstruída pela não aceitação dos seus excessos iluministas”.

A negatividade às situações de alienação causada pelos excessos disciplinares, mecanismo de dominação, faz os sujeitos construir saberes sobre si mesmo e sobre o mundo, emerge daí uma consciência fecunda e isso é extremamente fundante na elaboração de um conhecimento.

[...] esses argumentos nos demonstram é que as questões da formação devem estar para além e com a *ratio* quer dizer, para além das racionalidades reduzidas das nossas organizações educacionais e seus sentidos estéticos (MACEDO, 2010, p.135).

Considera ainda Macedo (2010, p. 46) que a história de vida do sujeito-pesquisador, sua biografização, é “uma totalização compreensiva que se move, dialoga, se altera, não como

um cérebro racionalizado que funciona separado de uma itinerância de vida”. A “*ratio*” termo que o estudioso Macedo aborda trata da organização da educação brasileira baseada na *ratio studiorum*³.

Ao formarem-se como profissionais de qualquer área, junto a essa formação, o *nomadismo compósito*⁴ de cada um que compõem as aprendizagens não está desagregada das experiências individuais atuais.

No nomadismo que constituem as trajetórias de qualquer sujeito, as implicações são significativas fontes de construção do conhecimento científico necessário em qualquer temática, porque desta tem-se a possibilidade de fluir grandes criações, por conter elementos singulares e inerentes a cada sujeito. A implicação é aquilo que se sofre, vive e que se age em busca das próprias realizações, pelo qual se vincula em nível profundo e que cria o sentido em algo que se faz.

[...] a implicação, tradicionalmente considerada como escória, preconceito, obstáculo ao conhecimento, que se pensava outrora [...] aparece a seguir sem dúvida, não só como um “viés” inevitável, que é preciso considerar, mas também, pouco a pouco, como uma riqueza específica e, talvez, enfim, como uma modalidade original de conhecimento (ARDOINO, 2003, p. 39).

Tudo o que faz parte das implicações como: a criatividade, a poética, a imaginação, a temporalidade, o psíquico, são condições de base na elaboração de um conhecimento em qualquer ciência. São conhecimentos essenciais à sociedade. O fato de imaginar está-se prevendo mais ou menos um futuro, o futuro que se quer para uma determinada sociedade.

Sendo assim, abaixo será relatada um pouco da itinerância da pesquisadora no desvelar de seu objeto de investigação:

Bem, meu nome é Sandra, e quando algumas pessoas me encontram dizem que minha vida daria o que escrever. Refletir a minha itinerância é pensar na luta pela inclusão, pela escola e pela vida. Tudo que eu vivi no passado e no presente girou em torno da busca da minha formação escolar. As minhas experiências educativas tornaram o meu próprio viver, fonte inesgotável de formação.

³ *Ratio Studiorum* consistiu em um plano geral de educação que determinava uma forma padronizada de organização didática em todas as escolas da Ordem Jesuítica.

⁴ O *nomadismo compósito* foi um termo utilizado pelo estudioso Macedo, que significa a trajetória que vai sendo composta de conhecimentos oriundos das diversas aprendizagens. Nomadismo vem de nômade.

Meu pai e minha mãe tiveram papel relevante na minha formação, mas foi decididamente as aprendizagens ocorridas com meu pai e com minha mãe foi a fonte geradora de fortalecimento, das minhas andadas severas na vida e dos meus sucessos/fracassos, condição fundamental no meu processo de desconstrução e construção das formas de autorizar-me no mundo. Isso favoreceu a evolução dos meus conhecimentos no avatar da vida.

Esta investigação emergiu do inconsciente e depois do consciente... é interessante brincar com as lembranças da minha mente. Tratarei os fatos mais significativos das minhas implicações, para entender melhor o desenrolar do meu pensamento sobre o objeto das minhas investigações.

O foco epistemológico da pesquisa tem o tema calcado no atendimento pedagógico hospitalar. As palavras hospital e hospitalização foram termos aprendidos durante algumas experiências acontecidas comigo. Não poderia, portanto, desconsiderar os processos históricos, culturais e biológicos que me fizeram caminhar em direção à construção desse tecido epistemológico, porque ele não está separado da minha existência.

O estudante, o profissional, o pesquisador... são seres humanos que estão a viver com suas vontades, seus imaginários, seus pensamentos, suas necessidades mais profundas, suas intenções, seus corpos biológicos e espirituais. Como pode nuances tão marcantes serem desligadas do cientista e da sua pesquisa?⁵.

As dimensões várias do indivíduo influenciam o modo como ele age e se constrói na sociedade dentro do carrossel finito da vida. As experiências pessoais são formativas, pois trazem aprendizagens que marcam e muitas vezes ajudam adiante no desenrolar dos tempos futuros conforme estamos vivendo em busca da felicidade (JOSSO, 2010; MACEDO, 2010).

As instituições de ensino deveriam trabalhar na perspectiva de incluir as vivências humanas nos desdobramentos científicos, isso traria mais sentido ao movimento de estudar. Segundo Ardoino (2003), Charlot (2000) e Borba (2001) a questão do sentido é fundamental para uma aprendizagem significativa para os alunos

As existências humanas, bem como as artes, a literatura, a filosofia são saberes cada vez mais escamoteados e deixados em segundo plano em qualquer nível de ensino. Esses saberes são profundamente necessários porque faz brotar outros conhecimentos e modos de refletir criticamente o meio em que vivemos (ARDOINO, 2003; MACEDO, 2010).

⁵ A palavra cientista foi considerada aqui como qualquer pessoa que pesquisa mesmo que seja apenas um estudante.

Não foi fácil e sim... houve desafios a serem enfrentados... O que a universidade irá pensar sobre isso?! Muito incerto e preocupante para mim... Portanto, o primeiro desafio da pesquisa foi recuperar os fatos mais profundos da minha vida em uma forma de regressão consciente, capturando meu passado numa temporalidade longínqua e o segundo, foi transportar isso para o papel, no ato de escrever.

Eu nasci no dia 30 de novembro de 1978, em Diadema, um dos municípios de São Paulo mais próximo da capital. Morava com meus pais, foi um tempo bom aquele.

Meu pai (Cláudio) era de família de imigrantes italianos e oriundo da cidade de Marília, município de São Paulo. Estudou em escola pública, que segundo ele, a escola pública era bem diferente comparado aos tempos de agora.

Minha mãe (Elenita) do nordeste, natural daqui de Alagoas, foi criada em Pão de Açúcar, uma linda cidade banhada pelo velho Chico (rio São Francisco). Minha mãe nasceu em Março de 1950 e o Cláudio, no primeiro dia do mês de Janeiro de 1951.

Segundo relatos da minha mãe, na qual lembra com muita clareza, eles se conheceram no ano de 1970. Minha mãe tinha acabado de se formar e sempre almejou sair de seu lugar de origem e seguir para a cidade grande. E assim o fez, conseguindo ficar sócia de uma livraria no centro da cidade de Maceió. Foi nesta loja que meu pai, que havia chegado de viagem ao ir comprar um livro a conheceu.

Conforme a minha mãe, meu pai era uma pessoa que gostava muito de viajar e de estudar. Quando ela o conheceu ele estava passeando. De cabelos longos, um pouco acima dos ombros, estatura alta, amava o John Lennon, afinal ele parecia com ele.

De enorme inteligência, era super criativo, esperto e amava ler; passava horas lendo... Na nossa casa, ele havia montado um escritório no primeiro andar da casa, com um mini observatório feito com as laterais de vidro no centro do teto (uma cúpula), pois adorava observar as estrelas com seu gigantesco telescópio. No seu escritório havia uma mesa extremamente larga e uma pequena biblioteca cheia de livros científicos. Eu era a sua ajudante e o auxiliava quando ele pedia.

Em relação a minha mãe... ah! eu adorava ficar com ela... sofria quando ela saía de casa para algum lugar e que não me levava. Ela era muito tranquila para educar. Eu me lembro que sua educação era baseada na confiança, no cuidado e no movimento: ela me deixava brincar à vontade, passar as férias na casa dos parentes, andava de velocípede, tempos bons... Com ela eu amava correr e brincar sem medo das errâncias...

A criança é um ser social e motor por natureza. Atividades de movimento, como por exemplo, brincar de bola, andar de velocípede demonstram habilidades motoras que são

fundamentais na fase infantil, tanto para a saúde do corpo quanto da mente, pois, as crianças interagem com o mundo enquanto se deslocam. A criança hospitalizada não é diferente à necessidade destes movimentos, mas deve-se atentar para as suas possibilidades.

A doença não estagna esses desenvolvimentos e aprendizagens, mesmo muitas vezes trazendo-lhes limitações. A hospitalização deixa o universo de atividades mais seletivo devido à especificidade de algumas doenças, mas isso não significa que estas devam estar excluídas do processo global de aprendizagem. Considera Fonseca (2003, p.49), “quanto mais oportunidades a criança tiver para fazer e experimentar coisas, quanto mais chances ela terá de plenamente desenvolver as suas potencialidades.”

Lembro que, quando eu era criança até certa fase de minha vida, meus pais falavam repetidas vezes sobre a questão do comunismo, isso afetou intensamente suas vidas. Foi lá na casa de meus pais o início da minha aprendizagem escolar. Lá tinha uma lousa verde fixada na parede e uma caixa de giz colorido que meu pai havia providenciado, era tudo o que eu precisava para desenhar minhas primeiras letrinhas e fazer meus primeiros desenhos mirabolantes, pois adorava desenhar... O meu primeiro momento com a escrita foi na verdade favorecido por meu pai dentro de casa. Minha mãe também me auxiliava.

Com mais ou menos 3 anos de idade, no ano de 1981, aprendi a ler: com três anos já sabia o alfabeto, escrevia palavras e frases curtas. Brincava e aprendia ao mesmo tempo... no meio da brincadeira debatia com minhas coleguinhas o fato delas escreverem as letras do alfabeto de modo errado. E as questionava o porquê elas não conseguiam fazer a letra certa... lembro ainda do debate por causa da letrinha A: nesse dia cansei de explicar como fazia e nada adiantava.

Nesse período também me lembro do friozinho paulistano e da minha mãe comigo no quarto juntinho de mim, todas super agasalhadas. Frio este que não era muito amigo meu. O frio de lá me causava muito mal, eu só vivia à base de nebulização. Tinha crises de otite que mais parecia uma meningite. E o ar poluído piorava demais a situação e, então, eu terminava indo para o hospital. Situação que ocorreu comigo inúmeras vezes.

Devido a isso, minha mãe decidiu comprar um aparelho para fazer a nebulização em casa. Eu me lembro daquele aparelhinho verde, “cor de hospital”, que ficava sempre ao lado do meu berço todas as noites e das muitas vezes que eu acordava sufocada.

Chegou um dia que o médico pediatra disse que se eu vivesse sempre assim eu tinha grandes chances de morrer... Não se pode respirar “Berotec e Vicky Vaporub” a vida inteira, no lugar do oxigênio! E assim, as idéias de vir para o nordeste começaram a tomar espaço na cabeça dos meus pais, até porque minha mãe é daqui do nordeste, mas vivia muitos anos

em São Paulo com saudades da sua terra natal. Foi desta forma que eu cheguei aqui no nordeste. Nos primeiros meses estando aqui eu ainda visitei o hospital várias vezes com a mesma crise de otite de tempos anteriores.

Com 4 anos de idade, em 1982, ainda brincava muito, mas a maior parte do tempo era desenhando. Eu desenhava e pintava utilizando cores diversas com os lápis de madeira. Tinha uma técnica de misturar as cores, mas ainda não sabia que esta mistura tinha nomes: cores secundárias e terciárias.

Sempre me chamava atenção pinturas nos quadros e fotografias. Creio que meu gosto pela arte começou daí. Também gostava de poemas e cantigas de rodas. Inclusive lembro a que mais perpassou esta fase da minha infância, cantada pelos meus pais em diversos momentos: “Batatinha quando nasce se esparrama pelo chão, menininha quando dorme põe a mão no coração”.

Com quase 5 anos, eu já escrevia cartinhas feitas com caneta. Eram cartas de verdade endereçadas à minha madrinha que ficou lá em São Paulo. E ela sempre respondia a essas cartas. Eu fazia um rascunho de caneta mesmo, enquanto minha mãe fazia a comida e quando eu terminava, nós fazíamos juntas as correções.

Tempos saudosos aqueles em que minha mãe sempre corrigia minhas tarefinhas. Isso foi muito importante para minha vida acadêmica, pois as suas correções não se baseavam em evidenciar o erro, mas em dar sugestões de acertos. Essa forma contribuiu para o aumento da minha autoestima como estudante e como pessoa capaz.

Conforme relatos da minha mãe, quando passava na televisão algo relativo ao globo terrestre, eu ficava muito vidrada, quase não piscava de tanta atenção. Nessa década perpassava uma onda de pensamentos sobre a ciência astronômica então, o espaço sideral, o homem que foi para a lua (em anos anteriores) e as tecnologias espaciais –, permeavam toda a sociedade. Era o que as pessoas vivenciavam na época e isso influenciava a educação também.

Segundo minha mãe, eu era uma menina muito pacata, atenciosa e muito silenciosa. Conforme relatos dela: eu “tinha o raciocínio rápido para compreender as coisas e uma memória excelente, era muito cuidadosa com os objetos e fazia muitas perguntas sobre o universo”. Não cansava de olhar as estrelas, deitada no chão do quintal, na qual sempre me indagava: “Como as estrelas ficam seguras no céu? São penduradas por algum barbante?”, felizmente consegui todas estas respostas tempos depois. E nesta época lembro-me da morte do presidente Tancredo Neves inclusive acompanhei seu enterro pela televisão, apesar de não ter entendimento do que estava ocorrendo na política devido minha tão pouca idade.

Aos 7 anos, em 1986, continuava muito curiosa para os conhecimentos científicos. Conforme relato da minha mãe, ela achava estranhos os meus interesses, porque eu era muito pequena para tais questionamentos segundo ela, mas claro que admirava. Ainda conforme sua fala, eu finalizava qualquer brincadeira para me inserir nos assuntos mais adultos e relativos à ciência. Então, Isaac Newton, seus telescópios newtonianos e o cientista Galileu já eram meus velhos conhecidos na época.

Acontece que eu sofri influências do meu pai que sempre estudava Astronomia, então, eu o acompanhava. Ele tinha todos os equipamentos: luneta, lentes de diversos tamanhos, um telescópio enorme profissional e vários mapas e revistas. Eu estava sempre ali “ajudando”. Inclusive na época eu lembro que avistei o cometa Halley através de um desses equipamentos, ficando acordada até de madrugada esperando o momento certo de observá-lo.

Segundo Moyles (2002, p. 37), “O que sempre deve ser lembrado, todavia, é que as crianças podem e aprendem de outras maneiras além de lúdica e frequentemente têm prazer com isso. Um exemplo seria ouvir uma história ou trabalhar ao lado de um adulto que está fazendo alguma coisa.”

Na escola eu aprendia assuntos novos e antigos para mim. Aprendia assuntos necessários: Português, Matemática, História, dentre outros assuntos importantes para a minha vida, porém o ensino era tradicional e me lembro intensamente das aulas de português e Matemática. Era a maior parte do tempo estudando estas duas disciplinas na sala. Os conteúdos eram apresentados na lousa de uma forma não muito atrativa, mas foi de grande relevância estudar ali porque foi lá que adquiri o primeiro ano da minha educação formal.

Em casa, toda vez que meu pai me ensinava, desenhava esquemas, gráficos, desenhos geométricos ou escrevia em algum lugar em que eu pudesse ver, além de fazer engenhocas, mas não posso deixar de explicitar que muitas aulas dele cansavam muito. Era algumas vezes desgastante, porque passava horas e horas me transmitindo, a ponto de minha mente não conseguir mais absorver o que ele ensinava.

Meu pai, com seus etnométodos, unia a teoria e a prática, fato significativo para mim. Os etnométodos são maneiras de interpretar e compreender o mundo construído no cotidiano vital, expressos em atuações práticas diversas; atuações eivadas de aprendizagens. São modos de ‘saber ser’ e ‘de fazer’ aprendidos no devir humano (MACEDO, 2010).

Outro detalhe de sua educação é que ele não perdia a oportunidade de me ensinar, caso ele visse algo que achava importante eu saber. Isso ocorria até mesmo em um simples passeio ou em uma conversa a dois pelo caminho.

Nessa fase as minhas brincadeiras giravam em torno de pesquisar coisas minuciosas: brincava de hospital, de fazer cirurgia nas bonecas de pano, de coletar materiais no quintal para analisar, de escola na qual eu era a professora e adorava corrigir as provinhas que eu passava. As minhas irmãs e as bonecas eram as alunas e as pacientes do meu “consultório”.

Os atendimentos de brincadeira eram feitos na “escola” e na “maca de cirurgia”. Ainda me lembro da minha irmã levando sua “filha” (sua boneca) para eu consultar e depois a gente sentava com ela para estudar.

O consultório tinha uma escola, ou era a escola dentro do consultório? Eu ao mesmo tempo em que fazia uma cirurgia já passava as tarefinhas... ou eram receituários? Eram tarefas mesmo... feitas com caneta azul ou vermelha e giz de cera colorido... no meu hospital não existiam assepsias... Assim eu continuava horas brincando... Lembro das minhas irmãs em meio às bonecas, que pareciam uma delas no banco à espera pelo meu atendimento.

E ao lembrar-me das brincadeiras, lembro das minhas duas irmãs, Day e Poli. A Poli ainda era um bebê e a Day me acompanhava na maior parte dos acontecimentos, principalmente na hora das refeições, nas brincadeiras, na hora de estudar e também na hora de brigar.

Era legal ter sua presença, pois quando ela não estava eu me sentia muito só. Ela era o inverso de mim, muito danadinha e não conseguia ficar parada, aquilo acabava por chamar a impaciência do meu pai que queria que ela seguisse meus exemplos (ato falho dele porque devemos ver que os filhos são diferentes por natureza e cada um deve ser tratado nas suas especificidades).

Para ele, essa era uma forma coerente para despertar o interesse pela escola, mas que, a meu ver, haveria outras formas de tratar tal questão. Uma educação voltada para uma criança com apenas 4 anos de idade jamais seria igual a de uma criança com quase 8 anos. Como no caso da minha irmã, para ela a predominância da ludicidade, o movimento corporal e a compreensão dos motivos pela sua falta de entusiasmo pela escola seriam fundamentais para o seu sucesso escolar no tempo certo. Mas compreendo que não havia esse conhecimento por parte de meu pai e que ele reproduzia a melhor educação que ele teve quando criança.

E principalmente porque o caso dela foi específico: a parte da Educação Especial que tratava sobre os transtornos de atenção e hiperatividade não era tão divulgada na década de 80. Estava emergindo ainda. Havia o desconhecimento destas questões por parte da maioria dos educadores. Então, se a criança tivesse um transtorno como este passava despercebida e era rotulada como criança danada e desinteressada. Fato que posteriormente trouxe alguns

prejuízos, mas devido a minha formação atual em pedagogia na área da inclusão, felizmente a situação da minha companheira-irmã foi sanada a tempo. Crianças com transtorno de atenção e hiperatividade devem ser melhor observadas e acompanhadas especificamente pela escola para evitar o fracasso escolar.

Ao lembrar-me de Poli, lembro os dias em que fiquei esperando o abrir de seus olhos, então perguntava: “mãe, a Poli vai abrir os olhos quando?” lembro das várias vezes que eu averiguava se ela já teria aberto; lembro-me também das inúmeras caminhadas que nós demos juntas nos corredores longínquos da casa de meu pai, afinal ela tinha que aprender a andar, para brincar com a gente. Comigo ela treinava suas primeiras andadas, parecia se comunicar e adorava quando eu aparecia. Com ela eu aprendi as primeiras lições de cuidados com crianças mais novas, um amor fraternal-filial.

Os bebês também são seres sociais e receptivos. Em geral quando em desenvolvimento comum, gostam de observar os rostos familiares, sentem-se curiosos diante das diversidades de situações, às manipulações de objetos.

A habilidade de locomover-se faz com que ela vá se apropriando das aprendizagens com o meio. Isso é fundamental porque gera aprendizagens. Conforme Fonseca (2003, p. 53) “Para a criança a manipulação também é um aspecto importante na tomada de consciência de si mesma e do que está presente no ambiente com o qual interage.”

Aos 9 anos de idade eu havia passado a estudar em colégio religioso. A minha mãe, nos acompanhava em todos os eventos: nas passeatas, nas festividades religiosas, nas novidades da escola, em casa, na alimentação. Minha mãe era nossa amiga, lutava pelos estudos das filhas e tinha o sonho de vê-las todas formadas.

Na escola eu, vestida com uma saia azul marinho de pregas, blusa da farda branca com o símbolo do colégio, sapato preto com meias brancas, ficava na fila com as mãos para trás e enfrentava o sol matinal para cantar o hino da bandeira.

Aprendia as disciplinas de um currículo com característica da LDB da década de 1971. O ensino na escola que eu estudei nessa época era muito rígido: “disciplina” era a palavra certa. Quem dirigia o colégio era um grupo de freiras franciscanas holandesas, afinal o colégio, segundo relatos da população, foi fundado na época em que os holandeses vieram para Alagoas. Era uma escola bem tradicional e o ensino era hiperparcelado.

Ainda me lembro das aulas de matemática, na qual só se faziam as operações desprovidas de sentido e descontextualizadas: não sabíamos a relação da matemática na vida, nem da vida na matemática, faltava a história da matemática, os sujeitos e suas descobertas.

Aprendemos a pensar as coisas separando causas e efeitos numa linha onde o olhar é basicamente monocular. Lembro-me, mais uma vez, da linearidade com que os educadores funcionalistas atribuíam, nas décadas de 70 e 80, a causa do fracasso escolar à desnutrição e à pobreza. Preocupavam-se com as relações unívocas [...] não percebiam que o fracasso escolar se constitui num complexo de causas que demanda, acima de tudo uma visão crítica e relacional da sociedade capitalista e seu desenho; e das políticas sociais e educacionais implementadas historicamente em nosso país (MACEDO, 2005, p. 48).

O currículo desta escola deveria considerar a expressão de uma ação significativa na escola. Apesar de eu ter tido sucesso escolar, nesta época os conteúdos não expressavam relação uns com os outros. As relações entre os conteúdos ficavam a cargo das famílias e dos próprios alunos.

Era uma aprendizagem separada em cada aula de cada campo disciplinar. Eles tinham uma articulação que levavam as crianças mais estudiosas para dar chance de estudar na Holanda. O preço era o afastamento da família, creio eu definitivo, porque não me recordo de ver qualquer criança dessas voltar para as suas casas de origens. As crianças eram adotadas por famílias holandesas religiosas para estudarem e terem um futuro (sócio-econômico e religioso) melhor na Europa. Por pouco não fui para a Holanda também, felizmente isso não ocorreu.

Aos 10 anos, eu estava na 4ª série do ensino primário e nesse ano eu tive que me afastar da escola para cuidar da minha saúde. Fiz vários tratamentos galgando a não hospitalização, mas tive que me hospitalizar.

Novamente o médico alertou dos problemas que a enfermidade respiratória iria acarretar se eu não cuidasse: a garganta iria continuar infeccionando (que traria outros problemas mais sérios) e até insuficiência cardíaca. Depois desse diagnóstico eu fui encaminhada para a cirurgia e fiquei três dias no hospital internada sozinha sem familiares.

A partir de meados do ano 1980 começaram-se a se pensar no fato das crianças hospitalizadas serem acompanhadas pelas suas mães permanentemente durante a internação. Isso foi iniciado pelas experiências com crianças em fase de amamentação, únicas a terem esse direito (FONSECA, 2003).

Segundo as regras hospitalares do ano de 1989, as mães ainda não podiam acompanhar seus filhos, por isso tive que enfrentar a hospitalização sozinha. Diante disso, a minha mãe não podia ficar lá na pediatria, então eu ficava só e tinha muito medo do que iria acontecer, medo das pessoas estranhas e que pudesse fazer algum procedimento com dor ou que pudesse me levar à morte. Para mim, a minha mãe estando ali me acompanhando

evitaria parte da minha da minha tensão e ficaria vigilante. Lembro que as minhas mãos e pés eram sempre gelados no leito do hospital e eu não conseguia passar um minuto relaxada.

Com as garantias de proteção à criança e ao adolescente por meio da Constituição Federal de 1988, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente do ano 1991, e pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência do ano de 1993, manual de orientação ao familiar sobre o direito de acompanhamento dos filhos durante à fase de hospitalização. Depois foi feita a Declaração dos Direitos da criança e do Adolescente hospitalizado em 1955, por meio do conselho Nacional dos Direitos das Crianças e do Adolescente e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (FONSECA, 2003).

Nesse período eu lembro bem dos corredores largos, brancos e vazios do hospital. O cheiro do álcool no ar e de algumas cadeiras de rodas nas cores marrons encostadas no canto do refeitório.

O tempo não passava e não havia brinquedos para eu me distrair. As enfermeiras me tratavam como uma mini-adulta. Não havia o diálogo. Elas apareciam fazia algum procedimento e pronto! Nada mais. Até na hora de levar minha alimentação, a enfermeira nada falava. Ela me olhava e ia embora. Era como se eu não existisse naquele lugar. Era uma ausência na qual eu sentia tudo muito frio e sem sentimentos.

Apesar das limitações impostas pela hospitalização a criança ainda continua sendo criança valendo-se de suas potencialidades que a auxiliam nos seus desenvolvimentos intelectuais e sociais (FONSECA, 2003).

Então em uma das visitas da minha mãe pedi a ela que comprasse uma revista para ler no hospital, assim ela o fez. Isso me ajudou muito... pelo menos ganhei algumas horas: eu li e reli a mesma revista várias vezes, até cansar. No meu pensamento achei que eram 3 anos, ao invés de 3 dias. Quando eu saí de lá parecia que eu tinha saído da prisão. Quando eu vi o sol fora do hospital respirei fundo e tudo ficou feliz e leve novamente.

Porque os hospitais não tinham outro perfil? Mais cores, um lugar para tomar sol, isso iria ajudar bastante a forma de ver a internação e com isso a recuperação dos pacientes, penso agora. Mas superei e voltei à escola depois do resto dos dias em casa me recuperando.

Aos 13 anos de idade na escola, eu estudava Português, Geografia, Matemática, Moral e Cívica, Ensino Religioso, Organização Social e Política do Brasil - OSPB, Educação Moral e Cívica – EMC, Arte Culinária para as meninas e a marcenaria era somente para os meninos.

Pensava em vários cursos: Medicina, Enfermagem, Professora, Arquiteta, Arqueóloga, mas nem tinha a noção ainda do que eu iria ser realmente no desenrolar do meu

destino; os meus pais sempre me estimulavam para fazer universidade. Anos depois descobri que eu não tinha nada a ver com os cursos de Medicina ou Enfermagem, não gostava de ver sangue...

Aos 15 anos comemorei no pátio da Escola Técnica Federal de Alagoas - ETFAL, o resultado da seleção que fiz para o curso de Química Industrial pelo qual me submeti e fui aprovada.

A ETFAL foi uma escola que até hoje me traz lembranças de vivências e aprendizagens que jamais esquecerei. Aprendizagens que aconteciam não somente nas aulas, mas significativamente no pátio onde os grupos de colegas se reuniam. Espaço onde fervilhava de jovens alunos e pelo qual as vozes ecoavam moderadamente sem tantas castrações. Música, xadrez, um pensamento crítico de jovem ou uma discussão sobre uma aula interessante... tudo isso e muito mais incrementava meus conhecimentos vivenciais.

Os jovens são sujeitos sociais e possui diferentes formas de se expressarem e de construírem suas histórias. Suas aprendizagens ocorrem dentro das aulas e fora delas com seus grupos de afinidades, suas vivências, buscam sentidos! Aprender sempre é entrar em uma relação com o outro, um outro físico ou virtual de um mundo e que cada um leva dentro de si como interlocutor (CHARLOT, 2000).

O ensino na escola técnica era muito exigente e isso me ajudou muito com as disciplinas, estudei tanto... No ensino de Física, as aulas sempre eram associadas a situações práticas diversas, eu amava.

Em 1996 nos meus 17 anos de idade, comecei a estudar para o vestibular. Eu tinha esperança em proporcionar dias melhores para a minha família e também tinha a noção de que eu era a filha mais velha, das três irmãs por isso tinha que ter mais responsabilidade e condições para isso.

Porém, nesta mesma época, o estado de Alagoas estava em crise econômica e social, devido ao excesso de gastos públicos realizados pelo governador e a sua infinita listas de pessoas sem receber seus salários, gente se matando, servidores públicos da área da saúde e da educação fazendo greve e manifestações na praça da Catedral, enfim, um contexto caótico cercavam o palácio do governo de Alagoas. Foram momentos de grandes tensões que abalaram as estruturas sócio-econômicas das famílias na época. Isso contribuiu para algumas crises e para o adiamento do vestibular.

Enfim em 1998, com aproximadamente 20 anos, termino o meu curso de Química na ETFAL. Eu me lembro de um episódio interessante na minha fase de aluna: certa vez minha

professora de Português/Literatura pediu que todos criassem uma poesia baseada em algum escritor estudado.

No momento nós estudávamos diversos autores como: Gregório de Matos, José de Alencar, dentre outros, mas o Augusto dos Anjos foi o mais interessante nas suas colocações, pela sua capacidade criativa de tratar a poesia de modo tão peculiar, bem criativo... de fazer coisas que em geral não se fazem: misturar um caráter poético com deteriorações, não era todo mundo que tinha essa maneira e, então, fiz uma poesia inspirada nele... mas de tanto mudar de casa eu a perdi...

Uma das poesias dele que mais me chamou atenção foi a chamada: “Eu”. Não que eu me identificasse com ela (de jeito nenhum), mas eu achava que tinha alguma coisa parecida com Química... Biologia, minhas vivências da época.

Eu, filho do carbono e do amoníaco, monstro de escuridão e rutilância, sofro, desde a epigênese da infância, a influência má dos signos do zodíaco (Augusto dos Anjos).

Depois de ter terminado meus estudos na escola técnica, eu precisava fazer algo para exercitar meu corpo já fadigado da escola e das tensões da vida. Gostava muito de artes plásticas, mas até então não tinha chances de fazer. Comecei a pensar em fazer algo para me movimentar, pois meu corpo sentia tal necessidade.

Como eu me preocupava com minha defesa, escolhi a academia de artes marciais de Aikido, já que passei minha fase juvenil sempre sentada estudando. Aikido significa “o caminho de união com as energias criadoras do universo”. Ele engloba os aspectos marciais e espirituais. O Aikido surgiu pela união da técnica de luta Aiki com o Jujutsu, no período de 850 a 880 depois de Cristo.

Segundo a filosofia desta arte, as técnicas são espirais porque o universo é espiralítico; então para sintonizar os movimentos do corpo com a natureza, as simulações de lutas (o mais adequado é chamar de técnicas porque não existe lutas no Aikido; estas são feitas seguindo sempre um formato elíptico, circular e o espiral, sem esquecer o triângulo que representa a religião Shintoísta, religião do fundador.

Foi uma fase de aprendizagem interessante, porque o Aikido é uma arte diferente das outras: ela alça o corpo e a mente numa mistura de religião oriental, filosofia de vida, aprendizagem de noções básicas de japonês e prática física. Não é uma arte da competição, por isso não existem torneios de Aikido e sim, da solidariedade.

Foi aí que eu comecei a me interessar pela filosofia de vida oriental, cultura que não esteve separada dos meus processos educativos escolares; inclusive os dois ocorriam

paralelamente. Segundo Ardoino (2003, p. 67) “São esses “dôs” que transmitiam valores culturais profundos, tradicionais, não necessariamente veiculados pela escola.”

Antes de todos os treinos havia o ritual do Shintoísmo e todos participavam. Mas o que mais me chamou atenção nesta cultura foi o respeito pelo Sensei (mestre), o respeito pelo professor; respeito motivador da relação professor-aluno transformando-as em uma relação de empatia.

Na escola perpassam muitos conflitos interpessoais e íntimos, violências de todas as ordens, a competitividade estimulada devido a dinâmica do sistema capitalista e quase não se vê mais o respeito pelos docentes hoje em dia. Conforme Ardoino (2003, p. 65,) “no estado atual da nossa cultura e de nossos meios, uma metodologia crítica não pode evitar de recorrer” dentro dos projetos de educação.

Convém já notar [...] que o espetacular salto para frente japonês rumo à modernidade [...] até os nossos dias atuais, deve-se em grande parte a uma faculdade de assimilação e de síntese, secularmente constituída ao longo da História. Até estes últimos anos, o sistema educativo construído à moda ocidental era frequentemente complementado, em nível dos indivíduos, por valores iniciáticos mais culturais: o arranjo de flores, Sa-dô [...] o ritual do chá, Cha-dô; a caligrafia, Sho-dô; o Ju-dô; o Aiki-dô; o Ken-dô; etc. (ARDOINO, 2003, p. 67).

A questão cultural é fundamental, por isso a escola e a vida dos alunos devem andar juntas. Devido a estas ocorrências a escola e a vida não podem ser pensadas de forma fragmentada, alternativamente.

É preciso uni-las quando imaginamos criar meios para melhorá-las; nestes meios é essencial também crescer os desdobramentos da mente, o movimento das negatricidades que são as resistências, os jogos e “desjogos” no processo das vivências; precisam-se trabalhar os imaginários, criatividade, os aspectos psicológicos nas formações dos docentes e dos estudantes, por meio do simbólico, dos sentidos, dos afetos, dentre outros, fazendo os sujeitos da educação emergirem da sécura dos procedimentos que a ratio nos deixou.

Isso supõe uma demarcação, no coração da complexidade, dos investimentos afetivos de que está continuamente sobrecarregado o real. Essa identificação, para ser explícita, deve sempre ser objeto de um trabalho crítico. É preciso reencontrar uma forma de *distanciamento* a partir de um *dispositivo*. É o que nós entendemos por trabalho *a partir e sobre* o imaginário, que passa sempre por uma completa exposição, uma *exteriorização* cuja forma de expressão escrita, ou a discussão de grupo, podem levar á produção de relatórios, parecem-nos exemplos privilegiados [...] é importante compreender que a escrita é já uma forma de dispositivo crítico (ARDOINO, 2003, p. 65).

Na escola seriam trabalhadas com os envolvidos na educação: a escrita, as solidariedades, as exterioridades dos sentimentos. A atitude seria de religar a realidade dos sujeitos, seus vividos e suas afetividades aos processos escolares.

Em 1999, com 21 anos, regressei ao preparatório para o vestibular, ao mesmo tempo em que abri uma escolinha de reforço na minha casa, para ensinar jovens até o ensino médio, afinal meu contrato no trabalho havia encerrado.

O ensino da ETFAL foi muito bom, me deu o suporte no trato com as disciplinas de exatas. Então a minha sala de aula era composta por alunos de diversas séries (da 1ª série ao ensino médio). Era um desafio porque, o professor de reforço deve estar por dentro de todos os assuntos das multisséries no momento em que é solicitada sua ajuda. A minha especialidade era Matemática, mas ensinava qualquer matéria.

O vestibular deste ano eu tinha conseguido fazer, mas não passei... eu tinha feito para Farmácia nesse ano, mas já havia tentado apenas por experiência para o curso de Psicologia, em 1997. Não passei, com isso, fui vivendo e trabalhando... e decidindo qual seria meu caminho profissional.

Eu tinha um sonho que eu queria alcançar, que era passar no vestibular e dar continuidade à vida, por isso trago aqui o poema de António Gedeão, criado em 1961, um poeta português, que também era Pedagogo e Professor de Físico-Química, famoso por misturar arte e ciência nas suas inúmeras obras:

*Pedra Filosofal*⁶

Eles não sabem que o sonho é uma constante da vida

tão concreta e definida

como outra coisa qualquer,

como esta pedra cinzenta

em que me sento e descanso,

como este ribeiro manso

em serenos sobressaltos,

[...]

eles não sabem que o sonho

é vinho, é espuma, é fermento,

⁶ António Gedeão, pseudónimo de Rómulo Vasco da Gama de Carvalho, nasceu em Lisboa em 1906, foi uma criança precoce, aos 5 anos escreveu os seus primeiros poemas e aos 10 decidiu completar "Os Lusíadas" de Camões. Como tinha inclinação para as letras, ao entrar para o liceu Gil Vicente, tomou contacto com as ciências e foi aí que despertou nele um novo interesse. Em 1931 licenciou-se em Ciências Físico Químicas pela Faculdade de Ciências da Universidade do Porto e em 1932 concluiu o curso de Ciências Pedagógicas na Faculdade de Letras do Porto, renunciando assim qual seria a sua atividade principal daí para a frente e durante 40 anos: professor e pedagogo.

*bichinho álacre e sedento,
 de focinho pontiagudo,
 que fossa através de tudo
 num perpétuo movimento.
 Eles não sabem que o sonho
 é tela, é cor, é pincel,
 base, fuste, capitel, [...]
 máscara grega, magia,
 que é retorta de alquimista,
 mapa do mundo distante,
 [...]
 cisão do átomo, radar,
 ultra-som, televisão,
 desembarque em foguetão
 na superfície lunar.
 Eles não sabem, nem sonham,
 que o sonho comanda a vida,
 que sempre que um homem sonha
 o mundo pula e avança
 como bola colorida
 entre as mãos de uma criança.*

(António Gedeão)

Em 2000, conheci o meu esposo e me casei... O casamento também é uma aprendizagem; e com ele aprendi diversas formas de viver; nós interagimos muito sobre diversas vertentes dos saberes científicos até o momento atual. Meu esposo teve sua itinerância marcada pela engenharia química, pelos conhecimentos de administração, gestão e atualmente está na área do direito. Essas interações trouxeram conhecimentos significativos para mim.

Após nascer minha filha Alexia, quando ela estava com quase 1 ano de vida, dei continuidade a meus estudos em casa. Foi uma época cansativa, já que um filho recém-nascido traz muitas mudanças para a família.

Lembro-me das inúmeras vezes que ficávamos sentados à tardinha na porta de casa quando o sol começava a dar sinais de iluminação enfraquecida para a Terra... cada um com

seus respectivos livros, ao mesmo tempo em que víamos nossa filha brincando e dando suas primeiras passadas...

No início do ano de 2003, trabalhei em uma Farmácia Homeopática de Manipulação: fase que me trouxe ricos conhecimentos. Fazia fórmulas, repensava as teorias da Química nas quais muitas vezes recorria a elas... sempre gostei de entender os usos de plantas medicinais... chamavam atenção... eu tinha até livros tratando sobre fitoterapia, como fazer chás e outras infusões... comecei então a trabalhar/aprender... aprender/trabalhar rotineiramente...

Minhas aprendizagens sobre os conhecimentos homeopáticos davam-se na medida em que eu realizava meu labor: soluções diluídas... tinturas... extratos de ervas, extratos minerais ou ainda extratos animais... faziam parte das manipulações altamente cuidadosas... eu estava rodeada daqueles pequenos vidros de amostras por todos os lados.

A Higiene era extrema. Considero o momento-chave para minhas aprendizagens sobre a Microbiologia e a Higiene, tão necessárias e que irei utilizar posteriormente com as atuações pedagógicas no hospital.

A Homeopatia é considerada uma arte pelos estudiosos da área. A arte de curar na complexidade dos seres. Segundo a filosofia homeopática o ser humano é um todo complexo, formado por uma parte física-material e outra energética-espiritual. O binômio saúde-doença transforma-se em polinômio: saúde-doença-psiquè-alma-energia. Conforme esses princípios, essa energia que vive entre os átomos e moléculas constituintes dos seres é a mesma que constitui o macrocosmo. A energia do cosmo também existe nos microcosmos, que são os seres humanos. Como o princípio das partes no todo e do todo nas partes de Morin.

O atendimento médico nesta vertente é uma mistura de medicina moderna e atendimento psicológico na busca das causas do problema e de fazer os pacientes voltarem a seus equilíbrios físico-emocional-psíquico. Existem algumas críticas que surgiram à homeopatia após o surgimento dos princípios cartesianos, mas no Brasil é um tipo de medicina reconhecida.

Na preparação dos remédios, esta filosofia é transferida no momento de sua manipulação que são feitos de modo químico e esotérico... dinamizando-os e energizando-os através de agitações, diluições sucessivas e “orações”. Um mesmo remédio serve para várias complicações ao mesmo tempo: Allium cepa para diversas gripes, Arnica Montana para contusões e pancadas... Belladonna para cólicas de vários tipos.

E quando falo sobre estas lembranças não posso deixar de citar o meu tio Francisco, pois havia me fornecido alguns livros sobre plantas, aromaterapia, dentre outros... trocávamos muitas idéias sobre ciência, sobre religião, sobre suas sabedorias esotéricas, sobre o movimento new age e a física quântica... atualmente mesmo à distância discutimos uma pauta ou outra...

Em dezembro de 2003, aos 25 anos de idade recebo o resultado pelo rádio: enfim, passei no vestibular para o curso de Pedagogia. Todos comemoraram. Um curso escolhido por eu ter sido amiga da escola onde minha mãe era educadora de profissão na época e sempre me mostrou o quanto era fundamental os conhecimentos da educação e isso me motivava. Lembro das inúmeras vezes que interagimos sobre a psicologia da educação quando eu era apenas uma adolescente e até ajudava em seus trabalhos.

“Amigo da escola” era um projeto do governo para que pessoas fossem auxiliar em qualquer área dentro da escola. Auxiliares voluntários e eu adorava esse trabalho, a educação definitivamente era meu lugar, pois na escola eu me sentia em casa...

Em 2004, aos 26 anos de idade iniciei meus estudos na Universidade Federal de Alagoas – UFAL. No período noturno, pois no horário diurno eu tinha minha filha pequenina para cuidar e comecei a dar aula numa escolinha duas vezes por semana. Eu estava feliz e perfeitamente engajada nos meus estudos e adorava todas as disciplinas. Todas elas me interessavam, principalmente: Antropologia, Filosofia, Psicologia, História da Educação, dentre outras.

No final desse mesmo ano, eu comecei a lecionar no Ensino Fundamental em uma sala de 2ª série. Foi uma experiência diferente para a minha vida profissional, pois era a primeira vez que eu trabalhava em escola municipal, como monitora (professora).

Neste trabalho eu observava que algumas crianças faltavam por estarem doentes e também observava que estas faltas eram invisíveis para o pessoal da direção: o procedimento era levar os atestados para a escola e nada mais... aquilo me incomodava. Às vezes eu tinha alguns pensamentos sobre o fato de como a escola deveria agir com os alunos que se afastavam por motivos de doença e internação, mas nada afluído ainda, não tinha dado tanta importância e continuava a minha vida como sempre.

Em 2005, aos 27 anos, continuei ensinando nesta mesma escola, mas, um fato aconteceu: tive a necessidade de me afastar para cuidar da saúde da minha filha que se hospitalizou por uma infecção alimentar e que quase a levou ao óbito. Aquilo para mim foi um fim temporário... Passei uns 15 dias internada com ela, esperando exames, fazendo tratamentos. Nessa fase de internação eu fui acompanhante dela permanentemente no

hospital... As enfermarias super lotadas e algumas crianças chorando, esse era o caos o período em que passei ali.

Quando eu olhava ao redor, o ambiente cheio de crianças, um ambiente desordenado e, no entanto, ficava sempre uma lacuna: como fazer para as crianças não perderem aula... eu como aluna, estava perdendo aula... depois os pensamentos logo esvaíam. Nesta época, eu dormia mal, ficava extremamente cansada, mas perseverante na melhora da minha filha e no prêmio, que era ver minha filha totalmente recuperada... ver o ambiente externo ao hospital: a cidade, a claridade do dia, as árvores... sentia essa necessidade.

É de fundamental importância a contribuição das acompanhantes dos filhos. Nós ajudamos as enfermeiras, olhamos os pacientes e um acompanhante ajuda o outro, porque de tanto tempo lá dentro fazemos amizades e viramos família. Eu olhava ao meu redor e via todas nós passando problemas semelhantes e uma contava o seu problema para as outras e, assim, as interações aconteciam no quarto da enfermaria. Palavras de confortos ou de desesperanças sempre pautavam o dia e eu participava algumas vezes. As faces demonstravam o cansaço físico, as olheiras das noites mal dormidas, tristezas de uns, alegrias de outros.

Tais problemas com minha filha me fizeram trancar a universidade no ano de 2005 (segundo ano), por faltar por longo período para acompanhar minha filha (no hospital e fora dele), isso porque ela teve alta, mas ficou se recuperando em casa em horário integral.

O atestado o hospital forneceu claro, mas eu perdi muitos conteúdos: quando eu voltei, comecei a assistir às aulas na universidade novamente, mas não acompanhei... perdi trabalhos, discussões, inúmeros textos, livros para ler, eu já estava esgotada então eu fui pensar que não adiantava mais naquele ano, porque eu tinha uma lacuna enorme na minha aprendizagem, a minha filha precisava da minha total atenção... por isso desisti neste ano e focalizei minhas atenções em concursos públicos.

No ano de 2006, aos 28 anos, voltei a estudar em outro turno. Fui para o horário matutino. Priorizei os estudos do meu curso de pedagogia, mas eu tive de fazer a cirurgia do braço (lesionado no Aikido) eu tive de ficar de repouso absoluto. Mas como eu iria pensar em repouso no meio de tantos seminários, livros para ler e exigências acadêmicas. Tive que comparecer às aulas mesmo estando de licença médica.

Ainda continua contraditória a questão do alunado doente: mesmo estando no seu direito de faltar para cuidar necessariamente da saúde, em geral na prática os professores são incompreensíveis, o sistema não espera... é rude.

Conforme Lobrot citado por Darela (2007, p. 36) “Um indivíduo não é visto como um sujeito psicológico, como sendo subjetivo, como tendo sentimentos e aspirações, mas sim como um ser que deve efetuar determinados atos e obter determinados resultados.”

Enfim, em 2009, termino a minha Universidade, a qual sempre foi objetivo de minha luta maior. Entrei em um curso de LIBRAS, pois já sabia qual caminho eu iria percorrer: era o da inclusão. A área de inclusão é uma área necessária de se estudar e aqui em Alagoas é uma área que precisa de mais pessoas formadas.

Um desses concursos fiz, passei e fui para trabalhar como auxiliar de sala, pela prefeitura municipal numa creche-escola. Trabalhar nessa creche me fez entender a escola pública com outros olhos. Quando se tem uma gestão organizada muitas transformações podem ocorrer na vida dos alunos. Não se deve culpar apenas o sistema, com nossas atuações podemos fazer a diferença nas vidas dos alunos.

Foi uma experiência bastante interessante para minha profissão, pois discorri por diversas séries: do berçário até a alfabetização; séries que antes não havia ensinado. A educação nessa fase de idade vem junto com o cuidar e com a movimentação. Depois fui chamada para outro concurso para trabalhar como Pedagoga, pela Universidade Federal de Alagoas.

Eu havia feito esse último concurso, foi outro desafio por que estudei disciplinas já abordadas no curso de Pedagogia, mas também outras que não chegaram a tratar no curso. As disciplinas como direito e especificamente direito administrativo; noções de administração e as legislações deveriam ser disciplinas ofertadas no curso de Pedagogia. Mas ministradas por professores da área de cada disciplina, como por exemplo: a disciplina de direito deveria ser ministrada por um professor da área do direito e assim por diante.

Acontece que os concursos estão excessivamente exigentes e com essas corridas das pessoas por vagas de empregos, percebi tal lacuna. Atualmente os concursos para ser Pedagogo exigem legislações diversas, não somente a LDB. Eles exigem direito administrativo, administração, legislações das mais diversas e específicas; portanto, para que o curso oferte uma formação necessária para seus alunos para então entrarem no mercado de trabalho, era um acréscimo a ser pensado. E assim, percorri meus últimos anos na UFAL.

Hoje sou pedagoga e mestranda em Educação Brasileira. Considero a educação escolar para os enfermos um tema de extrema emergência aqui neste Estado, inclusive, há dispositivos legais que contemplam esse direito. As crianças e jovens hospitalizados devem

ser incluídos na escola regular, porque a educação deve ser ofertada para todos, inclusive para aqueles que estão hospitalizados.

1.3 Mestrado em educação brasileira: uma profunda formação

Nesta parte do trabalho são apresentados os “degraus” percorridos durante o mestrado, por meio da escrita do jornal de pesquisa, o que foi vivenciado na academia científica, especificamente nas aulas, mas, também, as situações que integraram o ato de pesquisar.

Jornal de Pesquisa (JP) é o diário do pesquisador no ato de pesquisar. É um instrumento de trabalho rico em informações sobre o processo da pesquisa; um diário escrito com dados sobre o campo, sobre as reflexões do pesquisador de modo geral, das suas implicações por meio de uma linguagem solta, com estilo próprio de cada escritor (BARBOSA, 2010; BORBA, 2001; HESS, 2005).

O JP é também, um guia da rota feita, do percurso existencial de um professor, de um filósofo, de uma artista, de um pesquisador, de um poeta [...] um instrumento, um dispositivo metodológico, imprescindível dentro da ótica do questionamento, da elucidação da relação sujeito-objeto (BORBA, 2001, p. 30).

Tem diversas denominações: “diário itinerância”, “diário de pesquisa”, “diário de campo”, dentre outras. Porém o nome “Jornal” foi adotado neste trabalho porque além de ser íntimo contém características de escrita pública (BARBOSA, 2010; BORBA, 2001).

A escrita do jornal proporciona momentos de anotações dos dados, de reflexões permanentes, de análises, uma forma de abertura à escrita e à auto-observação do pesquisador sobre qualquer assunto vivido: no hospital, no mestrado ou em qualquer âmbito pessoal e/ou científico.

É a construção de uma distância nossa, *distância de articulação, de reflexão, de perlaboração*, com relação ao nosso vivido. Assim, podemos em nós mesmos, separar o que é imaginário, o que é real, o que é desejado, o que é projeto, “projeto visão”, o que é a da ordem de uma práxis: não é instrução, é reflexão sobre o vivido, é formação em profundidade (BORBA, 2001, p. 30).

Os conflitos, os questionamentos diversos, as angústias da forma ou do método, sentimentos de exaustão, um corpo biológico lutando por recuperação, um espírito ora alegre ora machucado, o encontro com o hospital, uma aula interessante, uma leitura essencial, uma conversa com amigos; todos estes elementos estiveram presentes no momento do mestrado e,

desde então, fizeram parte da pesquisa e a influenciaram de certa forma; por isso não poderiam estas nuances serem descartadas do trabalho.

[...] se tratando de nossa formação, com sentido principalmente para nós mesmos, esses cacos e amontoados de coisas também fazem parte da construção. Da nossa construção. Aliás, nós somos o que conseguimos nos tornar com nossos cacos e nossas imperfeições. Mesmo que não queiramos, nossos “cacos” estarão sempre presentes. Acho que aquilo de bom que pensamos em mostrar tem a ver com nossa habilidade de lidar com esse tipo de material, os “andaimes”, os “cacos”, em outras palavras com nossas palavras nossas “implicações” (BARBOSA, 2010, p. 35).

Essa formação profunda é necessária em toda e qualquer área profissional. Os “andaimes” (BARBOSA, 2010; BORBA, 2001) do processo de pesquisar desvelou o ser-pesquisador e sua implicação durante um ato científico.

O Jornal possibilita o exercício de uma escrita reflexiva pelo qual qualquer profissional de qualquer área exterioriza suas interioridades, relaciona experiências vividas, expressa *insights*⁷ significativos para o autor e para sua pesquisa.

Conforme Barbosa (2010, p. 16), “Até bem pouco tempo, no contexto cultural do Brasil de nossos pais, tínhamos nossas raízes no iletramento, num mundo de valores adversos ao da escrita”. Daí a necessidade do exercício de escrever gerado pela constante escrita do Jornal.

O Jornal de Pesquisa permite captar os “*cacos da construção*” da pesquisa (BARBOSA, 2010), o não escrito no trabalho científico tradicional arrancado pelas formalidades positivistas e que vão sendo estimulados pelo ato de escrever solto e sem críticas. E no que considera Borba (2001, p. 27), sobre o Jornal de Pesquisa, “é um primeiro meio de se distanciar...” O distanciamento é uma atitude de formação porque, no dizer de Borba, o que é escrito pode ser lido e relido e, então, refletido.

Escrever o jornal de pesquisa é colocar o vivido em palavras. Uma escrita do que está sendo vivenciado, anotações de fatos relevantes que vão ocorrendo no dia-a-dia. Não precisa ser tudo que acontece em todos os horários, mas pontuações importantes. Segundo Borba (2001, p. 28) é uma “Técnica indispensável a quem quer se tornar pesquisador [...] É um dispositivo e um processo. Se formar não é instruir... é primeiro refletir, é pensar uma experiência vivida.” A escrita deste trabalho seguiu a proposta do Jornal de pesquisa de Borba (2001) e Barbosa (2010).

O Jornal de Pesquisa expressa as implicações do pesquisador, do estudante ou do profissional, seja de qualquer área, através de expressões de distanciamento e implicação. No Jornal o pesquisador escreve suas reflexões, reescreve, erra, conserta, exprime suas incertezas,

suas certezas, suas aspirações, visões, suas realizações, sua poética, sua filosofia, seus caminhos.

Nele, escrevemos não importa de que modo e não importa sobre o quê. É uma escrita, uma atividade, sem censura, isto é, o pesquisador, o professor, deve tentar escrever sem censurar, sem relacionar as idéias, os conteúdos, os fantasmas, os desejos que perpassam, povoam o seu espírito a cada momento e isso diariamente (BORBA, 2001, p. 27).

Ainda considera Borba (2001, p. 28) ser “uma técnica de desbloqueio”, porque nele são escritas as compreensões, as experiências vividas sobre a pesquisa, sobre a vida, sem medos, censuras, sem tolhimentos por parte do escritor, além de ser uma fonte rica de dados sobre o que está sendo pesquisado.

[...] o Jornal de Pesquisa se apresenta como recurso excepcional para trabalhar as implicações, as contratransferências do futuro professor-educador. Nem precisa afirmar aqui a necessidade de o educador aperceber-se de si ma complexidade das relações sociais, para que possa desenvolver seu trabalho na relação pedagógica (também social) com o mínimo de distanciamento e escuta do outro (BARBOSA, 2003, p. 51).

Esse instrumento, pois, é de essencial importância para a vida do pesquisador e do pedagogo, pois oportuniza outra formação, longe de ser apenas pautada em conteúdos acadêmicos: uma formação de si, com o mundo e para o mundo. Como trata Borba (2001) “uma formação em profundidade”.

Não se trata de contar tudo o que nos ocorre num dia, mas em cada dia, ao menos três ou quatro dias por semana, anotar um fato marcante, um encontro, uma reflexão, uma leitura, um conflito, um estudo (BORBA, 2001, p. 28).

O Jornal de Pesquisa possibilita análises das relações entre pesquisador e pesquisa, entre pesquisador e o mundo, do pesquisador no cotidiano. Por isso, é este um valioso instrumento de formação para o escritor e que fora utilizado neste trabalho.

Essa distanciação é fundamentalmente formadora. É trabalho. Consiste em escrever como, os pequenos fatos organizados em torno de um vivido, dentro de uma instituição: seu trabalho, sua conjugalidade, sua relação com uma criança, com uma pesquisa e consigo mesmo (BORBA, 2001, p. 28).

Nas instituições de ensino, normalmente não se favorece a liberdade necessária de escrita voltada às reflexões dos que estão no processo de educação formal. Em geral, reprime-se a escrita livre dos pensamentos, critica-se e descartam-se fragmentos ou textos completos feitos por alunos das mais variadas séries. Isso, contudo, poda a criatividade e a inventividade necessária a produção de conhecimentos. Segundo trata Morin (2009), atitudes de descarte

⁷ *Insights* - Compreensões repentinas de algum conhecimento.

dos escritos de conhecimento devem ser evitadas. Abaixo será apresentado meu Jornal de Pesquisa elaborado durante o período do curso de mestrado.

1.4 Meu jornal de pesquisa

Durante esse período de aulas do mestrado existiram várias tarefas para fazer das disciplinas. Com apenas pouco tempo de estudos, no qual havia me engajado, me afastei novamente para tratar minha saúde. Paralelamente, o meu orientador havia me fornecido livros diversos para estudar.

O primeiro que peguei foi o livro do autor Remi Hess, intitulado *Produzir sua obra: momento da tese*. Livro muito interessante, com uma forma de escrever diferente, ele refletia sobre suas atuações como uma maneira simples de tratar; um verdadeiro “jornal de pesquisa dele mesmo”. Muito significativo. Uma parte, dentre várias que eu li, bem interessante, foi a que aborda sobre os dispositivos da escrita. Em geral se fala em escrever, mas esquecemos de pensar em como escrever: o ambiente, o tempo disponível, as instalações, enfim, o momento da escrita.

[...] talvez tenha que trabalhar na mesa da sala de estar, e seu dispositivo de escrita será provisório, tendo que reorganizar suas coisas todos os dias. Ele teria de dispor de uma prancheta, um móvel ou uma mala para guardar os elementos necessários a seu trabalho de escrita. O ideal é digitar diretamente no computador, mas alguns estudantes não têm meios financeiros de adquiri-lo. Redigem seus textos à mão, e depois pedem a um amigo para digitá-lo. Pessoalmente, eu aconselho ao estudante que procure meios de ter acesso a um computador. Correlacionar o pensamento com o teclado do computador poupa tempo e permite retomar que foi escrito sem parecer rasuras (HESS, 2005, p.87).

O momento da escrita tem de ser criado, é questão de hábito. No início do mestrado eu escrevia na mesa da cozinha, mas não demorou muito para eu entender que ali não dava para me concentrar por diversos fatores, mas vou citar apenas dois: a questão da ergonomia e pelo transitar de várias pessoas. Com isso logo providenciei um lugar propício para escrever, era um investimento necessário ao andamento do trabalho.

Assim, destinei um dos cômodos da casa somente para esta função. Armazenei meus livros em um armário onde eu pudesse ter alcance fácil, elevei o computador para ter uma visão horizontal com a tela, utilizei uma cadeira para digitador regulável (as que têm apoio para o braço) e vários acessórios para servir como apoio para o pulso/braço, um mouse menor, tudo isso para deixar mais confortável o momento da escrita. Como iriam ser muitos

momentos de escrita que estariam por vir até o final do curso, foi necessário pensar na saúde do corpo e evitar uma futura Lesão por Esforço Repetitivo - LER, doença muito comum atualmente.

No segundo semestre, estudei duas disciplinas de Política e outra sobre Juventudes. Escolhi essas duas de política porque queria entender o motivo de tantos entraves políticos na educação escolar dentro do hospital. Compreender o contexto político foi importante porque em entrevista feita para a Monografia em 2008, foi perguntado o motivo de não se oferecer atividades educativas em alguns dos hospitais visitados aqui em Maceió e as respostas, predominantemente, foram: “eles não têm interesse político”, “não oferecem devido a entraves políticos”, “há poucas crianças”, “as crianças não vão aprender... num hospital?!”, dentre outras respostas para justificar a falta de atendimento escolar no hospital. Eu passei a compreender melhor tais articulações e hoje entendo relativamente sobre o assunto.

Visto o caráter extremamente fundante do Jornal de Pesquisa, durante todo o processo de pesquisar foram realizados registros sobre as minhas implicações durante o mestrado no ato de pesquisar e sobre as minhas reflexões multidimensionais influenciadas.

É fundante porque é mais um recurso na formação do professor-pesquisador, pois este leva o estudioso às percepções tanto do objeto a ser pesquisado como a do próprio pesquisador como parte da pesquisa.

Abaixo serão explicitados alguns excertos do meu jornal de pesquisa, organizados por data:

Dia 20 de maio de 2010, hoje marquei um café com uma irmã minha, a Day. É muito comum na minha família um desses tipos de encontros. Saem muitos assuntos relativos à vida, a família, as novidades, muitas risadas porque alguns assuntos são bem engraçados. Neste dia eu fui a esse encontro para conversar com ela sobre como anda sua vida, nunca mais tínhamos nos encontrado. Ela é da área da Fisioterapia, então aproveitei para tirar algumas dúvidas sobre a anatomia humana... trocamos ideias sobre a saúde, a doença... os desafios...

Dia 24 de maio de 2010, hoje a correria foi grande, aliás, como sempre, mas ando muito debilitada pelo que aconteceu com minha saúde. Na aula vi algo sobre estudo de campo, li um texto da Haguette e também estou lendo um dos livros que o Prof. Borba me indicou, o livro de Remi Hess, que é muito interessante a forma como ele trata suas implicações no ato de orientar seus alunos. Interessante porque ele utiliza uma linguagem na forma de escrever como um diário.

Dia 27 de maio de 2010, em toda a história da população brasileira a sociedade foi se organizando excludentemente. A educação para as crianças, jovens e adultos com deficiência,

também foi obtendo espaço dentro do ensino regular... mas afastada da sociedade como um todo. A partir dos anos 90 a situação começou a mudar com a chegada dos movimentos de inclusão. Atualmente muitos problemas ainda existem e há diversas lacunas nas leis do acesso à educação formal, inclusive no que diz respeito à educação escolar dos hospitalizados.

Dia 06 de junho de 2010, hoje mais um dia de domingo. Fui passar um dia na casa da minha outra irmã, a Poli. Muitos assuntos e novidades sobre seu bebê, enfim, Poli é da área do teatro, atriz... Então achei interessante saber um pouco sobre o teatro, a arte e a atuação do ator; eu queria compreender a arte e relacionar à vida do professor, ao atendimento hospitalar, ao corpo e a mente. ... A arte é uma forma de expressão dos sujeitos, de seus sentimentos, é simbólica por natureza e surge das vivências comuns e não comuns dos seres humanos. Então o professor como um ator tem maior possibilidade de fazer seus alunos obterem êxitos na escola. Isso porque no ato de ensinar ele incorpora um papel que se diferencia ou não, a cada dia; lida com as emoções, com o improviso, com o simbólico, deve ter dinamismo e estratégias para que as suas aulas sejam atraentes e para que seus alunos aprendam significativamente. É um professor num papel de ator...

Dia 10 de junho de 2010, a educação brasileira passou por várias situações de tensão com relação à exclusão. Os negros faziam esforços sobrenaturais lutando pelas sobrevivências biológicas, culturais, sociais e políticas. Encontrei um decreto bem interessante: foi o Decreto nº 1331 de 17 de fevereiro de 1854 pela internet e que tratava sobre a forma de exclusão declarada dos negros na escola, vou até escrever aqui: “[...] Não serão admitidos à matrícula, nem poderão frequentar as escolas: os meninos que padecerem de moléstias contagiosas; os que não tiverem sido vacinados e os escravos.” Os escravos e os que tinham certo tipo de doença estavam mesmo excluídos da educação escolar...

Dia 21 de junho de 2010, hoje vi em Haguette que é importante que se tenha um capítulo metodológico na dissertação, para pensar os caminhos da pesquisa, os grandes achados, as opções e o que foi feito.

Dia 26 de junho de 2010, já iniciei o artigo que está sendo exigido pela disciplina de Educação Brasileira. Gosto de iniciar logo porque não me sinto bem em deixar as coisas para as últimas horas. Na disciplina estamos vendo a parte histórica, mas o artigo tem que ser associado ao projeto de cada aluno; achei bem legal essa proposta porque já vai escrevendo algo sobre o nosso objeto.

Dia 05 de julho de 2010, marquei com o médico novamente, ainda não fiquei boa da saúde e isso me atrapalha... Muitas dores e o projeto tem de ser entregue a poucos dias. Hoje tratamos sobre a observação em campo. Achei uma parte interessante, segundo Ludke e

André (1986, p. 25), “o que cada pessoa seleciona ver depende muito da sua história pessoal e principalmente de sua bagagem” achei interessante este excerto.

Dia 06 de julho de 2010, hoje compareci à biblioteca novamente: é que estou fazendo um levantamento da bibliografia que tratam sobre educação e saúde, unidas em vários cursos (Serviço Social, Medicina, Psicologia, História, Enfermagem, Pedagogia... até Direito) olhei dissertações e monografias, mas não achei nenhuma dissertação sobre esse tema, mas nas monografias encontrei algo sobre os palhaços da alegria e liguei também para as outras faculdades e ainda não encontrei nada sobre escolarização no hospital.

Dia 05 de agosto de 2010, enfim entreguei o projeto a Professora da disciplina de Pesquisa. Na sociedade em que vivemos tudo é muito excludente: ou trabalhamos ou estudamos. Até que consegui descansar um pouco hoje, mas um descansar realizando leituras sobre meu objeto de investigação, pois a revisão de literatura deve perpassar a pesquisa até os últimos instantes da entrega do trabalho.

Dia 01 de setembro de 2010, aconteceu uma coisa muito legal: comecei um mini-curso que trata sobre o método das histórias de vida. Ensinou mais ou menos como fazer e até peguei uns contatos com dois alunos da psicologia que trabalham com isso. Também peguei os nomes de autores que tratam sobre esta vertente, como *Marie-Christine Josso*, no livro *Experiências de vida e formação* que traz os conceitos da pesquisa e fala sobre a vida dela... Outra autora que conheci foi a *Maria da Conceição Passegi* com o livro: *(auto)biografia: formação, território e saberes*.

Dia 03 de setembro de 2010, hoje assisti a qualificação de uma colega e foi muito interessante; um momento rico de aprendizagem. O Prof. Macedo era quem estava avaliando junto a banca. O professor Macedo tratou sobre os etnométodos, sobre os teóricos das suas realidades, etnocentrismo, as vozes dos sujeitos, que todos os processos colonizadores devem ser evitados; sobre a questão do *autorizar-se*, do *implicar-se*, sobre *provocar* e se *posicionar* (protagonismo), verificar que tipos de processos educativos de aprendizagem (de ensino, de formação, quais?), falou ainda sobre a questão da coerência, coesão e esclarecimento no texto, a questão da indexicalização; sobre o Jornal de Pesquisa, e observar a construção do objeto na introdução, falou sobre a hipótese também. Macedo explica o motivo de na base fenomenológica evitar essas as hipóteses previamente: o fato é que não conseguimos prever: são fenômenos, são pessoas; a hipótese pode ser uma percepção sensibilizadora, deve-se compreender do ponto de vista do outro e não o próprio, a priori, compreender os etnométodos e entender os sujeitos da pesquisa Ainda segundo Macedo, deve-se trazer o outro para dentro do estudo. Segundo ele as hipóteses são altamente dispensáveis.

Dia 25 de outubro de 2010, ao entrar no hospital, eu como pedagoga, senti um impacto no que diz respeito à falta de liberdade na qual estamos acostumadas dentro das escolas, então vi que precisava me apropriar da ética, através da resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, a qual trata sobre as questões éticas das pesquisas realizadas com seres humanos. Mesmo não sendo pesquisador, o pedagogo que trabalha nos hospitais deve ter mais rigor nestas questões; não quer dizer que os que trabalham em escolas não devam ter, mas é mais grave dentro do contexto hospitalar, porque se vê e sabem-se coisas que vão além de fatos corriqueiros, são situações íntimas, pois as pessoas estão fragilizadas e contam com a confiança de quem as ouvem. Experiência bem parecida com a de Paula (2004).

Dia 04 de novembro de 2010, para facilitar meus estudos, tive a ideia de utilizar as novas tecnologias na busca pelo conhecimento. Acessei diversos sites da internet sobre o pensamento complexo, inclusive entrei num de vídeos, no qual me apareceram inúmeros vídeos de palestras. Isso me ajudou bastante. E em relação a minha saúde, felizmente agora que me recuperei totalmente do problema de saúde adquirido no início do ano letivo.

Dia 05 de novembro de 2010, este é o semestre mais difícil da minha vida. Lembro do dizer do sábio Borba (2001, p. 135) em seu livro *Multirreferencialidade na formação do Professor-Pesquisador – da conformidade à complexidade*: “Raros são os indivíduos, e mesmo os cientistas, que buscam se observar, tomar um pouco de distância com relação às suas implicações, aos seus espelhos.” Busco fazer parte deste raro... e ao mesmo tempo/sem tempo, devo seguir o que está instituído, afinal esses são os meus dias.

Dia 9 de novembro de 2010, no encontro com o grupo de estudo do meu orientador no Espaço Cultural da Reitoria. Surgiram diversos conflitos quanto à estrutura do sumário, essas dúvidas me deixavam confusa até na hora de elaborar perguntas ao professor. Assim, fui para casa, sempre pensando sobre a estrutura deste sumário, como iria ser elaborado o corpo metodológico. Como iria ser abordado junto às histórias de vidas das crianças... dentro da abordagem multirreferencial e do pensamento complexo. Fui pensar que aquela linha de estudo era tão diferente, mas na verdade queria algo assim.

A formação escolar e a dinâmica desta sociedade recheadas de engessamentos e tradições que nos impedem de voar na busca do conhecimento de um modo criativo, muitas vezes nos amarram e podam a nossa criatividade. Uns até falam que é anormal ser diferente na escola, porque as práticas educativas sempre foram desse ou daquele jeito.

Muitas perguntas foram feitas ao meu Orientador sobre o *auto observar-se*, sobre as intermináveis indagações sobre *histórias de vida*, sobre *Implicação*, e bom, é claro que estas dúvidas foram respondidas, mas fui para casa pensando permanentemente e sem entender o

porquê isso me deixava tão confusa. O Jornal de Pesquisa auxilia o pesquisador, o docente ou qualquer profissional a auto observar-se.

Houve uma remexida na organização mental pelo qual eu estava acostumada. A reformulação das lógicas do pensamento, até então treinada para fragmentar todo o conhecimento e as resoluções da vida.

Segundo Borba (2001) “é uma formação em profundidade.” Pensar em como é essencial o pensamento complexo, é refletir que os entendimentos das áreas diversas auxiliam nas resoluções dos problemas, porque captam o que realmente acontece. As disciplinas nas suas fragmentações tornam-se sem sentido e alienantes para entender a complexidade do real, na busca de soluções para os desafios da atualidade, não é desprezar as especializações, mas juntá-las à complexidade.

Um pensamento voltado a pensar de forma complexa, lembra-me os conteúdos que tratam sobre *Substâncias* na área da Química: os átomos possuem ligações entre si e interações em uma determinada substância. Os átomos sozinhos e fragmentados não têm muita função. Não há muita utilidade, a não ser para experimentos isolados com os mesmos. Como deixá-los fragmentados se o que dão sentido a essas substâncias são as suas ligações químicas entre átomos?

Essas uniões fazem com que eles tenham sentido de existir formando a identidade das substâncias químicas. E estas substâncias são usadas na sociedade com diversos objetivos, um exemplo simples e complexo: a água. Para ser água é preciso a interação de dois átomos de Hidrogênio e um de Oxigênio, se não houver essa interação a substância não vai ser a água; irá ser um gás (ou de oxigênio ou de Hidrogênio) então: unir os conhecimentos é necessário e dá o sentido de existir das disciplinas, dos saberes. Do que serviriam as especialidades disciplinares se não fossem para resolver as crises do mundo? Como estas poderiam resolver se são compartimentadas, acatando apenas uma parte do problema?

Não é trocar as variáveis para resolver as questões, mas devem-se mudar as visões, segundo Morin (2005). É conceber uma organização de pensamento capaz de reconhecer e de apreender a complexidade da realidade, para então solucionarmos os problemas das diversas áreas da vida, como abordou Morin (2005, p. 10) em seu livro “*Introdução ao pensamento complexo*”. Então, eu tinha não que mudar os elementos do meu problema de pesquisa, mas apenas uma nova forma de tratá-los.

Confesso que achava quase impossível realizar tal projeto de pesquisa, porque não encontrava uma área definida em que ele se encaixasse, por não haver uma escola previamente dentro do hospital... No meu íntimo eu sabia que tinha uma solução, mas as

incertezas pairavam nas minhas reflexões. Conforme Morin (2009, p. 63), “é preciso aprender a fazer com que as certezas interajam com a incerteza.” Mas na prática ninguém assume as incertezas, só falam das certezas.

Nesta mesma madrugada, aproveitei minha falta de sono para elucidar essas reflexões: mais leituras, mais livros e retomei uma das teses que o professor tinha me fornecido e fui tentar “desvendar” as várias incertezas da pesquisa, mas já tomada pelo cansaço fui dormir.

Na verdade muitas das minhas respostas surgem quando estou dormindo (não são todas às vezes...) e então, quando eu acordo, tenho algumas soluções. Essa situação minha me faz lembrar um fato ocorrido na história de um Químico famoso, destacado por ser um dos melhores professores de Química do mundo, seu nome é August Kekulé (1829-1896). Kekulé, na angústia de tentar solucionar a fórmula do Benzeno, na qual se implicava a muito tempo, adormeceu e sonhou com uma cobra comendo a própria cauda ao girar em círculo. Foi então que ele teve a estrutura do Benzeno⁸.

[...] estava sentado escrevendo meu manual, mas o trabalho não progredia; meus pensamentos estavam dispersos... Virei minha cadeira para a lareira e adormeci. Novamente os átomos saltavam à minha frente. [...] Mas veja só! O que é aquilo? Uma das cobras havia agarrado a própria cauda e a forma rodopiava de modo a debochar ante meus olhos. Como se à luz de um relâmpago, despertei; e desta vez, também passei o resto da noite tentando entender as consequências da hipótese. Senhores, aprendamos a sonhar, e talvez então encontraremos a verdade [...] mas também vamos ter cuidado para não publicar nossos sonhos até que eles tenham sido examinados pela mente desperta. (August Kekulé, 1829-1896).

Muitas das minhas soluções vêm durante meu sono e então acordo, não sei como, e corro para anotar. Na verdade eu estava presa nas amarras de uma forma de pensar disciplinarizada e linearizada. Passei muitas noites, até o dia em que sonhei realizando esta pesquisa com as mais possíveis respostas às minhas incertezas; não é só escrever a dissertação, mas sim, respirar a tese e até sonhar com ela.

Dia 11 de novembro de 2010, certa tarde, perto do final do segundo semestre letivo, estávamos eu e minhas colegas do mestrado na Biblioteca realizando atividades de uma das disciplinas, quando fiquei sabendo que iria ter uma palestra de um outro Edgar, também estudioso nesta área. Fui assistir e fiquei ainda mais interessada nesta linha de pensamento. Fiquei surpresa ao perceber que eu já tinha visto ele no site em que havia assistido pela internet, ele é um estudioso nesta área.

⁸ Benzeno é uma substância química líquida incolor, de doce aroma, tem um formato estrutural de um anel, mas se inalada pode ser altamente tóxica sendo conhecida por ser responsável por surgimento de câncer em pessoas expostas.

Dia 17 de novembro de 2010, fiquei *me observando passar*, uma auto observação e estou num processo de rompimento de uma lógica anterior de pensamento que está enraizado, “calcificado e incrustado” como as substâncias que criavam resíduos nos recipientes e que eram difíceis de largar. Enraizado pela formação disciplinar que tive; pensar no *movimento* e na *brincadeira* do pensamento complexo ainda está sendo um desafio sério.

Dia 03 de dezembro de 2010, muita correria para terminar o ano. Assisti a uma defesa de um colega, também orientando do Prof. Borba: foi bem interessante, aprende-se muito. Assistir a essas defesas e qualificações é uma atividade muito rica em conhecimento e dão um norte para a elaboração da escrita das nossas dissertações.

Dia 22 de dezembro de 2010, mais reflexões, mais escrita, muitas leituras; como ouvi o Professor Borba dizendo que “nunca somos a mesma pessoa depois de uma interação com o outro.” E eu nunca mais serei a mesma pessoa depois pensamento complexo e multirreferencial. Gostei da leitura dos pensadores da linha de pesquisa do meu Orientador, como: Edgar Morin, Barbier, Prof. Roberto Sidnei Macedo, Remi Hess, Castoriadis, Jacques Ardoino, o próprio Prof. Borba, dentre outros que conheci nos grupos de discussão do meu Orientador. Considero este o fato mais interessante no meu Mestrado. O *acontecimento*. Inclusive, me motivou mais ainda a continuar minhas leituras nessa linha e já estou planejando estudar Francês para ler os livros desses autores na íntegra e, assim, ter mais conhecimento.

Dia 9 de janeiro de 2011, estou num movimento de reflexão e elaboração desta dissertação: leio, escrevo, apago, penso, escrevo, apago, reflito, traduzo. Assim são os meus momentos. Na hora do desjejum, durante a madrugada, no período da manhã ou em qualquer hora do dia (ou da noite), me pego em um movimento constante de pensamento e elaborações mentais com posteriores escritas e até pequenos diálogos com os textos (em voz alta), com ideias super esclarecedoras sobre o projeto. Às vezes eu me pego conversando com os livros, ou melhor, às vezes as pessoas me pegam falando com eles. Isso causa grande estranhamento por parte delas.

Há dias em que a paz e a organização reinam naquele lugar, mas têm outros que parece mais um furacão. Com isso, dar aula no hospital é um desafio instigante, precisa-se atender sempre as emergências da saúde e da educação, como diz Macedo (2005, p. 53) “acolher a emergência é, portanto, aceitar o papel significativo que os problemas e as perturbações desempenham [...] faz-se necessário o saber lidar com o “*tatear hesitante*”, com a *intuição*, com a *errância*, como um dos componentes do desempenho”.

Dia 13 de janeiro de 2011, foi evidente ansiedade, animação e a alegria no corredor e na enfermaria quando os alunos-pacientes me avistaram de longe: “Olha é a tia Sandra!” eu já estou fazendo tarefas com os meninos. Hoje as mães estavam mais felizes, eu senti um clima agradável no ar, dentro da enfermaria e isso logo foi comprovado com os inúmeros relatos das mães sobre os efeitos das atividades escolares. No dia em que não fui, as crianças ficaram tristes, segundo relato das mães.

Na realidade eu me ausentei por um curto espaço de tempo para refletir as atividades que iriam ser realizadas com eles; um momento de planejamento. As atividades para os alunos hospitalares devem ser pensadas e repensadas, afinal eles aprendem cada um no seu nível de desenvolvimento e série. Um exemplo, a Matemática: eu não posso passar uma atividade de Matemática numa linguagem de 3º ano, para meninos com dois anos de idade. Sem falar que as crianças muito novas neste contexto, geralmente nunca foram à escola, por isso penso em algo que estimule suas necessidades atuais.

Dia 14 de janeiro de 2011, o pedagogo em um hospital é ainda um acontecimento inusitado para esta realidade e isso eu vi bem na prática, o espanto de algumas pessoas quando sabem que sou pedagoga e estou no hospital.

Dia 19 de janeiro de 2011, estou utilizando diversos recursos pedagógicos para dar aula lá e está fazendo muito sucesso. Levo os meus materiais na bolsa para todo lugar. São os “*recursos itinerantes*”. Creio que, se formalizasse a questão do professor no hospital, ele teria um lugar certo para guardar tais materiais didáticos.

O pedagogo no hospital tem diversas atuações: as mães, os pais ou qualquer pessoa que esteja realizando o papel de educador dos filhos devem também ser orientados por ele. Trato aqui sobre o acompanhamento das atividades escolares dentro de casa ou quando estas receberem alta.

Acompanhar as atividades de casa não é tão simples quanto parece. Não pela dificuldade dos conteúdos (apesar de que para muitos pais os assuntos são extremamente difíceis e eu os compreendo), mas por aquilo que toca mais a motivação das crianças que são os modos de como os pais acompanham.

Observei que algumas crianças tinham um pouco de comodismo para refletir sobre as suas atividades. Com o acompanhamento pedagógico percebi que tinha algo mais. A mãe sempre dava as respostas prontas para a filha antes que esta pensasse sobre sua atividade. Observei uma prática comum em algumas mães acompanhantes. E logo as chamei para uma conversa longe das crianças. Expliquei a elas sobre o motivo de não fazer aquilo. Percebia-se que elas queriam o melhor para os filhos. Elas acataram, só não sei se vão cumprir

permanentemente. Outro ponto interessante observado hoje foi a falta de interação dos médicos do hospital para com seus pacientes.

Dia 20 de janeiro de 2011, a enfermaria parece um camarim: todas as crianças estão se arrumando para atuar em cena: os bastidores das aulas hospitalares. Nas escolas comuns nós vemos as crianças já chegando arrumadas e fardadas, não observamos todo o processo de “produção” de antes das crianças chegarem, na salinha de brinquedos do hospital é diferente: o pedagogo vive o que as crianças fazem antes da escola, durante a escola e o depois da escola, acompanha todos esses processos como se estivesse na casa de algum deles em tempo integral.

Dia 24 de janeiro de 2011, quando cheguei à enfermaria tive umas boas notícias: várias crianças tiveram alta, com isso vi muita felicidade estampada nos rostos das crianças e acompanhantes; um brilho no olhar destas pessoas e do outro lado a tristeza daqueles que ficaram.

O pedagogo no hospital deve pensar acerca das disciplinas que ele leciona para as crianças e jovens quando chegam ao hospital. O pedagogo hospitalar, por necessidade da sobrevivência de suas práticas, deve não se limitar apenas às disciplinas das séries iniciais e também ter conhecimento das séries posteriores. Não que o pedagogo tenha que ser “especialista” nas matérias ensinadas após a 4ª série, mas noto que, para haver o acompanhamento de todos sem exclusão, ele deve ter noções das áreas dos saberes para então incluir os jovens. Esta, porém, é uma das dificuldades do trabalho pedagógico hospitalar: tratar com diversas séries, níveis de estudo, várias culturas dos alunos. Há a necessidade de mais profissionais da educação trabalhando.

Mesmo assim, os jovens, logicamente, também têm direito de estudar, apesar de que não é o foco deste trabalho, por ser uma discussão mais ampla, mas deixo aqui minha defesa sobre estas questões.

Os pedagogos que se formam, geralmente, cuidam só das suas áreas e não fazem comunicação com outras vertentes de conhecimentos fora do seu limite de atuação. Nas escolas tradicionais, os professores formados em Pedagogia não fazem a ligação com os conhecimentos das séries posteriores, é como se fosse um terreno minado sem muros visíveis: sabe-se das minas e por isso não se chega até lá na fronteira.

A formação do pedagogo verificada nas regiões em que há o atendimento pedagógico no hospital varia: pode ser em pedagogia hospitalar, pedagogia clínica, em educação especial e até em psicopedagogia; inclusive, a questão da formação deve ser mais bem discutida já que é um ramo que está se expandindo recentemente; porém, mesmo existindo estas formações,

nada é comparado a pedagogia do *Eros*, a do *amor*. Que é gostar desse trabalho. O pedagogo hospitalar tem que ter amor pelo trabalho com as crianças hospitalizadas, primeiramente.

Uma surpresa que tive é que as mães também querem fazer algo para aprender e passar o tempo. Algumas ainda tentaram escrever algum rabisco e auxiliaram as filhas nas tarefas, também acataram os ensinamentos, que são muitos: dos conteúdos (coincidentes com seus graus de estudos), de como acompanhar seus filhos com as atividades de “casa”, que eram feitas em outro horário na minha ausência. Elas pensam no futuro de suas escolarizações e se motivaram a terminar seus estudos.

Outra coisa que venho percebendo é que as acompanhantes têm necessidade de falar de seus problemas e conversam. Daí a importância da escuta sensível. Confesso que antes de eu entrar em campo pensei que seria quase impossível que alguma delas me contasse suas histórias de vida, para alguém que pouco conhecem, mas fiquei surpresa com a aceitação, além da insegurança de eu sair de lá e deixar de dar aulas para suas crianças.

Dia 25 de janeiro de 2011, o pedagogo também deve ter a noção de higiene e saúde: a área hospitalar é uma área contaminada por natureza, então, é necessário tal conhecimento.

Dia 29 de janeiro de 2011, hoje falei com os palhaços do grupo Sorriso de Plantão, vi como é o trabalho deles, muito interessante, mas é de caráter apenas recreativo. Considero a sua essencial relevância; todas as áreas são importantes para um atendimento mais completo às crianças e jovens hospitalizados. O grupo é formado por alunos de diversas áreas: Direito, Enfermagem, Medicina, Arquitetura, Engenharia, mas não há a presença de estudantes do curso de Pedagogia. Eles abandonam suas identidades reais quando entram no hospital: os palhaços trabalham com os imaginários das crianças.

Dia 01 de fevereiro de 2011, fui ao hospital e quando cheguei dei uma parada para as leituras e até fiz uma poesia. As atividades escolares de hoje trouxeram grande alegria para as crianças. Realizei a tarefa de tangran com eles e os ensinei sobre as formas geométricas. Alguns alunos se sentem muito tristes devido as dietas do hospital. Mas devo explicitar que são alimentos necessários à saúde destas crianças.

Dia 02 de fevereiro de 2011, estou por aqui novamente e ainda estou escrevendo a dissertação: todos os capítulos ao mesmo tempo, em uma *brincadeira*, como ensina meu orientador. Os capítulos da dissertação podem ser escritos simultaneamente. O que se observa é que os alunos em geral escrevem um por vez. Capítulos escritos linearmente trazem prejuízos na elaboração de um conhecimento porque se perdem muitos detalhes.

Dia 09 de fevereiro de 2011, hoje a enfermaria estava cheia de crianças. Foram trabalhadas as figuras geométricas e as cores com as crianças. Dialoguei com as enfermeiras e fiz algumas entrevistas.

Dia 4 de março de 2011, estou aqui sentada na frente do computador e parei para escrever este fragmento, pois achei de grande importância para a minha vida. Hoje eu dei entrada na minha solicitação de qualificação, foi um momento em que realmente fiquei com os pés no chão. A pesquisa está em andamento ainda, mas sempre penso que posso melhorar entre essa ou aquela linha escrita; é um desafio ser mãe, mulher, trabalhadora e agora pesquisadora.

Dia 9 de março de 2011, estou organizando a dissertação para ser enviada ao Professor Dr. Joaquim Gonçalves Barbosa, da UFSCAR - São Paulo. Muitas leituras e releituras; mesmo este trabalho sendo escrito em uma abordagem do pensamento complexo e multirreferencial, quanto à forma estrutural, ele se mantém seguindo as normas da ABNT. A dissertação deve estar conforme as normas atuais e cada vez que leio este trabalho penso o que preciso melhorar; isso é explicado pelo conceito de *inacabamento*, tão estudado nas leituras que fiz do livro do Ardoino (2003) intitulado *Pedagogia Socialista*, e outros do Macedo (2010) e do Borba (2001). Os conhecimentos são inacabados e uma leitura vai puxando a outra, e assim por diante.

Dia 11 de março de 2011, acordei pela manhã e me arrumei para ir ao trabalho, sempre com mesmo conflito de organizar tudo na dissertação e em seguida enviar para São Paulo; fiquei um tanto angustiada, acelerando as revisões por que pensei no tempo que os correios levam para entregar as encomendas.

Dia 15 de março de 2011, em geral as crianças ficam meio perdidas com relação aos horários na enfermaria, por isso o papel essencial das rotinas para as crianças hospitalizadas observações realizadas também nos estudos de Paula (2004). Hoje tratei sobre as horas do relógio, percebi que muitas não sabem ao certo se é manhã ou tarde; fiz leituras do livro de historinha infantil e discutimos sobre os medos. As crianças falaram sobre o que mais causa receios. Mas o que predominou nas suas falas foram os medos dos procedimentos. Em quase todas citaram: as injeções e as agulhas. Outras imaginavam um quarto que possuíam as aparelhagens hospitalares e, ainda, aquelas que se lembravam das suas casas e sorriam... na esperança de saírem do hospital.

Dia 31 de março de 2011, “*escolhe o braço... o braço direito ou esquerdo... passa o álcool... ai, gelado... lá vem a enfermeira preparando a injeção dando a primeira empurrada*

no êmbolo da seringa... aparece a primeira gotícula de substância medicamentosa... muito tenso, mas necessário...”

O pensamento acima retrata algumas situações ocorridas comigo. Hoje eu parecia que ia levar uma injeção, mas uma injeção de conhecimentos. Muitos pontos que eu havia lido e relido, mas foi lá que tudo ficou mais esclarecido; estou dando encaminhamentos às correções deste trabalho e agora faltam apenas poucos meses, pois passa-se tão rápido que não se deve perder tempo.

Descobri conforme o Prof. Joaquim Barbosa em seu livro “Diário de Pesquisa” que é preciso melhorar a escrita do Jornal de Pesquisa, fazendo-o ficar apresentável para tornar-se público. Faltou também *indexicalizar* algumas palavras utilizadas no trabalho: isso é necessário por que o leitor deve entender o que está lendo. No fundo, eu não acho que o capítulo que trata da minha trajetória pessoal e durante o mestrado deva ser retirado do trabalho devido sua linguagem solta, popular e até poética. Considero que o jornal oferece dicas interessantes e também creio que alguns leitores iriam gostar de saber sobre reflexões que podem até serem comuns; alguns estudantes passam por diversas angústias no mestrado, mas, em geral, poucos se assumem. Outro ponto interessante foi o de gravar a hora da qualificação: uma ideia expressa pela professora da banca e, por sinal, muito interessante e que me auxiliou bastante. Ah, não esquecer a máquina fotográfica para o momento.

Dia 02 de abril de 2011, voltei ao livro do Ardoino e li o livro do Prof. Joaquim “*Diário de pesquisa: o estudante universitário e seu processo formativo*”, inclusive, no livro, havia a contribuição do Prof. Remi Hess. O jornal de pesquisa é um instrumento fundamental para a vida do pesquisador: nele sentimos a construção da pesquisa, dos degraus do processo de pesquisar e da produção do conhecimento.

Dia 5 de abril de 2011, hoje pela manhã eu e meu esposo saímos para dar um passeio na orla marítima; eu precisava ver o mar, ouvir o barulho das águas, isso me traz tranquilidade... acontece que eu me angustiei esses dias, estou trabalhando excessivamente na pesquisa e então ele me convidou para arejar a mente... um desses passeios é muito produtivo porque, distrai a mente em outras atividades mais lúdicas, faz com que rendemos melhor o nosso trabalho na volta... mas não sei o que dizer... levei a pesquisa comigo claro, aliás como sempre... levei no meu imaginário. Passear com meu esposo sempre traz grandes discussões e, entre um refrigerante ou outro, sempre tratamos de assuntos científicos.

Ele está me auxiliando muito desde o começo da pesquisa em diversos sentidos me dando seu apoio emocional, com seus conhecimentos e experiências. Hoje nós discutimos

sobre a questão da falta de efetividade da aplicação das leis que tratam sobre o direito das crianças e jovens hospitalizados de estudar no hospital.

Essa desatenção na oferta da educação no hospital também pode ocorrer devido a falta de uma cultura estabelecida de não se ver pedagogos atuando no hospital. Mas em se tratando de educação para crianças hospitalizadas é preciso não somente a simples abertura da educação no hospital, mas as condições necessárias para a sua *efetiva oferta* (sua efetividade) reconhecendo a fundamental importância desta enquanto direito público subjetivo. Por isso é indispensável pensar nos recursos materiais, humanos inclusive formações específicas para os pedagogos.

O direito à educação está intimamente ligado ao princípio da dignidade da pessoa humana. A educação favorece as condições fundamentais de uma vida digna. De acordo com este princípio todo sujeito é um ser humano, que possui uma personalidade, faz parte de uma sociedade, tem seus deveres e o direito de viver dignamente. Isso implica que as pessoas tenham condições necessárias para sua existência. A educação favorece tal possibilidade.

Como a área atual do meu esposo é a do direito, inúmeras discussões foram fomentadas sobre a dignidade da pessoa humana; tais interações foram condições fundantes de diversas elucidações. As interações sociais, segundo Vigostsky são importantes na produção de um conhecimento.

Dia 06 de abril de 2011, hoje foi uma daquelas noites mal dormidas; li o livro do Ardoino pela segunda vez, aliás, estou lendo e muitas coisas estão se esclarecendo para as análises; até sonhei que possuía respostas e saídas para alguns de meus problemas para escrever e expor claramente minhas ideias nas análises.

A escrita do jornal de pesquisa é também uma técnica de desbloqueio dos traumas referentes à escrita que aconteceram na infância ou em algum momento da vida. O que mais achei interessante foi o fato de construir mais de um Jornal de Pesquisa, um para cada tema, por exemplo: um que fala da vida, outro da parte científica etc; o importante é sempre registrar, escrever. Segundo Ardoino (2003) os fatos transmitidos de uma geração a outra por meio da história oral trouxeram muitos problemas, não se sabe ao certo como foi o passado, por isso é melhor registrar.

Dia 8 de abril de 2011, chegou a sexta-feira e estou aqui na frente do computador para variar. Agora são 4:30 da madrugada, bem cedo, mas dessa vez eu dormi bem e isso vai me ajudar nas reflexões dos textos lidos. Estou tentando elaborar a justificativa da minha história de vida presente no trabalho. É necessário indexicalizar.

Acredito que seria mais interessante e cheio de sentido se todos os pesquisadores contassem seus caminhos e como se chegou ao foco investigativo, pois teria mais significado para quem escreve e para quem lê, porque o trabalho teria singularidade, cada pessoa é única; o pesquisador é um ser humano e confesso que sofri conflitos para tomar a decisão de deixar minha história de vida no trabalho.

Os conservadores científicos postulam a separação da dimensão humana com a parte científica, porém, obviamente estas são ligadas. É de se enganar achar que as vontades, a manutenção de um corpo saudável, a parte financeira, uma educação rica em conhecimentos na infância, uma mãe suficientemente boa e um pai presente/ausente, não influenciam o desempenho de um sujeito, como ele age e vê seus horizontes. Essas formas condicionam o caminhar errante de qualquer pessoa, seja ele pesquisador, docente ou estudante. Pensando nisso, como posso eu retirar os momentos educativos e significativos que me fizeram chegar até aqui? Como desconsiderar o meu problema de saúde durante o processo de pesquisar, por exemplo, se este influenciou consistentemente a minha forma e meu caminhar epistemológico? Como posso esquecer que durante o mestrado podia ter tido mais rendimento se estivesse saudável? Tais fatores envolvem o pesquisador na dança com seu objeto de investigação.

Dia 11 de abril de 2011, estou aqui na biblioteca central da universidade e andei muito resolvendo os problemas referentes a este trabalho; sempre preocupada em como analisar melhor os dados, passei por diversos lugares. Centro de Educação, biblioteca setorial, enfim, terminei encontrando um colega do grupo da complexidade, que coincidência ele estar ali naquela hora. Parei para conversar sobre o meu trabalho, falei das minhas angústias e que estava sendo árduo analisar os dados na complexidade, como um caminhar em brasas, e perguntei sobre como foi feito o trabalho dele. Trocamos ideias e ele me explicou algumas coisas que para mim foram de fundamental importância. Ele retomou sobre o início do assunto, sobre a noção da complexidade, que é confundida com complicado, mas, que na verdade, esta abordagem surge para descomplicar. Na verdade, eu tinha lido sobre o assunto no livro *Introdução ao Pensamento Complexo* de Morin, mas são tantas teorias na cabeça que nem me atentei para o detalhe da humanização. É muito bom conversar com alguém da área.

Dia 15 de abril de 2011, sexta-feira, e agora são 20hs37min, noite. Estou aqui e acabei de mandar um email para o Professor Joaquim. São estas análises. Estou num esforço constante. Retomei os pontos para correção; estou a escrever e analisar.

Dia 27 de julho de 2011, terça-feira. Agora são exatamente 09hs55min. Está uma manhã linda e fresca. Mais uma vez me encontro na frente do computador. Estou no princípio

do inacabamento do meu trabalho. Quanto mais eu escrevo, mais acho que devo acrescentar mais elementos e melhorar a escrita. Estou pensando em uma forma de fazer o Estado entender que a oferta da educação regular no hospital é uma questão de política pública. Há entraves quando se trata sobre isso. O primeiro deles está na mente das pessoas, nos seus interesses e intenções.

Dia 8 de agosto de 2011, estou nos meus retoques... na escrita. Mas, mesmo sendo finais, hoje tenho em mente que a dissertação é parte de uma etapa. Um processo inacabado. Estou lendo e relendo, editando a ortografia e fazendo outras correções.

Dia 12 de agosto de 2011, hoje fui assistir a mais uma defesa. Muito esclarecedor. É importante dizer o que a pesquisa deixou de contribuição, quais as suas perspectivas. Isso pode ser colocado nas considerações finais. É necessário ter grande atenção na formatação, na impressão gráfica da dissertação, não escrever o nome dos autores de forma errônea, nem falá-los com pronúncia errada na hora da apresentação, são detalhes fundamentais na qualidade da defesa da dissertação. Verificar que o resumo é um retrato geral do trabalho, sendo o mais objetivo possível. Se possível é importante pedir alguém rigoroso para ler a obra. É muito bom ter a opinião de uma pessoa diferente sobre o texto, ver sua ortografia, concordância, coerência, dentre outros aspectos.

Abaixo serão descritos alguns dos dias em que foram realizadas atividades escolares com as crianças hospitalizadas durante a pesquisa:

- *Aula do dia 10 de janeiro de 2011*

Antes de começar a realizar atividades escolares no hospital, o ambiente foi verificado em sua dinâmica: foi então observado que o clima era bastante monótono, sem objetivos, triste e angustiante, porque o tempo dentro do hospital parecia não passar para eles, isto eu apreendi de acordo com diversos relatos das crianças, acompanhantes, conforme observação, além de experiência própria, pois há anos atrás eu já havia sido hospitalizada e acompanhante também. As crianças não viam a hora de ir para casa.

Iniciei as tarefas no quarto da enfermaria porque a Samira não conseguia chegar até a sala de recreação. As outras crianças foram chegando dos exames, então as convidei para fazer tarefa comigo. Elas foram sentando meio que timidamente ao redor de uma mesinha

amarela, no quarto da enfermaria, mas depois de um tempo a euforia tomou conta naquele momento.

Imagens 1 - Realização de atividades escolares na enfermaria



Fonte: (Autora, 2011)

Nas atividades estavam três crianças, inicialmente, com séries e níveis diferentes, mas nem tão diferentes assim. Havia o João (8 anos) e Samira (10 anos) que estavam no 3º ano do Ensino Fundamental em escola pública, a Alya (6 anos) no 2º ano de escola particular.

No quarto da enfermaria havia mais duas crianças, uma que estava totalmente acamada e não tinha condições físicas de participar, mesmo assim eu ofereci algumas tarefas.

Imagens 2 - Realização de atividades escolares na enfermaria



Fonte: (Autora, 2011)

Convém explicitar que a atuação pedagógica no hospital depende dos interesses das crianças em fazer parte; não é uma prática opressora, rígida e enquadrada em propostas descontextualizantes. É necessário, assim, considerar a disposição das crianças e seus momentos.

Nestas aulas foram utilizados lápis de cor, lápis com borracha, tarefas xerocopiadas de Português e de Matemática (que eles escolheram). O propósito maior era fazer uma sondagem dos conhecimentos que eles já possuíam e favorecer a interação para então nos conhecermos melhor.

Para iniciar as atividades eu propus algumas tarefas e pedi para que eles escolhessem o que queriam estudar naquele momento: perguntei se queriam iniciar com desenho ou pintura, a princípio. Mas as respostas foram as seguintes:

João: *“Tia eu quero escrever!”*

Alya: *“Eu também tia...”*

Eles escolheram tarefas de Português e mostrou certo cansaço e desmotivação pelas tarefas de pintar. No momento eu senti até uma surpresa, mas em minhas análises, percebi que havia uma explicação de acordo com seus relatos.

Imagens 3 - Realização de atividades escolares na enfermaria



Fonte: (Autora, 2011)

Compreendi que eles tinham pintado todos aqueles dias, pois geralmente são oferecidas apenas pinturas no hospital; vi algumas tarefas de pintar que eles tinham feito (as suas mães haviam me mostrado). Então, distribuí tarefas de ortografia para eles. Aos poucos eles começaram a perguntar algumas dúvidas, porém, sempre engajados; o aluno que sabia mais ensinava àquele que não estava sabendo e assim por diante. João e Alya acabavam rapidamente as atividades e já solicitavam outra:

Alya: *“Tia tem mais?”*

Sandra: *“Tenho... tenho sim!”*

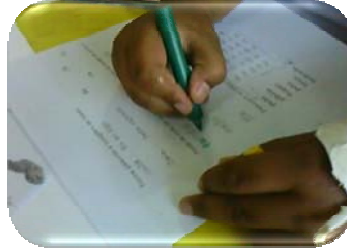
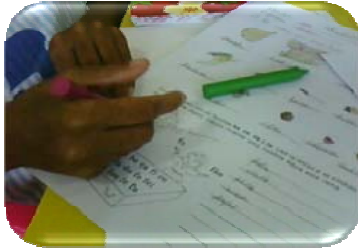
Depois de pouco tempo:

João: *“Tia tem mais tarefa?”*

Sandra: *“Claro! Já vou dar!”*

A Samira sentia dificuldade em segurar o lápis devido ao soro, ela demorava um pouco mais para entregar as atividades. Salientando que o objetivo aqui não é o de priorizar a velocidade média da realização das tarefas escolares, mas apenas uma descrição em uma tentativa de contextualizar as situações educativas escolares no hospital. Eles adoraram fazer atividades.

Imagens 4 - Realização de atividades escolares na enfermaria



Fonte: (Autora, 2011)

A Samira aparentava ser uma menina tímida, era calada e estava bem doente, então eu não sabia ao certo se ela estava assim devido aos sintomas, ou se queria deitar. Ela se mantinha sempre concentrada respondendo as tarefas. Quando ela terminou, pediu outra tarefa, então eu percebi que ela havia gostado e queria ficar ali conosco estudando. Depois de terminarem a tarefa de Português, pediram a de Matemática.

A Samira tinha dificuldade na leitura, segundo relato da sua mãe, e ao mandá-la ler, realmente observei isso, mas era ótima em raciocínio lógico matemático. Neste dia as horas passaram rapidamente, não havíamos percebido. As acompanhantes ficavam na expectativa e observando as atividades das suas crianças, neste primeiro dia, enquanto os alunos perguntaram repetidas vezes:

João: *“tia a senhora vai ficar aqui ou já vai embora?”*

Sandra: *“deixa a tia, olhar a hora!”*

Alya: *“a senhora já vai?”*

Alya: *“a senhora vem amanhã?”*

João: *“vem tia?”*

Sandra: *“a tia já vai hoje, mas vai voltar amanhã logo cedo”.*

E assim terminou esse dia de aula com as crianças do setor pediátrico.

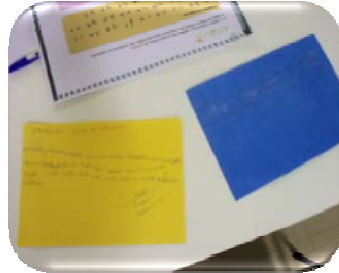
- *Aula do dia 11 de janeiro de 2011*

Ao chegar fui passando e olhando para o posto, tinha algumas enfermeiras trabalhando, atendendo telefone; visitei todas as enfermarias e falei com algumas acompanhantes, afinal, eu precisava observar a pediatria como um todo.

Estavam bem lotadas, crianças deitadas ou caminhando, outras recebendo atendimento. Quando eu entrei no quarto algumas crianças estavam dormindo: a Alya, a

Samira e o João despertaram do sono quando me viram. A expectativa das mães era grande, tanto é que quando eu apontei na porta do quarto algumas vozes das mães: “*Olha a tia chegou!*”.

Imagens 5- Realização do atendimento pedagógico na salinha de brinquedos



Fonte: (Autora, 2011)

A alegria, o entusiasmo e a motivação tomaram conta das crianças quando me viram. Uma observação foi o fato de que no início as crianças eram afastadas e isoladas, mas hoje todas elas conversavam e interagiam no quarto da enfermaria. Adriana, mãe do João, relata um pouco sobre a alegria de seu filho.

[...] Hoje o João se animou todo! Acordou logo cedo e disse que ia *tomá* banho rápido pra fazer as tarefas (ADRIANA).

Faziam as tarefas com empolgação, vendo isso perguntei apenas para iniciar uma conversa:

Sandra: “*Vocês gostam de ficar internados?*”

João: “*Não!*”

Alya: “*Não tia!*”

Sandra: “*Por quê?*”

João: “*Porque não! É ruim!*”

Sandra: “*Vocês acham que deve ter uma professora aqui com vocês para fazer tarefas?*”

João: “*Ôxe com certeza! Ô!*” (risos)

Samira: “*Queria que tivesse... nós queremos...*”

Alya: “*Quero sim!*” (sorriso)

Sandra: “*Por quê?*”

João: “*Porque é bom! É bom demais!*”

Alya: “*Eu gosto!*”

Samira: “*É bom! Ôxe é bom!*”

Nesse dia, posteriormente, apareceu o menino Fábio (2 anos) que viu a alegria dos meninos e quis juntar-se a nós. Fábio nunca havia frequentado a escola; a mãe não teve como matriculá-lo devido a um problema que ele teve ao nascer, o *mega-cólon*, um problema no intestino que trouxe muitas dificuldades para a sua vida.

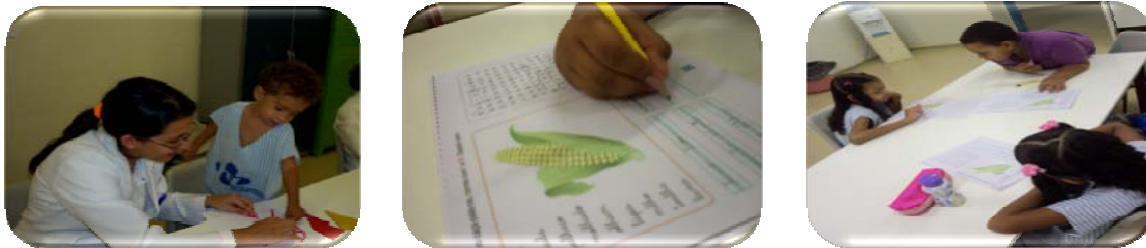
Imagens 6: Realização do atendimento pedagógico na salinha de brinquedos



Fonte: (Autora, 2011)

No momento das atividades, ele e sua mãe aguardavam os resultados dos exames para saber se iria precisar fazer uma cirurgia ou não. Os acompanhantes também participaram e logo formamos parcerias.

Imagens 7: Realização do atendimento pedagógico na salinha de brinquedos



Fonte: (Autora, 2011)

A mãe de Samira tirou algumas fotos e depois vimos nossas figuras, as crianças adoravam. A mãe de Fábio auxiliou a realização das tarefinhas dele, devido a sua tão pouca idade. Fábio está com idade de estar na educação infantil, mas não se matriculou devido a enfermidade.

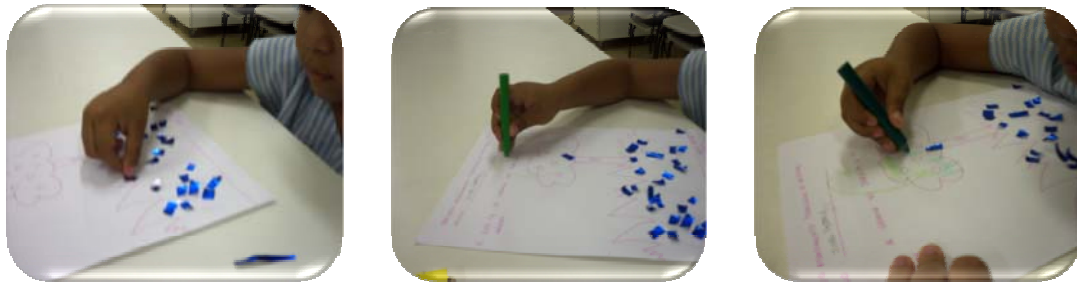
Imagens 8: Realização do atendimento pedagógico na salinha de brinquedos



Fonte: (Autora, 2011)

Na educação infantil as professoras precisam de auxílio porque as crianças são muito pequenas, requerem mais atenção no cuidar. O mesmo acontece no meio hospitalar, mas o cuidar é vital também para crianças e jovens que estão em séries posteriores. É de fundamental relevância a participação das acompanhantes na escola do hospital. Esse auxílio é natural, as próprias mães ajudam no cuidar enquanto o pedagogo realiza seus atendimentos.

Imagens 9: Realização do atendimento pedagógico na salinha de brinquedos



Fonte: (Autora, 2011)

Foram feitas tarefas com Jordan (4 anos) e ele disse que estava me esperando: “Tia eu estava esperando você na porta!”; ele havia chegado na semana passada mas já havia participado das tarefinhas conosco. A porta da qual ele falou, foi a da enfermaria. Percebi que as enfermarias eram como se fossem suas casas: uns vizinhos visitam outros e perguntam se já melhoraram ou como foram os exames...

A tarefinha que fizemos foi de colagem, apropriada para ajudar na coordenação motora fina, uma vez que ele nunca havia ido para escola; sentia dificuldade para pegar o lápis adequadamente. O pedagogo hospitalar deve prestar atenção a estas nuances: ele não saberia pegar no lápis devido seu atraso escolar ou suas mãozinhas estavam acometidas pela sua doença.

Segundo Fonseca (2003), às vezes, o fato da criança ter várias internações e, devido a isso, o conseqüente afastamento do seu meio ambiente natural, estas deixaram de desenvolver as habilidades comuns das crianças que vivem saudáveis.

Depois que colamos, pintamos e eu o orientei sobre as cores e ele sorriu muito. Ele não sabia o nome das cores e nem como pintar dentro do desenho, mas vi ao longo do processo que ele tinha avançado de certa forma no pintar dentro do espaço sugerido.

Tirei umas fotos dele e mostrei a ele, que adorou e quis olhar mais vezes. Muitas palavras de elogios foram faladas para ele sobre sua tarefa. As palavras de elogios nos êxitos dos alunos servem como uma tentativa de recuperar os corações estraçalhados pela baixa estima.

Imagens 10: Realização do atendimento pedagógico na salinha de brinquedos



Fonte: (Autora, 2011)

Muitos chegam ali com pensamentos pessimistas, de derrota, com uma profunda falta de motivação na vida e desestímulo com seus futuros escolares. Isso acontece com as outras crianças. Então, fizemos amizade e para onde eu andava, ele me acompanhava.

- *Aula do dia 13 de janeiro de 2011*

Hoje foi um daqueles dias bem agitados na enfermaria. As crianças avançavam em duas direções: uma é a da saúde e outro avanço é na educação. Hoje ficamos na salinha de brinquedos, fizemos tarefinhas de português, matemática, lemos livros de historinhas, foi um momento produtivo e cheio de interações.

Imagens 11: Realização do atendimento pedagógico na salinha de brinquedos



Fonte: (Autora, 2011)

As crianças estavam com um semblante ótimo, bem melhores dos sintomas. Escrevemos diversas palavrinhas então o João falou:

João: *“Tia você soube que o David morreu?”*

Sandra: *“O David? E foi?! como assim?”*

João: *“A senhora pensou que ele havia recebido alta né?”*

Sandra: *“Hã?”*

Alya: *“Foi tia! Na semana passada!”*

Samira: *“Ele tava muito duente e ficou naquele ultimo quarto”*

Alya: *“Eu tenho medo entrar lá.” (no ultimo quarto).*

João: *“Eu também! (olhando para a Ali).*

Samira: *“Eu não gosto não”*

Sandra: *“Eu lembro do David...”*

David foi um menino que eu havia conhecido em minhas visitas à enfermaria, não havia tido muito contato porque não deu tempo, ele estava no leito bem debilitado. Assuntos sobre a morte são muito comuns na pediatria e na aula percebi que as novidades das crianças eram bem diferentes.

O João estava prestes a ter alta, pois felizmente estava bem recuperado da otite média que afetou o seu ouvido e pescoço.

João: *“Tia não quero sair daqui não!”*

Sandra: *“Por quê?”*

João: *“Porque eu gosto de fazer tarefas e jogar xadrez.”*

Segundo sua mãe, ele só falava nisso o tempo todo em que ficou na enfermaria. Aliás, todas as crianças falavam. Elas procuravam saber sobre as “tarefas de casa” (que eram tarefas realizadas em outro horário na enfermaria).

Imagens 12: Realização do atendimento pedagógico na salinha de brinquedos



Fonte: (Autora, 2011)

Eu atendi seus pedidos: dei tarefas de Matemática e Português para eles realizarem no outro horário. E, no outro dia, eles logo me apresentaram para eu corrigir. João era um garoto

que nunca havia jogado xadrez, mas sabia jogar dama e futebol. Devo salientar que o jogo do xadrez trabalha o raciocínio lógico e muitas escolas estimulam este tipo de jogo. João aprendeu a jogar e já pediu um xadrez para a sua mãe comprar.

Imagens 13: Realização do atendimento pedagógico na salinha de brinquedos



Fonte: (Autora, 2011)

- *Aula do dia 14 de janeiro de 2011*

Hoje o dia foi bem calmo. Quando eu chegava me apresentava para aqueles que não me conheciam ainda. Conversava sempre com as mães e com as crianças, num momento de socialização, as emoções tomavam conta dos depoimentos sobre suas histórias de vida e assim passavam os dias. Eles já ficavam esperando de longe, nas portas dos seus quartos, como se estivessem esperando visita nas portas das suas casas.

Imagens 14: Colagem do alfabeto e dos números na salinha de brinquedos



Fonte: (Autora, 2011)

Fizemos uma arrumação na sala de recreação: colamos o alfabeto e os números, afinal, se precisamos ofertar atividades educativas para os alunos, devemos transformar o ambiente da sala de aula em um local favorecedor de leitura e escrita. Algumas acompanhantes auxiliaram com entusiasmo. Contribuíam com tudo o que fizessem suas crianças estudarem.

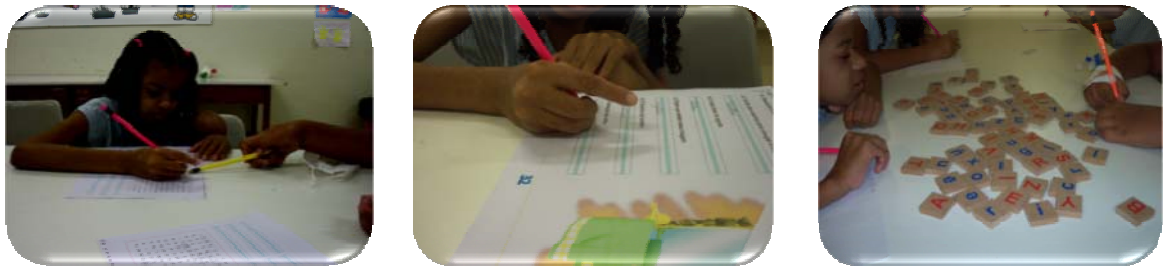
Imagens 15: Colagem do alfabeto e dos números na salinha de brinquedos



Fonte: (Autora, 2011)

Hoje a atividade foi a de (re) aprender o alfabeto. Distribuir folhas xerocopiadas coloridas com o alfabeto completo e outra folha com as atividades para completar as consoantes. Após estas, fizemos uma lista de palavras que as crianças sugeriram utilizando o alfabeto móvel de madeira.

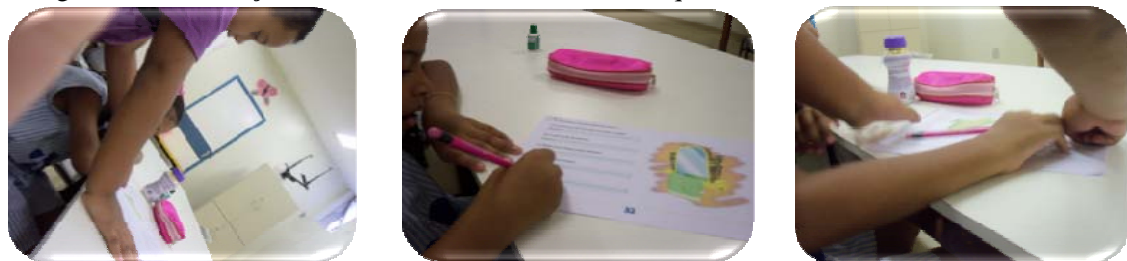
Imagens 16: Realização de atividades na salinha de brinquedos



Fonte: (Autora, 2011)

As interações e a troca de ideias pairavam nas aulas. As mães participavam de quase todas as atividades, em quase todos os dias: dão sugestões, auxiliam nos cuidados físicos com as crianças e estão bem entusiasmadas para continuarem seus estudos.

Imagens 17: Realização de atividades na salinha de brinquedos



Fonte: (Autora, 2011)

A escola no setor pediátrico, além de estimular e dar mais vida às crianças hospitalizadas, fez com que as mães revissem suas vidas escolares e pensassem em seus futuros. Houve muitos relatos de mães que tinham vontade de continuar estudando e ficaram

mobilizadas quanto a isso. Algumas mães se determinaram a terminarem a escolarização após as saídas do hospital; segundo a Mãe de Alya: “Professora, ela se animou mais... nem pensa em sair do hospital”. As mães também ficavam com expectativas, isso ficou nítido nas falas e olhares ansiosos esperando a chegada da professora.

Tia ela melhorou viu! A escrita! Ela quando chegou aqui nem sabia escrever essas palavras... melhorou também a forma!... tava desanimada, nem queria se levantá, tristinha... e depois das tarefas... ela gosta de fazer tarefas... gosta de estudá... disse que queria ficar aqui no hospital e disse que não queria saí não!... ela mudou muito depois que começou a estudá aqui no hospital, isso é evidente... (MARTA).

A Samira no princípio tinha medo de tentar escrever ou ler, tinha vergonha de não estar no nível dos outros alunos. Quando ela se deparava com a escrita, ainda timidamente escrevia, mas quando era leitura ficava bem evidente a sua baixa auto-estima. O medo da errância.

Imagens 18: Realização de atividades na salinha de brinquedos



Fonte: (Autora, 2011)

Na hora da leitura derrubava a cabeça na mesa e dizia não conseguir, tinha receio de soletrar as letras. Quem passava no corredor pensava que ela estava passando mal. Essa falta de crença na sua capacidade era intensa.

Com a continuidade das aulas ela foi ficando mais segura para tentar. Hoje a Samira faz um total de 7 meses de hospitalização, está perto de ter alta, faltam alguns dias. O que será de Samira nesse período? Ficará ela sem escolarização? Na realidade ela terá de se internar intermitentemente para fazer avaliações, hemodiálise e tomar seus remédios.

Foi observado que muitas mães desistem de matricular seus filhos por pensarem na incapacidade física e intelectual de seus filhos frequentarem as escolas comuns.

No próximo item serão explicitados os caminhos da pesquisa, será descrito sobre o método utilizado nesta investigação.

1.5 O método da pesquisa

Os afastamentos causados pelas hospitalizações distanciam as crianças do convívio da família, dos amigos e da escola, tornando o tempo no hospital inesgotável, favorecedor de expectativas ruins em relação às suas enfermidades, como por exemplo: ansiedade, medo dos procedimentos dolorosos, medo da morte, apatia. As crianças ficam excluídas da escola por não conseguirem frequentar normalmente suas aulas.

É necessário, diante desse contexto, atentar para o caráter fundamental do atendimento pedagógico no setor pediátrico. A educação escolar hospitalar para as crianças hospitalizadas minimiza os prejuízos da hospitalização, estimula as aprendizagens e distrai as crianças no período em que estas permanecem na pediatria fazendo com que estas diminuam as ansiedades e o sofrimento.

Com isso, surge o seguinte objetivo central da pesquisa: “*Qual a importância da atuação do pedagogo no ambiente hospitalar?*”

O presente trabalho resultou da busca pela compreensão da importância do pedagogo no hospital, suas implicações e possibilidades de atuação neste espaço ainda tão enigmático para o profissional formado em pedagogia e se configurou dentro de uma *Pesquisa Qualitativa*.

A Pesquisa Qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (MINAYO, 2010, p. 21).

O método adotado foi a *pesquisa participante* referendada por Haguette (2010), sendo realizada em 2010-2011. A pesquisa participante é uma pesquisa em que o pesquisador está participando no processo de investigação. Nesta, o pesquisador adota uma dupla postura: que é a de um observador crítico e o de um participante ativo no hospital (HAGUETTE, 2010).

Ainda segundo Haguette (2010, p. 145), “o processo de pesquisa participante considera a si mesmo como parte de uma experiência educativa que serve para determinar as necessidades da comunidade e para aumentar sua consciência.”

Durante a pesquisa de campo foram atendidas um total de 23 crianças hospitalizadas do setor pediátrico. Foram acompanhadas por meio do atendimento pedagógico as crianças que estavam em idade escolar; estas foram distribuídas em três grupos para melhor organização da pesquisa: o da Educação Infantil que alçou crianças de 2 a 6 anos; o do Ensino

Fundamental Séries Iniciais, reuniu crianças com 7 a 10 anos e o Ensino Fundamental Séries Finais com uma faixa etária de 11 a 14 anos.

Para a produção de dados foram utilizadas: a *Entrevista Semi-Estruturada* (MINAYO, 2010) e as *Histórias de Vida* (HAGUETTE, 2010; JOSSO, 2010; MACEDO, 2010).

Foram realizadas observações da dinâmica hospitalar, realização de atividades escolares com as crianças hospitalizadas do setor pediátrico, a escuta sensível, análises junto aos autores estudados e registrados no jornal de pesquisa.

De acordo com diversos autores que vivenciaram a escola hospitalar, a dinâmica do hospital tem suas peculiaridades, porque as crianças têm hora para tudo: para fazer exames, para tomar remédios, para ficar no soro, dentre outros aspectos, que foram considerados no momento da pesquisa.

Na medida em que convivemos com o grupo, o observador pode retirar de seu roteiro questões que percebe serem irrelevantes do ponto de vista dos interlocutores; consegue também compreender aspectos que vão aflorando aos poucos, situação impossível para um pesquisador que trabalha com questionários fechados e antecipadamente padronizados (MINAYO, 2010, p. 71).

O campo de observação desta pesquisa foi o setor pediátrico do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. Essa Instituição hospitalar foi escolhida haja vista ser um local aberto às pesquisas. Outros hospitais foram procurados, mas houve entraves no acesso.

Foram entrevistadas 25 acompanhantes, 4 enfermeiras, 1 psicólogo, 3 palhaços do grupo Sorriso de Plantão, 1 acadêmico de Medicina. Foram selecionadas as histórias de vidas e as histórias das crianças hospitalizadas que permaneceram maior tempo de internação e que já vem de uma itinerância de hospitalização frequente.

A entrevista semi-estruturada seguiu um roteiro específico (apêndice C) predefinido, mas flexível durante a fala do entrevistado.

A entrevista caminha lado a lado com a observação, de tal forma que estas representam instrumentos básicos para a coleta de dados. A entrevista desempenha papel importante nas pesquisas científicas humanas e em outras atividades (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p. 33).

Foi uma maneira de obter dados, mas também de expressar sentimentos. Foram conversas a dois ou mais interlocutores, realizadas por iniciativa e direcionamento do entrevistador e, portanto, não foi um ato neutro. Sua finalidade foi aprender o que não estava expresso no momento da observação (MINAYO, 2010).

Há, entretanto, vários tipos de entrevistas: uma sondagem de opinião, entrevista aberta ou em profundidade, entrevista focalizada, projetiva ou semi-estruturada (MINAYO, 2010). E ainda as entrevistas não-estruturadas.

A entrevista semi-estruturada é a junção entre perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado discorre sobre o tema em questão sem se restringir apenas ao roteiro formulado (MINAYO, 2010).

Ainda segundo Minayo (2010, p. 65), “é por meio das entrevistas que realizamos pesquisas baseadas em ‘narrativas de vida’, ‘as histórias de vida’, ‘histórias biográficas’, ‘etnográficas’, dentre outras”. É uma fonte de informação de dados subjetivos que não conseguiram serem captados durante a observação.

As entrevistas foram gravadas e transcritas conforme código de ética. Os nomes verdadeiros dos participantes foram substituídos por nomes fictícios para dar mais qualidade e liberdade às análises.

Em relação às fotografias, foram assinados em duas vias os Termos de Livre Esclarecimento (em anexo) pelo pesquisador e pelo participante, para que as imagens fossem liberadas para utilização científica.

Os instrumentos utilizados foram: jornal de pesquisa, a máquina fotográfica, gravador de voz, atividades educativas xerocopiadas, livros infantis e didáticos, recursos pedagógico-educativos (xadrez, dominó de tabuada, cartaz do corpo humano, ábaco, tangran, alfabeto móvel, papéis coloridos etc) e o roteiro de entrevista.

E sobre o reconhecimento de que os sujeitos constroem suas trajetórias e são agentes das transformações, a história de vida foi utilizada nesta pesquisa por diversos motivos: por ser um meio terapêutico, por natureza, para quem conta sua história na escuta sensível; devido a riqueza de detalhes multidimensionais das realidades dos envolvidos; por levar a uma compreensão contextual do que está sendo estudado; porque se faz emergente conhecer as emoções e as lutas travadas pelos sujeitos como seres históricos e culturais, uma vez que cada realidade é única dentro de um contexto maior e que se entrelaçam dentro do hospital, como as angústias, as alegrias e as buscas de felicidade dos participantes.

Diante disso, a abordagem das histórias de vida produziu informações sobre as implicações dos sujeitos participantes nos três níveis: psicoafetivo, histórico-existencial e estrutural-profissional.

Deve ser salientado que os sujeitos sempre foram desvalorizados pela ciência durante muito tempo e ainda hoje o são, e que isso reduziu a capacidade das pessoas de criarem, refletirem e atuarem.

A disjunção sujeito-objeto é um dos aspectos essenciais de um paradigma mais geral de disjunção-redução, pelo qual o pensamento científico separa realidades inseparáveis sem poder encarar sua relação, ou identificá-las por redução da realidade mais complexa à realidade menos complexa (MORIN, 2009, p. 55).

Segundo este estudioso, foi por isso que a educação chegou ao que hoje está: longe de resolver os problemas reais da sociedade, porque em geral são descartados saberes essenciais, capazes de construir saberes relevantes para a sociedade.

Além de que, quando as histórias de vida são contadas, elas fazem com que as pessoas autoras de suas histórias reflitam suas experiências, trazendo a criticidade das suas atuações, esclarecendo suas vivências e decisões, que antes eram vividas e não refletidas (JOSSO, 2010).

A ruptura da cultura das humanidades e da cultura científica foi mais um mecanismo de dominação: uma tragédia no cenário social. A história de vida, no entanto, aparece como resgate de uma abordagem fecunda para compreender a teia de complexidades existentes entre os envolvidos, por ser um meio amplo da apreensão da vida dos sujeitos como um todo, de seus caminhos.

Nela o sujeito participa e relembra fatos vividos no passado e durante a sua vida; resgata a tomada de consciência sobre suas próprias itinerâncias, recupera sua historicidade, valoriza os sujeitos nas suas formações e, ainda, dispõe de fontes sobre as realidades multidimensionais. Permite um reconhecimento de si.

Salienta-se aqui o caráter profundo e relevante desta abordagem para entender o sujeito na sua totalidade. Convém dizer que ao menor fragmento de uma história do sujeito, tem-se a estrutura total de uma auto-eco-organização, objeto maior, que é tipo da sociedade em que vivemos e na qual os sujeitos estão inseridos.

Isto quer dizer que através do individual acata-se o problema total, face os diversos ângulos da vida: dificuldades sociais, de saúde, educacionais, pedagógicas, dentre outras. Traz um resumo completo dos elementos que constroem e destroem a sociedade, a junção do individual com o universal, e emerge a possibilidade de as pessoas conhecerem suas expectativas para o futuro. É um momento de formação para os envolvidos e para o pesquisador. Este último por acatar as complexidades.

Por trás destas contribuições específicas que a história de vida é capaz de fornecer, jaz uma outra que é fundamental: ela pode, mais do que qualquer técnica, exceto talvez a observação participante, dar sentido à noção de “processo” (HAGUETTE, p. 76).

As situações educativas no hospital trazem novas perspectivas para as vidas das crianças hospitalizadas e mães acompanhantes além de projeções para os seus futuros. Esse processo é captado quando se tem uma compreensão íntima dos sujeitos.

Atualmente, evidencia-se este tipo de abordagem na formação de professores nas pesquisas atuais, como um recurso capaz de melhorar determinadas posturas dos docentes.

A história de vida é, assim, uma mediação do conhecimento de si em sua existencialidade, que oferece à reflexão de seu autor oportunidades de tomada de consciência sobre diferentes registros de expressão e de representações de si, assim como sobre as dinâmicas que orientam sua formação (JOSSO, 2007, p. 419).

E em relação ao seu caráter terapêutico, a história de vida tem essa dimensão, mas o foco aqui não é a terapia psicológica, porque não é da competência do pedagogo, mas é inegável esse seu aspecto para quem conta sua trajetória.

A análise dos dados e a escrita da dissertação foram realizadas numa perspectiva multirreferencial e na abordagem do pensamento complexo proposta por: Ardoino (2003), Barbier (2007), Borba (2001), Macedo (2010) e Morin (2009).

Na participação do pedagogo no contexto hospitalar, foi preciso o conhecimento da ética e o respeito com os atores hospitalares, por isso foi necessário apreender sobre as condições éticas da pesquisa para então realizar tal estudo.

1.6 Do rigor ético

Ao elaborar todo o projeto, este foi submetido ao comitê de ética da Universidade Federal de Alagoas e à direção do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA). Todas as pesquisas feitas na universidade devem seguir o mesmo percurso, porque há extrema preocupação com as formas que certas pesquisas são realizadas.

Segundo Paula (2004, p. 63) “em alguns momentos, em determinados hospitais, os cuidados parecem até excessivos, o que causa grande estranhamento para quem é da educação, de certa forma acostumada a ter uma liberdade maior para entrar nas escolas.” De fato, no começo foram observadas as exigências do comitê de ética, mas foi percebido que isso tinha uma explicação.

A postura do comitê de ética é de inteira compreensão porque, ao voltar-se no tempo e ver a história da medicina, principalmente a da pediatria clínica, muitos atos violentos e abusivos aconteciam nas pesquisas médicas, fato criticado pelo pediatra Lobo citado pela pesquisadora Paula:

Mesmo quando os pais consentem no uso da criança para determinadas pesquisas não tem nenhuma idéia do risco real a que o filho está sendo submetido. No dia-a-dia das enfermeiras, de indigentes principalmente, temos um grande numero de crianças submetidas a pesquisas de todas as ordens e com possibilidades de lesões físicas graves. Nem me arriscaria a falar quanto a possibilidade de lesões psicológicas, através desse tipo de experiências. A própria condição da criança doente e entregue a estranhos já torna o ambiente tenso: a criança quando hospitalizada nunca está livre de tensão (LOBO *apud* PAULA, 2004, p. 64).

Porém, considera Paula (2004), tais análises dos projetos deveriam ser feitas considerando as especificidades das pesquisas realizadas nas ciências humanas dentro dos hospitais.

Contudo, a atuação do comitê da universidade é de verificar e analisar os projetos de pesquisas a serem desenvolvidas naquele contexto, oriundas de diversas áreas, não somente da área da saúde, garantindo uma “uniformização” dos procedimentos científicos ora adotados naquele ambiente.

Com isso, os nomes verdadeiros dos participantes foram substituídos por nomes fictícios. Em relação à coleta das histórias de vida dos participantes, qualquer de seus depoimentos ou imagens fotografadas, fora, previamente, assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - T.C.L.E. (anexo B) do comitê de ética desta universidade, em duas vias, conforme orientação do comitê, pelo qual fornecia acesso ao uso das imagens e depoimentos dos atores participantes para fins acadêmicos.

1.7 Aspectos escolares trabalhados com as crianças

No início da pesquisa, tentou-se fazer contato com as escolas de origem dos pacientes para conhecer os conteúdos que faltavam ser trabalhados com as crianças, mas as mães não lembravam os números dos telefones das escolas e os endereços; muitas crianças estudavam no interior do estado, com isso, considera-se aqui uma dificuldade na atuação pedagógica hospitalar neste contexto.

Porém foi feito um diagnóstico inicial das necessidades educativas das crianças acompanhadas através das falas mães acompanhantes, através de diagnósticos pedagógicos para conhecer os níveis de aprendizagem de cada criança, seguindo as diretrizes do Ensino Fundamental e da Educação Infantil, mas principalmente conforme as falas das crianças, através de seus conhecimentos prévios.

As ações em aula foram planejadas para promover situações de aprendizagem através de atividades de interesse para as crianças. Foram consultados também os Indicadores de Qualidade da Educação Infantil, que são alguns requisitos básicos para se ter educação para essas crianças.

As atividades foram realizadas com responsabilidade, sensibilidade, respeito à diversidade, criatividade e ludicidade, considerando sempre os limites e as possibilidades dos alunos hospitalares e fundadas nos princípios políticos através da noção de seus direitos como sujeitos críticos.

A informação dos conteúdos não foi o único ponto a ser trabalhado, mas, também, a solidariedade, o trabalho em grupo, a cooperação e o respeito às diferenças perpassaram as tarefas. As atividades de colagem tiveram objetivos de exercitar a coordenação motora fina das crianças menores. Foram trabalhadas a linguagem oral, escrita, matemática, artes, ciências, além de outros conteúdos, seguindo a descrição a seguir:

Português: *Linguagem Oral* – leitura de diversos textos como historinhas diversas, poesia, interpretação de textos, roda de conversa, leitura individual e compartilhada. *Linguagem Escrita* – ortografia, escritas de palavras com L e LH, o alfabeto maiúsculo e minúsculo, as vogais, as consoantes, encontro vocálico, formação de palavras com o alfabeto móvel, lista de palavras.

Ciências Sociais: os direitos da criança, o respeito às diferenças, a evolução dos brinquedos, moradia, família.

Matemática: contagem, sucessor e antecessor, resolução de problemas com adição e subtração, figuras geométricas com o uso do tangran.

Artes: colagem, desenho, fantoches e pintura.

Ciências Naturais: cuidados com a saúde, alimentação e corpo humano;

Todos os conteúdos foram ministrados conforme os entendimentos de cada nível de conhecimento, segundo Kishimoto (2002, p. 143), “a premissa de que qualquer conteúdo pode ser ensinado a qualquer criança de qualquer idade, desde que respeitadas as formas de pensar do sujeito que aprende, envolve uma concepção da aprendizagem que privilegia a exploração e solução de problemas.”

Segundo Fontes (2005, p. 122), “A educação em hospitais oferece um amplo leque de possibilidades e de um acontecer múltiplo e diversificado que não deve ficar aprisionado a classificações ou enquadramentos.” Com isso as atividades consideraram os inesperados, as situações comuns dentro do contexto escolar e hospitalar, numa perspectiva leve e flexibilizante.

No capítulo posterior será tratado sobre o encontro da educação com a saúde, união necessária e fecunda para se fazer educação escolar dentro do contexto hospitalar.

2 O ENCONTRO DA EDUCAÇÃO COM A SAÚDE

Atualmente, os humanos ainda vivem situações críticas na vida de modo geral: regimes de governo insatisfatórios, jogos de interesses dos mais fortes, a acumulação contínua de capital, competitividade, propostas irracionais para resolver os problemas, uma visão deturpada da ciência na busca de soluções, conflitos existentes num contexto histórico marcado pela globalização, mistura de culturas, o aumento da exclusão social de diversas nações do planeta, dentre outros.

Dentro desse contexto, frente às diversas demandas sociais, surge a necessidade de dar respostas viáveis aos problemas enfrentados. Não é mudar as peças do jogo, mas a forma de jogar. É procurar soluções de outra maneira e que acatem o problema real.

A ciência tem esse papel: o de buscar o conhecimento necessário para encontrar soluções para a sociedade. No entanto, a ciência e a comunidade científica permanecem atuando da mesma forma e essa maneira continua se mostrando algumas vezes insuficientes porque não atendem as reais necessidades da população. E o tempo continua passando e aprofundando os prejuízos da crise atual.

Em uma sociedade científica marcada pela sua tradicional forma de pensar, pautada no parcelamento dos conhecimentos, reformular os paradigmas seria um procedimento mais que viável.

É necessário unir as áreas dos conhecimentos com a finalidade de responder aos desafios atuais, para isso, os agentes atuantes devem sair de um pensamento simplista e unilateral, e inserirem-se num *pensamento complexo e multirreferencial*, acatando, assim, a complexidade real dos problemas e não estudá-los apenas pela ótica de apenas um saber. “Uma falsa consciência”, no dizer de Morin (2009). E conforme Borba (2001, p. 35) “Há a necessidade de trabalharmos as possíveis interrelações entre as diversas ciências”.

A sociedade é um todo complexo constituída por corpos biológicos, interações sociais, a natureza em que vivemos, costumes, leis, religiões, sentimentos, dentre outros aspectos; para isso é necessário recorrer ao auxílio de outras áreas científicas e refletir soluções a partir

de um pensamento que considere todos esses fatores que incidem no objeto de estudo investigado, analisando-o de modo multidimensionalmente sem fronteiras entre as ciências.

Construímos através desses meandros, novas possibilidades, novos olhares, com combinações alternativas através da multidisciplinaridade. A multirreferencialidade, por sua vez, é da ordem de todo um sistema de significações que permitem a um indivíduo situar-se existencialmente. A multirreferencialidade vai além dos quadros conceituais clássicos, ditos científicos; denota, sugere que consideremos e que recorramos, no nosso fazer, à música, à poesia, ao teatro, ao cinema, à literatura, ao grupo de amigos, às profissões, às crenças, etc.: do fogo à pedra, ao raio laser, do telescópio Hubble... (BORBA, 2001, p. 128-129).

Os desafios são inúmeros, os quais muitas vezes não se têm respostas, pois o problema é acatado de maneira parcial. Os conhecimentos elaborados pelas instituições de ensino são ministrados em direção somente às certezas, a outra parte é inesperada. Desse modo, quando aparecem as crises, não se está preparado para confrontá-las. Sendo assim, um ensino voltado para preparar os cidadãos para as incertezas e as certezas, são atuações fecundas.

Deste ponto de vista, a gestão do currículo para o desenvolvimento humano deve assegurar, de forma competente e crítica, os conhecimentos ditos universais e singulares, a unidade e a multiplicidade, articulados ao cultivo do desejo curioso, da transgressão epistêmica, da inventividade e da comunicação multirreferencializada, já que o fechamento num só saber, numa só referência, é caminho para a tórpida barbárie da alienação pelo conhecimento (MACEDO, 2005, p. 119).

As instituições de ensino em qualquer nível devem conduzir a formação de pessoas que pensem os conhecimentos em conjunto e não fragmentados, através de um currículo evitado de uma formação aparentemente humana. A comunidade científica em geral precisa ter uma visão global da vida para que estas tenham a possibilidade de entenderem os problemas completos e não parciais, para terem mais possibilidade de atuação social. As escolas devem ensinar seus aprendentes transcendendo os limites da disciplinaridade.

Pensar o problema e estudá-lo em uma abordagem complexa não é fácil, mas também não é difícil, porque complexo neste caso não é sinônimo de complicado ou penoso, mas de “*um tecido em conjunto*”, “*união*”, “*junção*”. É unir tudo que incide no problema, é tentar entendê-lo no contexto real. É sair de uma análise na unilateralidade e ter em mente as multilateralidades do objeto.

O costume de pensar de forma disciplinar e fragmentada perpassou todos os âmbitos da vida. As tradições da fragmentação, por meio do positivismo, do “cartesiano arrogante” como trata Macedo (2005), nos conhecimentos acadêmicos e paradigmáticos foram instituídas nas sociedades até a atualidade, atingindo inúmeros campos dos saberes, fazendo com que os objetos a serem estudados ficassem sem contexto e, devido a isso, tornaram-se os indivíduos

incapazes de entender, de forma relevante, os problemas, seus objetos de estudo, rumo às soluções pertinentes.

Essa forma de pensar restringe as visões dos sujeitos, fazendo com que estes ignorem a compreensão do todo real na vida. Faz com que haja dificuldades de resolver determinadas situações sociais que, somente através da união das diferentes áreas dos saberes, conseguem-se solucionar.

De acordo com Morin (2009, p. 18), “essa separação e fragmentação das disciplinas são incapazes de captar o que está tecido em conjunto, isto é, o complexo, segundo o sentido original do termo.” Essa redução marginaliza o ensino e precariza produzindo soluções irracionais não correspondentes.

Portanto, para responder à situação contraditória entre a necessidade das crianças e jovens que precisam tratar da saúde e, concomitantemente, manter a escolarização, a Educação e a Saúde se encontram como duas áreas dos saberes com suporte para auxiliar a responder a tal problemática. Ter necessidade de se afastar para cuidar da saúde e ao mesmo tempo precisar estar na escola é uma situação que requer o encontro destas duas áreas, como ciências complementares, e não como disciplinas fechadas em si mesmas e opostas.

Conforme Morin (2009, p. 18), “os espíritos parcelados tornam-se cegos”. Este estudioso trata sobre a questão das fragmentações das áreas dos saberes na lógica de pensamento dos indivíduos. Essa maneira de resolver os problemas da vida, separando-os ao invés de deixá-los unidos, destrói as possibilidades de compreensão da vida. Essa incompreensão faz com que haja limites na atuação dos sujeitos na sociedade, não trazendo as reais soluções para os desafios deste século. A educação está no seio da sociedade, acompanhando os paradigmas vigentes e, devido a isso, a área ficou reduzida à precariedade, oferecida pelas instituições ensino nos diversos níveis.

Conforme Morin (2009, p. 18), “na vida e na história, a sobre adaptação a condições dadas nunca representou um signo de vitalidade, mas um prenúncio de senilidade e morte, que se efetiva pela perda da substância inventiva e criativa.” As ciências, portanto, nas suas fragmentações, excluem os sujeitos suas capacidades de criação e invenção, engessando as suas habilidades no ato de pesquisar.

As tradições do pensamento linear e ordenado que reduzem o complexo em partes simples e eliminam tudo que causa desordem, ou, ainda, contradições e separação da cultura científica da cultura humana, fazem com que os especialistas e “*experts*” (termo utilizado pelo autor) desempenhem o seu papel eficazmente apenas em suas áreas, mas são limitados, alienados, engolidos pelo mundo em que vivem.

Segundo Morin (2009, p. 19) “É uma inteligência cada vez mais míope daltônica e vesga: termina a maior parte das vezes por ser cega, porque destrói todas possibilidades de compreensão e reflexão.” E assim, aumentam-se as crises e com elas a incapacidade de refleti-las nos contextos complexos planetários das realidades.

Ao faltar a compreensão do todo problemático, desaparece a forma de resoluções do mesmo em longo prazo, que mais uma vez considera Morin (2009, p. 19), “Quanto mais multidimensionais se tornam os problemas, maior a incapacidade para pensá-lo em sua multidimensionalidade.”

Faltam a ligação e o diálogo entre as disciplinas, entre os saberes humanos e a ciência. Isso, conforme Morin (2009) traz consequências graves para a humanidade. A cultura humanista é aquela que resgata obras do passado, uma cultura geral baseada na filosofia, no ensaio, na literatura, na reflexão dos destinos humanos. E, do seu lado, e não em oposição, deveria estar a cultura científica, que é um pensamento calcado na teoria e nas hipóteses (MORIN, 2009).

O fato é que os sujeitos com suas subjetividades foram excluídos da cultura científica. A exclusão deles nesse processo de construção do conhecimento, da pesquisa, podou a capacidade de reflexão dos próprios sobre a vida.

Ao invés de se pensar os problemas de forma linear e unilateral, devem-se pensá-los circular e multirreferencial. É uma forma de correção voltada para uma reflexão capaz de conceber as complementaridades, os antagonismos, a desordem/ ordem, a concretude/o espiritual, as partes no todo e o todo nas partes. É, de fato, contextualizar o que a lógica científica tradicional arrancou das suas raízes reais.

O fracionamento e a compartimentalização das disciplinas revelaram, então, seus limites e a necessidade de extravasamento de uma ciência sobre as outras, e daí, a fecundidade de novas zonas de intersecção constituindo tantos novos campos de pesquisa. É de fato, um novo Espírito Científico que se estabeleceu, desse modo, no vazio de nossos atordoamentos e de nossas perturbações (ARDOINO, 2003, p. 33)

E ainda segundo Morin (2009, p. 20), “a atitude de contextualizar e globalizar é uma qualidade fundamental do espírito humano que o ensino parcelado atrofia e que, ao contrário disso, deve ser desenvolvida.” Isso é de fundamental relevância para a sociedade atual e para as futuras gerações. Como produzir conhecimentos pertinentes se estas acatam os problemas e suas resoluções fora dos seus contextos reais?

Portanto, aí está o motivo dessa emergência. O globalizar não no sentido da palavra técnica “globalização”. Morin trata sob o aspecto de ver o todo, o macro. No pensamento

complexo e multirreferencial as barreiras intransponíveis entre as ciências são quebradas, para galgar uma legítima interação entre as áreas dos saberes.

E que tais conhecimentos sejam concebidos dentro da natureza do homem, no social. Que os sujeitos sejam incluídos no processo de construção, reconstrução ou de criação dos conhecimentos. Como considera Morin (2009, p. 54) “nosso conhecimento científico é incapaz de responder a essa questão e isso porque a ciência se baseou na exclusão do sujeito.

A religação das disciplinas e das implicações humanas aos saberes científicos requer reaprendizagens de pensamento que ocorre juntando ideias que, a priori, parecem opostas e contraditórias. É um novo paradigma. Não que o complexo exclua o simples, mas que este o integre.

No caso deste trabalho, foi recorrido à união da saúde com a educação, para que encontremos soluções mais adequadas para as realidades vividas pelas crianças e jovens hospitalizados.

As escolas devem repensar seus paradigmas e, nesse movimento, vai-se construindo a comunicação entre os conhecimentos diversos para ajudar a compreender a realidade das situações complexas, utilizando um olhar multirreferencial do objeto.

Necessitamos aprender conceitos, não os confins, no oco do mundo, das diversas ciências, mas na nossa ciência, na nossa especialidade, necessitamos abrir o leque das perspectivas possíveis, advindas dos conceitos, teóricos-práticos, das disciplinas as mais diversas (BORBA, 2001, p.70).

Multirreferencial diz respeito à multirreferencialidade que é o auxílio das várias referências para o estudo de um objeto. Se o pensamento complexo considera o objeto nas suas inúmeras dimensões, a multirreferencialidade busca a utilização dos diversos campos dos saberes para compreender uma problemática e então construir um conhecimento.

São utilizadas várias referências, várias linguagens teóricas, unindo-as com a parte subjetiva (as emoções) dos sujeitos, sua criatividade, sua poética, que, ao se completarem, vão elaborando uma teia rica de conhecimentos sobre algo singular. Esta perspectiva rompe com as fronteiras das disciplinas instituídas durante os tempos.

É preciso refletir formações acadêmicas nos diversos níveis de ensino por meio da abordagem do pensamento complexo e multirreferencial, como uma via de direção para a cidadania e para a humanização.

Multirreferencializar não significa fazer uma mistura sem nexos das áreas dos saberes. Nessa articulação há uma intencionalidade e, portanto, essa perspectiva de construção do saber é uma abordagem direcionada à ética, é política e é ideológica.

A multirreferencialidade assume que o conhecimento é inacabado, tem a noção crítica da fundamental relevância da inserção dos sujeitos nas produções científicas como condição fecunda para a autorização, para as atuações sociais.

O conceito de multirreferencialidade é um conceito crítico, portanto, seletivo, avaliativo; nasce de uma postura ético-política identificada com a justiça social e a democracia nas práticas e situações educativas, bem como face ao conhecimento, à educação e suas histórias. Assim, não é possível adotar uma atitude multirreferencial de fora do pensamento crítico (MACEDO, 2005, p. 55).

A proposta de uma análise multirreferencial não nos remete à dissolução completa das especialidades disciplinares, mas à sua articulação e ressignificação da noção de uma aprendizagem/ensino que supere a visão que pensa apenas separando os conhecimentos; visa relacionar as áreas do conhecimento, articulando o específico e o global, religa os saberes nas diferentes óticas das ciências, tornando-as únicas e ao mesmo tempo híbridas.

Não exclui as especificidades, mas lida com elas conscientemente e dialeticamente. É uma abordagem consciente que busca as ligações possíveis, abertas a outras relações eivadas de importância e criticidade; assume as possibilidades de ligação dos saberes científicos com existencialidade humana e, assim, permite uma compreensão realista, ampla e profunda de determinado objeto de estudo.

É preciso acima de tudo, criar novos esquemas cognitivos; é preciso ousar, arriscar em novas ações que não só signifiquem fechamento disciplinar. Há que se constituir ligações solidárias, onde a raiz seja a consideração de que é na multiplicidade constitutiva que encontraremos a unidade complexa do homem (MACEDO, 2005, p. 57).

As construções de inteligibilidades fragmentadas e competitivas são ações irresponsáveis que levam à impossibilidade de encontrar soluções para as crises que, por sua vez, são multidimensionais.

Multirreferencializar é metadisciplinar, vista como ultrapassagem e conservação, afinal, não devemos continuar cometendo a irresponsabilidade da simplificação pela substituição e pelo descarte, como por exemplo, no ingênuo discurso pedagógico que nega as tradições atribuindo-lhes características de ineficácia, insuficiência (MACEDO, 2005, p. 58).

As instituições escolares e as hospitalares precisam que os envolvidos se autorizem às transformações das práticas reducionistas instituídas, para atuações num pensamento complexo e multirreferencial. E, para isso, também são necessárias pessoas abertas às mudanças e que, de forma responsável, almejem uma sociedade mais justa.

As relações de saberes científicos e não-científicos com as singularidades dos sujeitos, sem reduzir do complexo ao simples, são realizadas pensando o social, o humano, o

educacional, o biológico, o psicológico. Segundo Macedo (2005, p. 58), “distinção, conjunção e implicação mútua são o tripé que servirá de base inspiratória para operar os saberes no campo de um currículo de formação multirreferencial.”

As demandas dos problemas emergentes requerem tensionamentos das áreas dos saberes. Distinção, no entanto, não significa fragmentação, mas diferenciação. As distinções devem ser articuladas e não alternativamente escolhidas.

Em diversas áreas (não somente os da educação) tiveram suas formações baseadas em um paradigma tradicionalmente separado e que reduziu os conhecimentos: excluíram os contextos, as subjetividades, as implicações, reprimindo os sujeitos à obscuridade, à impessoalidade, ao técnico e somente ao objetivo.

As escolas médicas, em geral, têm graduação baseada no famoso relatório Flexner, datado de 1912, que fundamenta o ensino da Medicina com uma visão biocêntrica/tecnocêntrica. O corpo humano é estudado por partes e a doença é vista como mau funcionamento dos mecanismos biológicos, estudados sob o ponto de vista da biologia molecular e celular (PESSINI *apud* DARELA, 2007, p. 56).

Essas concepções estiveram presentes durante os processos formativos de vários profissionais. Foram reduções que historicamente fizeram parte das instituições escolares, predominantemente.

Alegando a garantia de uma formação neutra e pautada numa noção irrefletida de eficiência e progresso, o currículo constituiu-se predominantemente negando o político, o contexto, a história, o Ente, oprimiu inspirado no fiscalismo e suas alianças (MACEDO, 2005, p. 61).

Se os hospitais querem oferecer um atendimento integral (expresso na lei), também devem atentar para as condições emocionais, sociais, situações além das enfermidades, problemas de todas as ordens, quando os pacientes procuram as unidades de saúde.

A comunidade acadêmica ainda visa esta fragmentação quando valoriza as especialidades, acreditando que o conhecimento pode ser mais intenso se melhor aprofundado, e este aprofundamento só é possível quando se lança mão de uma fração deste todo que neste caso, é o ser humano (DARELA, 2007, p. 57).

Se a doença acomete diversos âmbitos da vida, é necessária a realização de atendimentos multidimensionais, curando não apenas o corpo biológico, mas procurando recuperar as outras dimensões dos sujeitos, considerando verdadeiramente o perfil biopsicossocial dos enfermos. As especialidades são importantes, mas sem o descarte dos seus contextos, dos sujeitos e de suas totalidades.

Sob tal ótica, considerando as características biopsicossociais do doente, é inadmissível que se trate apenas o aspecto físico da doença, numa unilateral compreensão dissociada de seu todo (MATOS; MUGIATTI, 2008, p. 21).

Separar as condições de doença dos pacientes, desconsiderando o seu contexto educacional e suas totalidades, faz com que haja a simplificação, um atendimento parcial. E, mais uma vez, a parcialidade, a cegueira e a falta de respostas às necessidades.

Atualmente, já se fala sobre equipes multidisciplinares por meio de ações que busquem a humanização, em um esforço conjunto para transformar a cultura arraigada das instituições hospitalares.

O médico, tal qual os outros cientistas da natureza que lidam com objetos complexos, viu-se obrigado a ampliar seu universo de leitura e decodificação, a introduzir elementos antes considerados extra-sistêmicos em sua anamnese, a alargar seu alerta perceptivo e enxergar com isto um outro paciente [...] sobre o qual projeta e amalgama as distrofias de seu corpo semiótico, feito de sinais e símbolos, de histórias e lendas, de imaginação e fantasma, de sonhos e brincadeiras, de jogos e papéis sociais, de personagens imaginários, de mitos e crenças, do vivido e do desejado, dos saberes, dos temores e ansiedades, enfim um corpo feito das suas paixões (BAITELLO *apud* DARELA, 2007, p. 58).

A mesma necessidade de alargar as visões ocorre nas instituições escolares em diversos momentos, inclusive, quando os profissionais da educação sabem que alguns alunos faltam por estarem hospitalizados e, mesmo assim, estes não são atendidos conforme suas limitações, ficando ainda invisíveis para a escola.

Os atendimentos simplificados, apenas pautados na atenção de cuidados biológicos para as massas, tornam-se precários e excludentes. Nada como inserir-se num pensamento que aprenda a complexidade para, então, ter a possibilidade de acatar melhor a realidade dos enfermos e poder melhorar a qualidade do atendimento nos hospitais.

Nossos espaços sociais são complexos, as redes simbólicas são inúmeras e diferentes. Nelas navegamos, negociamos o tempo todo. Cada caso, cada situação, é particular, ou seja, 'as referências' de cada situação, de cada indivíduo ou grupo, compõe-se de diferentes aspectos, aspectos multirreferenciais (BORBA, 2001, p. 87).

O que precisa acontecer é a ruptura dos moldes tradicionais que, nesse sentido, devem refletir sobre o tipo de atendimento dado aos usuários, seus conceitos, dentre outras análises. A resistência em continuar trilhando por entre tais caminhos contribui com as crises atuais.

As instituições escolares e hospitalares devem atuar tecendo seus conhecimentos em uma visão complexa de mundo. Há registros de que a área da saúde busca melhor atender à população, bem como a da educação, mas são necessárias mudanças de pensamentos.

A medicina comunitária é um exemplo de que a área da saúde procura por melhorias nos atendimentos atuais, na perspectiva da humanização. E em algumas instituições hospitalares pelo Brasil, a área da educação já lida com a pedagogia dentro dos hospitais.

Muitos hospitais já encontraram soluções para problemas emergentes das internações prolongadas de crianças e jovens que estão na fase de estarem na escola. Segundo Matos e Mugiatti, (2008, p. 23), “Tem se observado profissionais de educação desafiando velhos sistemas, ousando descortinar outros horizontes desse conhecimento nobre - o educar.”

Buscar soluções para as situações vivenciadas pelas crianças e jovens que estão em fases de hospitalizações é abrir novos rumos, ultrapassar resistências e agir. É implicar-se e autorizar-se. É sair do banco de reserva para sermos jogadores neste difícil, mas não impossível, campo, que é o de educar dentro do hospital. É sair do local de camarote e de platéia e romper com antigas posturas, construindo uma nova história baseada em novos paradigmas.

As instituições escolares devem procurar alterar suas práticas lineares e de “baixo mimetismo”, como considera Macedo (2005) e devem permitir que seus alunos bricolem. Bricolar no sentido de criar, unindo vários elementos diferentes na construção de um conhecimento. Elementos científicos e outros que fazem parte das suas vidas, da arte, literatura, dentre outros. Quantas invenções criativas não foram ceifadas nas fases de óvulo fecundo? E quantas criações não nasceram condenadas à guilhotina?

As instituições científicas devem repensar as formações acadêmicas dadas à população, se é que o seu objetivo é a cidadania. A comunidade universitária deve entrar em um paradigma que favoreça atuação crítica dos sujeitos, mas, para isso, é necessário ter uma existência desalienada, com percepção do processo e da implicação das suas trajetórias, fazendo os alunos enfrentarem as incertezas e se prepararem para o inesperado.

Isto deve acontecer também nas instituições escolares de formação profissional nas áreas da saúde e da educação. Segundo Macedo (2005, p. 60), “O currículo só se altera se alterarmos as atitudes educativas. Estas concepções já estão sendo alteradas, mas num contexto predominante de mentes rígidas e desacreditadas”.

A universidade, portanto, tem papel fundamental nessa formação, mas não só ela, as escolas de ensino básico também devem promover a união dos saberes para que suas formações acadêmicas façam a diferença e que cumpram o seu verdadeiro papel que é, antes de tudo, social, de produção do conhecimento científico para corresponder às necessidades reais dos problemas emergentes.

É bem mais confortável pesquisar o passado: adquire-se uma respeitabilidade fácil não incomoda ninguém, pois só mexemos com coisas mortas, coisas do passado: assim fugimos das angústias do presente e do futuro incerto, buscamos num passado idílico, romântico (a nossa visão imaginária), o conforto e a certeza que o presente e o futuro não nos permitem... (BORBA, 2001, p. 50).

Os problemas da sociedade não são duais ou maniqueístas. Os sujeitos não são formados apenas por um lado, o social, por exemplo. Os sujeitos são sociais, emocionais, biológicos, econômicos, culturais, de direito, e assim adiante, cada vez mais pensando nas multidimensões que os afetam. Assim, com o auxílio da Educação e da Saúde, o próximo capítulo tratará sobre um breve histórico trilhado por estas duas áreas.

2.1 Saúde e educação: um pouco de suas trajetórias

Nos tempos antigos na área da saúde, existiam esforços intensos nas práticas de atendimentos aos enfermos, em busca dos melhores procedimentos. Os hospitais surgiram nesses primórdios como lugares de atendimento aos pobres e aos peregrinos.

A palavra “hospital” é oriunda do latim *hospitalis* que significa “hospedagem”. Ambiente onde os viajantes, pobres e/ou enfermos eram recebidos como hóspedes. Mesmo que estas hospedagens fossem desprovidas de recursos necessários, conhecimentos científicos aprofundados e as tecnologias fossem rudimentares da época, eram nestes lugares que a população era acolhida para cuidar de suas saúdes (LISBOA, 2002).

E em relação aos cuidados médicos, apesar de na época antiga os conhecimentos médicos serem perpassados predominantemente pelas ciências das humanidades, não era totalmente assim que ocorria. A atenção era realizada de modo isolado, específico considerando apenas a doença. As instituições hospitalares eram espaços de caos e as relações entre médicos e enfermos eram invisíveis.

Os “hospitais”, lugares de assistência às pessoas, eram instituições fundamentadas em práticas empíricas nos templos religiosos ou em domicílios. Em diversas regiões antigas como a Grécia, Índia e Egito, misturava-se religião local e cuidados à saúde por meio de cultos místicos.

No século V a.C os procedimentos médicos favoráveis eram restritos a poucos e as pessoas mais abastadas eram tratadas em casa. Os pobres não tinham acesso aos melhores recursos, apenas eram acolhidos socialmente como “hóspedes” porque os recursos eram limitados e em geral só diminuía o sofrimento, mas não curava o problema central que causava a doença.

E na Idade Média, as pessoas já sofriam com o aumento e desenvolvimento das cidades, o aparecimento de pragas, doenças e inúmeras mortes recorrentes das epidemias nos

centros urbanos. Não havia o conhecimento dos microorganismos nessa época, pelo fato que os desenvolvimentos tecnológicos eram rudimentares.

O aparecimento de estabelecimento hospitalar propriamente dito surge após a presença marcante da religião cristã e sua atenção passa a ter características de assistência religiosa e social. Era um lugar de atenção social pelos religiosos, mas não objetivava ser um lugar que trabalhasse com objetivo de curar as doenças.

Permaneciam então os atendimentos aos pobres, mulheres desamparadas, idosos, doentes e órfãos. Os atendimentos se confundiam com caridades devido às influências do cristianismo e islamismo (GALLIAN, 2011).

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre tem necessidade de assistência e como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para acolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele emana. Dizia-se corretamente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde se vai para morrer (FOUCALT *apud* DARELA, 2007, p. 55).

Os fatores sociais, culturais e educacionais já estavam relacionados com os cuidados no hospital, porém a expansibilidade destas instituições ocorreu entre o século XVII e XVIII.

No século XVIII houve uma transformação significativa nos paradigmas hospitalares pelos dominantes. Nesta fase as instituições hospitalares passaram a focalizar a cura dos problemas de saúde da população. Essas mudanças de concepções levaram as instituições hospitalares a direcionar suas práticas para fins terapêuticos (FOUCALT *apud* DARELA, 2007).

Com estas transformações as instituições hospitalares passaram a serem organizadas pelo médico, papel que antes era exercido pelos religiosos. Começaram a surgir inúmeros registros escritos e dados sobre os enfermos, doenças como objetos de investigação, uma luta para o desenvolvimento da ciência médica e hospitalar.

No Brasil ainda estamos numa fase bastante rudimentar em relação ao cuidado da dor. O modelo vigente de ensino da medicina ainda privilegia o conhecimento fragmentado, gerado pelo clássico modelo das disciplinas, o conhecimento especializado por áreas (DARELA, 2007, p. 56).

No início do século XVIII surgiram os primeiros trabalhos em medicina social; e foi uma evolução relativa, a considerar as questões sociais para a recuperação dos enfermos. Posteriormente surge a pediatria social como ramo dessa especialidade que estuda e oferece atendimentos à saúde das crianças. Depois houve o surgimento de diversos centros de atendimentos e conselhos de saúde (MATOS & MUGIATTI, 2008).

Antes as instituições hospitalares tinham apenas caráter curativo da doença, com o surgimento da medicina social estas instituições passaram a abranger os âmbitos de prevenção das enfermidades nos contextos sociais dos usuários.

Os primeiros hospitais brasileiros foram a Santa Casa de Misericórdia fundada em Santos no ano de 1543 e a Santa Casa de São Paulo em torno de 1590. Nesses períodos a medicina era uma ciência humanística fundamentada na filosofia, na história, nas artes e na literatura, porém com o surgimento do positivismo, as ciências da saúde foram se especializando cada vez mais e se afastando das ciências da humanidade.

O pensamento linear, conservado a sete chaves, de Aristóteles a Descartes e Newton, nossas formas de apreensão da realidade, tudo isto está em vias de ser explodido. Não é certamente fácil, a partir de nossas tradições comumente empregadas pela ciência (ARDOINO, 2003, p. 34).

Iniciando o século XX, com os avanços da física, química, biologia, das tecnologias, com as demandas capitalistas e com a organização vigente do mundo do trabalho fundado em ações fragmentadas exigentes de trabalhadores tecnicistas e especialistas, os médicos foram redirecionando suas formações, atuações e valores novamente.

As instituições hospitalares passaram a ter características capitalistas como o lugar de produção de atendimento à saúde. Os paradigmas das especializações fizeram com que a medicina se afastasse do humano, trilhasse uma trajetória hiper especializada em busca de aprimoramentos e técnicas específicas para então corresponder as necessidades que surgiam de combate as enfermidades.

Os hospitais, no entanto, passaram a “vestir” outra roupagem na atenção à saúde da população e a medicina deixava de se apoiar nas ciências humanas para se sustentar essencialmente nas ciências biológicas e nas exatas (GALLIAN, 2011). O foco do atendimento voltou a ser centrado na doença.

Com o tempo, foi se percebendo que a realidade dos que estão sendo acometidos pelas doenças era bem mais complexa, necessitando da ajuda de outras áreas para tais atendimentos. Observou-se que os doentes apresentavam problemas psicológicos e sociais após a doença, fato que pioravam as enfermidades.

Com as demandas da atualidade se fez necessário (re) humanizar as ciências da saúde, integrando-as com outras áreas dos saberes, inclusive com as ciências humanas. No entanto, com o objetivo de ruir com os moldes dos atendimentos tradicionais de saúde aos enfermos, foi que se chamou de Humanização e Atendimento Integral na Saúde. Um passo na evolução na atenção aos que estão hospitalizados.

Os hospitais são organizações sociais complexas; são instituições vinculadas ao Sistema de Saúde que prestam atendimento de saúde à população. Um estabelecimento público ou particular, aparelhado com recursos de procedimentos médicos e de cuidados para tratar a saúde, atualmente as instituições hospitalares têm como objetivo a prevenção, promoção e a recuperação das saúdes das pessoas (FORTES, 2004; GALLIAN, 2010; MACHADO & KUCHENBECKER, 2007).

Conforme o Ministério da Saúde, o hospital é parte que integra uma organização médica e social, cuja função básica é oferecer assistência médica sanitária curativa e preventiva completa sob qualquer forma de atendimento inclusive no domiciliar, se constituindo um ambiente de educação, de capacitação de recursos humanos, de fomento às pesquisas, de conhecimentos científicos e técnicos, de orientação e encaminhamentos aos usuários.

Atualmente os hospitais têm a função social de restauração, reabilitação, tratamento, emergência, prevenção, educação, pesquisas e geração de empregos; podem ser públicos, filantrópicos, beneficentes ou privados; podem ser de grande, médio ou pequeno porte vai depender da sua estrutura e da quantidade de leitos (vagas) ofertadas à população (BRASIL, 2003).

Conforme a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (2003), o hospital humanizado é aquele que considera as singularidades entre os sujeitos implicados no processo de tratamento para a saúde, valoriza a autonomia, o protagonismo, os vínculos e a participação social.

Os critérios de um hospital humanizado é a utilização de uma comunicação eficiente, evitar filas de espera, informações claras e objetivas, fazer do hospital um ambiente limpo e acolhedor, com respeito mútuo, dar atenção integral à população, ter boas condições de trabalho aos profissionais, equipes de saúde integrada, valorização profissional, a instituições hospitalares devem ofertar formação continuada, dar oportunidade de participação coletiva e trabalhar as auto-estimas (BRASIL, 2003).

Do mesmo lado, na área da educação, primou-se sempre por atendimentos escolares tradicionais pautados em práticas educativas homogeneizadoras, nada inclusivas e desumanizadas.

As concepções instituídas de ensino-aprendizagem das instituições escolares se caracterizavam por entender as crianças como mini-adultos, desconsideravam seus conhecimentos prévios, excluiu os sujeitos dos trabalhos científicos, de suas capacidades de

posicionamentos, retiraram as artes, deletaram⁹ os desejos, as histórias de cada um, qualquer forma de expressão. Assim a escola foi se adequando ao sistema econômico vigente e suas práticas cada vez mais aligeiradas ficaram vazias e desprovidas de sentido. E para aqueles que possuem deficiência a situação ainda ficou mais difícil.

As instituições escolares percorreram vários momentos durante sua história. As primeiras etapas foram de ministrar seus ensinamentos às elites apenas baseados nos dogmas cristãos. Os paradigmas religiosos perpassavam suas práticas difundindo valores rígidos e estreitos.

Os padres jesuítas tinham uma preocupação principal que era de converter os índios a fé católica. Eles implantaram em todas as escolas do Brasil e um plano global de estudos que determinava uma forma de organização didática em todas as escolas da Ordem Jesuítica chamado de *Ratio Studiorum*, publicado em 1599 (SAVIANI, 2007).

Este foi adotado por todos os padres jesuítas sem distinção, em qualquer que fossem o contexto escolar, mas a educação ficou restrita apenas aos filhos dos colonizadores. Os índios e os africanos escravizados ficaram excluídos. Aborda Saviani (2007, p. 67) que “a posição tradicional dos jesuítas, se opunha à escravidão dos índios”, porém mesmo os padres jesuítas estando “contrários” à escravidão dos índios, eles nada fizeram em relação aos horrores das práticas escravistas, pelo inverso, eles próprios eram donos de escravos.

O povo brasileiro teve sua história marcada pela exclusão desde os primórdios e que, segundo levantamento feito por Marcílio citado por Saviani (2007), “quando se deu a expulsão dos Jesuítas, em 1759, a soma dos alunos de todas as instituições jesuíticas não atingia 0,1% da população brasileira, pois delas estavam excluídas as mulheres (50% da população), os escravos (40%), os negros livres, os pardos, filhos ilegítimos e as crianças abandonadas.

O plano contido no *Ratio Studiorum* era de caráter universalista e elitista. Universalista porque se tratava de um plano indistintivamente por todos os Jesuítas, qualquer que fosse o lugar onde estivesse. Elitista porque acabou destinando-se os filhos dos colonos e excluindo os indígenas, com o que os colégios jesuítas se converteram no instrumento de formação da elite colonial (SAVIANI, 2007, p. 56).

A educação foi conduzida sempre voltada para os ideários das classes dominantes que, mesmo com a saída dos Jesuítas nada mudou significativamente no país. Por muito tempo as escolas excluíam aqueles considerados anormais, os que estavam com deficiências.

⁹ Deletaram vem de “delete” linguagem comum da computação que significa apagar. Deletaram quer dizer apagaram.

Estes, portanto, tinham limitações e não podiam servir ao governo trabalhando, e a partir disso chegou o descaso. Devido essas limitações eles eram considerados “anormais” e “fardos” para as instituições governamentais. Além do fato que a infância não era considerada como uma fase importante da vida dos sujeitos e que requeriam acompanhamentos específicos (JANUZZI, 2004; SILVA, 2009).

No Brasil, segundo estudos de Januzzi (2004) havia registros da oferta de educação nos hospitais no século XVII, no período da colonização brasileira, com um atendimento escolar criado para cuidar de órfãos e crianças abandonadas na Santa Casa de Misericórdia em São Paulo.

Os atendimentos às pessoas com deficiência ocorriam como práticas caritativas e de assistências, uma prova disso é a presença marcante das Santas Casas de Misericórdias, que realizavam seus atendimentos aos moldes do ensino europeu atendendo os pobres, órfãos e doentes no Brasil.

Essas exerceram maior influência no Brasil, por existirem em várias regiões, inclusive no Nordeste e tratarem das crianças com “anomalias” leves e graves, e realizavam práticas educativas com fins católicos e não escolares propriamente ditos (JANUZZI, 2004, p.8).

Em 1910, houve registros no Brasil da união da educação com a saúde, uma vez que os deficientes eram apenas atendidos pelos hospitais. Em 1911, surgem as primeiras Classes Especiais.

Os médicos também perceberam a importância da pedagogia criando instituições escolares ligadas a hospitais psiquiátricos, congregando crianças bem comprometidas em seu quadro geral e que estavam segregadas socialmente junto com os adultos loucos (JANUZZI, 2004, p. 37).

Observou-se, com o tempo, que a orientação pedagógica era extremamente necessária junto ao atendimento médico-hospitalar no Brasil. E, em 1913, os serviços hospitalares passaram a ter o serviço de atendimento pedagógico-educativo para orientar essas crianças com diversas anomalias.

Eram pavilhões construídos como anexos aos hospitais psiquiátricos, mas atendiam apenas pessoas com deficiências mentais. Pelo que foi analisado, esses atendimentos não tinham o caráter de escolarização (JANUZZI, 2004).

No mundo, uma interferência consistente veio se efetivar com a Primeira Guerra Mundial em 1914 a 1918. Conforme Esteves (2011), a primeira classe escolar dentro de um hospital, com objetivos de escolarização, surgiu em 1935, quando foi inaugurada a primeira

escola para crianças com sequelas da guerra, nos arredores de Paris, inaugurada por Henri Sellier, um político francês e prefeito de Suresnes, cidade parisiense.

O objetivo maior de Sellier foi o de melhorar a situação do povo no período pós-guerra. Publicou sua tese em 1921, intitulada “A crise imobiliária e a intervenção estatal em termos de habitação popular” e fundou a Associação Francesa de Comunidade Planejamento e as Cidades Jardins - uma bela cidade francesa, com a finalidade de reconstruir o tecido urbano do período das guerras e se preocupava com a higiene da população e com a situação das crianças vítimas.

Segundo Esteves (2011), 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. Vários estados como São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro foram organizar, mesmo que fragilmente, uma educação escolar para as pessoas com deficiências e hospitalizadas. Um marco significativo, porque a partir dele, começaram a surgir documentos que provam o início do atendimento escolar aos hospitalizados no mundo.

Em relação às anomalias no Brasil, acreditava-se que as deficiências apareciam devido à precariedade da higiene no país. E, com isso, foram surgindo Instituições de Saúde e Higiene. Em 1929, no Brasil, foram estruturadas as primeiras equipes multidisciplinares com o psiquiatra, o pedagogo e o psicólogo trabalhando junto às crianças com deficiências.

A primeira *classe hospitalar* propriamente dita¹⁰, uma sala de aula no ambiente hospitalar no Brasil, surgiu em 1950, no Hospital Jesus no Rio de Janeiro, conforme levantamento (BARROS, 1999; ESTEVES, 2011; FONSECA, 1999; FONTES, 1999; MATOS & MUGIATI, 2008; PAULA, 2004), mas esta só foi reconhecida pelo MEC em 1994.

O crescimento do número de Classes Hospitalares coincide com o redimensionamento do discurso social sobre a infância e a adolescência que culminou com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente e seus desdobramentos posteriores (FONSECA, 1999, p. 10).

Em 1990, segundo os órgãos públicos começaram a inserir as Classes hospitalares nas políticas de Educação, especificamente na Educação Especial, como meio de definir ações e responsabilidades.

Em 1994, as classes hospitalares saíram da sua clandestinidade e passaram a ser definidas pelo MEC como: “ambiente hospitalar que possibilita crianças e jovens internados

¹⁰ Classe Hospitalar como espaço escolar como conhecemos, porém dentro do hospital. Ambiente com características de escola.

que necessitam de educação especial e que estejam em tratamento hospitalar.” (BRASIL, 1994, p. 20).

No final da década de 1990, conforme Fonseca (1999), existiam apenas 80 professores hospitalares e 30 Classes Hospitalares distribuídas pelo Brasil e 3 na Região Nordeste. Um número restrito frente à demanda de crianças e jovens em idade escolar internados nos hospitais.

Em 2002, foi elaborado por meio da Secretaria de Educação Especial, um documento pelo MEC, intitulado *Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar: estratégias e orientações*¹¹, com os objetivos de estruturar ações políticas de organização do sistema de atendimento escolar nas unidades hospitalares e domiciliares, na perspectiva da educação inclusiva.

Em 2003, o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (Humaniza SUS) por meio do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, objetivando favorecer melhorias no atendimento de saúde, buscar mecanismos para mais interações entre os diversos segmentos do hospital com a comunidade, produzir mudanças na forma instituída de cuidar e na gestão dos hospitais em prol das boas ações no campo da saúde, para que estes atuem conforme os princípios do sistema de saúde, inclusive no que diz respeito ao princípio da integralidade (atendimento integral), atender os direitos dos cidadãos e na valorização dos sujeitos implicados nas instituições hospitalares como os usuários, profissionais da saúde e gestores.

Foi observado um aumento significativo de Classes Hospitalares, resultando num total de 70 unidades escolares hospitalares em todo Brasil (MATOS & MUGIATI, 2008).

Pode-se perceber que, em todo o tempo da história, a educação escolar básica e a área da saúde permaneceram separadas, mas tentando legitimarem-se como áreas afins em prol de solucionarem os problemas daqueles que estão mergulhados em dois contextos e duas realidades aparentemente opostas - o hospital e a escola.

Embora esteja garantido na Lei que as crianças e adolescentes tenham direito a um acompanhamento pedagógico-educacional nas suas fases de internação, esse atendimento ainda está saindo da opacidade paulatinamente.

Muitos hospitais não ofertam este serviço, mesmo com inúmeras crianças por longo período sem freqüentar a escola, ocorrendo um descaso educacional com esse segmento. As crianças e os jovens hospitalizados são tidos como uma parcela de estudantes invisíveis. A

¹¹ Nesse documento é utilizada a denominação Classe Hospitalar, mas será considerado qualquer termo que implique em atendimento pedagógico escolar no hospital por ser mais amplo.

oferta das Classes Hospitalares em Maceió, contudo, é mais que um direito. É um respeito à cidadania e à dignidade da pessoa humana. Uma questão de humanização na educação e na saúde.

2.2 Atendimento pedagógico no hospital: a inclusão das crianças hospitalizadas na educação escolar

As crianças, jovens e adultos, em situação de enfermidade passam também por um momento de deficiência podendo esta ser temporária ou permanente (BRASIL, 2002, p.11). Pessoas com deficiência são aquelas que por algum motivo tem limitações para suas condições de aprendizagens (BRASIL, 2001). A deficiência temporária é aquela que pode ser curada, as doenças passageiras, uma pneumonia, por exemplo; as permanentes são as enfermidades incuráveis como, por exemplo, a fibromialgia, a fibrose cística, a cegueira oriunda do glaucoma e a síndrome de Down.

Portanto, é de grande emergência que estas pessoas devam ser contempladas pelo atendimento pedagógico educacional dentro de qualquer hospital por meio da atuação de um pedagogo e por meio da Pedagogia Hospitalar. Este atendimento pode ser realizado dentro de uma *classe hospitalar*, espaço específico destinado para a escolarização de crianças e jovens hospitalizados, mas também em qualquer sala hospitalar.

A escola hospitalar denominada pelo Ministério da Educação através da Secretaria de Educação Especial de *Classe Hospitalar* (BRASIL, 2002), é um espaço de educação escolar dentro do hospital que tem características de escola. Em outras palavras, é uma sala de aula, com recursos materiais e humanos próprios de uma escola. Pode ser uma sala específica ou qualquer espaço fornecido pelo hospital, não importa, o que é levado em consideração é o fato das crianças não estarem fora da educação escolar.

Denomina-se classe hospitalar o atendimento pedagógico-educacional que ocorre em ambientes de tratamento de saúde, seja na circunstância de internação, como tradicionalmente conhecida, seja na circunstância do atendimento em hospital-dia e hospital-semana ou em serviços de atenção integral à saúde mental (BRASIL, 2002, p. 13).

Conforme a realidade em alguns lugares, nem todos os hospitais dispõe com espaços exclusivos para a dinâmica escolar (BARROS, 1999, p. 85). Porém, tais situações não são motivos para não se ter um atendimento escolar aos pacientes pediátricos, pois o Ministério da Educação determina que os atendimentos escolares devam ser ofertados em espaços

adaptados ou mesmo nos quartos das enfermarias. Neste trabalho foi considerado o atendimento do pedagogo no hospital, visto que o hospital pesquisado não dispunha de escola regular instalada.

A finalidade essencial do atendimento pedagógico no hospital é fazer com que as crianças e jovens hospitalizados tenham o direito de continuar suas escolarizações ou de inserirem-se nelas, garantindo sua inclusão, tendo a possibilidade de evitar diversos efeitos negativos que a hospitalização traz às suas vidas como: as evasões, repetências escolares, o fracasso escolar, a exclusão social; auxilia a estimulação de suas interações sócio-culturais, condição necessária aos seus desenvolvimentos infantil uma vez que estes, que não cessam com a necessária hospitalização. Conforme Fonseca (2003, p. 10) “A criança doente não tem direito apenas à saúde, mas também à educação, pois seus interesses e necessidades intelectuais e sócio-interativas também estão presentes no ambiente hospitalar.”

Ainda de acordo com estudo desta pesquisadora, a exclusão das crianças enfermas hospitalizadas pode acontecer pelo fato de ocorrer a estigmatização com algumas doenças ou por preconceito com o físico das crianças, aparência esta, resultante das seqüelas dos procedimentos médicos necessários para a sua saúde como, por exemplo: as amputações, quedas de cabelo, cicatrizes dentre outros aspectos; pode ocorrer a desistência da escola devido à permanência efetiva no hospital; a perda da vontade de estudar pela crença na sua própria incapacidade de aprenderem pelo fato destas estarem debilitadas frente às doenças; por que algumas crianças estão em risco de morte; pelas reprovações decorrentes das faltas escolares.

Segundo Fonseca (2003, p. 16), “estar hospitalizado não é exclusão”, pois as crianças convivem com seus semelhantes dentro do contexto hospitalar, além de estarem exercendo o seu direito à saúde. Estar excluídos é *não exercer* o direito de estudar somente por estarem hospitalizados, se essa é sua única condição de vida naquele momento e a depender do problema de saúde existem crianças que passam meses até anos internados.

Assim, independente do tempo de internação seja este curto, médio ou longo, todas as crianças e jovens tem o direito de continuarem suas vivências de aprendizagens e interações escolares. Ainda de acordo com Fonseca (2003, p. 16) “Perde o sentido considerar um tempo longo de internação da criança para justificar a manutenção do atendimento”. Se todas as crianças vivem seus desenvolvimentos infantis.

Em estudos realizados por Fonseca (1996) com objetivo de verificar as contribuições do atendimento pedagógico educacional em determinada escola hospitalar, os resultados demonstraram que as crianças diminuam o tempo de internação comparada àquelas que não

tinham tal atendimento. Outro estudo feito por Ceccim (1999) observou que as crianças hospitalizadas em sua predominância apresentaram defasagem escolar de um a três anos se comparadas com as crianças de mesma idade e que nunca se hospitalizaram.

Considerando as crianças como atores das suas próprias transformações, estas precisam vivenciar as aprendizagens, retomar temas e assuntos pelo qual estas têm dúvidas dentro do hospital sobre suas doenças e sobre o que irá acontecer com elas (procedimentos médicos), estes saberes as fazem se sentirem mais seguras.

O atendimento pedagógico hospitalar é feito por meio das atividades lúdicas escolares adequadas às demandas das crianças e jovens hospitalizados e sua realização irá depender das condições físicas de cada criança. Conforme Matos e Mugiatti (2008, p. 40) “A criança se embrutece com grande facilidade se não receber estímulo algum, podendo apresentar um quadro de debilidade mental que pode vir alterar seu quadro biológico”.

O ambiente do hospital, destinado às atuações escolares, é construído e estruturado pensando em resgatar a escola que o aluno (ou futuro aluno) deixou para trás; suas instalações devem conter um ambiente simbólico e estimulador da aprendizagem; mas se não houver um espaço definido, este atendimento pode ser realizado também nos quartos das enfermarias.

A criança desde cedo, reconhece o espaço físico ou atribui-lhe significações, avaliando intenções e valores que pensam ser-lhes próprios. Daí a importância de organizar os múltiplos espaços de modo que estimulem a exploração de interesses, rompendo com a mesmice e o imobilismo de certas propostas de trabalho de muitas instituições de educação infantil (OLIVEIRA, 2002, p. 193-194).

Porém, pela lei, a escola hospitalar deve ter instalações próprias suficientes, com materiais didáticos apropriados para atender as multisséries e níveis de aprendizagem, bem como profissionais capacitados para um melhor atendimento.

O hospital é um lugar desestimulante e impessoal em sua essência, com isso, as crianças sentem angústia, insegurança e medo, além dos sintomas das doenças. Por isso são necessários ambientes que levem os pacientes-alunos a se motivarem e a elevarem suas autoestimas, como uma possibilidade a mais na recuperação de suas enfermidades biológicas e educacionais.

As experiências educativas no setor hospitalar abrangem as aprendizagens que ocorre dentro e fora do contexto escolar-hospitalar. Os sujeitos aprendem na escola do hospital e fora desta, enquanto estão vivendo. Da mesma forma que o hospital é um lugar desestimulante, a escola no hospital é fecunda das interações e de aprendizagens. Os alunos “treinam” para atuarem na sociedade como futuros cidadãos. Daí a importância do atendimento pedagógico hospitalar como mediação de tais conhecimentos para com as crianças.

Os discursos sobre tais emergências têm uma intencionalidade explícita e carregada de preocupação: os sujeitos sem educação escolar, num sistema capitalista neoliberal que exige pessoas cada vez mais capacitadas profissionalmente, fazendo com que estas não tenham finais felizes em suas histórias de vidas, porque ficam às margens de uma condição de vida digna, que lhes é de direito.

Segundo Freire citado por Matos e Mugiatti (2008, p. 58) “Se não cuidarmos da educação da criança, se permitir que muitas sejam excluídas da escola nos primeiros anos, pela reprovação, teremos muito em breve milhares de analfabetos adultos no país.” Esta exclusão é a condição fundante da perpetuação das condições de pobreza e de dominação.

Os espaços escolares hospitalares são heterogêneos, neles há uma mistura de culturas e itinerâncias. A diversidade, portanto, é marca essencial das escolas nos hospitais, pois esta acolhe crianças e jovens em várias faixas etárias, níveis de desenvolvimentos, condições de doenças, origens e histórias diferentes. Os atendimentos pedagógicos aos hospitalizados são específicos e aos mesmos grupais, que respeitem o momento de enfermidade de cada um (BARROS, 1999; FONSECA, 1999; MATOS & MUGIATTI, 2008; PAULA, 2004).

Atualmente há rumores sobre o atendimento escolar para adultos, mas não é o foco deste trabalho. Dentro desse contexto de contradições dos sujeitos hospitalares, surge a presença da pedagogia hospitalar, como um saber destinado a contribuir com a educação dos hospitalizados.

Diante das consequências graves que a falta da educação escolar traz no presente e no futuro, para a vida das crianças e jovens hospitalizados, é necessário um novo tecido feito da união da educação e com a saúde, numa perspectiva não-dual, nem bi-referencial, porque se fosse a intenção, estas reflexões sobre a complexidade e multirreferencialidade retornariam à defesa do reducionismo maniqueísta que as instituições teimam em continuar digerindo. A proposta aqui é a da atuação pedagógica hospitalar num *pensamento complexo e multirreferencial*, como sopro de vida para atuação do profissional da pedagogia hospitalar.

Segundo Matos e Mugiatti (2008, p. 43), “Os autores alertam para a necessidade de fundamentar o trabalho pedagógico hospitalar a partir de reflexões filosóficas de acordo com a proposta concreta a ser desenvolvida no hospital”. A proposta da pedagogia hospitalar é de uma ação que só tem sentido se suas práticas forem direcionadas a uma atuação eivada do usufruto das várias referências de conhecimentos científicos e humanos num pensamento complexo, para que se enxergue adequadamente o sujeito na sua problemática, utilizando uma visão acolhedora e humana da realidade.

Segundo Morin (2009, p. 56), “É necessário enraizar o conhecimento físico e biológico numa cultura, numa sociedade, numa história, numa humanidade”. A partir daí, cria-se a possibilidade de comunicação entre ciências. Esta modalidade de ensino da pedagogia hospitalar realiza um elo entre as condições biológicas, sociais, culturais dos sujeitos e seus processos educativos, baseado nos princípios da humanização, da ética e da cidadania. É um viés que está sendo criado sócio-historicamente para o atendimento da *enfermidade educacional*, dentro do contexto hospitalar.

A pedagogia hospitalar é um saber que integra os currículos de muitas instituições de ensino superior em várias regiões. É, pois, um ramo da pedagogia desconhecido por parte dos educadores e profissionais das universidades de algumas regiões, devido sua opacidade, sendo necessários mais estudos para o aprofundamento desta temática.

Dessa forma, é fundamental a atuação dos profissionais da saúde, educação e demais áreas da equipe como: assistentes sociais, psicólogos. Devem se comunicar e interagirem, aprimorando o atendimento integral aos alunos-pacientes.

O foco desta área do saber pedagógico é a atenção a todos nas diferenças para que os alunos (que também são pacientes) sejam incluídos efetivamente na educação formal.

O objetivo na inclusão escolar é tornar reconhecida e valorizada a diversidade como condição humana favorecedora da aprendizagem. Nesse caso, as limitações dos sujeitos devem ser consideradas apenas como uma informação sobre eles que, assim não podem ser desprezadas na elaboração dos planejamentos de ensino (MANTOAN, 2002, p. 40).

A inclusão escolar das crianças hospitalizadas é um compromisso que é ético, político e uma questão de direito. A inclusão destes além de oferecer condições de trabalhos e sobrevivências futuras, faz com esses sujeitos tenham mais possibilidade de realizarem de fato seus sonhos na vida e serem felizes.

2.3 Do acesso dos hospitalizados à educação escolar: determinações legais

Pensar na oferta da escola dentro hospital é imaginar sobre a o direito que essas crianças e os jovens hospitalizados têm de estudar. Nesse sentido, é preciso analisar sobre os dispositivos que garantam o acesso à educação escolar em ambiente hospitalar, e isso, no entanto, é de relevante significância na medida em que sustentam a oferta do atendimento

escolar e pedagógico no hospital, porque há respaldos legais a possível efetivação da educação regular dentro hospital.

A saúde e a educação é dever do Estado e direito de todos (BRASIL, 1988). Existem, portanto, dispositivos legais para assegurar à educação escolar aos alunos hospitalizados. A Constituição Federal de 1988 (CF/88), em seu artigo 5º, é norteadas por princípios fundamentados em “promover o bem a todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”. A Lei é bem clara quando se trata dos direitos fundamentais dos indivíduos. Afinal, a escola não é apenas direito dos alunos sadios, mas de todos os alunos que possuem deficiências permanentes e/ou temporárias.

O direito à educação se expressa como direito à aprendizagem e à escolarização, traduzido, fundamental e prioritariamente, pelo acesso à escola de educação básica, considerada como ensino obrigatório, de acordo com a Constituição Federal Brasileira. A educação é direito de todos e dever do Estado e da família, devendo ser promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, tendo em vista o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho segundo a Constituição Federal no art. 205. Conforme a lei, o não oferecimento do ensino obrigatório pelo Poder Público, ou sua oferta irregular, importa responsabilidade da autoridade competente (BRASIL, 2002, p. 9).

No artigo 206, inciso I, da CF/88, está garantida “a igualdade de condições de acesso e permanência na escola”. A Constituição assegura o direito das pessoas sem distinção à educação escolar e ainda as condições de acesso e permanência dos alunos na escola. No artigo 208, a CF/88 trata do dever do Estado de garantir “o atendimento especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino”.

No artigo 214 da CF/88, estabelece que “as ações do poder público deve conduzir a universalização do atendimento educacional, a erradicação do analfabetismo, melhoria da qualidade do ensino, formação para o trabalho e formação humanística, científica e tecnológica do País”.

A Educação é garantida pela Lei como meio de produção de conhecimento, como forma de entrar no mercado de trabalho para garantir as sobrevivências da população e como meio de divulgação da saúde. A área da Saúde por sua vez, cuida das saúdes das pessoas e possibilita atendimentos para recuperar e proteger à população de outros danos aos seus corpos biológicos.

E em relação ao direito à saúde, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, assegura que deve ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde pública, tanto para a sua promoção, quanto para a sua proteção e recuperação.

A saúde é um 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).

Este dispositivo visa também regulamentar e garantir a redução do risco de outros agravos que favoreçam as doenças na população. Nessa premissa, consta também que os serviços públicos de atendimento na área da saúde são de caráter público, cabendo à instância maior legislar e normatizar sua execução. Estão regulamentados todos os subsídios de ordem legal para a garantia do direito ao atendimento de qualidade na saúde.

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

A mesma, portanto, define o princípio da integralidade no serviço de atendimento à saúde da população. A integralidade, inserta no artigo 198 da CF/88, é, inclusive, uma das diretrizes de organização do Sistema Único de Saúde, definido pela Lei que trata da atenção integral aos usuários (BRASIL, 1988).

Deste modo, a qualidade do cuidado da saúde está diretamente concebida a um paradigma mais amplo, em que o atendimento deve ser prestado em diversos âmbitos de necessidades básicas da população como: a moradia, o trabalho, a educação, dentre outras. Estas instâncias assumem importância crucial com o fim de compor a atenção integral à saúde.

A Resolução nº 2 do Conselho Nacional de Educação de 11 de setembro de 2001, institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, no qual no seu artigo 5º, “consideram-se educandos com necessidades educacionais especiais os que, durante o processo educacional, apresentarem: dificuldades acentuadas de aprendizagem ou limitações no processo de desenvolvimento que dificultem o acompanhamento das atividades curriculares, compreendidas em dois grupos: a) aquelas não vinculadas a uma causa orgânica específica; b) aquelas relacionadas a condições, disfunções, limitações ou deficiências; dificuldades de comunicação e sinalização diferenciadas dos demais alunos, demandando a utilização de linguagens e códigos aplicáveis; altas habilidades/ superdotação, grande facilidade de aprendizagem que os leve a dominar rapidamente conceitos, procedimentos e atitudes”.

Ainda nesta Resolução, 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 freqüentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio”.

No parágrafo 1º “As classes hospitalares e o atendimento em ambiente domiciliar devem dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem de alunos matriculados em escolas da Educação Básica, contribuindo para seu retorno e reintegração ao grupo escolar, e desenvolver currículo flexibilizado com crianças, jovens e adultos não matriculados no sistema educacional local, facilitando seu posterior acesso à escola regular”. No parágrafo 2º, “Nos casos de que trata este Artigo, a certificação de frequência deve ser realizada com base no relatório elaborado pelo professor especializado que atende o aluno”.

A Resolução n. 41, de 13 de outubro de 1995, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, no item 9, assegura aos jovens o “Direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programa de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar.”

De acordo com pesquisa realizada por Fonseca (1999, p.13), “a área de saúde tem a responsabilidade de ceder espaço físico aos professores para atuação pedagógico-educacional no ambiente hospitalar”. O espaço escolar destinado para as Classes é necessário para acolher todos os alunos em idade escolar.

Outras condições específicas que dificultam o acompanhamento pelas crianças/jovens das atividades escolares nas circunstâncias em que eles estão internados em domicílio, associações para leucêmicos, lares de apoio, dentre outros. Estas, no entanto, também são contempladas pelas diretrizes das Classes Hospitalares (BRASIL, 2002, p. 11).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN e o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA também asseguram tal direito. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, é um dispositivo jurídico que traduz os direitos que as crianças e os jovens em geral e os hospitalizados têm de ter educação como um direito fundamental.

A princípio, no artigo 7º deste estatuto, trata que as crianças e os adolescentes têm direito “à proteção, à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas públicas que garantam as condições dignas de nascimento e desenvolvimento nas suas existências.” Ora se educação escolar dentro do hospital é um mecanismo fundamental para a inserção destes sujeitos na vida, pode-se repensar o caráter necessário e emergencial de se ofertar escola dentro do hospital como proteção à vida.

Outro ponto de extrema relevância é abordado no artigo 15, desta legislação: “A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis (ECA, 1990).” E ainda no inciso IV, “brincar, praticar esportes e divertir-se.” A não oferta do ensino escolar no hospital ofende aos direitos tratados neste artigo. Se os jovens e as crianças sadios têm esses direitos, não se podem abandonar aqueles que estão afastados por problemas de saúde.

No artigo 53, assegura que “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-lhes: no inciso I, “igualdade de condições para o acesso e permanência na escola” e no inciso II, “direito de ser respeitado por seus educadores”, no inciso V, “acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência.”

Dentro destes dispositivos é objetivo o direito que as crianças e jovens hospitalizados têm de estudar, não podendo ficar excluídos somente por estarem no hospital para tratamento de suas enfermidades. No artigo 54, garante que “é dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente: I - ensino fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria; II - progressiva extensão da obrigatoriedade e gratuidade ao ensino médio; III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino; IV - atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade (BRASIL, 1990).”

Diante do exposto aqui, está claro que a não oferta do ensino obrigatório hospitalar para crianças e jovens em estado de internação, ofende aos princípios da legislação e o Estado tem o dever de assegurar este acesso.

Na Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDBEN, parágrafo 2º está expresso que “o atendimento educacional será feito em classes escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular”. Nela é garantido também “currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos para atender às suas necessidades, professores com especialização adequada em nível médio ou superior (BRASIL, 1996)”.

No artigo 5º, parágrafo 5º, ainda da LDBEN, assegura que, para garantir o cumprimento da obrigatoriedade de ensino, o Poder Público criará formas alternativas de acesso aos diferentes níveis de ensino, podendo organizar-se de diferentes formas para garantir o processo de aprendizagem (art. 23).

No artigo 59, inciso IV, da LDBEN, é expresso que “a educação especial objetiva o trabalho visando a sua efetiva integração na vida em sociedade”. Percebem-se aí os respaldos legais do acesso dos alunos hospitalizados à educação formal. Esta LDB reserva um capítulo exclusivo para a Educação Especial, legitimando os direitos que as pessoas com deficiências têm de ter acesso à educação formal.

A LDBEN/96 declara o direcionamento das políticas de acesso inclusivo ao ensino regular, assegurando os direitos e como serão organizados os mecanismos de viabilização da oferta. Cabe ao Estado cumprir estes dispositivos e executar ações de implementação e fiscalização para que esses direitos não sejam extirpados da sociedade, inclusive para aqueles que já estão no limbo da exclusão social.

Todos os espaços na sociedade e, inclusive, de educação, sofrem influências do sistema capitalista neoliberal. O neoliberalismo faz com que os indivíduos/ sujeitos precisem corresponder a determinadas exigências que muitas vezes fazem com que as pessoas sejam excluídas, por não acompanharem o ritmo e o perfil exigido pelo mercado capitalista. Nessa dinâmica, a discussão da oferta da educação escolar hospitalar perpassa por uma questão de política pública.

Dentro desse modelo de sistema, os ajustes neoliberais focalizam as relações econômicas no tecido social, fazendo com que o Estado tenha uma menor intervenção possível, com isso, as políticas públicas formulam e reformulam estratégias com o fim de “solucionar” o problema educativo brasileiro, mas nada que venha causar impacto significativo para resolvê-los verdadeiramente e demonstrando ausência de medidas comprometidas por parte do Estado.

Conforme Saviani (2007, p.440), “para atingir essas metas quantitativas a política educacional lança mão de mecanismos como a divisão de ensino em ciclos, a progressão continuada, as classes de aceleração que permitem às crianças e jovens no permanecer um número maior de anos na escola, sem o correspondente efeito de aprendizagem efetiva. Com isso, embora incluídas no sistema de escolar, essas crianças e jovens permanecem excluídos do mercado de trabalho e da participação ativa na vida da sociedade. Consuma-se desse modo a inclusão excludente.” Além de que existe a falta de investimentos de impacto neste âmbito, principalmente no que diz respeito aos baixos salários dos professores.

Ao refletir sobre políticas públicas de maneira geral, deve-se ter em mente as estruturas de poder e dominação social. As políticas públicas são organizadas, implementadas ou revogadas conforme as ideologias dos que dirigem o Estado em determinado momento histórico.

Cada momento histórico-ideológico e a cada modelo estatal corresponde a um projeto educativo para a população. Partindo dessa visão, ao tratar em política educacional significa que a mesma articula-se com um projeto de povo que se deseja formar (GIRON, 2008, p. 18).

A consequência da redução estatal é que o Estado deixa de prover políticas sociais básicas necessárias, transferindo as responsabilidades para as pessoas, devido “a falta de recursos do Estado”, para responder a todas as demandas. Com isso o Estado transfere as responsabilidades para as iniciativas privadas, fazendo que só quem tenha acesso aos serviços de atendimentos escolares e até mesmo alguns acessos aos atendimentos de saúde, dentre outros, sejam aqueles que têm capital financeiro suficiente para pagar pelos seus serviços.

A vitória dessa economia política produz vítimas e abalos aonde quer que se olhe. O enfraquecimento e a deslegitimação dos Estados – o declínio das “autoridades políticas locais” – faz com que percam força e consistência os princípios e as instituições republicanas dedicadas, como se sabe, a viabilizar a construção coletiva do bem comum (NOGUEIRA, 2004, p. 95).

Para os neoliberais, o poder público pode e deve dividir ou transferir para o setor privado (*privatização do ensino*) as suas responsabilidades na área da educação, favorecendo, com isso, o fervor do mercado e a melhoria da qualidade dos serviços. Só que, quando se delega as ofertas para a iniciativa privada, ocorre uma fragilização e desagregação da escola pública, minimizando a garantia de acesso aos atendimentos como direito de todos.

A negação ao acesso de todos à educação faz com que seja aprofundada a pobreza, porque a educação fica sendo privilégio de poucos. Ora, a educação é um direito humano fundamental. Ela é o processo capaz de tornar humanos os seres humanos. As políticas sociais de acesso à educação são necessárias como requisitos fundamentais para os indivíduos exercerem outros direitos.

As políticas sociais estão orientadas para dar *continuidade* ao processo de desenvolvimento humano que ocorreu apesar da falência do processo de industrialização e desenvolvimento econômico. Sua bandeira é investir os recursos “nas pessoas”, garantindo que todos tenham acesso a um mínimo de educação, saúde, alimentação, saneamento e habitação, bem como às [*sic*] condições para aumentar a expectativa de vida e para alcançar uma distribuição mais equitativa das oportunidades (CORAGGIO, 2000, p. 77).

E ainda segundo McLaren citado por Giron (2008, p. 19), “a principal preocupação do neoliberalismo é “limitar a esfera de influências do público no privado”. Conforme McLaren, a globalização do capitalismo e de seu companheiro político, o neoliberalismo, funcionam de forma conjunta, para banalizar o sofrimento das pessoas, para construir a desesperança e para eliminar a justiça social.

Um país verdadeiramente democrático oferece educação escolar para toda população, atendendo também os diferentes. É uma ampliação da oferta da escola na perspectiva de uma abertura universal, na qual os direitos do ser humano precisam ser respeitados. Então, se a escola deve ser democrática por que tratar as crianças hospitalizadas como seres invisíveis aos olhos do Estado?

Estender a escolarização a todos é munir os indivíduos das capacidades favoráveis para reivindicar e usufruir das suas liberdades, como direito. Fortalece a cidadania, em termos de participação efetiva dos atores sociais nos assuntos públicos. Isso é uma possibilidade a mais na tentativa de confrontar a deterioração da coesão social, da perda da identidade, da explosão da violência e da fragilização das pessoas.

Todos os alunos precisam da educação escolar para desenvolver suas capacidades cognitivas. Mesmo que uma criança com deficiência não consiga chegar ao patamar dos alunos sem deficiência, ela se beneficia com as habilidades aprendidas com a socialização nas salas de aulas, fazendo com que tenham mais autonomia e se preparem para a vida diária social. Essas aprendizagens são necessárias para construir nelas e em todos os que as envolvem a escola, valores que vão além de conteúdos meramente acadêmicos.

Os locais segregados são prejudiciais porque alienam os alunos. Os alunos com deficiência recebem, afinal, pouca educação útil para a vida real e os alunos sem deficiências experimentam fundamentalmente uma educação que valoriza pouco a diversidade, a cooperação e o respeito por aqueles que são diferentes (STAINBACK & STAINBACK, 2007, p. 25).

Em outras palavras, o acesso à educação implica maior participação crítica na sociedade e uma maior limitação do poder dominante e absoluto das classes dirigentes e intelectuais, porque são mais pessoas a lutar pelos direitos e contra as manipulações. Daí o caráter profundamente democrático da função educativa e de sua ampliação com o acesso à escola.

O direito à educação se expressa como direito à aprendizagem e à escolarização, traduzido, fundamental e prioritariamente, pelo acesso à escola de educação básica, considerada como ensino obrigatório, de acordo com a Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 2002, p. 9).

A não escolarização do alunado com deficiência traz para estes um isolamento causador de sentimentos de incompetência, dependência e alienação para situações de uma vida social real.

[...] do ponto de vista acadêmico, social e ocupacional, as colocações segregadas são prejudiciais aos alunos [...] as turmas segregadas não conduzem à

independência e à competência, mas [sic.] estimulam uma sensação irrealista de isolamento (STAINBACK & STAINBACK, 2007, p. 24).

Os prejuízos da separação integral e permanente do alunado com deficiência são profundos, de ordem individual e social, tanto para os alunos com deficiência como para os sem deficiência.

Eles ficam com suas autoestimas reduzidas, com sentimentos de inferioridade e falta de motivação para aprender, se desenvolver, até de viver e de sonhar, causando, muitas vezes, sentimentos de derrota, de exclusão e de indignação. E, para os sem deficiências, favorecem as construções de pensamentos preconceituosos e ausência de respeito mútuo, por não estarem acostumados a conviverem com as diferenças. Essas aprendizagens são mais significativas que meros conteúdos acadêmicos (STAINBACK & STAINBACK, 2007, p. 25).

A democratização do ensino significa agir no sentido oposto ao de uma realidade na qual as diferentes categorias sociais (privilegiadas e desprivilegiadas) são desproporcionalmente representadas (GHANEM, 2004, p.63).

A educação tem a possibilidade de tirar os indivíduos da alienação e da ausência de direitos, emancipando estes à condição de sujeitos sociais. Conscientizar não significa, de nenhum modo, ideologizar ou propor palavras de ordem [...] a conscientização abre caminho à expressão das insatisfações sociais é porque estas são componentes reais de uma situação de opressão (FREIRE, 1969, p.18).

A obscuridade do acesso a determinadas políticas públicas sociais no Brasil tem, também, relação na forma como estas foram se estruturando no cenário brasileiro. O Brasil passou por inúmeras mudanças e conflitos em diversos momentos históricos e essas políticas eram dirigidas a grupos específicos, calcadas em programas de diminuição dos gastos públicos, repressão estatal aos movimentos sociais, gradativa redução da importância da política social e restrição dos financiamentos (DIÓGENES, 2010). Mesmo assim, compreendendo o histórico brasileiro das políticas públicas, essa não é justificativa para que a escola hospitalar não seja ofertada.

A oferta da escola para toda a população, como um direito está assegurada no artigo 26 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, no qual trata do direito de todos à educação e que ela deve ser ofertada gratuitamente. A escolarização abre oportunidades à um saber sistemático produzido pela humanidade, construindo novas estruturas de pensamento e conhecimento da vida (GHANEM, 2004, p. 43).

Em outras palavras, o acesso à educação implica maior participação crítica na sociedade e uma maior limitação do poder dominante e absoluto das classes dirigentes, porque são mais pessoas a lutar pelos direitos e contra as manipulações das “*mentes*

colonizadoras”, no dizer de Macedo (2005). Daí o caráter profundamente democrático da função educativa.

Ainda trata Matos e Mugiatti (2008, p. 71, grifo nosso), “no intuito de se evitar tais consequências, ao sistema de ensino cabe a iniciativa de se promover novas alternativas de procedimentos para a continuidade escolar da criança ou adolescentes, hospitalizados em função da internação necessária.” Se estes alunos estão impossibilitados de chegar à escola, logo, a escola deve ir até eles.

A Hospitalização Escolarizada apontou a solução, que representa a conciliação de interesses das políticas públicas de Saúde e Educação: trazendo ela, em seu contexto, o sentido de superação das contradições mantenedoras do problema em evidência (MATOS; MUGIATTI, 2008, p. 49).

Em suma, as crianças e jovens têm todas as garantias legais para seu acesso à educação escolar mesmo estando hospitalizados, basta que o Estado viabilize tal procedimento, para fazer com que o atendimento educacional escolar dentro do hospital se desprenda do paradigma das ações “caritosas e voluntárias”, porque esse é um direito assegurado e não uma benevolência estatal.

2.4 A importância do lúdico na atenção pedagógica para a melhoria da qualidade de vida das crianças hospitalizadas

“Mens sana in corpore sano.”
Iuvenalis

“Mente sã num corpo sã”, provérbio Latino de *As Sátiras*, do poeta romano Iuvenalis, final do século I. A frase acima é parte da resposta do autor às questões sobre o que as pessoas deveriam desejar na vida para ter uma saúde mental e física, equilíbrio necessário para a vida natural das pessoas.

Em se tratando dos hospitalizados, durante as fases de internamento e de enfermidade, o paciente fica fragilizado, pois a doença não acomete apenas o corpo, afeta suas mentes, seus emocionais e as capacidades de suas implicações na vida, causam desânimo, indisposição; os medos dos procedimentos invasivos, morte, ansiedade, angústias, estresses, dentre outros sintomas capazes de alterar significativamente as vidas dos sujeitos.

Nesse momento, as crianças e jovens internados no hospital experimentam as mudanças de suas rotinas de vida, como a separação dos seus familiares, dos seus amigos, do

meio em que vivem e das suas brincadeiras, convivem com os sintomas das doenças, com os procedimentos médicos muitas vezes dolorosos e necessários, com as medicações, com a solidão, experimentam os falecimentos dos colegas de quarto, pensam nas faltas constantes às suas escolas de origem e não há nada para fazer durante todo esse período (FONTES, 2005; FONSECA, 2003; MATOS & MUGIATTI, 2008; PAULA, 2004).

Isso faz com que elas mergulhem cada vez mais nas suas enfermidades e se sintam incapazes na vida, causando empecilhos que atrapalham seu desenvolvimento natural. Tais enfermidades trazem consequências não só escolares, mas também sociais, econômicas, culturais.

O atendimento pedagógico hospitalar, portanto, possibilitaria uma diminuição no risco desse comprometimento, além de ter a possibilidade de evitar o abandono escolar definitivo dos alunos e, conseqüentemente, o seu fracasso escolar e social.

Segundo Matos e Mugiatti (2008, p. 29, grifo meu), “o período de privação, se prolongado indevidamente (*privação da escola e de seu meio de origem*) passa a manifestar um comportamento típico dos estados de anomia, de ausência de normas sociais, de comportamentos sociais desviados, diferenciados das condições da normalidade.”

Algumas vezes, isso faz com que sequelas graves ocorram, quando os traumas psicológicos, educacionais e sociais não são aprendidos a tempo. O atendimento pedagógico hospitalar, entretanto, inclui os alunos no ensino mesmo estando impossibilitados de frequentarem normalmente os dias letivos nas instituições escolares de origem, que estão fora do hospital (BARROS, 1999; FONSECA, 1999; FONTES, 1999, PAULA, 2004).

As crianças e jovens hospitalizados necessitam de acompanhamentos emocional e cognitivo para reduzir os efeitos da internação nos seus desenvolvimentos psicológicos, sociais e escolares. A aprendizagem, além disso, aparece neste contexto como uma aliada nos processos de tratamento das suas saúdes, visando também a cura da criança de modo integral (MATOS & MUGIATTI, 2008).

As aprendizagens favorecem sensações intensas nos seus imaginários infantis e juvenis quando estes trocam experiências, interagem e exploram os ambientes intelectuais de maneira significativa durante o período de internação, inclusive.

A escola é favorece uma relação imaginária das crianças com o meio exterior, do qual a criança está privada de vivenciar. Essas sensações são decisivas na vida dessas crianças, com resultados positivos para a sua saúde e para suas áreas cognitivas (KISHIMOTO, 2002; VIGOTSKY, 1998).

Segundo Charlot (1996, p. 55, grifo nosso), “o investimento no estudo (pelos alunos) depende do sentido que o aluno dá ao fato de ir à escola.” As atividades escolares por meio das ludicidades criam sentidos, porque corresponde às necessidades mais básicas da infância.

A utilização da ludicidade, da brincadeira, nas atividades escolares realizadas no atendimento pedagógico do hospital, deve ser um mecanismo necessário e, por isso, não pode ser descartado. Porém, em algumas práticas, ocorre uma desvalorização do ato de brincar por meio de algumas instituições escolares, hospitalares, por professores, pelos profissionais da saúde e familiares. Deve-se salientar que nem todos valorizam a brincadeira como meio efetivo de aprendizagem, ainda porque consideram uma atividade trivial, sem importância.

Isso ocorre pelo enraizamento do sentimento que as pessoas tinham sobre a infância em tempos anteriores às concepções atuais. Antigamente as crianças não tinham tanta importância e eram consideradas como “mini-adultos”, “coisinha engraçada”, como ser irracional, primitivo, não pensante (SILVA, 2009). Esta visão perdurou por muito tempo.

[...] infância pode ter sua gênese no termo latino *in-fans*, que quer dizer “sem linguagem”, deduzindo-se daí que se trataria de um ser sem capacidade de expressão própria, considerado um ser menor, sem racionalidade, a ser adestrado, a ser moralizado, a ser educado (SILVA, 2009, p. 28).

No século XVI, a criança começa a ser questionada como objeto de investigação. Muitos estudiosos trouxeram influências significativas sobre o papel da infância, no século XIX, por exemplo, houve o aparecimento dos *Kindergartem*¹² de Frobel marco significativo à expansão da educação infantil do mundo ocidental e no século XX os cientistas abordaram com uma ótica diferente a noção de criança como um sujeito que se desenvolve em interações sociais (SILVA, 2009).

Assim é que, com o passar dos tempos e o aprofundamento dos estudos, o sentido de infância passa a ter um significado voltado ao mesmo tempo, para a inocência e a razão, aspectos importantes para tornar a criança sujeito de seu próprio crescimento, inclusive em camadas diferentes da sociedade (SILVA, 2009, p. 27).

Essas concepções instituídas são redirecionadas conforme as alterações ocorridas na sociedade, com o surgimento da classe burguesa, com as dinâmicas da modernidade, a inserção das mães no mercado de trabalho, contextos culturais diversos, dentre outros fatores.

Os *Kindergartens* foram criados pelo estudioso Frederich Frobel, pautados nas suas concepções educativas para a infância. Os brinquedos em relação às suas ideias são mecanismos de autoexpressão; a linguagem é a primeira forma que as crianças utilizam para expressar-se socialmente (SILVA, 2009).

¹² *Kindergartem*: termo alemão utilizado para denominar Jardim de Infância.

A influência marcante no Brasil dos Jardins de Infância – Kindergartens fez surgir experiências na educação infantil como: a valorização do brinquedo, dos desenhos, da linguagem, do canto, do movimento, da criatividade, dos jogos, dentre outros. Foi com o surgimento dos Jardins que a ludicidade passou a ser vista como característica essencial ao ensino-aprendizagem infantil (SILVA, 2009).

A atuação pedagógica hospitalar precisa ter no brincar seu fundamento necessário, porque a ludicidade é uma atividade inerente e essencialmente ligada ao viver infantil, ao viver humano. As atividades por meio do colorido e realizadas ludicamente trazem motivação, estimula e valoriza o aprender. Segundo Moyles (2002, p. 40) “É por isso que ele proporciona um clima especial”.

A escola hospitalar não é fechada em si mesma dentro do hospital, nem o hospital é um ambiente excluído da educação escolar. As necessidades incluem as oportunidades de praticar, escolher, imaginar, adquirir novas habilidades, de observar, experimentar, movimentar-se, cooperar, sentir, pensar, memorizar, lembrar, ser ativo, compreender suas limitações e possibilidades, e ainda apreender normas e valores sociais (MOYLES, 2002).

O fato de as crianças vivenciarem brincadeiras ocasionam possibilidades diversas às suas necessidades de aprendizagem, deixa o momento escolar mais agradável e prazeroso. Faz as mentes sãs e estas levam a corpos mais saudáveis. Segundo Winnicott (1975, p. 80) “o brincar é essencial porque nele o paciente manifesta sua criatividade”.

Com o atendimento pedagógico mediado pelo lúdico, as crianças e jovens têm reações significativas, porque a escola resgata as vivências que os alunos deixaram fora do ambiente hospitalar, traz a interação, os jogos, a brincadeira, que muitas vezes os fazem rir produzindo sintomas de bem-estar e felicidade, sentimentos fundamentais para a condição da criança doente.

Nós rimos essencialmente em situações sociais e geralmente em momentos de felicidade, prazer e brincadeiras, mas sabemos que ele é muito mais do que apenas uma mera manifestação de alegria. Ele também atenua hostilidade e agressão (repare como utilizamos o riso quando queremos atenuar uma típica tensão entre estranhos ou necessitamos dizer não a alguém. Nós frequentemente rimos quando nos desculamos. O riso desarma as pessoas, cria uma ponte entre elas e facilita o comportamento amigável (CARDOSO, 2002).

Essa descontração distrai as crianças dos desconfortos dos sintomas e procedimentos e tem a possibilidade de fazer com que estas não focalizem suas atenções nas suas dores, dá segurança aos pais pelas continuidades dos estudos dos filhos, dentre outras condições que melhoram a qualidade de vida delas nas suas fases de internação, além de minimizar intensamente os efeitos da hospitalização.

O riso, como qualquer outro comportamento emocional, tem uma função e o riso não é exceção. A função do riso é a de comunicação. É uma mensagem que nós enviamos às outras pessoas comunicando disposição para brincar, ligar-se a elas, ficarmos felizes e fazê-las felizes, mostrarmos que somos pacíficos. Nós somos criaturas que necessitamos criar estruturas sociais e viver bem (CARDOSO, 2002).

Na parte biológica, ademais, todas as situações e atividades que nos dão prazer e nos fazem rir provocam a liberação de endorfina que é uma substância natural produzida pelo cérebro em resposta a tais atividades, visando relaxar e evitar a dor, agindo terapeuticamente em regiões inflamadas. Por ser um "analgésico natural", leva a uma sensação de mais prazer e alegria, evitando, assim, o estresse. Estes sentimentos positivos, portanto, são expressos pelo riso, um elemento vital para o nosso organismo emocional e biológico (CARDOSO, 2002).

Enquanto a raiva, a depressão e frustração perturbam a função de muitos sistemas fisiológicos, incluindo o sistema imune, o riso ajuda estes sistemas a funcionarem melhor. Por exemplo, o riso ajuda o sistema a aumentar o número de células que auxiliam contra a infecção, as células T, no sangue. O riso também pode promover mudanças hormonais benéficas. Cientistas especulam que o riso libera transmissores neuroquímicos chamados endorfinas, os quais reduzem a sensibilidade à dor e promovem sensações prazerosas e de bem estar (CARDOSO, 2002).

Daí o caráter importante das risoterapias, principalmente com as crianças dos hospitais através dos palhaços Doutores da Alegria. Ao liberar a endorfina, conseguimos estabelecer um equilíbrio no organismo que vai ao encontro do esgotamento físico e mental e proporciona uma melhora de nosso sistema imunológico.

A endorfina é um neuro hormônio produzido pelo próprio corpo através da glândula hipófise. Seu nome é originado das palavras endo (interno) e morfina (analgésico). Além de aliviar as dores, melhora a capacidade de memorização, o bom humor, aumenta a resistência, a disposição física e mental, os sistemas imunológicos, evita as lesões dos vasos sanguíneos, tem um efeito anti-envelhecimento, além de realizar uma potente ação analgésica. Ao ser liberada, estimula a sensação de prazer e alegria.

Deve-se salientar aqui que o atendimento pedagógico e suas atividades transversalizadas pelo lúdico movimentam o corpo e usam a mente de maneira descontraída e alegre, situação que é diferente daquelas as quais as crianças ficam deitadas e apáticas. Essas atividades, somadas à mobilização para aprendizagem, causam sensações prazerosas no momento de aprender.

O ato de brincar é essencial para a aprendizagem e para forjar ligações sociais. Precisamos dos risos e das brincadeiras para interagirmos como indivíduos com o grupo social no qual nos inserimos, e também para aliviar as tensões sociais do cotidiano (CARDOSO, 2002).

As práticas educativas no hospital devem ser sempre transversalizadas pelo lúdico, seja qual for a idade do aluno-hospitalar. O lúdico é condição fundante do universo humano em qualquer faixa de idade (MACEDO, 2010; MORIN, 2009; WINNICOTT, 1975).

Conforme Winnicott (1975, p. 80) “É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o seu eu”. E, no entanto, não é apenas privilégio da educação infantil, mas de todas as modalidades de ensino.

O ser humano sempre foi concebido de modo mutilado. Diz-se *homo sapiens*, dotado de razão, mas o homem é também delirante [...] o homem não é apenas *faber*, fabricante de instrumentos. É também um ser lúdico, *homo ludens*, como escreveu o pensador holandês Huizinga. O jogo não se resume ao jogo das crianças [...] O sentimento lúdico nos acompanha em toda nossa vida e aqueles que não o possuem têm uma vida inacreditavelmente triste (MORIN, 2009, p. 91).

Há uma complexidade para se conceituar a noção de brincar, não convém deter-se neste trabalho. Segundo Moyles (2002, p. 17), “Complexidade esta que, cerca de um século de pesquisas, produziu inúmeras especulações e nenhum conceito definitivo do que realmente é o brincar”.

Por meio de alguns exemplos têm-se alguns entendimentos: um adulto desenhando, uma menina fingindo ser princesa ou um cachorro demonstrando suas habilidades saltitantes, são exemplos de brincar. O brincar infantil, no entanto, é o que será tratado neste trabalho, pois constitui foco deste item.

O brincar está longe de ser uma atividade banal e ociosa. Brincar é recreação e aprendizagem. As crianças precisam brincar por que é uma atividade essencial para os seus desenvolvimentos sócio-cognitivos (KISHIMOTO, 2002; MOYLES, 2002; OLIVEIRA, 2002).

No ambiente hospitalar a brincadeira é um meio fundamental nas práticas educativas, pois leva as crianças a esquecerem um pouco de seus problemas, distrai das dores, bem como traz leveza nas situações de aprendizagem, pois para aprender não precisa sofrer, é brincando que se aprende.

O hospital já é tido nos imaginários como um lugar de angústias e de monotonia, as atividades pedagógico-educativas transpassadas pelo lúdico amenizam as situações desagradáveis que já são vividas pelas crianças enfermas. O aprender no hospital não é um momento de opressão e, portanto, só participa quem realmente se autoriza a participar.

Participar das atividades escolares no hospital deve partir do desejo da criança ou adolescente, já que o critério para esta participação diz respeito somente a liberação do profissional da saúde da unidade (médico ou enfermeiro). Desta forma, o convite é feito após a passagem do professor pelo balcão da enfermagem certificando-se de

que a criança ou adolescente está liberado para sair de sua unidade ou receber o atendimento no próprio leito (DARELA, 2007, p. 27).

Nas práticas educacionais, o brincar permite tanto para os alunos quanto para os professores novas aprendizagens intelectuais, sociais e afetivas, porque através da brincadeira os mediadores-professores conhecem sobre as crianças e o que será necessário aos seus desenvolvimentos cognitivos.

Este cenário traz mudanças significativas na rotina do hospital, pois este deixa de ser um lugar de injeção, seringa, solidão, sofrimento, para ser também um lugar do caderno, do lápis, do livro, do brinquedo, do jogo, da diversão, da alegria, trazendo consigo a força pela vida que se alimenta, principalmente destes ingredientes (DARELA, 2007, p. 20).

A ludicidade, os jogos e os brinquedos preenchem as necessidades das crianças que não podem ser satisfeitas naquele momento. Tais necessidades são compreendidas de modo geral, como tudo aquilo que é motivo para ação (VIGOTSKY, 1998, p. 121). Daí a necessidade de atividades lúdicas para aprender conteúdos escolares, principalmente conteúdos de desafiantes e de difíceis compreensões.

Para fazer as crianças aprenderem significativamente faz-se necessário incentivá-las. Atividades repetitivas, desprovidas do divertimento, para as crianças que já estão mergulhadas em situações de sofrimento, têm a possibilidade de não serem nada instigantes e ainda piorar os quadros clínicos de saúde.

O ato lúdico representa um primeiro nível de construção do conhecimento, o nível do pensamento intuitivo, ainda nebuloso, mas que já aponta uma direção. O prazer e a motivação iniciam o processo de construção do conhecimento, que deve prosseguir com sua sistematização, sem a qual não se pode adquirir conceitos significativos (KISHIMOTO, 2002, p. 144).

A ludicidade, desde que interessante para corresponder as necessidades infantis e juvenis, é um meio que desenvolve a criatividade, a competência cognitiva, estabiliza as emoções, traz as mesmas para seus imaginários, no qual os desejos não realizáveis podem ser alcançados.

É impossível ignorar que a criança satisfaz certas necessidades no brinquedo. Se não entendermos o caráter especial dessas necessidades, não podemos entender a singularidade do brinquedo como uma forma de atividade (VIGOTSKY, 1998, p. 122).

O lúdico, os jogos e os brinquedos, como componentes transversais do atendimento pedagógico hospitalar, abrem espaço para a criação de um imaginário diferente do vivido no momento de suas doenças, estimula a participação, favorece o interesse e as sócio-interações, por se constituírem formas mais criativas e menos opressoras de aprendizagens.

Segundo Kishimoto (2002, p. 143), “Ao brincar, a criança não está preocupada com os resultados. É o prazer e a motivação que impulsionam a ação”. O prazer é expresso pelo riso e de acordo com Brougère citado por Kishimoto (2002, p. 147) “o jogo é também uma forma de socialização que prepara a criança para ocupar um lugar na sociedade.”

Ainda conforme Kishimoto (2002, p. 149), “Outra função atribuída ao jogo é a terapêutica, importante para preparar a vida social e emocional.” O brincar desenvolve percepções e capacidades em situações que são reais e sociais.

A hospitalização e a enfermidade trazem impactos negativos para as crianças porque são momentos de crise e desordem, que podem ser passageiras ou perdurar permanentemente, pois há doenças que apenas são controladas, mas não há uma cura efetiva.

Portanto, o atendimento pedagógico mediado pelo pedagogo por meio de atividades lúdicas torna a hospitalização menos angustiante e consiste em um atendimento que caminha em direção não somente pensando na educação, mas na possibilidade de buscar a melhora das enfermidades das crianças.

A hospitalização transforma a rotina de vida das crianças, estas, por sua vez, faltam suas aulas e são invisíveis para a escola de origem; tais situações requerem um trabalho que busque a humanização na educação e na saúde, para que o sofrimento destes pacientes-alunos seja amenizado quando passarem pela hospitalização e pelas limitações das enfermidades. Quando as crianças brincam reinventam seus mundos.

2.5 A tarefa do pedagogo no hospital: uma atuação multirreferencial e complexa

As necessidades dos hospitalizados são inúmeras: de ordem social, psicológica, educacional, econômica, dentre outras. Diante desses fatores, o atendimento escolar dentro do hospital deve ser feito por um profissional pedagogo, por diversas razões que o contexto hospitalar já traduz na sua natureza, como por exemplo: o fato de o pedagogo ser um conhecedor profundo dos processos educativos.

Em estudos realizados por Fonseca (1999) a formação do professor é um fator de extrema relevância para trabalhar com os hospitalizados, por ser uma vertente que requer mais preparação intelectual e emocional, por parte destes profissionais. Nesta pesquisa, 63% dos professores que atuam nas Classes Hospitalares têm graduação e são pós-graduados com

especialização, mestrado ou doutorado; 50% desses profissionais recebem algum tipo de orientação ou treinamento pedagógico específico voltado para a atuação nas escolas hospitalares (FONSECA, 1999, p. 11).

Isso representa excelentes qualificações para exercer a docência na educação escolar nos hospitais, mas nada é comparado à *Pedagogia do Eros*:

O *eros* não se resume apenas ao desejo de conhecer e transmitir, ou ao mero prazer de ensinar, comunicar ou dar: é também o amor por aquilo que se diz e do que se pensa ser verdadeiro. É o amor que introduz a profissão pedagógica, a verdadeira missão do educador (MORIN, 2009, p. 71, grifo nosso).

O pedagogo deve estar preparado para atender à diversidade, mas este profissional deve ter amor pela área porque essa relação permite a abertura para práticas escolares com qualidade e envolvimento.

Nessa área, considerar os âmbitos afetivos é primordial porque libera a preocupação com o outro, com suas singularidades. Afinal, educar no hospital também é sinônimo de cuidados e de envolvimento com as crianças em todas as séries. Por isso, o pedagogo deve ter conhecimento do desenvolvimento humano.

Ao pedagogo hospitalar cabe compreender que as emoções e as objetividades se entrelaçam e fazem parte dos mesmos sujeitos. Isso tem de ser levado em conta nas realizações das práticas educativo-escolares com as crianças internadas, porque as subjetividades motivam e impulsionam os sujeitos para as ações.

Para Darella (2007, p. 61) “Se nossa emoção rege nosso agir, o quão importante nos envolver com carinho, amor, compaixão, sensibilidade para atuarmos em favor do outro”. É fundamental compreender que essas crianças são movidas pela esperança de dias melhores pela razão das suas duras realidades.

Nas instituições escolares fora do hospital, entretanto, há resistências em assumir que os sentimentos estão entrelaçados aos desdobramentos do universo das cognições. Há resistências em entender que o trabalho do pedagogo hospitalar tem a mesma seriedade que na escola comum.

Sustenta-se tal afirmação nos inúmeros relatos feitos em pesquisas em diversas regiões do Brasil sobre a reinserção da criança nas escolas de origem quando elas voltam da hospitalização e os professores não aceitam o que foi estudado nas classes hospitalares. A pedagogia hospitalar busca reconhecimento.

A filosofia do pensamento complexo, no entanto, aceita, no que for possível, a união dessas duas perspectivas: a racional e a emocional, sem descarte uma da outra.

A escola sente-se muito incomodada quando se apercebe de que, para atingir o objetivo que almeja, tem necessariamente de ter em conta a psicologia do sujeito,

dos seus desejos, das suas reflexões interiores, das suas revoltas, das suas deformações perceptivas, das suas necessidades, das suas esperanças e dos seus desesperos (LOBROT *apud* DARELA, 2007, p. 63).

“*No que for possível*” é tratado aqui, porque a mesma abordagem filosófica entende que a arrogância científica do acerto absoluto torna as inteligibilidades cegas, ficando difícil o encontro das soluções dos problemas verídicos.

O pensamento complexo caminha por um viés que assume as incertezas, os inesperados e a humildade de que existem várias verdades em diferentes óticas científicas e que unidas melhor explicam um objeto. Daí o pensar complexo ser adequado para fundamentar filosoficamente o trabalho do pedagogo hospitalar.

A itinerância da educação se construiu eliminando drasticamente aquilo que causa o erro. Trabalhar com a realidade humana e não descartar as incertezas como elemento inerente do viver comum social e dentro do hospital.

O agir do pedagogo hospitalar se constrói cotidianamente, sempre pensando as *multi situações* do alunado hospitalar: para o pedagogo é necessário ter o conhecimento das enfermidades e sintomas dos hospitalizados, ter a consciência que o educar e o cuidar perpassam todas as séries e não somente na educação infantil; deve ter a noção dos saberes em todas as séries, não que o pedagogo irá ser o *expert* naquela ciência – um especialista, mas sair das limitações disciplinarizantes que parcelam e reduzem seu espectro de atuação, porque este precisa saber discorrer um pouco sobre questões de outros conteúdos para então realizar discussões que incluam também os jovens¹³. É necessário que o pedagogo seja um profissional multirreferencial.

As características das classes multisseriadas nos hospitais é uma tendência pelo próprio contexto em que é desenvolvido o trabalho: poucos professores, espaços físicos limitados, adaptações curriculares, rotatividade de estudantes, grupos pequenos, entre outros (DARELA, 2007, p. 27).

O pedagogo, dentro desse contexto, é um mediador e um “gestor estratégico” de suas atividades educativo-escolares, um bricolador dos métodos e recursos pedagógicos necessários para o uso nas atividades escolares com as crianças enfermas.

No que tange à mediação, segundo Fauchex citado por Borba (2001, p. 60), “a função de mediação é sempre assumida por alguém ou por alguns de modo explícito.” E ainda acrescenta Borba (2001, p. 61) “É ela que permite à discussão uma marcha dialética, procurando oposições. Nesse clima as oposições não são mais temidas, mas consideradas

¹³ E assim se evitando a exclusão desse segmento só porque são de séries mais avançadas.

como marcha fecunda que deve levar a um progresso...”. O progresso de melhorar a qualidade do atendimento pedagógico hospitalar em norte da humanização na saúde e na educação.

Durante todo o processo educativo no hospital o pedagogo realiza a mediação: na hora das atividades escolares com as crianças, na orientação com os familiares, em comunicação com a equipe do hospital, dentre outras situações.

Os planejamentos pedagógicos devem considerar, contudo, o contexto em que os envolvidos na educação e na saúde estão inseridos; e não podem esquecer de deixar espaço suficiente dentro da sala de aula para a entrada dos acessórios que algumas crianças utilizam, tais como: cadeiras de rodas, aparelhos de inalação, suporte para o soro e outros.

Para trabalhar nessa realidade, na qual perpassa o contraditório de uma educação escolar dentro de um ambiente hospitalar, são necessárias pessoas flexíveis, sensíveis na escuta do outro, ter entendimento que as instituições hospitalares são lugares que possuem uma organização, suas rotinas, e que o pedagogo é um membro atuante da equipe.

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, abertura para o outro, independente de sua condição física. Econômica e social, respeito às diferenças de etnia, raça e religião (PAULA, 2004, p. 32).

O pedagogo hospitalar necessita utilizar a ludicidade como mecanismo inerente às atividades escolares para ministrar suas aulas em qualquer modalidade e nível de ensino, levando em conta as características das faixas etárias dos alunos; deve ter noções de higiene e da estrutura do hospital; deve conhecer o papel da equipe de saúde nos procedimentos e precisa ter ética.

A pedagogia hospitalar está se expandindo e necessitando de mais construções de conhecimentos. O pensamento complexo é uma maneira de enxergar as situações de modo ligado, ao invés de descontextualizado e fragmentado. Nessa ótica filosófica, considera-se uma teia de interações, as artes, as retroações, os acasos, as existências, as desordens, dentre outros acontecimentos que vão tecendo conhecimentos. Por isso, entende-se que esta seja adequada para fundamentar tal ciência.

O paradigma do pensamento complexo e multirreferencial se complementa ao das simplicidades, não delimitando, ainda assim, as totalidades em partes isoladas, reduzindo-as. As reduções trazem consequências, pois, no ato de eliminar informações relevantes das realidades, não compreendemos realmente o contexto estudado. No contexto da sala de aula

hospitalar, não se reduz as atuações do pedagogo apenas ao racional. As práticas são racionais e existenciais.

O desafio não é a ação pedagógica puramente mecânica, mas a arte de atuar neste cenário educativo, potencializando estratégias de ensino e articulações baseadas nas demandas das crianças que diariamente vão se apresentando na prática. Mesmo que se faça um planejamento prévio, os imprevistos acontecem, como: a piora do quadro clínico de algum aluno, as suas liberações para ir para casa ou até mesmo a morte, necessitando, por parte deste profissional, seu improviso significativo.

O seu papel social e suas competências são simbólicas, intelectuais, políticas e técnicas. Diante desse cenário tão peculiar onde os *inesperados e acontecimentos* fazem parte da rotina do hospital e da sala de aula, que no dizer de Morin (2009, p. 96) “a ciência moderna tem de negociar com o incerto”, o pedagogo hospitalar deve estar preparado para as incertezas, porque atende nas mais diversas situações.

Emerge então a necessidade de se ter capacidade para buscar estratégias para atuar. Trata Ciurana, Morin e Motta (2009, p. 32) que “a idéia de estratégia é indissociável da arte. A arte é hoje indispensável para a descoberta científica e será cada vez mais indispensável para a ciência”.

Um atendimento que considera a arte e a diversidade faz com que as crianças ou jovens hospitalizados tenham uma atenção integral, melhorando suas qualidades de vida porque as torna práticas pedagógicas contextualizadas e com sentido para as crianças hospitalizadas.

Ao educador, como participante da equipe de saúde, não cabe, assim, postura estanque. Construir conhecimento para abrir novos horizontes significa navegar em águas turbulentas, em que o timoneiro, atento vive a mutabilidade do fazer e do agir continuamente, tendo em vista as múltiplas possibilidades que emergem e o desafiam em todo momento (MATOS & MUGIATTI, 2008, p. 24).

Algumas crianças acordam bem melhores com seus tratamentos e outras já apresentam sintomas que afetam o seu desempenho total. Os sintomas vêm das medicações ou até mesmo da própria doença. O pedagogo, entretanto, deve compreender os ritmos próprios de cada um. Quando surgem as necessidades, devem vir as reflexões e as flexibilidades de mudar de rota nos encaminhamentos do seu atendimento.

Diante dessas multirrotinas convém ao pedagogo do hospital ter outra postura: sair da ótica unilateral e partir para uma visão multirreferencializada e complexa, que não quer dizer complicada, mas unida aos diversos saberes que auxiliam o seu trabalho com alunos.

E, em pesquisa feita pela estudiosa Darela (2007), tem como se pensar em uma atuação mediada por diversos professores dentro do hospital.

[...] a equipe de professores da Classe Hospitalar do HIJG assim se distribuía: na educação infantil, uma professora no período matutino em sala de aula; nas séries iniciais do Ensino Fundamental, uma outra atendendo crianças individualmente ou em dupla (reforço escolar ou atividades que a escola encaminhava) no período matutino, e no vespertino, atendendo em sala; outra professora no atendimento às crianças nos leitos, sendo que mais uma professora atende às crianças com câncer na unidade e no ambulatório oncológico. Nas séries finais do Ensino Fundamental (5ª a 8ª série) as duas professoras atendem na sala de aula e nos leitos (DARELA, 2007, p. 25).

O pedagogo hospitalar tem o papel de oferecer acompanhamento humanístico e educacional para os estudantes e para as suas famílias. Esse atendimento, portanto, ocorre de modo diferenciado do psicólogo.

[...] a pedagogia hospitalar compreende os procedimentos necessários à educação de crianças e adolescentes hospitalizados, de modo a desenvolver uma singular atenção pedagógica aos escolares que se encontram em atendimento hospitalar e ao próprio hospital na concretização de seus objetivos (MATOS & MUGIATTI, 2008, p. 67).

A escuta sensível, na ótica da pedagogia: a *escuta pedagógica* referendada por Ceccim (1999) e Fontes (2005), as observações dos seus alunos, seus registros diários, um companheirismo, os cuidados, as orientações, são inúmeras formas de atuação do pedagogo neste contexto.

A escuta pedagógica diferencia-se das demais escutas realizadas pelo serviço social ou pela psicologia no hospital, ao trazer a marca da construção do conhecimento sobre aquele espaço, aquela rotina, as informações médicas ou aquela doença, de forma lúdica e, ao mesmo tempo, didática. Na realidade, não é uma escuta sem eco. É uma escuta da qual brota o diálogo, que é a base de toda a educação (FONTES, 2005, p. 124).

A rotina dos alunos e das aulas hospitalares é permeada pela dinâmica hospitalar instituída, por isso o pedagogo que irá trabalhar no hospital não deve reproduzir as práticas a que vem geralmente acostumado nas escolas comuns: práticas homogêneas, desconsiderando as singularidades dos alunos, suas implicações, apenas enxergando a ordem, pois o cotidiano desses educandos é permeado pelas desordens, a começar pelas suas desordens orgânicas.

Conforme Fontes (2005, p. 123, grifo do autor), “O ofício do professor no hospital apresenta diversas interfaces (política, pedagógica, social e ideológica), mas nenhuma delas é tão constante quanto à disponibilidade de estar *com o outro e para o outro*. Certamente fica menos traumático enfrentar esse percurso quando não se está sozinho, podendo compartilhar com o outro a dor por meio do diálogo e da escuta atenciosa.”

O pedagogo hospitalar não deve ser um profissional que dê aula em horário integral, pois ele precisa de tempo para refletir atividades para que acompanhe efetivamente os alunos

com carinho, evitando práticas educativas não planejadas, estressantes dos profissionais sobrecarregados e atarefados das escolas tradicionais.

Este profissional tem de ter um momento para seus planejamentos e as atividades lúdicas, para que sejam bem planejadas, e que sejam “*remédios*” para as *enfermidades educativas* dos seus alunos.

Não há como ter sentido em práticas não pensadas e não organizadas nas atuações dentro do hospital, dada a grande heterogeneidade de séries, níveis e problemas biológicos. Práticas escolares uniformizadoras dentro do hospital são destituídas de vida, assim como olhos que não enxergam e não têm brilho.

A formação de um grupo diariamente requer uma flexibilidade no planejamento e na construção de estratégias diversificadas. Didática motivacional, respeito à individualidade e ao ritmo de cada um, materiais diversificados, são elementos essenciais na intervenção pedagógica (DARELA, 2007, p. 28).

As didáticas motivacionais são os mecanismos utilizados para despertar o interesse das crianças por meio de uma música, um tema, uma história, um conteúdo previamente estabelecido, entre outros (DARELA, 2007). O pedagogo também faz um diagnóstico sobre as demandas das crianças pautado em informações que podem variar e se complementar: informações das escolas de origem, dos familiares, dos prontuários, com a equipe de saúde e através da fala das próprias crianças.

As enfermidades muitas vezes causam sequelas e uma nova forma de viver deixando as crianças deprimidas. As sequelas fazem as crianças perder as vidas que tinham antes de adoecer, passando, assim, a enfrentar limitações permanentes ou temporárias.

Diante dessa realidade, os conteúdos ensinados/estudados durante as atividades pedagógico-escolares podem variar: eles discorrem de conhecimentos matemáticos às sabedorias de lidar com suas novas maneiras de viver nas suas novas realidades.

Os enfrentamentos e confrontamentos balizados por discussões significativas sobre o respeito às diferenças, frutifica saberes nas crianças primordiais às suas vivências, de tal ponto, que extrapolam certos conteúdos acadêmicos e levam à alteridade do outro.

Algumas Classes Hospitalares no Brasil apontam a doença, ou a clínica, como aporte para a proposta do currículo escolar, propiciando ao aluno com doença crônica as informações e compreensão a respeito da doença (o que é, os sintomas, características, etc) e do doente, tratamentos e cuidados (DARELA, 2007, p. 45).

Na escola do hospital o pedagogo precisa aprender a conviver com os horários para intervenções médicas e medicamentosas, com o movimento das enfermeiras cuidando dos pacientes e suas intervenções mais ou menos invasivas, dentre outros fatores externos, em um

trabalho de parceria (BARROS, 1999; FONTES, 1999; PAULA, 2004). Uma atuação aprendendo com a outra: a saúde com a educação e a educação se entrecruzando com os conhecimentos da saúde.

Por outro lado, o pessoal da saúde também deve acolher o pedagogo como parte de sua equipe, reduzindo, assim, os estranhamentos e respeitando-o. Há a necessidade da interação dos profissionais da área da educação com o pessoal da saúde, abandonando uma implícita e, às vezes explícita, competitividade existente entre os profissionais destas duas áreas.

Não se esquecendo da fundamental atuação dos palhaços “Doutores da Alegria¹⁴” para as crianças no contexto hospitalar. A parceria do pedagogo com esses atores são essenciais para quem quer atuar em um hospital.

As fronteiras entre os profissionais no hospital são tênues, o que muitas vezes gera conflitos nas equipes multidisciplinares. Os diversos saberes estão intrinsecamente relacionados e devem se complementar, buscando uma integralidade da criança, porém cada qual com sua especificidade (DARELA, 2007, p. 45).

O ensino do pedagogo hospitalar respeita o momento de enfermidade dos sujeitos, considera suas origens, seus níveis de conhecimento, séries escolares e suas limitações, para então elaborar propostas didáticas de atividades (FONTES, 2005; FONSECA, 2003; PAULA, 2004).

É preciso salientar que a depender da enfermidade e dos tratamentos médicos necessários, nem todas as crianças têm condições físicas ou emocionais para realizar tarefas educativas; devido a isso, o pedagogo não os obriga a fazer. Segundo Darela (2007, p. 22), “no entanto, ainda encontramos aqueles que mesmo neste estado requerem o atendimento, solicitando que o professor seja chamado”.

O pedagogo é envolvido nas questões existenciais dos alunos hospitalizados, tem o conhecimento dos seus problemas, sabe o tempo aproximado de internação, dialoga com outros profissionais da equipe do hospital, tem acesso aos documentos e prontuários. É um elo entre criança enferma, hospital, família e escola. É importante para o pedagogo, pois, o conhecimento das implicações dos seus alunos nos três níveis: psicoafetivo, histórico-existencial e estrutural-profissional.

Esses conhecimentos levam ao entendimento do que ocorre no cotidiano, nas relações que se dão na sala, definem o trajeto das práticas pedagógico-educativas do pedagogo no momento de um planejamento, na hora da avaliação, na elaboração de um projeto, e outras posturas frente às escolhas e abordagens dos temas dados na aula (BORBA, 2001). Os

¹⁴ Em outros hospitais, o nome dos grupos de palhaços podem variar de denominação.

desdobramentos das implicações consistem em momentos voltados para uma consciência crítica do ato educativo.

Em geral, na graduação trata-se do papel do pedagogo apenas nas escolas e esquecem que o ele é o mediador dos processos educativos dentro e fora das instituições escolares. Existem pedagogos em diversas áreas: nas empresas, em escolas de trânsito, nas ONG's, presídios, associações, comunidades indígenas, dentre outros.

A atuação pedagógica hospitalar mantém os vínculos infanto-juvenis dos enfermos com seus meios escolares, mas principalmente para ir à busca de uma mais rápida recuperação da saúde desses pacientes hospitalizados, aliviando, assim, o desgaste angustiante das intermináveis horas no hospital.

A atuação pedagógica pautada em uma abordagem do pensamento complexo e multirreferencial possibilitariam uma forma de instituir a construção de um conhecimento que dê sentido à vida das crianças e jovens hospitalizados. Segundo Borba (2001, p. 37), “a sala de aula é um lugar institucional, uma instituição: o lugar de entrada dentro da cultura, instituinte e instituído.” A aula do pedagogo hospitalar é instituinte porque constrói um saber fundante capaz de fazer as pessoas exercerem outros direitos, viver com dignidade em uma sociedade que opõe e exclui.

Há a necessidade de pluralizar as visões no momento de pensar as práticas educativas com este segmento. A ideia de multirreferencializar e complexizar a atuação pedagógica é uma maneira fundamental para levar os alunos a uma aprendizagem mais completa, de sentido e de autorização.

3 A ULTRASSONOGRRAFIA DA PESQUISA: A COMPLEXIDADE NA EDUCAÇÃO ESCOLAR DENTRO DO HOSPITAL

3.1 O hospital¹⁵

A ultrassonografia ou ultrassom é uma técnica utilizada em alguns procedimentos de saúde, de criação de imagens que utiliza ondas sonoras de alta frequência para gerar imagens do interior do corpo humano¹⁶. Tem sido uma técnica popular para captar doenças e pode ter outras funções terapêuticas, inclusive na área da fisioterapia. Nesta parte do trabalho foi feita uma *ultrassom* geral do que foi captado durante o atendimento pedagógico realizado no hospital pesquisado.

Ao observar o ambiente hospitalar do hospital universitário, de maneira geral, foi verificado uma situação comum nos hospitais brasileiros: enfermarias atendendo, médicos agilizando seus atendimentos, vários espaços com pessoas esperando por atendimento, crianças doentes por todas as partes, umas sendo atendidas outras não, umas descansando e outras andando, algumas chorando e outras dormindo, dentre outras situações que as propostas de humanização tentam superar nas instituições de saúde, porque:

Enfoca como prática humanizadora o tratar com as dificuldades de acesso dos usuários aos serviços e suas injustas conseqüências – as filas de espera, a necessidade de ampliação dos mecanismos de comunicação e informação, o incentivo a formas de acolhimento que levem à otimização dos serviços e ao acesso dos usuários a todos os níveis de atenção do sistema de saúde (FORTES, 2004, p. 34).

O HU é um órgão que realiza ações que abrangem as áreas de ensino, pesquisa, extensão e assistência de saúde aos pacientes da capital e dos interiores do estado. Afinal, estes são os desafios dos hospitais universitários pelo Brasil.

No Brasil, os HU são agentes nucleares de duas políticas de Estado – educação e saúde. Em conseqüência, é no âmbito dos HU que se manifestam os tensionamentos inerentes à complexidade de articulação de tais políticas. Assim, os HU têm sido incitados a oferecer respostas a problemas que muitas vezes transcendem sua capacidade e vocação (MACHADO & KUCHENBECKER, 2007, p. 874).

¹⁵ Dados extraídos do site <http://www.hupaa.gov.br> e <http://www.projecthope.org>, consulta em 05 de abril de 2011.

¹⁶ Dados extraídos do site <http://saude.hsw.uol.com.br>, consulta em 06 de junho de 2011.

Os hospitais universitários são instituições fundadas nas políticas estatais de educação e saúde. O HUPAA é um hospital que possui atendimentos de saúde com qualidade na cidade e realiza diversos procedimentos médicos e de ensino.

É uma instituição formada por excelentes profissionais que trabalham com a meta de maior desenvolvimento e qualidade nos seus atendimentos. Conforme Machado & Kuchenbecker (2007, p. 871) “É no âmbito dos HU que se manifestam os tensionamentos inerentes à complexidade de articulação de tais políticas”. Os HU têm o papel de oferecer atendimento de saúde à população e formação profissional na área da saúde.

São nos HU que há a integração entre saúde e educação. As instituições hospitalares universitárias se confrontam com múltiplas demandas de contexto sanitário da população e esforçam-se para acompanhar as transformações tecnológicas.

O hospital universitário é uma instituição caracterizada pela vinculação com estabelecimento escolar de saúde, com objetivos que norteados em metas escolares e de atenção à saúde da população. É composto por uma equipe de multiprofissionais em nível superior, intermediário e de apoio, e, em geral, não há a presença do pedagogo nos setores que lidam com crianças, apesar de que em algumas regiões do Brasil já estão sendo oferecidos estes atendimentos.

Em outras palavras, um lugar para oferecer ensino universitário na área da saúde, estando submetido à supervisão das autoridades competentes para ofertar o ensino e os procedimentos médicos para tratar a saúde dos usuários. Portanto, há uma complexidade na existência dos hospitais universitários, pois estes são vinculados, organizados e articulados com o sistema de saúde e da educação.

O HUPAA recebe alunos dos diversos cursos profissionais e são supervisionados pela direção de ensino e coordenação. Oferece cursos e propicia atividades de pesquisa em sua instituição. Ele fica situado no bairro do Tabuleiro, vizinho à Universidade Federal de Alagoas, na cidade de Maceió. É outro universo, totalmente diferente dos ambientes escolares comuns. Nele são realizados vários atendimentos para diversos segmentos: crianças, jovens, adultos e idosos em várias especialidades.

Surgiu com a criação da Faculdade de Medicina em 1950, favorecendo o ensino profissional na área médica em um hospital-escola. Em 1954, a primeira turma de médicos foi formada, com o apoio da Santa Casa de Misericórdia. Nos primórdios, seu projeto de construção foi elaborado para construir o Hospital das Clínicas que foi interrompida quando a Faculdade de Medicina passou a ser uma das unidades integrantes da UFAL.

No passado, devido a essas mudanças, fora projetada outra estrutura, mais grandiosa, na qual a Cidade Universitária passou para construir o Hospital Universitário. A data oficial da sua fundação foi em outubro de 1973. Um fato marcante da história de vida do hospital foi a chegada do navio-hospital SS-HOPE, que veio dos Estados Unidos, uma “comunicação” científica entre UFAL, a Secretaria do Estado e a Universidade de Harvard.

Os Navios SS-HOPE eram oriundos da Marinha dos Estados Unidos que, além de serem hospitais, eram escolas (navio-hospital-escola). A sigla “SS” significa *Steam Ship* que traduzindo para o português significa “navio a vapor”.

Imagem 19: O navio HOPE e o HUPAA em construção



Fonte: (HUPAA, 2011)

Surgiu com o projeto humanitário HOPE norte-americano devido às demandas da época da Segunda Guerra Mundial. Sua principal missão era oferecer socorro médico humanitário de emergência em situações de crise e de catástrofes mundiais. Outra função desses navios era a de capacitar médicos e diversos profissionais da área da saúde ao percorrer suas itinerâncias planetárias pelas águas.

Esses navios eram equipados com aparelhos diversos da área da saúde como máquinas de raio-X, farmácia e salas de aula. A sua sigla HOPE é originada do tipo do projeto desempenhado por esta embarcação.

O projeto HOPE (Health Opportunities for People Everywhere - oportunidades de saúde para pessoas em todos os lugares) também chamado “Projeto Esperança” porque *hope* significa também *esperança* em inglês. Esse projeto é formado por um grupo internacional de pessoas que prestam ajuda humanitária comprometida com a saúde dos povos de diversas partes do planeta que não têm acesso aos atendimentos necessários de saúde.

Este intercâmbio da Universidade Federal de Alagoas com o navio SS-HOPE trouxe programas de treinamentos, pesquisas e atendimentos clínicos de interesse científico, fato que contribuiu para a formação dos servidores da época. Esse navio se aposentou no ano de 1974, mas o projeto ainda permanece ativo até os dias atuais, inclusive, foi um dos programas que

ofereceu ajuda, atendendo às vítimas do Tsunami ocorrido no Japão em 2011. O navio levou suprimentos, realizou exames médicos, ofereceu educação na saúde e a saúde em educação.

As obras do Hospital foram iniciadas na década de 60 e somente foram concluídas em 1992, tendo atualmente tem 30.000 m² de área total construída. O seu nome foi dado em homenagem ao Professor do Departamento de Clínica Cirúrgica do curso de Medicina da UFAL, o Dr. Carlos Alberto Fernandes Antunes, homenageado após seu falecimento por sua dedicação ao ensino enquanto professor daquele departamento.

Um fato muito importante para o HUPAA foi a abertura novamente da maternidade, em setembro de 2002. Com a transferência da demanda e dos recursos humanos da Casa Maternal Santa Mônica, fechada na época para reformas, além da resposta social e do respaldo político junto às Secretarias Municipal e Estadual da Saúde e à população alagoana, foi aberto o Centro Obstétrico, reativando, com isso, algumas instalações do Hospital que se encontravam fechadas há alguns anos.

Desde então, o HUPAA preocupa-se com atendimentos de excelência para a população e, dentre os vários estudos e pesquisas realizados no HU, o grupo Sorriso de Plantão é um dos projetos deste hospital que se destaca por ser diferente e por levar a alegria às crianças hospitalizadas na ala pediátrica. Seguindo a mesma linhagem da atuação dos Doutores da Alegria, aquele grupo procura oferecer recreação e bem-estar às crianças hospitalizadas.

Este trabalho procurou abordar um pouco do trabalho deste grupo por ser um projeto do Hospital que estava sendo realizado paralelamente à esta pesquisa e para que se conheça o trabalho e a importância destes palhaços.

A ludicidade dos palhaços difere da atuação pedagógica: estas não são opostas e sim complementares. O papel dos palhaços da alegria é apenas de caráter recreativo e o da atuação do pedagogo hospitalar, no entanto, utiliza a ludicidade e a brincadeira como meios didáticos para facilitar as aprendizagens escolares das crianças hospitalizadas.

3.2 O Projeto Sorriso de Plantão: os palhaços que fazem a alegria pediátrica

É um projeto realizado pelo HUPAA, por um grupo formado de estudantes de diversas áreas que se caracterizam como palhaços “doutores”, com jalecos coloridos, pinturas no rosto, nariz vermelho, perucas, chapéus de diversas cores, dentre outros acessórios.

Esse grupo foi originado inicialmente através da monografia de uma estudante do curso de Medicina, tratando sobre a humanização no hospital pediátrico, que após a publicação prosperou sendo oferecido permanentemente no HUPAA.

No início ele começou com poucos alunos da graduação de enfermagem, foi quando antigo reitor da UFAL, decidiu fazer uma convocação de novos alunos junto com a coordenadora geral, que hoje é diretora geral do Projeto, e lançar um concurso pra que trouxesse novos integrantes junto ao nosso grupo pra integrar tanto no HU, quanto no HGE (PALHAÇO 3).

Este projeto oferece às crianças oportunidade de recrear, imaginar e sonhar, pois proporciona alegria e mexe com a imaginação das crianças hospitalizadas.

Imagens 20: Palhaços do grupo Sorriso de Plantão



Fonte: (Autora, 2011)

O trabalho deste grupo de palhaços tem como função fazer com que as crianças saiam do caos hospitalar e comecem a se sentir em um ambiente familiar para elas, de música e de brincadeira, uma vez que, para elas, tudo que é cor, movimento, as atraem e as fazem felizes.

[...] nós somos todos palhaços, somos uma família e a gente conta que a gente mora em Coité do Nóia, então todos os sábados a gente vem do trem pra cá, nossa casa... da gente, é um circo, somos todos palhaços unidos adoramos brincadeiras... nossas idades é entre sete, oito e dez anos e cada palhaço tem o seu nome... tem seu apelido, seu nome... e cada palhaço é doutor formado em besterologia -risos (PALHAÇO 1).

Ao lidar com as crianças hospitalizadas e suas imaginações, o palhaço conta que na sua itinerância já sabia que iria ser palhaço. Oriundo do curso de enfermagem se interessou pelo trabalho e diz se completar com ele:

[...] completa meus sábados pode dizer isso, quando a gente passa muito tempo sem vim sente falta... (PALHAÇO 1).

E, ao perguntar o motivo da sua opção por essa atuação, o palhaço do Sorriso de Plantão acrescentou:

É porque eu acho que eu... não dizem que é um dom né? Mas assim... eu gosto de ver o outro bem...foi um desafio o Sorriso de Plantão, porque eu não tinha muita paciência com criança...eu não tinha essa intimidade... e quando a gente fez o

projeto...a gente tem uma aula de teatro antes, para saber como abordar a criança (PALHAÇO 1).

Conta ele que aprendeu muitas coisas com as crianças e suas vivências na pediatria e pretende que, no futuro, o ramo pediátrico seja seu foco de trabalho.

Aí no meu estágio, estou também na faculdade, porque eu tive a certeza que eu vou ficar na pediatria, então muita coisa eu aprendi no sorriso de criança... sorriso de plantão (PALHAÇO 1).

O grupo Sorriso de Plantão é formado por 51 estudantes da universidade e também de outras faculdades, os quais são selecionados por meio de edital e que estão atuando há 8 anos. São palhaços-estudantes dos mais variados cursos: Medicina, Enfermagem, Direito, Educação Física, Engenharia, Arquitetura, Biologia, Teatro, Jornalismo, Administração, Odontologia, Nutrição, Psicologia, mas não há a presença dos estudantes de Pedagogia, inclusive falta expressada por um dos palhaços entrevistados.

Os trabalhos realizados pelos palhaços são totalmente recreativos que envolvem a coordenação motora das crianças, trabalhos artísticos e do intelecto, através do brincar, atividades de essencial importância para a criança hospitalizada, asseguradas por lei.

Pintura, música e teatro. São os três principais... a gente não realiza isso todos os sábados, mas principalmente datas comemorativas a gente faz tudo isso (PALHAÇO 3).

Porém, não há o objetivo de escolarização, mediada por um profissional de conhecimento profundo dos processos educativos escolares que, neste caso, seria o pedagogo.

Reconhecemos que já existem iniciativas significativamente estruturadas no que se refere a oportunidades de recreação em hospitais. Por outro lado, a educação especializada em enfermarias pediátricas é capaz de atender às necessidades pedagógico-educacionais do desenvolvimento infantil, assim como é capaz de prevenir o fracasso escolar (FONSECA, 2003, p. 89).

Os trabalhos dos palhaços no hospital algumas vezes abordam sobre o conhecimento da própria doença pelas crianças do hospital, mas tudo com o objetivo somente lúdico.

A importância de brincar é o conhecimento da própria patologia... oh o exemplo... a gente sabe que tem três crianças aqui com pneumonia e elas são acima de cinco anos, então já tem uma noção do que é uma doença... a gente traz pra elas saberem de uma forma mais dinâmica o que é aquela doença (PALHAÇO 3).

Cabe destacar que, quando ficamos adultos, precisamos de uma profissão e que, devido a isso, é necessária também a atuação da escola nesse contexto para dar os saberes necessários às suas vidas, para que num futuro bem próximo estas não caiam no vale da exclusão social. Isso não quer dizer que a ludicidade fique descartada, mas, pelo contrário, a

brincadeira deve ser o meio pelo qual os conhecimentos escolares cheguem até essas crianças com mais qualidade e mais sentido, tendo a possibilidade instituinte de aprendizagem.

O atendimento escolar no hospital tem momentos próximos entre pedagogo e escolar doente, mesmo com uma dinâmica peculiar do ambiente hospitalar, contexto que difere da rotina apenas da recreação. No próximo item serão abordados sobre os envolvidos da pesquisa.

3.3 Os atores do cenário hospitalar

Os atores do cenário hospitalar foram as crianças hospitalizadas, as acompanhantes das crianças, alguns profissionais da equipe de saúde e os palhaços do grupo Sorriso de Plantão, estudantes da área de saúde que participaram da pesquisa.

O alunado das classes hospitalares é aquele composto por educandos cuja condição clínica ou cujas exigências de cuidado em saúde interferem na permanência escolar ou nas condições de construção do conhecimento ou, ainda, que impedem a frequência escolar, temporária ou permanente (BRASIL, 2002, p.11).

As crianças hospitalizadas são aquelas que, por motivo de doença, dão entrada no hospital e ficam internadas. Há internações que são permanentes: é quando o paciente fica cotidianamente no hospital, dorme lá sem poder sair. Nas internações intermitentes, os pacientes se internam para fazer avaliações e tratamentos, passam de 1 a alguns dias e são liberados, para depois de um período internarem-se novamente.

Tem crianças que vêm fazer o tratamento clínico, e são crônicos, passam em torno de 5 dias, isso varia muito; tem alguns pacientes crônicos que passam meses até, 1 mês, 2 meses... já vi caso de criança que passou aqui 7 meses. E outros não. Tem pacientes cirúrgicos que ficam em torno de 2 dias, 3 dias. Varia muito de acordo com o tratamento deles (ENFERMEIRA A).

Há muitos casos como estes na pediatria do HUPAA. Há crianças que se internam e ficam por longo (ou curto) período permanentemente na pediatria, bem como há outras que passam longos períodos “saindo e se internando” constantemente.

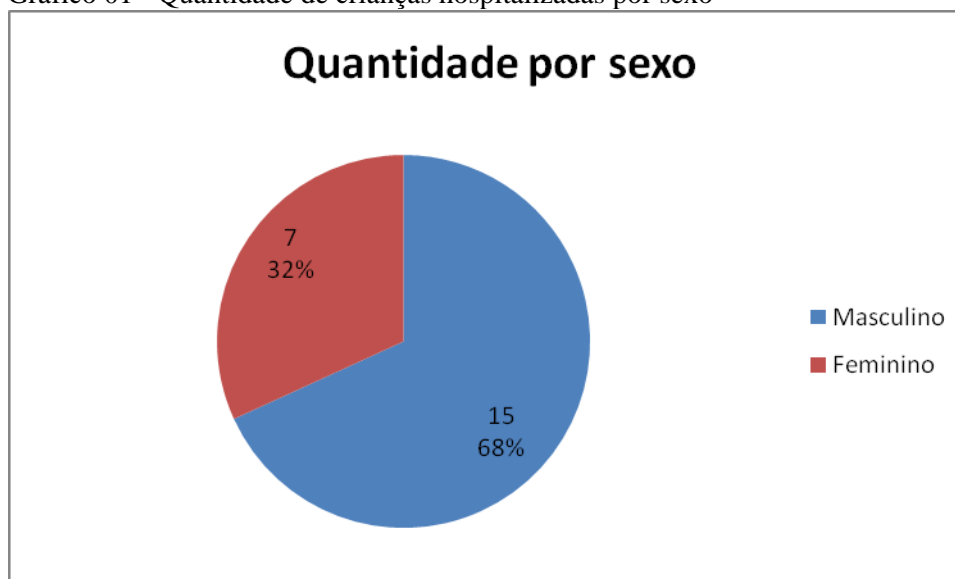
As crianças... as renais e as que possuem anemia falciforme... passam muitos meses internados. Tem caso aqui que tem 9 meses de internação ou mais. E como se processa isso na cabeça de uma criança? Os casos de anemia falciforme nunca vão ficar bom... mas pode controlar. Como é isso para eles? Porque estas crianças têm a noção de que não sairão do hospital. É necessário. A gente vê essa necessidade aqui. Esses meninos devem saber como é estar na escola porque eles só sabem o que é estar aqui no hospital... devem viver a escola mesmo que aqui no hospital... eles devem ter a noção do que eles deixou fora daqui (ENFERMEIRA B).

As crianças que se internam na pediatria do HUPAA estão numa faixa de idade de 0 a 18 anos, segundo relatos da técnica de enfermagem, servidora há 20 anos naquele local e conforme verificação desta pesquisa.

As crianças hospitalizadas do HUPAA são oriundas de diversos lugares da capital Maceió e também dos interiores do Estado, vivem em situações sócio-econômicas desfavoráveis de vida como: alimentação, saúde e educação predominantemente precárias; suas etnias são em grande parte afrodescendentes, algumas têm deficiências permanentes como problemas neurológicos ou retardos; em geral, têm pouca escolarização ou nenhuma, devido a vários motivos: suas poucas idades ou por conta das doenças, por falta de motivação das mães relativas a internações intermitentes e ainda por condições financeiras que as não deixaram estudar.

Desse total, percebe-se que o número de crianças do sexo masculino apresentou-se maior que o feminino, resultando:

Gráfico 01 - Quantidade de crianças hospitalizadas por sexo



Fonte: (Autora, 2011)

No que tange à escolarização, essas crianças estavam nas séries de Educação Infantil até o 9º ano, além de casos de educação especial, ante a presença de crianças com necessidades especiais, além de casos de não frequência à escola, abaixo expressos no gráfico:

Gráfico 02 – Escolarização das crianças pesquisadas



Fonte: (Autora, 2011)

Na pediatria, havia crianças predominantemente de baixa renda e condições de subvida, mas também apareciam aquelas de classe um pouco mais elevada que iam fazer seus tratamentos ali, por conhecer previamente o bom trabalho que o HU realiza na busca da cura dos seus pacientes.

Estas são acometidas por várias enfermidades como: problemas renais diversos – *Cálculos Renais, Cistos nos Rins, Necroses, Paralisia Renal* –; problemas intestinais como o *Mega Cólon; Desnutrição, Alergias, Reumatismos, Hidrocefalia*, anemias como a *Anemia Falciforme, Hérnia, Lúpus*; problemas pulmonares como *Derrame Pleural; Fimose, Fibrose Cística, Cistos* em lugares variados, *Otite, Hipertensão*, dentre outras.

Existem variações no tempo de internação conforme o problema de saúde e a sua gravidade. Quando os pacientes chegam são investigados, só saem de lá quando descobrem o problema. Mesmo assim, há aqueles problemas em que os médicos não conseguem descobrir, estes são encaminhados para outros especialistas, além de outros casos em que os hospitalizados se recuperam e são liberados totalmente.

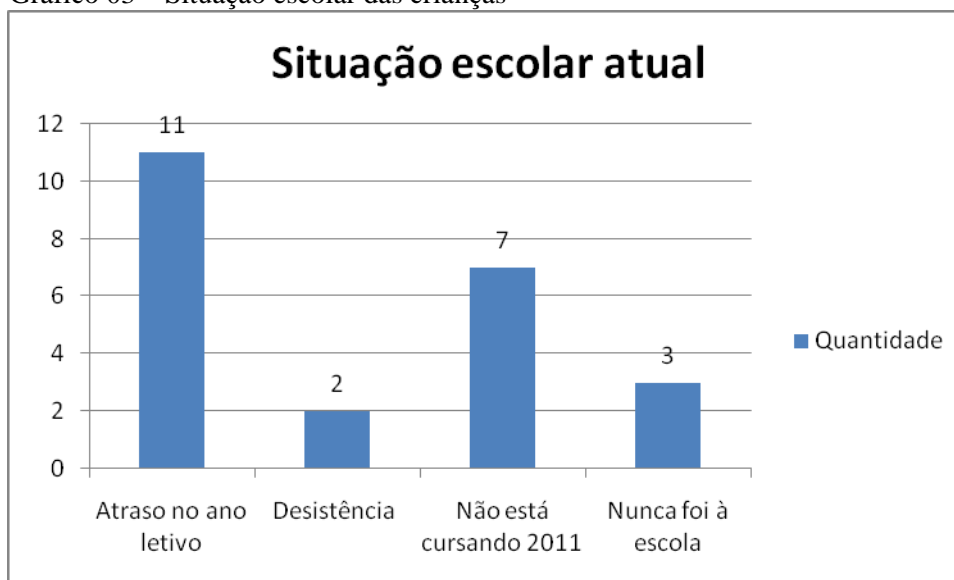
No período em que foram observados os pacientes, notou-se que eles chegam e passam em média de duas semanas a muitos meses de internamento, sem previsões, na busca de descobrir os problemas e fazer os tratamentos que, segundo relato da enfermeira, isso é feito porque se trata dos tipos de doenças causadoras da internação (como os que tem anemia falciforme e problemas renais, por exemplo) e também porque se trata de um hospital da universidade pelo qual os estudantes fazem seus procedimentos.

Em sua totalidade, estes ficam por necessidade real de serem internados, pois são casos sérios que não puderam ser curados sem tal internação. Existiam internações de 9 dias a vários meses, até quase 1 ano, como no caso dos pacientes com anemia falciforme e problemas renais graves.

Em relação à educação escolar das crianças hospitalizadas, verificou-se uma variedade de informações: existiam aquelas crianças que nunca frequentaram escola na vida – 13% (treze por cento), pelo fato de sempre estarem precisando dos serviços hospitalares na busca da cura dos seus problemas de saúde. Havia aquelas que estavam engajadas nos estudos, mas, de tanto se internarem, terminaram não se matriculando nesse ano que passou (desistiu em 2010), totalizando um percentual de 30%. Também tinham aquelas que estavam ainda estudando e que aguardavam saírem do hospital para continuar a escola – 47% (quarenta e sete por cento); além de outros casos de crianças muito jovens, como os bebês.

Não obstante este cenário da escolarização, a situação atual dessas crianças foi demonstrada no gráfico abaixo, devido as internações que resultam em desistência, atraso no ano letivo, dentre outros problemas escolares. Assim, foram observados os quantitativos abaixo descritos:

Gráfico 03 – Situação escolar das crianças



Fonte: (Autora, 2011)

Observou-se haver crianças em fase de Educação Infantil e de Ensino Fundamental, algumas bem adiantadas, outras já no limite do fracasso escolar (87%) e, ainda, aquelas que deveriam estar no término da educação infantil, mas nunca tinham sequer entrado na escola,

pelas várias entradas no hospital. De todas as crianças que estudavam, apenas 4% (quatro por cento) estudava em escolinha particular situada em bairro popular. As outras 96% (noventa e seis por cento) das crianças estudavam em escola pública municipal ou estadual, na periferia da capital ou no interior.

Quando perguntadas acerca do motivo da não matrícula das crianças na escola, as acompanhantes respondiam e os relatos eram sempre os mesmos para explicar essas ausências: era devido à busca de consultas médicas, exames, internações frequentes, pessoas que já vieram de outras internações há quase 1 ano. Isso foi constatado em 91% (noventa e um por cento) dos casos.

As acompanhantes eram quaisquer pessoas da família que pudessem ficar com suas crianças permanentemente no hospital, mas, pelo que foi observado, havia uma troca constante de algumas: as mães vinham ficar com seus filhos, em outro momento eram as avós, tias ou irmãs, uma prática normal no hospital.

Houve uma predominância de crianças e acompanhantes afrodescendentes 94% (noventa e quatro por cento) pessoas pardas; apenas 4% (quatro por cento) se declaravam branca e 2% (dois por cento) negra. Nessa parte da entrevista quando se perguntava às acompanhantes sobre suas etnias, havia grande estranhamento por parte das pessoas entrevistadas. Isso era extremamente observável:

Sandra: *“Qual a sua etnia?”*

Marta: *“Como?”*

Sandra: *“Sua cor?!”*

Marta: *“Como? Como é?”*

Sandra: *“Sua cor. Qual sua cor?”*

Marta: *“Ah! Minha cor né? Ah!”*

Marta: *“Sei lá... morena...”* (olhando para o braço).

Esta forma de perguntar “como?” ocorreu em 98% (noventa e oito por cento) das entrevistas feitas, na qual somente uma pessoa se declarou negra de fato. Detalhe: estas que se declaravam morenas ou pardas tinham quase o mesmo tom de pele e características da raça negra. O estranhamento foi tão intenso que uma das entrevistadas perguntou: *“Como?”* – de forma um tanto agressiva.

Em relação ao grau de instrução, verificou-se que os graus das entrevistadas não chegavam ao ensino médio concluído, isso foi constatado em 96% (noventa e seis por cento) das acompanhantes entrevistadas; apenas uma conseguiu concluir o ensino médio e estava fazendo um curso profissionalizante.

As profissões das acompanhantes variavam: eram agricultoras, empregadas domésticas e do lar. Nesta última, as mães relataram que deixaram seus trabalhos para cuidar de seus filhos dentro do hospital. Seus empregos anteriores eram em casas de família, na sua maioria, empregos informais e precários.

Abaixo serão descritas as histórias de vidas, as implicações de algumas crianças e acompanhantes que participaram da pesquisa.

- *A história de Paulo, 3 anos*

Quando eu terminei de conversar com a enfermeira chefe do posto de enfermagem, fui em direção à Salinha de Brinquedos, lá havia uma mãe com um semblante bem triste, ela estava assistindo televisão sentada. Então, comecei a conversa e continuamos a conversar; expliquei minha pesquisa e tratei sobre os direitos que os hospitalizados têm de estudar, ela fez um olhar de espanto, balançando com a sua cabeça para cima e para baixo (o movimento do sim) e confessou a mim suas preocupações com relação ao seu filho, Paulo.

Paulo é um menino de 3 anos, do interior do estado que havia entrado algumas vezes na escolinha, na Educação Infantil, já estava aprendendo a fazer suas tarefinhas e adorava brincar com os coleguinhas, mas não conseguiu ficar por que adoeceu. Começou a apresentar vários sintomas e foi parar no hospital todo inchado e então sua nova história começou.

No hospital foi descoberto que ele tem síndrome nefrótica e os rins dele estavam bastante comprometidos. Conversei com a mãe dele e ela, expressando grande tensão, me comentou que já estava ali há 3 meses, pela terceira vez, e todos os internamentos foram por longo prazo. Cristie, de 40 anos de idade, do interior do estado, dona de casa, e diz não trabalhar para cuidar de seu filho que, desde pequeno, apresenta problemas de saúde.

Segundo ela, da primeira vez que o Paulo deu entrada, ela passou 3 meses para fazer os tratamentos e para ele conseguir melhorar, então obteve alta; com isso, Paulo voltou a estudar. Lá na escola a professora cuidava e dava aula para muitos alunos e sabia do problema de Paulo, no entanto, na agitação da recreação, e como eram muitos alunos para a docente de sua escola dar conta, Paulo ingeriu algumas guloseimas pelo qual estava proibido pela sua dieta: “foram os coleguinhas que ofereceram a ele”, disse sua mãe. Então Paulo deu entrada novamente no hospital passando mais outros 3 meses. E, assim, já é a terceira vez que ela se encontra internada e diz não tentar mais colocar o Paulo para estudar na escolinha, devido ao

medo de ocorrer outro problema semelhante. Ela falava da profunda tristeza que sentia ao ver que seu filho poderia estar participando das aulas, mas estando hospitalizado era impossível.

[...] não tem atividades escolares com os meninos... tudo que tem são palhaços, que vão nos dia de sábado e só fazem brincadeiras...tem a questão do barulho e muitas criança não gosta...(CRISTIE).

Convém aqui lembrar do caráter fundamental do Projeto Sorriso de Plantão, pois atendem as crianças ludicamente e fazem com que estas se sintam felizes e estimuladas a brincar. Mas compreendendo a situação difícil dessa mãe, que no momento se encontrava tensa, angustiada e preocupada com seu filho.

Cristie expressava enorme cansaço e havia comprado uma revistinha em quadrinhos para ler com seu filho no quarto. Segundo Cristie, deveria existir também atividades para as mães e parentes que estão acompanhando em tempo integral.

Essas mães passa muitos meses aqui e não tem nada pra fazê... tem delas que chora... perde os maridos...tem outros filhos piqueno para cuidá fora do hospital... deveria ter atividade pra as mães aprendê, pra quando saírem daqui já saí fazendo alguma coisa, como artesanato por exemplo (CRISTIE).

Cristie relatou que estava com medo de colocar seu filho de volta na escola, receio de seu filho comer alimentos fora da sua dieta. Analisando no momento de seu discurso observou-se grande angustia que, segundo ela, não via a hora de sair do hospital, pois havia deixado o seu esposo há meses fora do hospital.

- *A história de Samira, 10 anos*

Quando fui à última enfermaria, o quarto estava cheio de crianças maiores, numa faixa de idade de 7 a 10 anos. Eu entrei, vi dois meninos, um de 7 anos e outro de 10 anos, que conversavam cada um nas suas camas. No fundo do quarto havia uma mãe com uma menina muito debilitada, inchada até os olhos e que não falava nada, só descansava. Era Samira e sua mãe Marta de 35 anos acompanhando. Samira é uma menina de 10 anos, que já estava no 2º ano (antiga 3ª série) do Ensino Fundamental.

Samira tem sua itinerância marcada por várias internações em outros hospitais de Maceió, há 5 meses. Esse período ela passou fora da escola. Em relação à sua saúde, nenhum hospital conseguiu descobrir o que ela realmente tinha, segundo relatos da sua mãe Marta. Esse foi o motivo das transferências em diversos hospitais.

Devido ao tempo que ela ficou afastada da escola para cuidar de sua saúde, não conseguiu frequentar mais as aulas. Segundo Marta, ela é uma menina estudiosa, mas desde que adoeceu não conseguiu mais acompanhar os estudos.

Marta atualmente mora em bairro periférico com seus filhos. Ela saiu do seu lugar de origem com 5 anos de idade. É mãe de 4 filhos. Marta parou na 6ª série do Ensino Fundamental (antigo primário) porque adoeceu com depressão devido às condições financeiras, por isso não pode mais ir à escola. Atualmente ela perdeu o emprego porque teve que acompanhar sua filha nestas trajetórias e lamenta a perda do trabalho que tanto precisava, mas está satisfeita de estar ao lado de sua filha, acompanhando no hospital.

Segundo ela, está muito triste com a situação da filha e lembra saudosamente seus poucos tempos de escola e a falta de oportunidade que teve na vida para estudar. Fala das dificuldades econômicas vividas e culpa a falta de estudos para conseguir um trabalho melhor; diante disso, demonstra grande preocupação com seus filhos por não ter condições de pagar uma escola digna para eles, ficando sempre na dúvida sobre o desempenho das escolas públicas atualmente.

A diretora foi muito cruel comigo... quando eu fui avisar que ela tava internada...eu nem sei se ela vai voltá esse ano pra escola... ele pede sempre pra voltá... mas já perdeu quase o ano todo...(MARTA).

Sempre preocupada com os estudos dos filhos, Marta conta que está passando por um momento difícil.

[...] hoje estou passando um momento difícil com a perda do meu emprego -se emociona (MARTA).

Marta fala que sua filha ficou desmotivada de estudar e pensa até em desistir. Devido a esses problemas e outros enfrentados, ela também havia ficado meses em depressão.

[...] Passei muitos meses em depressão, mas sempre participei da educação dos meus filhos... a Samira gosta muito de estudar... quando os palhaços aparecem chega dá pra vê a melhora das crianças (MARTA).

Marta parecia estar carregada de muitas emoções e continuou falando sua história demonstrando grande agradecimento por estar ali no hospital, expressando elogios ao atendimento hospitalar, mas nem se passava na sua cabeça que era um direito seu estar naquele lugar.

[...] Deus é bom porque Deus nos colocou neste hospital bom... (MARTA).

Ela disse que sua filha adorava ir à escola e mostrou o caderno de Samira que ela havia trazido para o hospital com a finalidade de manter Samira distraída. Foi observado pelo caderno escolar da Samira que ela era uma menina aplicada: sua letra era bem definida, caprichada e bonita com suas tarefas bem organizadas. Isso confirmou o que Marta havia me dito.

Ela é boa em matemática, só não sabe ler direito... tem dificuldade com as letras... fiquei preocupada porque a diretora foi muito cruel comigo na escola... não acreditou... levei 2 atestados... foi aí que ela começou a acreditar (MARTA).

Marta vê o pai como exemplo: conta ela que seu pai era professor de Matemática, conta que parou de estudar e se lamenta muito, lembra.

[...] Foram momentos difíceis aqueles... na época do PDV meu pai não tinha alimento para nos dá... foram momentos difíceis que fez abalá toda a família...meu pai era inteligente...ele começou como zeladô mas tinha o sonho de ser professô de matemática (MARTA).

Marta é uma batalhadora. Segundo sua história, ela adoeceu de depressão quando passou a fase do Pedido de Desligamento Voluntário (PDV) – programa de governo criado para incentivar os funcionários a pedirem demissão, devido a crise em que Estado de Alagoas estava passando – e, por isso, começou a faltar na escola onde estudava no Centro de Pesquisa Aplicada – CEPA, em Maceió, e passava mal na escola porque ia sem se alimentar, terminou desistindo de estudar, foi trabalhar e a partir disso conheceu o pai de Samira.

Não tenho marido... só o pai dela que “pediu as conta” porque não recebia... Eu: e qual a profissão dele? Marta: torneiro mecânico (MARTA).

Atualmente separada, Marta fala sobre o pai de Samira e conta que ele dava muita assistência à sua filha, mas mesmo assim, ela se entristece com suas condições financeiras atuais.

[...] a pessoa sem saber ler passa muita dificuldade... se a pessoa estuda, tem mais chance de conseguir um trabalho bom (MARTA).

Através de sua fala, Marta mostra a importância da educação. Marta mostrou-me uma foto da família que ela havia levado para o hospital para lembrar. Há meses que ela vem nessa luta e comenta tristemente sobre os exames da Samira que somente são feitos em São Paulo: *“Aqui não existem estes exames nos hospitais e fazê eles particulá o custo é muito alto.”* Ela conseguiu esses exames pelo HU que mandou fazer fora do estado, ela estava aguardando os resultados que só iria sair quase duas semanas depois.

As primeiras atividades de Samira foram feitas no quarto da enfermaria, pois ela estava indisposta para chegar até a Salinha de Brinquedos. Quando os resultados dos exames saíram, Samira descobriu que tinha Lúpus e problemas renais.

Eu a convidei para fazer as tarefinhas e ela timidamente veio e sentou na mesinha. Eu pedi para ela escolher um lápis colorido e ela pegou e começou a responder as tarefas com concentração. As dúvidas ela ia perguntando durante o processo e só falava o necessário, ainda estava muito doente.

Como se pode observar, Samira e sua mãe se preocupavam com o frequentar da escola e com os dias futuros. Samira na saída de uma das internações e, ainda enferma, tentou voltar à escola, mas segundo ela e sua mãe, passou grande constrangimento. Os colegas de sala da Samira começaram a rir de seu problema de saúde estigmatizando-a de “doente” e não queriam juntar-se a ela.

Samira que já estava desmotivada e triste com o seu problema de saúde, não quis mais ir à escola. Daí a importância de serem trabalhadas as visões que as crianças têm das doenças e de amenizar o momento de saída do hospital e de retorno à escola por meio do atendimento pedagógico hospitalar.

A ausência às aulas poderá aumentar ainda mais as suas dificuldades escolares e a sua *exclusão futura* (MATOS & MUGIATTI, 2008; FREIRE, 1969), bem como o aparecimento de outros problemas de ordem social, emocional, educacional (MATOS & MUGIATTI, 2008).

O acesso à escola dá possibilidades de oportunidades na vida de acesso, uma vez que na sociedade em que vivemos a escolarização é fundamental para a entrada no mercado de trabalho e para que as pessoas vivam dignamente.

- *A história de Pedro, 7 anos*

Pedro foi um dos primeiros garotos que conheci assim que comecei a ir para o hospital. Quando o vi pela primeira vez ele estava no meio do tratamento, já estava bem melhor, mas a situação dele ainda era bem delicada. Acontece que Pedro tinha *Anemia Falciforme*, trazendo muitas complicações para sua vida. Ele era um menino alegre e comunicativo, queria descer da cama várias vezes e sair andando pelo quarto, mas não podia porque tinha que estar de repouso absoluto.

[...] Eu gosto mais de estudá do que de brincá... - sorrindo e olhando para o ambiente. (PEDRO).

Na hora que ele pediu para ir à sala de recreação, as enfermeiras disseram: *“Pode não Pedro! Tem que ficar quietinho de repouso!”*. Ele ficava conformado, quieto, mas conversando sempre. Só se ouvia a sua voz no quarto, foi aí que eu me aproximei e comecei a conversar com ele: perguntei seu nome, a idade, mas a mãe dele demonstrou não gostar muito do fato dele estar conversando comigo e aí ela gritava: *“Cala boca menino! Parece qui não tem o que fazê!”*

Então ela gritou novamente em tom ríspido: *“Oxi... Cala a boca menino! senão vai apanhar! tá doido pra apanhá!”*, dessa vez eu fiquei um tanto incomodada, pedi para ela não falar assim com ele, explicando que deixasse ele se comunicar e ficar feliz. Um acompanhamento mais efetivo teria a possibilidade (ou não) de conseguir fazê-la refletir suas posturas perante seu filho. O pedagogo hospitalar tem a capacidade de orientação também neste caso, tratando sobre a forma como a mãe aborda seus filhos.

Pedro conversava assuntos diversos e tudo ao mesmo tempo, falava dos brinquedos, do joguinho, de tudo, ficou até difícil entender o enredo da sua conversa. Pedro, com sua alegria, chamava o colega de quarto para jogar mini-game e narrava o seu próprio jogo. Ele nem imaginava a gravidade do seu problema de saúde e, por isso, as enfermeiras pediam repetidas vezes para ele ficar no leito. Percebi que algumas mães tratavam seus filhos de um modo rude e não compreendia suas linguagens, nem seus problemas de saúde.

A partir do momento que comecei a ir frequentemente ao hospital, Pedro demorou poucos dias e logo saiu. O seu tratamento é mais delicado, com internações intermitentes, pois no seu caso pode levar à morte. Nesses casos, as reinternações são muito comuns durante a vida toda, passando em cada uma delas longo período, por isso, a frequência à escola é quase impossível.

- *A história de João, 8 anos*

João é um garoto dócil, de apenas 8 anos de idade, de um dos municípios do estado de Alagoas. Ele está no 3º ano do Ensino Fundamental e se internou devido uma Otite que comprometeu a região do pescoço. Segundo sua mãe Adriana, para curar este problema, ele já

estava tomando remédios, mas a situação não melhorava. Segundo o relato de sua mãe, a enfermeira falou que era caso de internação:

[...] ela disse que o estágio dele era de internar que ele já tava tomando medicamento e não tava resolvendo, ela disse que tinha que ser venosa na veia pra fazer um efeito mais rápido, aí foi quando trouxe ele pra cá internaram ele, tá aqui há onze dias hoje (ADRIANA).

Segundo relatos de Adriana, a infância dela foi boa, mas houve alguns problemas. Adriana nasceu no ano de 1986 e prosseguiu sua vida de criança normalmente, mas passou por algumas dificuldades na sua família, após a separação de seus pais, pois o seu genitor, avô do João, havia encontrado outra esposa no lugar de sua mãe.

[...] quando eu tinha dez anos, ele foi embora com outra pessoa, arrumou outra mulher que era vizinha de minha casa... foi embora, essa parte foi um pouquinho complicada porque minha mãe ficou com a responsabilidade sozinha de cuidar da gente... de mim e da minha irmã (ADRIANA).

Conforme sua fala, após esse acontecimento ela passou por sérios obstáculos e humilhações, porque seu pai e sua nova esposa não os auxiliaram financeiramente. Devido a isso, aconteceram mudanças em suas vidas de todas as ordens: mudaram de casa, mudaram de vida, sua mãe adoeceu (a vó do João) e ela afastou-se da escola, pois nesse momento conheceu também o pai do João, quando ela tinha aproximadamente 12 anos, dois anos após a separação de seus pais.

Nesse mesmo período ela se casou com o pai do João e após 3 anos engravidou do seu filho mais velho, o João. Nessa época ela tinha quinze anos de idade e hoje ela também tem uma menina de 3 anos de vida.

[...] eu tive ele muito nova né com quinze anos... eu continuei estudando, minha mãe ficava com ele que minha mãe morava comigo...o João tinha três, dois anos parece ou era três... quando ela veio morar no Village, aí eu estudava... ela ficava com ele... eu estudava normalmente. Aí depois ainda ela foi embora, eu continuei estudando à noite no CEPA (ADRIANA).

Conforme a mãe do João, ela e seu esposo batalharam juntos, mas tiveram dificuldades com relação a continuar suas escolarizações. Seu esposo, o pai do João, parou na 8ª série, atualmente chamada de 9º ano, e hoje está trabalhando como Serviços Gerais. A Adriana tentou continuar seus estudos, mas desistiu devido a essas condições, não conseguindo concluir.

[...] era mais perto... ele trabalhava num lava-jato, quando eu ia pra escola, eu passava e deixava o João com ele que eu num tinha a menina só tinha o João... ainda deixava com ele e ia pra escola...aí depois foi quando eu arrumei esse trabalho na escolinha, aí ficava cansativo, pegava de uma, largava de cinco...tinha que ajeitar a janta... aí num dava tempo pra mim ir pra escola à noite ia ficar muito cansativo... aí eu desisti (ADRIANA).

Passando por diversas tribulações, Adriana disse que desistiu devido a dificuldade entre ter que trabalhar e a necessidade de estudar: “eu tinha que escolher ou trabalhar ou estudar. Porque ia ficar muito corrido pra mim, ia ficar ruim”. E hoje ela passa pelo problema de ter um filho hospitalizado:

[...] é horrível porque aqui todo mundo trata a gente bem mais só de estar aqui presa é como se fosse um presídio, a pessoa tá presa num pode sair pra sair... tem gente que vai lá embaixo, eu num gosto de sair deixar ele só (ADRIANA).

Quando Adriana soube da internação de seu filho ficou desesperada, mas não houve alternativa porque o João chorava de dor no ouvido e estava com febre alta permanentemente. E quando eu a indaguei sobre qual a importância de se ter um pedagogo no hospital, ela disse:

[...] eu acho ótimo! Porque distrai as crianças, eles aprendem mais, porque a criança fica aqui presa, sem fazer nada... tem umas pessoas que ficam ali na salinha de estudo, pintando com eles mais é diferente, é bom uma tarefinha que enquanto eles tão aqui, não tão na escola, já aprendem mais... melhor pra eles, conhecimento é melhor né? Sempre melhor (ADRIANA).

A Adriana expressou grande preocupação com o futuro de seus filhos e bem reflexiva com o fato de não ter concluído sua escolarização. Foi então que a ela foi perguntado sobre o comportamento de seu filho João antes e após as práticas escolares no hospital:

[...] melhorou, agora melhorou mais porque eles ficam ansiosos, ele mesmo fica ansioso. Cadê a tia que nem veio? Eu digo: ela vai vim, tenha calma! (ADRIANA).

A Adriana relatou que o João ficou pedindo um xadrez para ela comprar para ele jogar. Segundo ela, ele só falava nisso e nas tarefinhas feitas com a tia do hospital. Falou também que o João gosta muito de estudar:

[...] gosta de fazer a tarefa na escola, ele é bem interessado... eu digo: oi tem que tirar nota boa viu? Sempre tira nota boa... vai fazer quarto ano... ele é bem inteligente... a professora disse que é danadinho né? Na escola... mas no caso de aprender, ele não tem problema não (ADRIANA).

O João ainda passou por várias avaliações médicas e obteve alta, enfim. Disse ele que não queria sair de lá porque gostava de fazer as tarefas escolares no setor pediátrico.

3.4 Aprender no hospital é vida: a importância do atendimento pedagógico no HU

As enfermarias estavam lotadas de crianças hospitalizadas, de familiares e pela equipe de saúde. Logo foi visto o corre-corre das enfermeiras, muitos graduandos em enfermagem para lá e para cá nos corredores com suas pranchetas; enfermeiras e médicos realizando procedimentos de atendimentos: verifica a febre das crianças, verifica soro e uma grita de lá olhando para o soro: “*Acabou! Tem que pegar o outro soro!*” e outra enfermeira, de cá: “*tem que ser com a fita métrica!*”; na realidade ela estava medindo o abdômen de um menino que estava com a barriga extremamente “distendida”- aumentada. Enfim, a enfermaria estava fervilhando. Um contexto de crises, caos, desordem e ordem.

As organizações hospitalares são lugares institucionais, um lócus que possui uma cultura, uma estrutura historicamente estabelecida. O HUPAA tem uma estrutura organizacional formada por diretores, administradores, profissionais de diversas áreas como coordenadores, professores da universidade, enfermeiros, médicos ou professores-médicos, psicólogos, nutricionistas, auxiliares e técnicos da saúde, pessoal da limpeza.

Por ser uma instituição, a sua totalidade é permeada por valores, normas, relações interpessoais dos grupos e seus sentidos, ideias e encaminhamentos. A missão do hospital universitário é a saúde e a educação. Portanto, é nesse sentido que todos realizam sua função social. Contudo, a educação ofertada neste hospital não é voltada para as crianças hospitalizadas.

O setor pediátrico é um lugar composto por um corredor enorme em comprimento e não tão largo, com vários quartos dispostos um vizinho ao outro. Esses quartos são chamados de enfermarias e todas elas são numeradas. No meio e logo na entrada da pediatria vemos um *hall* com algumas cadeiras; ao lado esquerdo (de quem entra) deste espaço está a “Salinha de Brinquedos” e ao lado o posto de enfermagem, onde ficam os enfermeiros e parece uma recepção.

Na salinha de brinquedos há duas janelas de vidro voltadas para o posto de atendimento, mas não tem janelas que mostre o ambiente fora do hospital. É importante haver janelas para um ambiente externo ao hospital para que as crianças possam ver o ambiente externo. Havia armários nos quais são guardados os brinquedos para a recreação, além de uma pia para lavar as mãos.

A salinha de brinquedos ora era uma sala de recreação, ora de refeição; com o tempo passou a ser chamada naturalmente de salinha de estudos pelos envolvidos na pesquisa, pois

era um lugar onde as crianças se encontravam tanto para brincar como para realizar suas tarefas escolares com a pedagoga-pesquisadora.

[...] É uma pena né, que assim ainda não seja um incentivo maior e a gente nem tenha assim um espaço melhor pra oferecer a relação, mas eu acho que tudo isso vai se conquistando também por trabalho; espaço vai se abrindo a partir do momento que a gente vai mostrando, construindo e solidificando mesmo o trabalho (PSICÓLOGA).

A relação da qual tratava esta profissional é a da escola com as crianças do hospital, pois a hospitalização quebra tal vínculo, possuindo no hospital o papel de resgatar as vivências interativas das crianças com relação ao saber.

[...] Então se ele sai da escola ele quebra esse desenvolvimento cognitivo, então assim a gente possibilitando a ele continuar isso aqui no hospital, eu acho que a criança só tem a ganhar com isso, e isso também pode repercutir até na melhora também do quadro clínico eu acredito nisso, porque aí num existe uma quebra tão grande e nem abrupta da rotina dele no dia a dia, ele mesmo, ele ta... ele ia pra escola segunda feira o pequenininho aí o Jordan é... e aí precisou se hospitalizar né?! Então, assim ele a mãe tava colocando, mãe eu não quer... eu não quero ir pro hospital porque eu tenho aula hoje, né?, então assim... ele tendo uma oportunidade de vir para cá e de algum modo continuar a ver né, esse desenvolvimento da escola aqui eu acho que isso ajuda de uma certa forma e até colabora pra que esse período que ele permaneça no hospital ele permaneça de uma forma mais amena sem tantos resquícios em relação a essa quebra, então eu acho assim fundamental (PSICÓLOGA).

No corredor também havia a copa, espaço de pequenas pausas para uma água ou café. Nos quartos das enfermarias estavam os leitos, também todos numerados, cadeiras um tanto confortáveis para os acompanhantes se acomodarem e poucos móveis nos quais são colocados os medicamentos e utensílios dos pacientes. No último quarto existia também uma mesinha pequena e amarela, com algumas cadeirinhas coloridas para as crianças sentarem.

As instituições hospitalares são ambientes de tratamento de saúde da população que foram marcadas pelas concepções mercadológicas, nas quais a otimização, a impessoalidade e a eficácia perpassam as “produções” de saúde em todas as especialidades.

Nesse contexto, é de fundamental necessidade valorizar o que é humano e, assim, caminhar em direção aos processos de humanização. Aborda Fortes (2004, p. 33) “[...] entendendo humanização como uma transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho que deve perpassar todas as ações e serviços de saúde”. Portanto, as melhorias dos aspectos organizacionais dos serviços de saúde e da educação são fundamentais quando se trata sobre humanização.

Atualmente o Brasil vivencia uma expansão do atendimento pedagógico hospitalar e, contando com tal premissa, o pedagogo no hospital ainda é uma figura inusitada em algumas regiões.

Os professores que estão começando a trabalhar nos hospitais, em princípio se surpreendem e levam um certo tempo para entender a sua estruturação. Depois vão procurando conhecer as regras, o cotidiano destas instituições, procurando encontrar soluções para os problemas e diferentes situações (PAULA, 2004, p.105).

Estas instituições no imaginário especular social são tidas como lugares das injeções, do sofrimento, dos exames, dos atendimentos médicos, mas nunca se imagina que naquele cenário existe um conjunto de pessoas com vidas, histórias, interações e aspirações diferentes, no qual os sujeitos travam uma batalha constante contra as enfermidades próprias, a dos filhos ou parentes.

Não seria errôneo considerar o ambiente hospitalar como aquele onde coexistem dor, debilidade orgânica e a necessidade de muito repouso se, neste ambiente, não coabitasse também vida, movimento e energia (FONSECA, 2003).

É parte da sociedade. Na realidade o hospital é a sociedade, pois ele está inserido nela. É baseada no princípio hologramático de Morin (2009). A pediatria é um excerto do holograma.

Um contexto em que seus usuários são auto-organizados e auto-eco-organizados, pois existe uma relação de dependência entre suas vidas individuais auto-organizadas e o que está instituído pela cultura do hospital e pelo sistema da saúde.

A sua organização tem regras próprias como: horários estabelecidos em vários setores, o vestuário padronizado, a alimentação de seus pacientes, a quantidade de acompanhantes dentro das enfermarias, dentre outras normas de convivência durante o período de internação, e seus funcionários estão organizados em escalas de serviços.

Há uma cultura institucional estabelecida, misturada às expectativas das pessoas que estão sendo atendidas, com seus sentimentos de esperança, com a diversidade de problemas de saúde, faixas etárias, sócio-econômicas, culturas individuais; enfim, um ambiente de crises demonstra a opacidade do meio hospitalar para o pedagogo nele inserido. Essa opacidade resiste ao entendimento e às explicações, porque ela não é exatamente clara e transparente, mas obscura e incerta.

Vê-se a equipe de saúde trabalhando intensamente pela vida e as acompanhantes velando por suas crianças, conversas pelos corredores ou o silêncio daquelas que estão acamadas, pessoas com condições sócio-econômicas difíceis e outras mais abastadas; enfim,

uma gama de sujeitos e situações ali compartilhando alegrias e/ou tristezas. É um lugar diverso e essencialmente não motivador.

Nas enfermarias dos hospitais públicos de nosso país, crianças, adolescentes e familiares das mesmas cidades e dos mais diferentes lugares se encontram, compartilham dores, angústias, tristezas, mas também alegrias (PAULA, 2004, p. 106).

Existem pessoas que choram por seus problemas e aquelas que choram com os problemas dos companheiros de quarto. E quando alguém morre, ouvem-se sempre os murmurinhos nas enfermarias e nos corredores. Comentários que permeiam os adultos e as próprias crianças. Neste hospital existe uma capela¹⁷ onde os usuários fazem suas orações e rezam para aqueles que já se foram ou para auxiliar na recuperação de parentes e amigos.

As crianças nas fases de educação infantil aparentavam se desesperar quando davam entrada no hospital, se prendiam na roupa da mãe com medo de serem arrancadas pela profissional da saúde; as crianças maiores, com idade de 8 a 12 anos, no momento de estarem no Ensino Fundamental Séries Iniciais e Finais, estavam apáticas, tristes e resignadas.

As crianças pequenas podem chorar e pedir a presença da mãe ou acompanhante, o que deve ser levado em consideração. Apesar de o hospital ser um ambiente estranho para a criança, quando no espaço da escola hospitalar ela reage, pois está conhecendo um ambiente novo e que, a princípio, lhe traz mais insegurança do que a enfermaria que acabou de deixar (FONSECA, 2003, p. 43).

Este clima de desconfiança nas feições infantis pairava no ar por parte das crianças hospitalizadas que realizavam procedimentos necessários de saúde, mas isso teve uma compreensão: em geral as crianças ficam com medo do desconhecido no ato do atendimento médico.

A criança hospitalizada é capaz de diferenciar dentre os profissionais de branco aquele que, tendo uma postura interativa, lhe parece mais familiar, mais próximo e que melhor compreende as suas necessidades e interesses, atendendo-os na medida do possível (FONSECA, 2003, p. 23).

Segundo relatos entre algumas acompanhantes, o medo da criança tinha relação com o jaleco branco utilizado pelos profissionais da saúde, mas conforme estudos de Fonseca (2003) o desconforto das crianças tem haver com a forma como o profissional as aborda. Uma atitude mais interativa na linguagem infantil minimizaria o medo. Mesmo que o profissional de saúde vista uma roupa com características infantis e se este tem uma difícil relação com o paciente, as crianças teriam o mesmo sentimento.

Quem pode garantir que, após tal aparência e aconchego, não surja da parte deste profissional que parece tão legal, algo que vá infringir-lhe dor física? [...] não são

¹⁷ Capela no sentido de igreja católica.

raras as vezes em que lhe foi dito não vai doer no momento em que lhe aplicaram uma injeção! (FONSECA, 2003, p. 43).

Portanto, os medos infantis são sentimentos comuns de acontecer no contexto do hospital. O atendimento pedagógico hospitalar auxiliaria as crianças a ficarem esclarecidas sobre seus problemas de saúde e procedimentos necessários, oferecendo maior segurança.

Alguns profissionais da saúde, timidamente, se comunicavam com as pacientes no ato de cuidar, porém, em geral, não existia uma troca de ideias com as mães e com as crianças hospitalizadas. Essa comunicação por parte dos médicos poderia ser melhorada no sentido de minimizar as incertezas, as ansiedades e até as angústias das crianças e das mães.

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF *apud* DARELA, 2007, p. 58).

O pedagogo, nessas situações, poderia ser um aliado da equipe médica para interagir com as crianças e acompanhantes para que estes passem pela hospitalização com menos sofrimento ao que está ocorrendo.

Assim, a validade desta modalidade de ensino se traduz não apenas na interferência que causa no desempenho acadêmico da criança, mas concomitantemente, na visão que esta mesma criança possa ter de sua doença e das perspectivas de cura (FONSECA, 2003).

O pedagogo hospitalar daria oportunidade de socialização, aprendizagens significativas para as crianças, fazendo com que estas passem de modo menos hostil pelo momento da hospitalização, preenchendo as lacunas da pouca interação por parte da equipe de saúde (FONSECA, 2003; MATOS & MUGIATTI, 2008).

A falta de interação dentro do hospital é uma situação comum em muitas instituições hospitalares e que pode ser explicada também pelo que foi construído na história da medicina, fase em que os atendimentos médicos eram voltados ao binômio saúde-doença. A pessoa doente era desconsiderada como sujeito ativo, daí o surgimento do termo *paciente* que oriunda de pessoa passiva (FONSECA, 2003; GALLIAN, 2010; MATOS & MUGIATTI, 2008; PAULA, 2004).

Outra compreensão surge na forma como os profissionais aprendem suas profissões tecnicamente, separando os itens alternativamente, aprendendo apenas sobre o específico e esquecendo do complexo para não deslegitimar os conhecimentos; esse fator influenciou as formas de atuação profissional.

[...] devido à exacerbada especialização e tecnicificação dos atos realizados por profissionais de saúde e ao aparecimento de novas formas organizacionais do

trabalho que resultam em progressivo afastamento dos profissionais de saúde dos usuários sob sua responsabilidade, diminuindo o vínculo nas relações, tornando-as mais distantes, impessoais e despersonalizadas (FORTES, 2004, p. 33).

Formas de aprender pautadas no paradigma da separação, da causa/efeito, da linearidade, e, ainda, associadas aos movimentos do capitalismo, levaram a educação escolar (em quaisquer níveis, inclusive a educação em nível superior e profissional) a ficar marcada pela especialização técnico-científica exagerada e excludente.

Aprender descartando tudo que emerge das contradições fez com que aparecessem mais caos e a incapacidade de respostas para determinados problemas (BORBA, 2001; MACEDO, 2010; MORIN, 2009). Por exemplo, na área da saúde, por muito tempo, foi proposto que: ou se cuida da doença ou dos sentimentos dos pacientes; na educação, por sua vez, ou se está sadio e estudando ou doente e afastado. Essas contradições, se não são bem trabalhadas, trazem prejuízos sociais.

A visão do aprender separando as coisas consistiu em um pensamento levado das academias científicas para a vida e ocasionaram uma tragédia no cenário social em geral. Unir, desordenar e relacionar eram considerados erros, um ruído na produção de um conhecimento. Então, para evitar tudo que causa a errância, os pensamentos foram ordenados. Ensinar que as coisas funcionavam ordenadamente e, com isso, até as imaginações foram ordenadas. Esse fato engessou tudo que emerge do amor, da criação e da inventividade.

Os engessamentos são mecanismos de dominação social. Com isso, o pensamento complexo e multirreferencial é uma vertente capaz de tratar sobre estas questões: da união da saúde e educação, da pedagogia com a medicina, das emoções com as razões, dentre outras interações que irão fundamentar o trabalho do pedagogo hospitalar.

No pensamento complexo e multirreferencial tudo que é contradição, desordem e entrelaçamento são concebidos como ricas fontes de conhecimentos. Isso leva à humanização e não aos processos de alienação/dominação.

As crianças, quando dão entrada na pediatria, já são encaminhadas para mudarem suas vestimentas e então utilizarem as roupas do setor pediátrico, um procedimento importante para manter a limpeza hospitalar, uma vez que as roupas oriundas do ambiente externo ao lugar podem trazer contaminações cruzadas¹⁸ para a pediatria.

As acompanhantes também fazem tais procedimentos. As roupas utilizadas pelas acompanhantes e crianças hospitalizadas são tratadas no próprio hospital, uma forma de tentar garantir uma melhor assepsia. Mas essa situação pode ter sua origem no instituído através dos

tempos, a partir da Idade Média, quando morriam inúmeras pessoas pelas doenças causadas pela falta de higiene.

Essas roupas, no entanto, deveriam ser mais atraentes, mais coloridas e com características infantis. As roupas infantis são padronizadas para todas as crianças e isso termina por deixá-las sem identidade, situação observada também nos estudos de Fonseca (2003).

As crianças recebem seus tratamentos, em geral, nos seus leitos, onde são colocados, em alguns casos, aparelhos necessários que podem ser: soros, respiradores, drenos, talas, dentre outros. Os leitos são numerados para não haver trocas de procedimentos nem possíveis erros na hora dos medicamentos.

A atuação do pedagogo hospitalar, bem como a instalação de uma escola regular no hospital, é um espaço onde as crianças são incentivadas à escolarização, a terem motivação para viver, lugar onde se sentem capazes de realização, aumentam suas auto-estimas e têm até a possibilidade de melhoria dos sintomas das enfermidades (BARROS, 1999; FONSECA, 1999; MATOS & MUGIATTI, 2008; PAULA, 2004;).

Na salinha de brinquedos, sala utilizada para refeição e para recreação, tinha vários armários, uma televisão, uma mesa comprida ao centro com cadeiras por todos os lados, com motivos infantis colados na parede, em geral com saídas e entradas de diversas pessoas de vários segmentos da saúde, familiares, recreadores, pessoal da limpeza, dentre outros e, portanto, havia extrema movimentação na maioria dos horários neste lugar, fato que se tornou obstáculo nas realizações das atividades pedagógico-educativas.

Essa sala foi utilizada para esta pesquisa e para a realização de atividades pedagógicas com as crianças hospitalizadas, mesmo que em alguns momentos o quarto da enfermaria também tenha sido utilizado.

Se tal atendimento fosse continuado permanentemente por um profissional, para que fosse mais adequado, seria viável utilizar uma sala específica para as aulas, com equipamentos e utensílios próprios. Isso não significa dizer que somente na sala de aula o atendimento do pedagogo é ofertado. O lugar do atendimento vai depender das condições clínicas dos alunos-pacientes, podendo ser realizados também nos quartos da enfermaria.

Os ambientes serão projetados com o propósito de favorecer o desenvolvimento e a construção do conhecimento para crianças, jovens e adultos, no âmbito da educação básica, respeitando suas capacidades e necessidades educacionais especiais individuais. Uma sala para desenvolvimento das atividades pedagógicas com mobiliário adequado e uma bancada com pia são exigências mínimas. Instalações sanitárias próprias, completas, suficientes e adaptadas são altamente recomendáveis

¹⁸ Contaminação cruzada é a transferência de microorganismos patogênicos de um lugar para outro.

e espaço ao ar livre adequado para atividades físicas e ludo-pedagógicas (BRASIL, 2002, p. 37).

As rotinas das crianças que se internam se confrontam com outro universo no hospital, ocasionam mudanças nos hábitos alimentares e a falta de liberdade na escolha de seus alimentos preferidos, pois a dieta a ser seguida é a do hospital, condição fundamental para a melhora do paciente, mas que causa sentimentos de frustração e tensão nas crianças, situação também encontrada nas pesquisas de Fonseca (2003).

Foi observado neste estudo que as crianças hospitalizadas experimentam também outras mudanças como, por exemplo, os cheiros no hospital, perdem a liberdade de movimentação, mudam os horários para acordar e, em geral, acordam extremamente cedo para procedimentos de exames; se confrontam com aparelhos diferentes e assustadores para os imaginários infantis como: respiradores, drenos, equipamentos de verificar pressão, aparelhos de oxigênios, cadeiras de roda, equipamento de ultrassonografia, de hemodiálise, aparelhos de radiografias, dentre outros. Tais características também foram encontradas nos estudos de Fonseca (2003) e Paula (2004).

Os momentos hospitalares são simbólicos para as crianças hospitalizadas porque, nesse meio, perpassam situações de desconforto, dores, medo, ansiedade e insegurança, estranhamentos associadas às várias imagens e cheiros característicos do hospital. Esse meio hostil para os imaginários infantis faz com estas elaborem estratégias e contra-estratégias para passar seus dias no hospital.

As características hospitalares têm uma determinada conotação no pensamento infantil, porque simboliza o hospital como o lugar de morte (DARELA, 2007; FONSECA, 2003). Situação semelhante encontrada nesta pesquisa aconteceu após a morte de uma criança naquele setor. As crianças começaram a imaginar que o quarto da enfermaria no qual um menino havia morrido era mal assombrado e todos evitavam entrar lá por medo.

Considerando que, para o imaginário infantil, a hospitalização simboliza o sofrer, a atuação pedagógica em ambiente pediátrico favoreceria um lugar mais agradável e positivo de interações, desmistificando dúvidas comuns entre as crianças.

As crianças, através de suas imaginações, sentiram que estavam vivendo “uma escola”, com a atuação do pedagogo por meio das atividades escolares lúdicas realizadas na salinha de brinquedos. Isso foi expresso pelos comportamentos e comentários das próprias crianças e das mães. Abaixo o relato da mãe de Alya (6 anos):

(A Alya...) [...] acorda dizendo “mainha vou pra escolinha com a tia, se a tia chegar vou tomar banho”, tanto ela quanto o João, que ficou de alta, tanto a outra menininha que ficou com ela brincando. Bem, ela agora não fica só pensando em ir

pra casa, tá brincando, se divertindo. É pouquinho, é pouca coisa, mas que bota na cabeça e ela já fica um pouco mais alegre né.

Para as crianças, a escola dentro do hospital seria um ambiente comum com um pouco mais de certezas nas suas rotinas infantis hospitalares, mas o profissional pedagogo, nesse contexto, não deixaria de considerar as singularidades dos seus alunos e a complexidade que permeia o seu trabalho.

As crianças e os jovens internados têm o direito de continuar suas escolarizações ou de inserirem-se nelas, garantindo sua inclusão, tendo a possibilidade de se evitar as evasões, repetências escolares, o fracasso escolar e a exclusão social.

As possibilidades do pedagogo no setor pediátrico seriam de atuar e reconhecer que o trabalho no hospital requer educar nas diferenças, fazendo uma leitura positiva das situações das vivências das crianças na busca de um atendimento mais adequado, pois 87% das crianças apresentaram problemas educacionais características de um fracasso escolar.

Praticar uma leitura positiva não é apenas, nem fundamentalmente, perceber conhecimentos adquiridos ao lado das carências, é ler de outra maneira o que é lido como falta pela leitura negativa. Assim, ante um aluno que fracassa num aprendizado, uma leitura negativa fala em deficiências, carências, lacunas [...], enquanto que uma leitura positiva se pergunta “o que está ocorrendo”, qual a atividade implementada pelo aluno, qual o sentido da situação para ele [...] A leitura positiva busca compreender como se constrói a situação de um aluno que fracassa em um aprendizado e, não, “o que falta” para essa situação ser uma situação de aluno bem sucedido” (CHARLOT, 2000, p. 30, grifo do autor).

O trabalho do pedagogo hospitalar não pode descontextualizar as enfermidades e o momento da internação, pelo contrário, esses fatores são essenciais para uma prática educativa instituinte para estas crianças. E, com isso, requer uma maior atenção por parte do pedagogo nas variedades de doenças, nas implicações por meio das histórias de vidas, séries escolares, níveis de conhecimento dos alunos e para atividades com ludicidade como mecanismo inerente ao processo escolar.

Ainda deve ser ressaltada a importância dos atendimentos que devem ser realizados com os bebês e crianças com deficiência, situação bem complexa num contexto escolar-hospitalar e que remete a mais de um profissional pedagogo atuando.

Considerando que 96% das crianças eram afrobrasileiras, um detalhe importante ocorreu sobre o quesito cor (etnia) durante as entrevistas com os participantes: todas elas questionavam estranhamente o fato da entrevistadora estar abordando tal item no roteiro de entrevista.

A etnia/cor, historicamente, ficou sendo um assunto não comentado entre as pessoas devido ao imaginário especular social de ir em direção ao branqueamento da pele no Brasil e

pelo mito da democracia racial brasileira. Quando se perguntavam suas respectivas etnias, não se sabia ao certo dizer qual eram suas origens étnicas (não sabiam dizer suas “cores”) ao olharem para si mesmos.

Esse comportamento foi visivelmente observado em falas de 94% das pessoas entrevistadas, quando eram perguntadas sobre suas etnias, como na fala de uma entrevistada: “*Qual a sua etnia?*” as respostas eram um tanto ríspidas e desentendidas “*Como?*” (*repetidas vezes*), “*Ah! Minha cor né? Ah!* (‘ah!’ – interjeição de: ‘agora entendi!’); “*Sei lá... morena...*” (olhando para o braço).

O fato de as pessoas não se enxergarem como de fato são, favorece a falta de identidade e a conseqüente legitimação da operação de racismo e desigualdade social pelos dominantes.

O aprofundamento das desigualdades econômicas e, conseqüentemente, sociais dos negros em relação aos brancos contribui para abalar o consenso sobre o caráter democrático das relações étnicas e sobre a inexistência do racismo em nossa sociedade. Ampliou-se, então, a discussão dessa questão em solo brasileiro a partir da década de 1950 (CAVALLEIRO, 2005, p. 31).

Observando essa afirmação, sobre os agravos à saúde que mais prejudicam a população negra até o presente, são ocorrências mais comuns: as violências externas, mortes por violência, abortos, hipertensão, mortalidade infantil elevada, anemias, AIDS, transtornos mentais (há indícios que alguns oriundos das experiências de racismo), alcoolismo, doenças do trabalho, diabetes, câncer, miomas, desnutrições, dentre outros agravos. É comum, ainda, aparecerem em quem já nasce e cresce em condições precárias de vida, até porque, não há atendimento social adequado (CAVALLEIRO, 2005; MUNANGA, 1996; ROSEMBERG, 1998).

A educação foi privilégio de poucos na história. Os africanos e seus descendentes foram afetados cruelmente por essa exclusão e essa realidade não é só atual: tem suas raízes no período pós-abolicionista. É aí que o movimento de inclusão, portanto, cria força como uma possibilidade e como um mecanismo fundamental para reverter às situações de exclusão social e econômica.

Essa realidade vivida diariamente por negro não constitui uma história recente. A libertação dos escravos, no Brasil, em 13 de maio de 1888, tornou os africanos e afro-brasileiros iguais ao homem branco, perante a lei. Esse era apenas o início de uma “nova” sociedade (CAVALLEIRO, 2005, p. 28, grifo nosso).

Uma “nova” sociedade com outro tipo de escravidão: a escravatura capitalista. Nenhuma política de acesso possibilitou a entrada do grande número de ex-escravos e suas gerações à educação, ao mercado de trabalho, dentre outros segmentos da sociedade.

A partir da Lei Áurea, os ex-escravos e seus descendentes foram separados socialmente e economicamente [...] despossuídos, com necessidades materiais imediatas para a sua sobrevivência e de seus familiares (CAVALLEIRO, 2005, p. 28).

Era um ambiente de disputa para sobrevivência social, cultural e mesmo biológica, no qual eram realizados mecanismos de segregação profissional, cultural, política e étnica, feitos para que os afrobrasileiros e suas gerações permanecessem engessados nas camadas mais desfavorecidas. Conforme Cavalleiro (2005, p. 28) “a atual posição de inferioridade socioeconômica do negro não deve ser relacionada unicamente à sua condição no momento da abolição da escravidão”, porque essa afirmação pode perpetuar a contínua operação racista de segregação.

O agravante foi a falta de políticas públicas de acesso após a abolição para a população negra ao longo da história do Brasil, porque o período de escravidão vivido por esses africanos gerou uma convivência desigual e preconceituosa, uma relação de racismo entre os negros e brancos que, à primeira vista, parece não existir, mas ele está presente até os dias atuais.

E, em relação especificamente ao público negro brasileiro, os direitos humanos e a cidadania têm passado ao longe, negando-lhe o real direito à saúde, à educação, ao trabalho, a moradia, ao lazer etc. A desigualdade entre brancos e negros faz-se discrepante, levando os afros a terem que superar obstáculos e a vencer desafios de toda ordem (RISCADO, 2007).

Mas em relação à rotina no atendimento pedagógico, houve uma fácil coesão das crianças para assistirem às aulas a que eram convidadas a participar. As negociações entre o horário de realizar as tarefas e o das intervenções médicas e medicamentosas sempre perpassavam às práticas pedagógicas no hospital. O pedagogo, contudo, não deve jamais ser obstáculo aos procedimentos médicos e medicamentosos, afinal, todos devem trabalhar em parceria.

O trabalho pedagógico escolar no hospital se baseia considerando o contexto em que ele está atuando, a cultura hospitalar e a sua organização. Portanto, seu atendimento se dará não como aulas isoladas da totalidade do hospital, daí a necessidade do pedagogo hospitalar realizar suas práticas educativas dentro de um pensamento complexo e multirreferencial.

A organização do hospital, com seus funcionamentos estabelecidos influencia o planejamento pedagógico das atividades escolares e, portanto, o pedagogo hospitalar é um bricolador dos recursos didáticos mais adequados à prática educativa.

Os brinquedos utilizados para as atividades educativas devem ser de materiais laváveis para que possam ser limpos (FONSECA, 2003). O mesmo foi feito com os recursos utilizados

nesta pesquisa, foram feitas assepsias com o álcool etílico (álcool comum não hidratado). Uma proposta é que a equipe da enfermagem do setor possa oferecer aos pedagogos hospitalares treinamento sobre higiene e saúde, conhecimentos necessários ao trabalho docente no hospital.

O planejamento das aulas hospitalares resultou na bricolagem de atividades escolares e recursos de apoio didático como: papel colorido, lápis de cor, jogos educativos, alfabeto animado, alfabeto móvel, livros de historinhas infantis diversos, quebra-cabeça, fantoches para teatro de animação, xadrez, atividades xerocopiadas coloridas, dentre outros. Em outras regiões do Brasil são utilizados até recursos como computadores.

O lúdico utilizado neste trabalho seguiu a mesma vertente de ludicidade comumente trabalhada nas escolas hospitalares de outras regiões do país. Foi um lúdico inerente às atividades de aprendizagem escolares. Diferentemente da brincadeira realizada pelos palhaços do grupo Sorriso de Plantão que tinham somente momentos recreativos.

A recreação dos palhaços, entretanto, é fundamental e garantida por lei dentro dos hospitais, mas têm objetivos apenas de recreação; a pedagogia hospitalar vai mais além, pois exerce um papel de acompanhamento pedagógico escolar específico aos desenvolvimentos das crianças, jovens e até mesmo de adultos que não conseguiram frequentar a escola por estarem hospitalizadas.

A ludicidade das atividades pedagógico-escolares hospitalares leva em conta o grupo etário de crianças atendidas, atividades que tenham início, meio e fim no mesmo dia. Abaixo o estudioso Acioli (2010) trata da importância do teatro de animação como momento lúdico nas práticas educativas escolares.

O teatro de bonecos leva a criança sempre ao mundo da imaginação e do faz-de-conta. Já os alunos maiores (geralmente do ensino fundamental) utilizam para expressar seus pensamentos de uma forma mais livre, contam suas ações, seus desejos, aventuras, reduzem fatos e histórias lidas ou ouvidas (ACIOLI, 2010, p. 48).

Por meio do teatro de bonecos as crianças se expressam: um momento fundamental na condição de uma criança enferma e internada, pois é por meio da brincadeira, da linguagem simbólica que as crianças exteriorizam seus enfrentamentos infantis e de doenças a resolver.

Segundo Borba citado por Acioli (2010, p. 52), “O boneco tem uma vida. É uma transferência na infância, uma fixação na idade madura”. Brincando a criança aprende e, imaginariamente, satisfaz suas imediatas necessidades que são, muitas vezes, de sair do hospital, voltar aos seus meios infantis, isso foi verificado nos relatos das crianças participantes.

Para os profissionais de quaisquer áreas é de essencial relevância um estudo na psicanálise, principalmente para aqueles que lidam com educação (BORBA, 2001). Uma formação fundamentada na psicanálise ajudaria ao pedagogo hospitalar, por ele lidar com os processos educativos e com pessoas em sofrimento, mas não se limitando somente a ela para não cair novamente na fragmentação dos saberes. Nesse caso, o profissional da educação se tornaria consciente nas suas práticas e da sua função social.

O professor ou pesquisador precisa de instrumentos (teóricos e práticos) adequados para compreender o que perpassa na sala de aula, para que este tenha mais possibilidade de realizar planejamentos significativos para seus alunos (BORBA, 2001).

Os processos educativos precisam ser analisados não apenas pela ótica social e econômica, se assim fosse, estaria se considerando apenas parte do problema educacional. É necessário lembrar que as relações educativas são feitas por pessoas e, portanto, as questões dos inconscientes devem ser levadas em consideração quando procuramos soluções para os problemas educacionais.

O pedagogo que atua no hospital é um observador crítico, pelo qual suas observações são sempre registradas. A utilização do jornal de pesquisa é um mecanismo adequado para registrar as observações, treinando a escrita de modo fidedigno e crítico. O jornal exercita uma escrita reflexiva, pela qual o profissional exterioriza suas interioridades, relaciona experiências vividas, expressa *insights* fundamentais para sua reflexão-atuação.

Em relação às rotinas, as crianças acordavam cedo, tomavam rapidamente o banho, todas entusiasmadas e se produziam (vestindo suas roupas e arrumando os cabelos), pegavam seus cadernos, lápis e caminhavam em direção à salinha de brinquedos, lugar onde ocorriam as atividades escolares.

Havia comentários sobre as tarefas do dia anterior, sobre as “tarefas de casa” que eles faziam em outro horário dentro do hospital, tinham mais motivação para ficar nas enfermarias, era outro clima naquele lugar. Mas nem tudo foi assim nos primórdios, pois, antes da atuação pedagógica, observaram-se crianças acamadas, tristes, não tinham nada para fazer e não davam um sorriso.

O acompanhamento pedagógico e escolar da criança hospitalizada favorece a construção subjetiva de uma estabilidade de vida não apenas como elaboração psíquica da enfermidade e da hospitalização, mas, principalmente, como continuidade e segurança diante dos laços sociais da aprendizagem (CECCIM, 1999, p. 42).

A enfermaria era um lugar ora de silêncio, ora de movimentação. No caso do João (8 anos), por exemplo, ele estava com um problema de otite quando no início só vivia no leito e

não conversava. Quando iniciaram as interações e atividades escolares, João foi ficando mais alegre, passou a levantar frequentemente do seu leito, a pedir tarefas escolares na enfermaria, a andar para lá e para cá, sempre conversando e sorrindo. O brincar estudando e o estudar brincando promove essa motivação, a comunicação e a confiança (KISHIMOTO, 2002; WINNICOTT, 1975).

A Alya foi outra situação semelhante à do João. Quando ela chegou ao hospital estava muito mal, com febre constante e com a suspeita de febre reumática, só vivia pedindo para voltar para casa. Sua mãe levou para ela: cadernos, livros de colorir, lápis diversos, mas não havia naquele lugar ninguém especializado para mediar suas atividades.

Alya ficava sentada pintando em seu leito e não interagia com as outras crianças da enfermaria. Com as atividades, aos poucos, eles foram se conhecendo e conversando sobre as tarefas e diversos assuntos. A ludicidade nos processos escolares implica na movimentação corporal, por meio da manipulação dos objetos e isso é fundamental para as crianças (KISHIMOTO, 2002; WINNICOTT, 1975).

As práticas escolares hospitalares são evitadas de um valor sem igual para os hospitalizados. Com o aparecimento do pedagogo como o mediador de suas atividades, sua vida ficou com mais sentido naquele momento e, aos poucos, Alya foi apresentando mais motivação e alegria.

Em entrevista feita com uma médica do hospital, citada por Paula (2004, p. 120), sobre o auxílio da educação pedagógico-escolar frente às recuperações das saúdes das crianças, esta pesquisadora conseguiu observar que: “A criança se interna hoje com a previsão de alta para daqui a algumas semanas, mas o ser humano reage de forma diferenciada e às vezes ele não sai em uma semana, sai com 2 dias, 3 dias, legal.”

Durante o processo de aprendizagem e de ensino foi verificado que as crianças sorriram, aprenderam, ensinaram, conversaram, tiraram dúvidas sobre os conteúdos, brincaram, se divertiram, discutiram temas relevantes. Características também encontradas nos estudos de Fonseca (2003), Matos e Mugiatti (2008), Paula (2004), dentre outros pesquisadores.

Seus comportamentos, durante a realização das tarefas escolares, se assemelharam ao das crianças sadias durante as aulas das escolas fora do hospital, comportamento este diferenciado quando eles estavam diante de qualquer profissional da saúde. Com a presença da pedagoga, as crianças ficavam mais espontâneas e comunicativas, semelhante às interações ocorridas nas escolas comuns; fato também observado em estudos realizados por Fonseca (2003).

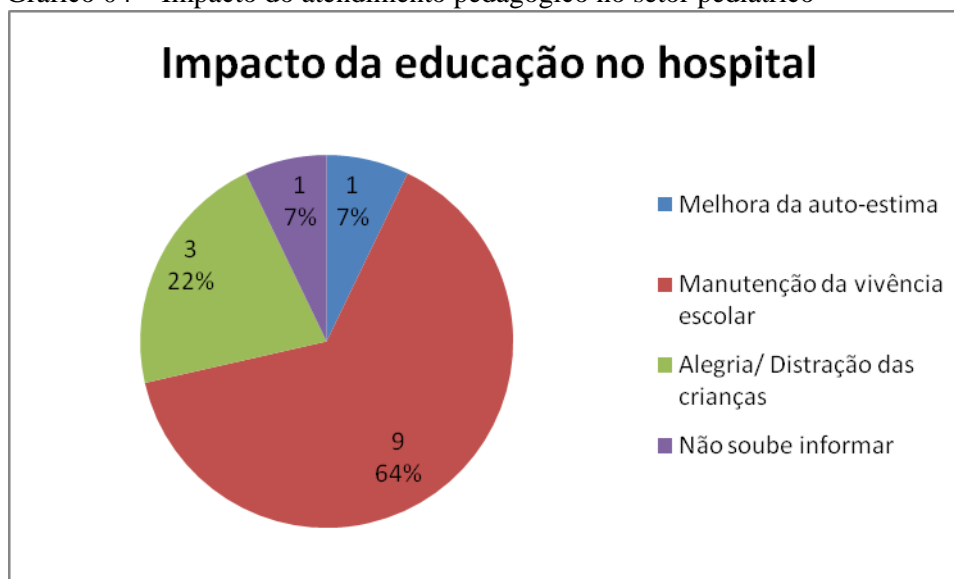
Essa aproximação foi também uma característica descrita por Paula (2004, p. 156) em seu estudo: “Houve uma aproximação, as crianças e as mães sentiam-se acolhidas”. Mas, no entanto, ainda faltou uma estruturação adequada para o atendimento pedagógico hospitalar, como: um espaço específico, os horários definidos junto à equipe de saúde, o pedagogo precisa ter seu espaço próprio dentro do hospital e seu trabalho clama por reconhecimento/seriedade por parte de alguns profissionais da saúde.

As reações das profissionais da saúde com relação às práticas educativas hospitalares, sempre que a pesquisa era apresentada, causava grande admiração e curiosidade; apenas duas das enfermeiras conheciam o atendimento escolar no hospital, porque ouviram falar superficialmente. Em relato de uma dessas enfermeiras, elas já haviam sentido a carência deste profissional no HUPAA, dado o tempo de internação que é, em geral, longo.

Outro fator a ser salientado foi o distanciamento dos médicos do setor. Conforme Fonseca (2003) o pedagogo hospitalar é o aliado do médico, do enfermeiro, do psicólogo, para que as atuações atinjam as necessidades integrais das crianças, diante do conhecimento do que está ocorrendo com o enfermo.

Com base nas entrevistas realizadas nesta pesquisa, fora constatado o impacto da importância do atendimento pedagógico dentro do setor pediátrico para os atores participantes: 64% (sessenta e quatro por cento) dos participantes relataram que as atividades escolares serviram para a manutenção das vivências escolares dentro da pediatria; 22% (vinte e dois por cento) trataram que as atividades escolares no hospital serviram de alegria e de distração para as crianças hospitalizadas; 7% (sete por cento) consideraram de extrema importância para a melhoria das auto-estimas destas; outros 7% (sete por cento) não souberam informar durante a entrevista.

Gráfico 04 – Impacto do atendimento pedagógico no setor pediátrico



Fonte: (Autora, 2011)

A falta de entendimento do papel do pedagogo no hospital, muitas vezes confundido com um recreador, dificultou uma melhor compreensão das condições de saúde das crianças, necessária ao atendimento pedagógico escolar no hospital.

O pedagogo é um profissional de nível superior, muitas vezes pós-graduado, responsável pela mediação dos processos de educação dos sujeitos, em outras palavras: um “médico das enfermidades educacionais”. Com isso, para uma atuação mais segura das informações na busca de um melhor planejamento para a criança e seus acompanhantes, os médicos e os pedagogos devem superar as fronteiras e trabalhar em conjunto.

Não somente os médicos, mas toda a equipe de saúde do hospital deve ter no pedagogo um profissional membro do setor, interação comum em outras regiões do Brasil. Se for possível o pedagogo deve comunicar com o médico e falar sobre a dificuldade do familiar no sentido de compreender a problemática de saúde dos seus alunos (FONSECA, 2003).

Uma proposta para uma situação como esta seria um projeto de Estado para a implementação de pedagogos e salas de aulas nos hospitais. Outra sugestão seria um movimento de divulgação por parte do hospital e da universidade, para preparar a equipe de saúde sobre o papel relevante do atendimento do pedagogo no ambiente hospitalar; isso seria realizado por uma instância superior com as parcerias estabelecidas que poderiam vir da universidade, uma vez que o hospital é universitário, ou até mesmo das Secretarias de Educação Municipal ou Estadual. Poderiam ser realizados concursos para o hospital universitário para o cargo de pedagogo.

Jornadas e debates são imprescindíveis aos objetivos de sensibilizar os gestores educacionais e professores no que se refere às necessidades e especificidades do

atendimento hospitalar e domiciliar no intuito de institucionalizar, de fato, esses espaços educacionais e refletir sobre a qualidade do atendimento pedagógico-educacional realizado (BRASIL, 2002, p. 19).

No hospital existiram inúmeros relatos das mães e de algumas enfermeiras sobre a importância de se ter um pedagogo no hospital, a partir das experiências e resultados positivos do atendimento pedagógico realizado com as suas crianças.

[...] eu acho que é muito importante, porque as crianças que ficam no hospital se afastam do convívio delas, da família, dos colegas, e eu acho que elas sentem muito a falta de conviver com outras crianças que elas já têm contato, além de que o tempo que ela passa aqui ela fica longe da escola e acaba se atrasando, e às vezes pode até perder a turma que ela estava (ENFERMEIRA A).

O processo de educar no hospital é múltiplo, apesar de ser este um ambiente singular, as suas experiências são plurais. As crianças e as acompanhantes, auxiliando seus filhos a aprenderem, conhecem seus direitos, sugerem novas possibilidades de ação, sentem-se como sujeitos sociais. Nas narrações das suas experiências refletiram sobre suas próprias aprendizagens e sobre suas próprias vidas. Tomaram consciência das suas itinerâncias e errâncias.

A história de vida foi fundamental, pois, no ato de narrar suas histórias, os sujeitos refletem criticamente suas vidas. Uma forma de conscientização tão necessária nas atuações de educação para a libertação da população das amarras do que aliena e oprime (FREIRE, 1969; JOSSO, 2010; MACEDO, 2010).

Com o atendimento pedagógico, as crianças e as acompanhantes poderão ter a possibilidade de pensar em seus futuros, ter esperanças e galgar dias melhores.

[...] Meu sonho se terminasse os estudos é ser enfermeira... estive pensando vendo você aí com a Samira... eu vou voltar a estudar será que eu consigo? Será que dá tempo? Não sei mulé... mas tive pensando...(MARTA).

[...] desde pequena eu quero ser enfermeira porque eu amo cuidar de criança. Enfermeira pediatra... eu amo cuidar de criança (BIANCA).

Bianca foi uma acompanhante de apenas 18 anos de idade que fala abertamente sobre suas implicações. Ela veio do interior do estado de Alagoas e conta sua luta desde a sua adolescência, trabalhando. Teve filho ainda bem jovem e considera que obteve várias aprendizagens em sua vida, inclusive no período da internação de sua filha.

Aprendi a vencer na vida. A gente sofre muito mais também ao mesmo tempo é uma vitória, prestou atenção, todo dia que a gente acorda já é uma vitória pra gente... aprendi a ter mais esperança. Aprendi a valorizar o que eu tenho que antes eu não dava valor não ao que eu tinha. Porque é sempre assim a pessoa tem as coisas na mão mas num dá valor ! mais é assim mesmo (BIANCA).

No caso desta acompanhante, já está com 2 (dois) meses hospitalizada e sem previsões para sair da internação pelos problemas de saúde que sua filha enfrenta com apenas 5 (cinco) meses de idade. Trata sobre sua angústia de ficar no hospital permanentemente:

Às vezes a pessoa se estressa muito aqui dentro... Como eu saí, eu saí semana passada lá pra baixo, fui comprar crédito, quando eu olhei pra frente que vi o mundo a pessoa acha estranho... A pessoa passar dois meses dentro de um hospital sem ver o mundo só vendo pela janela, aí quando a pessoa sai que vê a rua aí tem idéia do tempo que ta aqui dentro; mais... por uma parte também é bom é bom ficar aqui. SANDRA: Por quê é bom? BIANCA: Porque ela só assim ela ta se tratando... porque eu já sabia que ela desde o começo da gravidez dela da gestação dela eu já sabia que ela tinha esses problemas aí quando chegou aqui foi que eu descobri mais e ela aqui dentro ela pode se tratar melhor né?!

Bianca sempre precisou trabalhar, lembra da sua escola e continua a falar do valor dos estudos para sua vida:

Eu trabalhei desde quinze anos, trabalhei numa loja. Eu saí esse ano numa semana antes dela nascer eu pedi pra sair porque eu tinha que cuidar dela [...] a pessoa sem estudo não arruma trabalho, tudo que a pessoa fa... pode fazer, trabalhar, cê só arruma trabalho se tiver estudo se não tiver também não arruma... mais é importante demais! Sem os estudos a gente num somos nada! A pessoa num consegue nada sem eles... mais é bom ter escola no hospital... eles já sai daqui aprendidos (BIANCA).

Ao ver as atuações escolares no hospital, Marta e Bianca passaram a falar em estudar novamente. Com as aulas, elas relembrou seus tempos de escola e pensaram em uma possível reentrada no mundo da aprendizagem formal. Bianca pensa ainda em fazer um curso de informática ao sair do hospital, após a recuperação da sua filha e Marta fala em terminar o ensino fundamental. Ambas têm perspectivas para o futuro na esperança de dias melhores em busca da felicidade.

A educação, portanto, não se resume apenas em ensinar e aprender os conteúdos escolares, mas aprender com consciência a serem cidadãos e pessoas críticas; fazer estas pessoas a pensarem suas vidas na sociedade, seus papéis e para, dessa forma, dar ignição aos movimentos de autorização social.

Isso se torna fundamentalmente relevante para criar mais possibilidade de atuação por parte destas pessoas, porque através da tomada de consciência de alguma situação real vivida, a população torna-se formada por cidadãos ativos. Segundo Freire (1969, p. 16), “uma pedagogia da liberdade pode ajudar uma política popular, pois a conscientização significa

uma abertura à compreensão das estruturas sociais como modos de dominação e da violência”.

Nas escolas não-hospitalares, muitas vezes, os professores não têm acesso ao acompanhamento que as mães dão aos seus filhos. No ambiente escolar do hospital o pedagogo tem mais alcance de atuação nestas questões, pois este vivencia um tempo integral da criança e familiar constantemente; há uma relação estreita com as mães acompanhantes que, por sua vez, sentem-se mais à vontade com este profissional, resultando num possível diálogo de orientação. De acordo com Fonseca (2003, p. 30), “em geral o familiar é mais aberto com o professor, pois não o vê como um profissional da saúde (e na realidade o professor não é), o que faz com que as trocas sejam mais frequentes e próximas”.

Outro fator observado fora que algumas crianças tinham certo comodismo para refletir sobre as suas atividades. As mães tinham uma prática comum entre elas de dar respostas prontas para as atividades de seus filhos. Considerando que elas também estão estressadas e sofrendo, foi verificado o alheamento frente a estas questões.

Segundo seus relatos, elas queriam dar o melhor para seus filhos, mas, mesmo assim, foram orientadas sobre os motivos e prejuízos de tal prática. Conforme Fonseca (2003, p. 30), “Uma vez que o professor tem contato diário também com o familiar e acompanha de alguma forma o seu comportamento, pode perceber se está cansado, estressado, preocupado e assim, orientá-lo”.

Ensinar no hospital é arte e aprender no hospital é vida. A arte está presente no cotidiano daqueles que tentam fazer a diferença, através de suas implicações, de forma criativa, do lúdico, da autorização e da conscientização. A arte está presente em todo o espaço educativo escolar-hospitalar, tanto na atuação do professor como nas brincadeiras das crianças e suas criações.

O colorido e um ambiente aconchegante que simbolize uma sala de aula comum, onde eles possam ver o calendário, suas produções, o tempo. As crianças observadas perdiam a noção do tempo dentro do setor, por isso da relevância de um trabalho com o relógio e o estabelecimento de rotinas. A organização espacial é fundamental para as vivências escolares infantis, pois estas têm um sentido para as crianças e para a eficiência das propostas do professor (OLIVEIRA, 2002).

Claro que, se por alguma razão o professor não consegue dar o fechamento ou a abertura adequada para cada criança, isso não inviabiliza o seu trabalho. Não estamos falando de superprofissionais; mas é bem verdade que, se pensamos que podemos melhorar a nossa atuação, mais e mais estaremos próximos de realmente atender às necessidades e interesses de nossos alunos e isso serve não apenas para as crianças hospitalizadas (FONSECA, 2003, p. 42).

O pedagogo hospitalar é um ator num papel de professor, porque cada aula que ele realiza no hospital deve deixar de fora do ambiente hospitalar todas as suas angústias e atuar no cenário hospitalar com flexibilidade, inventividade e de forma lúdica.

Tratar com uma comunidade em sofrimento requer um profissional emocionalmente preparado, daí a relevância da exterioridade das suas implicações em vários ângulos da sua vida: no nível psicoafetivo, no qual os afetos, os desejos e as relações interpessoais (relações sádicas ou masoquistas) seriam esclarecidas por meio da sua história de vida exteriorizada.

No viés da implicação histórico-existencial, que são seus engajamentos e fundamentos aprendidos e na vertente estrutural-profissional que são suas posições, valores e crenças sócio-econômicas seriam mais bem elucidadas e entendidas.

Todos estão mergulhados nas implicações e, conseqüentemente, estas vão se construindo interativamente. É importante um desdobramento das implicações, tanto do docente hospitalar, quanto dos familiares e crianças. No caso dos professores, bem como qualquer profissional, segundo Borba (2001, p. 74), “buscariam aprofundar seus conhecimentos da teoria psicanalítica ampliando assim sua competência de análise da linguagem e da subjetividade estruturadora de um campo social, de um campo de pesquisa, amplo ou restrito”.

Em relação às atividades escolares realizadas, foi visto que o professor interpreta vários papéis: o de leitor, o de dramatização, o de escritor, o de “enfermeiro da educação”, o de mediador. Tudo isso para facilitar a comunicação entre pedagogo/alunos na busca da realização das atividades e em busca da ludicidade inerente às tarefas escolares. Segundo Calil (2007, p. 18) “ao ler para as crianças o professor ‘ensina’ como se faz para ler”.

Conforme este pesquisador, o professor interpreta o papel de leitor, dando ênfase à leitura, pois, ao adotar esta postura, ele cria uma situação objetivamente didática porque comunica aos alunos a importância do ato de ler. O mesmo acontece com as outras situações de ensino-aprendizagem.

Em relação às aulas hospitalares desta pesquisa, estas foram compostas por alunos de diversas séries e, em relação a esta diversidade, suas diferenças implicaram em atividades grupais e individuais, como foram citadas anteriormente. As rotinas escolares foram planejadas previamente para ter um início, meio e fim na mesma aula, conforme estudos de Fontes (1999), Fonseca (1999), Matos e Mugiatti (2008) e Paula (2004).

Considera Fonseca (2003, p. 41) “o que o aluno sugere pode ser uma alavanca para uma aprendizagem efetiva e significativa”. E, portanto, levar em conta os conhecimentos

prévios dos alunos-pacientes é essencial para um trabalho educativo efetivo no contexto hospitalar.

As atividades individuais não significaram fechar a aprendizagem dos alunos em si mesmo, mas em algum momento atender às suas especificidades, nas diferenças. Aborda Fonseca (2003, p. 42) “o trabalho diversificado é relevante na sala de aula. Valer-se desta forma de trabalho em nada restringe o professor”.

Mesmo sendo estas individuais e específicas, favoreceram as interações, pois os alunos mais avançados davam sugestões aos menos adiantados. Portanto, o pedagogo atuante deve atentar para o desenvolvimento das atividades para que a criança não piore seu quadro clínico. As tarefas foram realizadas conforme estudos realizados por Calil (2007).

As atividades grupais fizeram com que todos os alunos-pacientes se aproximassem, situação que no quarto da enfermaria não acontecia. Algumas crianças hospitalizadas mal se conheciam, outras sabiam algo sobre as doenças dos colegas de quarto, mas as falas não eram estimuladas até pelas acompanhantes que pediam silêncio frequentemente, como exemplo o caso do menino Pedro (7 anos), em que a sua mãe impedia rudemente a comunicação dele com as outras crianças no quarto e até mesmo com a pesquisadora.

Acompanhar as atividades escolares não é tão simples quanto parece para os familiares. Não pela dificuldade dos conteúdos, apesar de que para muitos pais os assuntos são extremamente difíceis, mas pelo modo como os pais acompanham suas tarefas, no que diz respeito ao tratamento com a criança. As mães, os pais ou qualquer familiar que esteja realizando o papel de educador dos filhos, podem também ser orientados pelo pedagogo, daí também a importância da sua atuação.

Mesmo assim, os familiares são extremamente fundamentais para a atuação pedagógica hospitalar, pois estes fazem uma mediação entre criança e pedagogo. Mas existem muitas mães que durante as atividades dizem palavras que baixam as auto-estimas das crianças.

Algumas mães se importavam de maneira inadequada nas aprendizagens dos filhos do grupo de crianças em idade de estar na educação infantil e ensino fundamental – séries iniciais. Palavras como: “*ah é assim mesmo! não vai conseguir!*”, “*não aprende não!*”, “*esta menina só erra, só erra... não tá vendo que só erra!*”

Essas falas das genitoras caracterizaram o pensamento predominante no imaginário especular social¹⁹ como o da inteligência inata, a ideologia do “dom”. Conforme Borba (2001,

¹⁹ Isto é, nas imaginações alienadas de alguns grupos sociais e instituições educativas.

p. 98) “A ideologia do ‘dom’ coloca nevoeiro, cerração, na elucidação das contradições e injustiças sociais. É enganosa, mentirosa, pois nos ludibria com a idéia de que alguns nascem com capacidades incomuns”. Na ideologia do dom a criança já nasceria com predisposições “genéticas” para aprender e não pela oferta de oportunidades de estudar.

Ao pedagogo hospitalar como orientador caberia também o papel ideológico e político de desconstrução desses imaginários. O imaginário especular social é formado pelas imagens socialmente concebidas, simbólicas que castram, alienam e dominam. Ainda conforme Borba (2001, p. 94), “[...] podemos perceber em manifestações verbais extremadas (fascínio das posições) essa impossibilidade de aceitação, de tolerância para com o diferente, o não-espelho, o singular.” Posições inconscientes de dominação e, provavelmente, fruto das implicações não trabalhadas, com suas “cargas negativas” guardadas, expressão de um imaginário especular, possíveis relações narcísicas e, conseqüentemente, tensas e destruidoras das construções educativas.

Essas ideias seriam trabalhadas pelo pedagogo com as mães e com as crianças hospitalizadas, de forma a serem explicadas que todos têm a capacidade de aprender, até mesmo os que estão hospitalizados, de modo a fazer surgir um movimento de autorização e desalienação nesses indivíduos.

No comportamento das mães: “*Cala boca menino! Parece qui não tem o que fazê!*”, “*silêncio menino!*”, “*Oxi... Cala a boca menino! senão vai apanhar! tá doído pra apanhá!*”, foi verificado que as interações não eram estimuladas por estas, pelo contrário, as ações caminhavam para o silenciamento e castração²⁰. Uma relação em que não há diálogo se poda as criatividades. Ela é, segundo Borba (2001), “uma relação destrutiva”.

A conscientização das implicações por meio das histórias de vida faz com que haja elucidações dos imaginários especulares, ocasionando possíveis rupturas de um pensamento alienado para uma consciência dos acontecimentos e isso é de extrema importância na educação.

Dá a importância da análise dos diferentes níveis de implicações dos atores nos processos educativos nas diversas áreas, como um dos instrumentos de organização de um trabalho consciente no sentido de compreender melhor as realidades e assim atuar significativamente (BORBA, 2001).

Neste caso, buscar auxílio nas diversas referências de saberes torna-se necessário para tentar explicar a complexidade das realidades analisadas (BORBA, 2001; MACEDO, 2010).

²⁰ Castração - da psicologia - quer dizer impedimento brusco das emoções, do ser e do agir. Existem a castração emocional, a intelectual, a profissional etc.

Ora, a presença dos acompanhantes no momento da hospitalização foi um direito conquistado pela população recentemente e tem como finalidade deixar as crianças mais seguras dentro do hospital, porque reduz o medo das crianças de estarem em um ambiente estranho, além de ser fundamental, pois as acompanhantes conhecem as crianças servindo como mediadores durante a hospitalização. Ter uma abordagem negativa a estas crianças só aumentaria seus sentimentos de angústia e insegurança na internação.

Portanto, há uma possível falta de entendimento das mães sobre estas formas de tratamento com seus filhos. As mães não tinham intenção aparente de tratar mal as crianças, para elas as suas educações eram as melhores. Segundo as falas das mães, 90% (noventa por cento) delas relataram serem os modos pelos quais estas foram educadas.

Em falas posteriores, estas mesmas mães se preocupavam com os estudos dos seus filhos e 43% (quarenta e três por cento) destas relataram que já deveriam ter colocado seus filhos na escola após o tratamento no hospital para “*desarnar*” (na linguagem popular), termo que é oriundo de “*desasnar*”, mas não conseguiu matriculá-los devido às itinerâncias que os tratamentos de saúde requeriam.

Esse termo que vem do vocábulo “asno” e que sugere evidentemente a predominância do ensino da leitura e do cálculo, cujo domínio retira o aprendiz da condição de “burro”, evidentemente nos coloca diante dos olhos, ainda que através de uma metáfora, as características dessa verdadeira “pré-escola paralela” que ainda hoje insiste em sobreviver em Alagoas, por conta da ausência de políticas públicas para o setor, e que dá como atendimento pré-escolar informal, a instrução que a escola, na primeira série do ensino fundamental, continua incompetente para fazer, que é a de alfabetizar as crianças (SILVA, 2009, p. 64).

As acompanhantes também são mediadores entre criança-pedagogo-escola, além de auxiliar a equipe de saúde no cuidar. Porém, há um histórico brasileiro marcado de desatenção à infância.

O acompanhamento educacional a crianças de 0 (zero) a 6 (seis) anos foi organizado no Brasil enfrentando graves dificuldades, inclusive pela visão não compreensiva de infância predominante no contexto cultural, pelo qual entendia as crianças como mini-adultos (SILVA, 2009).

[...] até bem pouco tempo atrás, em Alagoas, a maioria das crianças aprendia as primeiras “lições de coisas” e as primeiras letras no seio familiar, ainda na idade pré-escolar, tendo sempre como responsável a mãe, uma tia ou mesmo outra pessoa da família, ou uma preceptora com disposição para ensinar a ler e escrever (SILVA, 2009, p. 64).

As ações de oferta do ensino no hospital por meio de políticas públicas são, a priori, de extrema emergência para que seja oportunizado um ambiente de educação formal com recursos adequados à educação.

As interações evitadas entre as crianças aumentariam ainda mais suas angústias e estresses nas suas fases de internação. O pedagogo mediador dos processos educativos trabalharia tais questões por meio de atividades significativas que facilitem as interações entre as crianças e pela orientação da importância das interações com as mães.

Segundo Calil (2007, p. 07) “as propostas de atividades ora grupais, ora com variações, devem permitir que cada aluno possa fazer novas descobertas a partir delas”. Com as atividades, os alunos descobriram informações novas e redescobriram as antigas. Abaixo um trecho das interações durante as atividades escolares:

Sandra: “*Então minha gente, estão conseguindo?*”

João: “*Como é isso?*”

Sandra: “*Vamos lá: o que é o que é? tecido que enxugamos o corpo? Quem sabe?*”

João: “*Tualha!*” (escreveu da forma como ele falou).

Alya: “*Se escreve com TO...*”

João: “*Ééé...TO... A... LHA*” (sorrisos - lendo ao escrever corretamente)

Alya: “*TO... A... LHA*” (sorriso)

Nessa relação, o pedagogo deixou de ser o único a dizer as informações, através das interações fundamentais entre as crianças um conhecimento anterior foi desconstruído para uma nova descoberta. O menino João achava que a palavra “toalha” se escrevia do mesmo modo que sua fala “tualha”, mas em interação escolar ele aprendeu a forma correta de escrever demonstrando animação e sorrisos. Uma aprendizagem por meio da descontração.

Essas descontrações são terapêuticas, porque no momento de sorrir/rir são liberadas endorfinas que dá prazer, distrai as crianças dos sintomas dolorosos. Os risos ainda facilitam as interações que são significativas para o desenvolvimento infantil (CARDOSO, 2002; VIGOTSKY, 1998).

Se considerarmos que os alunos têm conhecimentos diferentes, é fundamental que sejam oferecidas informações que confrontem com os problemas que estes tendem a resolver dentro do hospital, suas vivências atuais, suas negatividade, relativas às suas condições de doença e adaptação, muitas vezes, uma vida diferente da que elas tinham antes de se hospitalizar.

Trabalhar seus medos, a solidariedade, a compreensão de si mesmo, o respeito às diferenças e as suas possíveis reinserções escolares, traz aprendizagens mais fundantes do que certos “conteúdos acadêmicos” por serem atividades prazerosas, de sentido para as crianças e que caminha em direção às recuperações das saúdes e à própria cidadania.

Em geral, no contexto em que esta pesquisa foi realizada, fora observado que as crianças hospitalizadas não estavam incapacitadas cognitivamente para receber educação escolar dentro do contexto hospitalar, bem como na análise de outros estudiosos (BARROS, 1999; FONSECA, 2003; FONTES, 1999; MATOS & MUGIATTI, 2008; PAULA, 2004) e, mesmo estando, o direito à escola é para todos; desse modo, não há motivos para não haver a oferta do atendimento pedagógico escolar dentro do hospital, pois tal oferta é garantida por lei. O Estado tem por obrigação criar condições para ao acesso de todos à escolarização.

Outro ponto a ser abordado no atendimento pedagógico no setor pediátrico é a questão da alta do hospital e o retorno às suas escolas de origens. Segundo Fonseca (2003), o processo de transição do momento da hospitalização para o retorno às suas escolas de origem deve ser amenizado pelo pedagogo uma vez que as crianças passam algumas vezes constrangimentos quando voltam a estudar; isso foi verificado no caso de Samira quando voltou à escola no meio de uma breve liberação do hospital (internação intermitente).

A Samira foi discriminada na sala de aula pelos coleguinhas, ficou isolada durante seus poucos dias de aula e os colegas não a chamava mais para brincar, para fazer trabalhos escolares em grupo, a denominavam pelo nome de “doente”, o que a deixou constrangida, causou choro e, diante desse fato, ela não queria mais ir à escola, segundo relatos da sua mãe.

Nestes casos o pedagogo do hospital e professor da escola de origem, em atuação conjunta, poderia fazer um trabalho de conscientização na instituição escolar sobre as crianças que se hospitalizam e retornam. Os docentes da escola devem ser conscientizados sobre a importância de um acolhimento diferenciado e de reinserção da criança na escola (FONSECA, 2003).

Por isso, a necessidade de recursos tecnológicos apropriados para tais acompanhamentos escolares, como o aparelho telefônico, um computador, dentre outros. A finalidade é que todas as crianças estejam dentro da escola e não sejam excluídas da educação regular.

As exclusões das crianças fazem com que estas aprofundem ainda mais na alienação, no analfabetismo, no desfavorecimento social, na violência, na desautorização, na falta de oportunidades, no aumento das insatisfações individuais, sentimentos de indignação e de

injustiça social, porque estas ficam às margens dos processos educativos comuns oferecidos apenas às crianças sadias.

Essa forma de excluir auxilia na baixa das auto-estimas destas, desembocando muitas vezes em sentimentos incapacidade, desmotivando-as em relação à educação escolar e, conseqüentemente, à sua própria vida (STAINBACK & STAINBACK, 2007).

Os atendimentos pedagógicos nos hospitais, em alguns lugares, são, em geral, realizados em caráter de voluntariado e assistencialismos, porém, o Estado deve ter consciência das suas responsabilidades na educação e na saúde. Oferecer educação a todos faz parte de um movimento em prol dos direitos humanos fundamentais (GHANEM, 2004).

A oferta da educação escolar no hospital, bem como a presença de pedagogos atuando na equipe hospitalar, é necessária para dar oportunidades às crianças de vivenciarem momentos escolares significativos. É uma questão de cidadania, pois favorece a participação efetiva dos atores sociais que estão hospitalizados, constrói identidade; um povo escolarizado caminha em direção à diminuição das violências, em busca de uma sociedade mais justa e igualitária.

No atendimento pedagógico em ambiente hospitalar são trabalhados conteúdos não apenas escolares, mas de conscientização que, segundo Freire (1969), conscientizar possibilita a expressão das insatisfações individuais e sociais. A escolarização conduz as pessoas a superarem a noção de que o desemprego é culpa individual da falta do “dom” para aprender.

Estender horizontalmente a escolarização significaria, de modo geral, dotar os indivíduos de capacidades favoráveis para reivindicar e mesmo para exercer tanto as liberdades quanto os direitos, capacidades nas quais avulta o domínio da linguagem escrita e do cálculo elementar pela possibilidade de acesso que abrem ao estoque de conhecimento existente (GHANEM, 2004, p. 41).

A oferta da educação regular é um norte para um país democrático, porque o analfabetismo é um empecilho para que as pessoas tornem-se cidadãos participativos, exerçam seus outros direitos sociais e tenham uma vida digna. A ampliação do acesso à educação é uma questão de política pública, não apenas pedagógica. Em estudos realizados verificou-se que:

[...] a demanda do mercado de trabalho por qualificações, é o perfil geral de escolaridade alcançado pela sociedade que está determinando a relação entre escolaridade e inserção no mercado de trabalho. *Verificou-se, além disso, que a mão-de-obra necessita de maiores graus de escolaridade para competir em melhores condições por um emprego* (GHANEM, 2004, p. 69, grifo nosso).

A escolarização tem a possibilidade de melhorar esse quadro de exclusão social futura e presente. Crianças privadas de um acesso efetivo permanente à cultura têm maiores

dificuldades e caminham para um agravamento da situação social mais adiante, quando estas se tornam adultas. A educação tem essa função que é social e existencial.

No tecido social, predomina a dinâmica da “seleção natural” em que apenas os melhores conseguirão ter oportunidade no mercado de trabalho. Essa economia gera vítimas, enfraquecimento democrático e mais inviabilidades para a construção de uma sociedade mais justa (GIRON, 2008; NOGUEIRA, 2004).

O Estado tem o dever de criar condições de acesso àqueles que, de alguma forma, têm limitações nos processos educativos. Um modelo de política de “compensação” não poderia apenas estagnar nas ajudas financeiras para sanar as desigualdades sociais, é necessário pensar investimentos de caráter profundo também pela educação.

É fundamental que as secretarias da educação e da saúde cumpram sua parte de prover esse direito, para ter mais possibilidade de erradicar os altos índices de evasões e repetências, oferecendo a esses alunos o serviço de educação pedagógico-escolar hospitalar através de um convênio firmado, tendo também como parte a universidade em parceria e a presença de pedagogos que podem ser oriundos de concurso público federal para o hospital, assim como se faz a inserção de outros profissionais como o psicólogo, o enfermeiro, dentre outros.

O atendimento educacional hospitalar e o atendimento pedagógico domiciliar devem estar vinculados aos sistemas de educação como uma unidade de trabalho pedagógico das Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de educação, como também às direções clínicas dos sistemas e serviços de saúde em que se localizam (BRASIL, 2002, p. 16).

As instituições hospitalares e as secretarias de educação devem destinar recursos humanos e materiais para instalar a escola no hospital (BRASIL, 2002; FONSECA, 2003; MATOS & MUGIATTI, 2008; PAULA, 2004). Os hospitais, por sua vez, devem ter o entendimento da importância e da emergência, da oferta do atendimento pedagógico-educacional hospitalar, como uma alternativa a mais no tratamento da saúde dos hospitalizados e, assim, contribuir também para evitar a exclusão escolar e social.

As escolas hospitalares e o atendimento pedagógico hospitalar ainda são desconhecidos por grande parte dos envolvidos na educação e na saúde (FONSECA, 1999; MATOS & MUGIATTI, 2008).

Ações de atendimento educativo ao enfermo na capital ainda permanecem na obscuridade e no perfil de assistencialismo, clandestinidade e voluntariado. Pode ser melhorado se houver a criação de direcionamentos específicos de execução da educação escolar no hospital.

Uma das dificuldades tem haver com a legislação que trata sobre esta modalidade, por não ser clara ou ter estabelecido um mecanismo específico para a educação escolar aos hospitalizados, bem como a obrigatoriedade e a regularidade desse tipo de atendimento (AROSA, 2009).

Mesmo assim, existem dispositivos diversos que implicam para a legalidade desse atendimento, tanto nas leis que tratam sobre a educação como na saúde. A falta de uma lei específica não é justificativa para a ausência do atendimento pedagógico no hospital.

A pedagogia hospitalar como o ramo da pedagogia que estuda a educação escolar dentro do hospital, deve fazer parte dos currículos dos cursos de graduação em pedagogia das universidades; devem-se realizar discussões nas aulas, fomentar pesquisas, enviar estagiários da pedagogia para o ambiente hospitalar, dentre outros meios de inserir o pedagogo dentro deste contexto.

As secretarias podem também mandar professores do quadro efetivo para os hospitais, fazer capacitação específica para esse tipo de atendimento. Foi possível realizar educação escolar dentro do hospital nesta pesquisa em termos de capacidade de aprendizado das crianças hospitalizadas, mas houve entraves como a falta de recursos materiais e humanos apropriados, bem como espaços adequados para tal prática.

Para um atendimento pedagógico de melhor qualidade devem existir recursos materiais próprios que ajudem o desenvolvimento educacional para os hospitalizados. Os recursos como TV, aparelhos de DVD, aparelhos de som, telefone com ramal próprio e linha externa para facilitar o contato com as escolas dos alunos, servem como subsídios para que o ensino-aprendizagem se realize com eficiência.

Tais recursos se fazem essenciais tanto ao planejamento, desenvolvimento e avaliação do trabalho pedagógico, quanto para o contato efetivo da classe hospitalar, seja com a escola de origem do educando, seja com o sistema de ensino responsável por prover e garantir seu acesso escolar. Da mesma forma, a disponibilidade desses recursos propiciará as condições mínimas para que o educando mantenha contato com colegas e professores de sua escola, quando for o caso (BRASIL, 2002, p. 16).

Esses materiais auxiliam o professor a encaminhar o processo de educação para esses alunos, visando a melhoria da qualidade de vida do estudante no momento da hospitalização e também do reingresso à escola no qual está matriculado e a sua conseqüente reinserção social.

A implementação das escolas hospitalares, pode ser iniciada com a criação de um setor que cuide da educação escolar hospitalar, vinculado às secretarias de educação municipal, estadual ou junto à universidade, como no caso do hospital universitário.

Seriam estabelecidas normas por meio de regimento pedagógico próprio a ser instituído tendo como parceiras: a secretaria da educação, a da saúde e a universidade, estipulando especificamente as formas administrativas, como: a modalidade de matrícula, o registro, controle de frequência das crianças atendidas; elaboração, guarda e expedição de documentos; atribuições das equipes docente e de gestão da unidade; delimitação dos setores que compõe tal unidade; quadro dos profissionais da educação nos ambientes do hospital, normas de segurança, higiene e prevenção da saúde; os projetos políticos pedagógicos, política de formação continuada e os demais componentes de uma instituição de ensino (AROSA, 2009).

Como é uma modalidade de atendimento educacional no hospital, é bom também que se garantam aos profissionais do magistério seus direitos e vantagens trabalhistas. Deve ser garantido ao pedagogo do hospital o direito ao adicional de periculosidade ou de insalubridade, assim como ocorre com os profissionais de saúde (AROSA, 2009; BRASIL, 2002).

A obrigatoriedade do ensino escolar dentro do contexto hospitalar deve ser ofertada, mesmo que as condições do estado e dos municípios sejam de dificuldades, uma vez que é direito de todos à educação. É preciso que os governos atentem sobre essas questões se o objetivo é alcançar as metas da educação e diminuir os índices de exclusão escolar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No hospital, as crianças e jovens convivem com uma dinâmica tensa, típica do meio hospitalar, e como não existe, no contexto pesquisado, qualquer tipo de atendimento pedagógico, a situação fica caótica em relação às suas escolarizações, porque as crianças hospitalizadas ficam excluídas do processo educativo e terminam desistindo das escolarizações.

A internação faz com que as crianças fiquem um tempo em contato com o ambiente hospitalar e isso causa sérios danos como a baixa auto-estima, preocupações diversas, ansiedade, medo, tristeza, depressão, solidão, dores, desconforto e, conseqüentemente, perda da felicidade.

Nesse contexto, o atendimento pedagógico no hospital, mediado pelo pedagogo, surge como uma oportunidade à vida para estas crianças, uma vez que, mesmo hospitalizadas, elas continuam a se desenvolver normalmente como crianças. O pedagogo é mais um profissional que trabalha para compor o atendimento integral às crianças e jovens hospitalizados. Daí, a fundamental importância da atuação do pedagogo no ambiente hospitalar.

O HUPAA precisa ter um espaço escolar para as crianças hospitalizadas, mediado pelo pedagogo, mas é necessário que se busquem caminhos e recursos para a melhoria da qualidade do ensino no hospital, através de espaço próprio, de recursos materiais e humanos adequados para que, de fato, aconteça tal modalidade de ensino.

Mesmo com dificuldades, houve a possibilidade de realizar o ensino-aprendizagem escolar na pediatria. Foi observado que, em sua totalidade, essas crianças não apresentavam comprometimento na parte cognitiva. Isso possibilitou um atendimento comum mesmo com apenas um pedagogo atuando com o grupo de crianças investigado. Houve dificuldades também quando se referiu a atenção para os bebês e outras crianças acamadas que não puderam sair de seus leitos.

A atuação pedagógica deve atender a todas as crianças, inclusive as que estão em séries posteriores (às séries iniciais), mas para isso, são necessários mais profissionais da educação atuando juntos dentro das instituições hospitalares e com metodologias próprias para cada idade. Contudo, esta se configurou em outra dificuldade da pesquisa pelo fato de se ter apenas um pedagogo atuando (o pedagogo-pesquisador).

Foi possível a atuação do pedagogo no hospital, porém, existiu a falta de uma estrutura adequada, recursos materiais apropriados, espaço específico para a sala de aula.

Segundo documento de orientações do Ministério da Educação (2002, p. 17) são necessários “Jogos e materiais de apoio pedagógico disponibilizados ao educando pelo professor e que possam ser manuseados e transportados com facilidade, utilização de pranchas com presilhas e suporte para lápis e papel, teclados de computador adaptados, softwares educativos, pesquisas orientadas via internet, vídeos educativos etc.” Bem como um currículo flexível que favoreça a continuidade dos estudos.

As instituições hospitalares são lugares, imaginados culturalmente, como ambiente de angústia e dor, porém, este *locus* também pode ser pensado como uma oportunidade, um lugar de vida, fé e esperança para as crianças hospitalizadas e seus familiares.

São instituições complexas porque, em seu interior uno, desvelam-se as relações entre organização, desordem, articulação, sujeitos, com implicações diversas, vidas que se entrelaçam cotidianamente sem horários para terminar. Segundo Morin (2009) existe a complexidade quando há a presença de elementos indissociáveis constituintes de um todo que interagem e que faz parte de um contexto hologramático.

Foi nesse contexto que a atuação do pedagogo foi de extrema importância para as crianças hospitalizadas porque fez do espaço hospitalar um lugar instituinte de aprendizagens, por meio dos momentos de alegria, sorrisos, diálogos, escuta e de atenção, e fez com que as crianças soubessem de seus direitos de estudar no hospital.

O atendimento pedagógico no setor pediátrico ofereceu momentos de descontração e aprendizagem para as crianças atendidas por meio das atividades escolares lúdicas. Este tipo de atendimento não pode ser substituído pelo trabalho dos palhaços do hospital que tem caráter apenas para recreação. O pedagogo é o conhecedor profundo dos processos educativos e do desenvolvimento infantil.

Fundamental não somente para as crianças, mas também para seus familiares que se sentiam autores de suas implicações. Expressaram, por meio de suas falas, suas esperanças de conseguirem chegar até as curas das doenças de suas crianças/jovens; passaram a ter consciência de si e do mundo. As acompanhantes começaram a pensar em prosseguir suas escolarizações, pois se sentiram capazes de atuação social e descobriram sobre o direito que seus filhos hospitalizados têm de ter educação escolar no hospital.

O estereótipo de que criança hospitalizada não consegue estudar/aprender, pensamento dos envolvidos no início da foi desconstruído durante o processo de realização das atividades escolares.

O jornal de pesquisa contribuiu para a atuação pedagógica hospitalar como um instrumento crítico de reflexão, pois nele foram feitas as anotações dos dados observados, a

reflexão das implicações, as exterioridades das interioridades do pedagogo, uma análise de cunho profundo do pesquisador durante a pesquisa. Daí uma possibilidade de registros do trabalho do pedagogo hospitalar.

Os HU são estabelecimentos que se estruturam para oferecer campo de estudo para as atividades curriculares da área da saúde. Um hospital escola para os graduandos, sendo preciso pensar uma escola também para suas crianças.

Ter atendimento pedagógico no hospital é um direito e, por isso, a instituição hospitalar tem o dever de ofertá-la. Podem-se buscar parcerias com a universidade, com as secretarias de educação (do estado ou município), com as secretarias da saúde, abrir vagas para o cargo de pedagogo, o importante é que se faça educação dentro do hospital com qualidade e que se evite a exclusão escolar das crianças que estão doentes, também futuros adultos do amanhã.

É necessária a sensibilização dos dirigentes da saúde e da educação para a questão da humanização e para o desenvolvimento de um projeto de Estado que incluam os hospitalizados dentro da educação regular. A oferta do atendimento pedagógico no hospital é uma questão de humanização, um respeito à dignidade dessas pessoas. A saúde e a educação, ciências culturalmente fragmentadas, precisam quebrar suas fronteiras para que, juntas, consigam encontrar respostas aos problemas dessas crianças.

A abordagem do pensamento complexo e da multirreferencialidade deram o suporte necessário às análises por ser uma corrente filosófica que caminha em direção a essa humanização. Foi uma possibilidade adequada, também, porque buscou a compreensão da complexidade que permeou o atendimento pedagógico no meio hospitalar por um caminho aberto à união das diversas áreas científicas, do racional e existencial, presentes em todo o momento da pesquisa.

Ao se trabalhar com pessoas em sofrimento no hospital, buscou-se uma compreensão profunda do pesquisador, pelo próprio pesquisador, e de seus envolvidos, por meio da narrativa das implicações. O pensamento complexo e multirreferencial favoreceram tal abertura epistemológica. A proposta é que a abordagem do pensamento complexo e multirreferencial venha dar conta de tentar alicerçá-la, por ser uma filosofia humanizada.

Dentro das instituições hospitalares perpassam inúmeras situações que influenciam o trabalho pedagógico hospitalar: a ausência de uma política de estado específica, não existe um movimento político por parte do Estado, a falta de recursos didáticos necessários para a educação no hospital, a escassez de estudos científicos nesta área, as difíceis interações entre

profissionais da saúde e da educação, diversidade regional, a falta de uma diretriz específica para essa vertente tornou expressa a dificuldade do trabalho pedagógico hospitalar.

A escuta pedagógica foi uma possibilidade adequada para tratar com os sujeitos mergulhados em angústias nos períodos das internações. Ela favoreceu o diálogo sensível, pelo qual brotaram elucidações fundamentais e a construção de conhecimentos relevantes para a vida das crianças e de seus acompanhantes. Foi observada a necessidade dos envolvidos de contarem seus problemas. O pedagogo hospitalar nas suas atuações possui funções simbólicas, técnicas, ideológicas e políticas, daí o caráter indispensável deste ator no ambiente hospitalar.

As atenções pedagógicas realizadas pelo pedagogo com as crianças hospitalizadas proporcionam conhecimentos significativos para as elas, inclusive sobre os seus próprios problemas de enfermidade tornando-as mais seguras, alegres e, inclusive, trilhando no sentido da recuperação das suas saúdes e da manutenção da escolarização.

As crianças buscaram formas de se motivarem, de viverem, de brincarem, de serem felizes, de se engajarem nos estudos e foram incentivadas por meio da arte bricoladora da atuação pedagógica hospitalar. É, pois, uma das possibilidades de atuação do pedagogo, de extrema importância: a bricolagem nos métodos e estratégias no atendimento pedagógico dentro do hospital, devido à diversidade de demandas educativas das crianças. Aprender no hospital é vida, ensinar é arte.

Por fim, foi de extrema importância a atuação do pedagogo no hospital como uma luz no fim do túnel, um sopro de vida e de esperança para as crianças que estão excluídas da escola pela hospitalização. É preciso que o Estado fomente políticas de oferta de educação para este segmento. Assim, estará se trabalhando para uma sociedade mais justa, humana e igualitária.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, José da Silva Filho. **O teatro de animação** – uma linguagem artística pedagógica nos processos criativos com uma abordagem complexa multirreferencial. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2010.

ARDOINO, Jacques. **Para uma pedagogia socialista**. Tradução de Rogério de Andrade Córdova (Org.). Brasília: Plano, 2003.

ANGHER, Anne Joyce. **Vade mecum: acadêmico de direito**. 4. ed. São Paulo: Rideel, 2007.

AFONSO, Almerindo Janeia. **Políticas educativas e avaliação educacional**. Portugal: Universidade do Minho, 2000.

ARAÚJO, Sérgio Onofre. **Gestão democrática?** Os desafios de uma gestão participativa na educação pública em uma sociedade clientelista e oligárquica. Maceió: EDUFAL, 2007.

ARRETCHE, Marta. **Estado federativo e determinantes da descentralização de políticas sociais**. São Paulo: FAPESP, 2000.

AROSA, Armando de Castro Cerqueira. **Escola no hospital: políticas públicas para educação de estudantes hospitalizados**. Texto de palestra ministrada no IX EDUCERE – 2009. Disponível em: <<http://quandoaescolaenhospital.blogspot.com>>. Acesso em 05 dez. 2010.

AZEVEDO, Janete. Continuidade e mudanças nas políticas e práticas de gestão educacional. **Revista Brasileira de política e Administração da Educação** – RBPAE (ANPAE). v. 25. n. 2. mai/ago. 2009

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução n. 41, de outubro de 1995. **Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados**. Brasília, Imprensa Oficial, 1995.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Resolução CNE/CEB n. 2, de 11 de Setembro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica**. Brasília, MEC, 2001.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Classe Hospitalar e atendimento domiciliar: estratégias e orientações**. Brasília, MEC, 2002.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente. Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 05 dez. 2010.

_____. **Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996**. Dispõe sobre a lei de diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 20 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em: 05 dez. 2010.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Projeto Escola Viva: garantindo o acesso e permanência de todos os alunos na escola – necessidades educacionais especiais**. Brasília, MEC, 2005.

BARBIER, René. **A pesquisa-ação**. Tradução de Lucie Didio. Brasília: Liber Livro, 2007.

BARBOSA, Joaquim Gonçalves; BORBA, Sérgio da Costa; ROCHA, Jamesson (Org.). **Educação e complexidade nos espaços de formação**. Brasília: Plano, 2003.

BARBOSA, Joaquim Gonçalves. et al. A gestão escolar e a formação do sujeito: três perspectivas. **Revista Brasileira de política e Administração da Educação – RBP AE** (ANPAE). v. 22, n.1, p. 109-123, jan/jun. 2006.

BARBOSA, Joaquim Gonçalves; COSTA, Sílvia Maria. Etnometodologia multirreferencial: contribuições teórico-epistemológicas para a formação do professor pesquisador. **Revista Educação & Linguagem**, ano 11, nº 18, jul/dez. 2008.

BARROS, Alessandra Santana. A prática pedagógica em uma enfermaria pediátrica: contribuições da classe hospitalar à inclusão desse alunado. **Revista Brasileira de Educação. Espaço Aberto**. V. 12. set/dez. p. 84-93. 1999.

BORBA, Sérgio da Costa. **Multirreferencialidade na formação do professor-pesquisador: da conformidade à complexidade**. Maceió: EDUFAL, 2001.

BRITO, Ângela M. B. B. de. Saúde da população negra e religiões afro-brasileiras. **Kulé-Kulé: Afroatitudes**. Maceió: EDUFAL, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg. Classe Hospitalar: encontros da educação e da saúde no ambiente hospitalar. **Revista Pátio**. Porto Alegre, Ano 3, ago/out 1999. p. 41-44.

CAIADO, Kátia R. M. et al. O trabalho pedagógico no ambiente hospitalar: um espaço em construção. In: RIBEIRO, Maria Luisa S.; BAUMEL, Roseli Cecília R. C. **Educação Especial: do querer ao fazer**. São Paulo: AVERCAMP, 2003.

CALIL, Eduardo. **Metodologia da língua portuguesa: análise reflexiva sobre a língua** (ortografia, pontuação e gramática). Maceió: UFAL/CEDU, 2007.

CARDOSO, Silvia Helena. O poder do riso. **Revista Cérebro & Mente**. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, 2002.

CORAGGIO, José Luis. Propostas do Banco Mundial para a Educação: sentido oculto ou problemas de concepção? In: HADDAD, Sérgio; TOMMASI, Lívia de; WARDE, Mirian J. **O Banco Mundial e as Políticas Educacionais**. São Paulo: Cortez, 2000.

CAVALLEIRO, Eliane. **Do silêncio do lar ao silêncio escolar: racismo, preconceito e discriminação na educação infantil**. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2005.

DARELA, Maristela Silva. **Classe Hospitalar e escola regular: tecendo encontros**. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

DESLANDES, Suely Ferreira; MINAYO, Cecília de Souza (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

DRAIBE, Sônia Mirian. **Ciclo e reformas de políticas públicas em ambientes de consolidação democrática**. Disponível em <<http://www.nepp.unicamp.br/index.php?p=20>>. Acesso em: 03 out. 2010.

ESTEVES, Cláudia R. **Pedagogia Hospitalar: um breve histórico**. Disponível em: <<http://www.smec.salvador.ba.gov.br>>. Acesso em: 11 mar. 2011.

FERREIRA, Eliane Maria de Araújo. **Ser professor... ser humano: por uma ética pessoal e planetária**. Maceió: EDUFAL, 2006.

FONSECA, Eneida Simões da. **Atendimento Pedagógico-Educacional para Crianças e Jovens Hospitalizados: realidade nacional**. Brasília: INEP, 1999.

FONTES, Rejane S. **A escuta pedagógica à criança hospitalizada**: discutindo o papel da educação no hospital. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2003.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, set/dez 2004.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Educação e a crise do capitalismo real**. São Paulo: Cortez, 1995.

GALLIAN, Dante M. C. **A (re) humanização da medicina**. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>>. Acesso 10 mar. 2011.

GHANEM, Eli. **Educação escolar e democracia no Brasil**. Belo Horizonte: Autêntica/Ação Educativa, 2004.

GIRON, Graziela Rosseto. Políticas Públicas, Educação e Neoliberalismo: o que isso tem a ver com cidadania? **Revista da Educação**. n. 24, p. 16-27. Campinas: PUC, 2008.

HADDAD, Sérgio; TOMMASI, Livia de; WARDE, Mirian J. **O Banco Mundial e as Políticas Educacionais**. São Paulo: Cortez, 2000.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

HESS, Remi. **Produzir sua obra**: o momento da tese. Tradução de Sérgio da Costa Borba e Davi Gonçalves. Brasília: Líber Livro, 2005.

JANUZZI, Gilberta de Martino. **A educação do deficiente no Brasil**: dos primórdios do início do século XXI. São Paulo: Autores Associados, 2004.

JOSSO, Marie-Christine. **A transformação de si a partir da narração de histórias de vida**. Tradução de Maria do Carmo Monteiro Pagano. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/viewFile/2741/2088>>. Acesso em 11 de mai. 2010.

JOSSO, Marie-Christine . **Experiências de vida e formação**. Tradução de José Cláudio e Júlia Ferreira. 2. ed. São Paulo: Paulus, 2010.

KISHIMOTO, Tizuko Morchida et al. **O brincar e suas teorias**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

LEITÃO, Elione Maria Diógenes. Avaliação discursiva do Plano de desenvolvimento da escola. In: **Política Educacional do Ceará em questão: avaliação das formas discursivas**. Campinas/SP: Arte Escrita, 2010.

LISBOA, Teresinha Covas. Breve história dos hospitais: da antigüidade à Idade Contemporânea. **Revista Notícias Hospitalares: Gestão de saúde em debate**, Jun/Jul, nº 37, ano 4, 2002.

LÜDKE, Menga. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACEDO, Roberto Sidnei. **Chrysalis, currículo e complexidade: a perspectiva crítico-multirreferencial e o currículo contemporâneo**. 2. ed. Salvador/BA: EDUFBA, 2005.

_____. **Compreender/ mediar a formação: o fundante da educação**. Brasília: Líber Livro, 2010.

_____. **Etnopesquisa crítica, etnopesquisa-formação**. Brasília: Líber Livro, 2006.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 871-877, jul/ago. 2007.

MANTOAN, Maria Teresa Egler; PIETRO, Rosângela Gavioli. **Inclusão escolar: pontos e contrapontos**. 2. ed. São Paulo: Summus, 2006.

MARTINS, José Maria. **A lógica das emoções: na ciência e na vida**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2004.

MATOS, Elizete Lúcia M.; MUGIATTI, Margarida M.T.F. **Pedagogia Hospitalar: a humanização integrando educação e saúde**. 3. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2008.

MITTLE, Peter. **Educação Inclusiva: contextos sociais**. Tradução de Windiz Brazão Ferreira. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução de Eliane Lisboa. 3.ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

_____. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Edgar Morin em foco**. Tradução de Edgard de Assis Carvalho. PENA-VEGA, Alfredo; LAPIERRE, Nicole (Orgs.). São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Edgar Morin: ética, cultura e educação**. PENA-VEGA, Alfredo; ALMEIDA, Cleide R. S.; PETRAGLIA, Izabel. (Orgs.). 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MORIN, Edgar; CIURANA, Emílio Roger; MOTTA, Raúl Domingo. **Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MOYLES, Janet R. **Só brincar? O papel do brincar na educação infantil**. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

MUNANGA, Kabengele. **Superando racismo na escola**. 2. ed. Brasília: Ministério da Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2005.

_____, Kabengele. **Estratégias e Políticas de Combate à discriminação Racial**. São Paulo: USP/ Estação Ciência, 1996.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. São Paulo: Cortez, 2004.

OLIVEIRA, Zilma Ramos de. **Educação infantil: fundamentos e métodos**. São Paulo: Cortez, 2010.

PARRA FILHO, Domingos. **Apresentação de trabalhos científicos: monografia, TCC, teses e dissertações**. 3. ed. São Paulo: Futura, 2000.

PAULA, Ercília M. A. Teixeira. **A educação como proteção integral para crianças e adolescentes hospitalizados.** Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/ErciliadePaula.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2010.

_____. **O ensino Fundamental na escola do hospital:** espaço da diversidade e cidadania. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reuniões/29ra/trabalhos/trabalho/GT13-1869--Int.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2010.

_____. **Educação, diversidade e esperança:** a práxis pedagógica no contexto da escola hospitalar. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal da Bahia, 2004.

RISCADO, Jorge Luís. O impacto das ações contra o racismo na Universidade Federal de Alagoas - UFAL. In: **Kulé-Kulé:** Afroatitudes. Maceió: EDUFAL, 2007.

RODRIGUES, David. Educação inclusiva: mais qualidade à educação. In: **Ensaios pedagógicos.** Brasília: Ministério da Educação/ SEE, 2007.

ROMÃO, José Eustáquio. **Sistemas municipais de educação:** lei de diretrizes e bases e a educação do município. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2010.

SANDER, Benno. **Políticas públicas e gestão democrática da educação.** Brasília: Líber Livro, 2005.

SANTOS, Valdecí dos. **O discurso do biólogo sobre a morte:** matizes e metáforas do saber que o sujeito não deseja saber. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

SAVIANI, Demerval. **História das idéias pedagógicas no Brasil.** Campinas: Autores Associados, 2007.

SILVA, Elza Maria da. **A educação infantil em Alagoas:** (re) construindo suas raízes. Maceió: EDUFAL, 2009.

SOARES, M^a Clara Couto. Banco Mundial: políticas e reformas. In: HADDAD, Sérgio; TOMMASI, Lívia de; WARDE, Mirian J. **O banco mundial e as políticas educacionais.** São Paulo: Cortez, 2000.

SOUSA, Rosimeire Petuba de. **O clown e a humanização da saúde no hospital universitário**: estudo de caso do projeto sorriso de plantão. Monografia (Graduação em Teatro) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2009.

STAINBACK, Susan; STAINBACK, William. **Inclusão**: um guia para educadores. Tradução: Magda França Lopes. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

TESSARO, Nilza Sanches. **Inclusão Escolar**: concepções de professores e alunos da regular e especial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

TAQUETTE, Stella R. Ação afirmativa na UERJ – o projeto afroatitude no NESSA/UERJ. In: FERNANDES, Raquel Rocha de Almeida Barros (org.). **Kulé-Kulé**: afroatitudes. Maceió: EDUFAL, 2007.

VYGOTSKY, L.S. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WOLF, Rosângela Abreu do Prado. **Pedagogia Hospitalar**: a prática do pedagogo em instituição não-escolar. Disponível em:
<<http://www.uepg.br/revistaconexao/revista/edicao03/artigo11>>. Acesso 10 mar. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CRIANÇAS HOSPITALIZADAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Nome*	Idade	Tempo Internação (em dias)	Situação Clínica	Acompanhantes
PAULO	5	90	PROBLEMA RENAL	MÃE
MARIA	5	60	DERRAME PLEURAL	MÃE
MARCOS	9	30	PROBLEMA RENAL	MÃE
SAMIRA	10	105	LÚPUS E PROBLEMA RENAL	MÃE
PEDRO	7	60	ANEMIA FALCIFORME	MÃE
JOÃO	8	20	OTITE	AVÓ/ MÃE
ALYA	6	30	FEBRE REUMÁTICA	MÃE
RANIA	14	30	HIDROCEFALIA	MÃE
LAILA	14	60	PROBLEMA RENAL	VÓ/ TIA
FÁBIO	2	30	MEGA CÓLON	MÃE
AUGUSTO	4	15	PROBLEMA RENAL	MÃE
GETÚLIO	9	23	REUMATISMO	TIA
SÉRGIO	2	30	DESNUTRIÇÃO	VÓ
MÁRIO	8	2	HÉRNIA E FIMOSE	MÃE
JOSÉ	4	4	PROBLEMA TESTÍCULOS	MÃE
CRISTINE	10	20	ANEMIA, PNEUMONIA, RENAL	MÃE
JORDAN	4	15	PROBLEMA RENAL	MÃE
JAMAL	5	5	PNEUMONIA	MÃE
CÉSAR	6	1	SINAL ROSTO, FERIDAS NO CORPO	MÃE
JAIRO	8	2	PROBLEMA RENAL	MÃE
NURA	12	2	DENGUE	MÃE
AMINA	9	60	PROBLEMA RENAL - UTI	MÃE
JÚLIO	10	2	FIBROSE CÍSTICA	MÃE

APÊNDICE B – DOENÇAS ENCONTRADAS NAS CRIANÇAS DA PEDIATRIA DO HUPAA

Lúpus (Lúpus Eritematoso Sistêmico - LES) é uma enfermidade inflamatória de causa desconhecida, mas que é desencadeada pela exposição da pessoa em ambientes que contenham vírus, bactérias, radiações, agentes químicos, que entram em contato com o sistema imune do indivíduo induzindo a produção inadequada de anti-corpos, que por sua vez causam lesões nos tecidos do corpo. Atinge na maioria mulheres, pode ser benigna, grave ou letal. Suas manifestações clínicas: mal-estar, febre, fadiga, emagrecimento, falta de apetite, problemas nas articulações, renais, coração, aparelho digestivo, anemia, dentre outras lesões.

Megacólon ou doença de Hirschsprung é uma doença genética onde uma porção do intestino grosso não possui terminações nervosas que controla as contrações e os movimentos do intestino. Por não ter a rede nervosa que deveria empurrar o alimento para o intestino, as fezes voltam para dentro do corpo ao invés de ir à direção do ânus. As manifestações são: prisão de ventre crônica, vômitos do bolo fecal, devido a tais complicações é uma enfermidade fatal. Seu tratamento é a intervenção cirúrgica.

Anemia Falciforme é uma enfermidade que passa dos pais para os filhos (hereditária). Ela causada pela alteração dos glóbulos vermelhos do sangue, tornando-os parecidos com uma foice, daí o nome falciforme, causando a anemia. A hemoglobina, que transporta o oxigênio e dá a cor aos glóbulos vermelhos, é essencial para a saúde de todos os órgãos do corpo, por isso que tal doença traz grandes complicações para suas vítimas. É mais comum em pessoas negras (8% no Brasil), mas devido à constante mistura de raças historicamente ocorrida no país, pode acontecer em pessoas brancas ou pardas. Seus sintomas são muitos: dores, icterícia, inchaços nos pés e mãos (síndrome pé-mão), infecções, úlceras, problemas no baço. Ao descobrir a doença os pacientes devem ser acompanhados por toda a vida por uma equipe com vários profissionais treinados no tratamento da anemia falciforme para orientar a família e o enfermo a verificar rapidamente os sinais de gravidade da doença para tratar adequadamente as crises, prevenindo tais crises. As crianças internadas com anemia falciforme ficam em internações permanentes e depois intermitentes no HU. Na pediatria aparecem tais casos, mas no momento em que cheguei lá conheci um menino que tinha esse problema.

Hidrocefalia é o acúmulo anormal de água na cabeça, produzida dentro nas cavidades cérebros. Nas crianças causam irritabilidade, vômitos, náuseas, macrocefalia, fontanela tensa

(“moleira da criança”, é na arte da frente da cabeça), dificuldade para fixação e controle da cabeça, alteração ocular, dor de cabeça dentre outros sintomas.

Derrame Pleural não é uma doença, mas sim a manifestação de outras doenças. É o acúmulo de líquido em excesso entre as pleuras. Se não tratado adequadamente, esta patologia pode levar o paciente à falta grave de ar e até à morte.

A *Hipertensão Arterial Sistêmica* é uma doença crônica que, quando não tratada e controlada adequadamente, pode levar a complicações que podem ocorrer infartos, hemorragias, encefalopatia hipertensiva, cardiopatia, reduzir a visão, ocorrer entupimentos das artérias, aneurisma, doença, dentre outros sintomas.

Reumatismo é uma denominação de várias doenças diferentes das articulações ou não. Ouve-se falar popularmente que reumatismo é quando sentem dores nos “nervos ou juntas”. Esta enfermidade acomete o sistema músculo-esquelético, ou seja, ossos, articulações, cartilagens, músculos, fâscias, tendões e ligamentos. As doenças reumáticas mais conhecidas são: osteoartrose, artrite reumatóide, osteoporose, gota, lúpus, febre reumática, fibromialgia, tendinite, bursite e diversas patologias que acometem a coluna vertebral. Além disso, essas doenças também podem comprometer diversos órgãos do corpo humano, como os rins, o coração, os pulmões, a bexiga, o intestino e a pele.

As doenças reumáticas atingem cerca de 15 milhões de brasileiros e não são contagiosas. Essa enfermidade gera sofrimento individual com reflexos na vida social e econômica das pessoas, uma vez que estas doenças enquadram-se entre as principais causas de incapacidade física e de afastamento temporário ou definitivo do trabalho. Podem ser causadas ou agravadas por fatores genéticos, traumatismos, trabalho intenso, obesidade, sedentarismo, estresse, ansiedade, depressão e alterações climáticas.

Seus sintomas: dor e calor nas articulações, edema (“inchaço”), rigidez matinal (dificuldade para movimentar as articulações ao acordar de manhã), fraqueza muscular e, conforme a patologia, lesões de pele, dor de cabeça, queda de cabelo, fadiga, emagrecimento e febre.

Síndrome Nefrótica não é uma doença, mas um conjunto de sinais e sintomas. Ocorre nos pacientes que têm uma proteína na urina consistente (proteinúria). A proteinúria ocorre devido alterações do filtro renal, por inúmeros motivos. Esta síndrome é a forma de apresentação de várias doenças renais que se manifestam no corpo. O modo de início é lento e o inchaço vai se instalando aos poucos. Começa pelas pernas e pálpebras dos olhos e generaliza por todo o corpo.

Fibrose Cística é uma doença herdada geneticamente e na predominância das vezes, é diagnosticada na infância, embora também possa ser diagnosticada na adolescência ou na vida adulta. Na fibrose cística, as enzimas do pâncreas, que deveriam auxiliar a digerir alimentos gordurosos, não são liberadas para dentro do intestino. Com isso, os alimentos (principalmente os gordurosos) são mal digeridos e as fezes podem ficar volumosas, espessas, fétidas e gordurosas. Causa vários problemas no corpo, na região do pâncreas e na respiração. Há o problema respiratório devido à obstrução das passagens de ar do pulmão pela junção de muco espesso e pegajoso. As pessoas com fibrose cística têm um funcionamento anormal das glândulas que produzem o muco, suor, saliva, lágrima e suco digestivo.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

Para as acompanhantes:

1. O que o/a Senhor (a) pensa a respeito do afastamento escolar dessas crianças durante todo esse tempo em que ficam internadas?
2. O que a senhora pensa sobre ter atendimento pedagógico dentro do hospital?
3. Há quanto tempo seu filho (a) está hospitalizado (a)?
4. Qual o problema de saúde do seu filho (a)? (a causa da internação)?
5. Qual a sua origem (cidade, estado)? E a de seu filho (a)?
6. O seu filho já frequentou escola? Se já frequentou, qual a série?
7. Quantas vezes seu filho precisou se internar?
8. Quantas vezes seu (sua) filho (a) se afastou da escola por motivo de doença?
9. Qual a sua etnia?
10. Quanto tempo a senhora e seu (sua) filho (a) ficará internada?
11. Qual a sua escolaridade?
12. A senhora já precisou se internar para tratar da sua saúde também?
13. Qual o sentimento de ficar acompanhando seu filho internada também na pediatria?
14. A senhora acha que a oferta da educação escolar no hospital pode melhorar esse quadro?
15. Conte-me sua história de vida.
16. Conte-me a história de seu filho(a).
17. Fale-me um pouco sobre seus acontecimentos pessoais. (não se esquecer de dizer o período em que aconteceu).
18. Fale-me sobre seus acontecimentos profissionais. (com seu trabalho - não se esquecer de dizer o período em que aconteceu).

19. Conte-me sobre os acontecimentos escolares (não se esquecer de dizer o ano, o período em que aconteceu).
20. O que você aprendeu na vida (experiências existenciais).
21. Quais suas aspirações para o futuro?
22. Qual a importância da educação escolar para você? Por quê?
23. Como você se vê como pessoa (auto-retrato em movimento)?
24. E sua relação com sua família?
25. Como é sua relação com seus filhos?
26. Quais suas perspectivas para o futuro? E para o futuro de seu filho (a)?
27. Gostaria de acrescentar algo mais?

Para a criança hospitalizada:

1. Quantos anos você têm?
2. Você gosta de estudar?
3. Você sente vontade de ir à escola?
4. Qual a sua brincadeira favorita?
5. O que você gosta de ler? (revista em quadrinho, historinhas, revistas de esportes, jornal?)
6. Você sabe o motivo da sua internação?
7. O que você fica fazendo enquanto está internado?
8. O que você pensa sobre ficar hospitalizado? O que você imagina?
9. Você queria mudar alguma coisa para melhorar esse momento?
10. O que você acha de ter uma professora aqui no hospital?
11. Você gosta quando os palhaços vêm visitar?

Para a equipe do hospital:

1. Qual a contribuição de se ter o atendimento pedagógico para as crianças hospitalizadas dentro do setor?
2. O que o (a) senhor (a) pensa de se ter um pedagogo atuando com a equipe?
3. Existem muitas crianças internadas?
4. Qual a rotatividade dos internamentos?
5. Em média quanto tempo de internação, as crianças podem ficar?
6. E os jovens? Ficam também no setor pediátrico?
7. Em geral quais as enfermidades mais comuns neste hospital?
8. Na sua visão como é a realidade das crianças neste setor?
9. Conte-me sua história.

Para os palhaços:

1. Qual a contribuição de se ter o atendimento pedagógico para as crianças hospitalizadas dentro do setor?
2. O que o (a) senhor (a) pensa de se ter um pedagogo atuando com a equipe?
10. Na sua visão como é a realidade das crianças neste setor?
11. Como é trabalhar como palhaço dentro do hospital?
12. Conte-me sua história.

**APÊNDICE D – ENTREVISTA APÓS AS ATIVIDADES ESCOLARES REALIZADAS
PELO PEDAGOGO**

- 1 Qual a sua opinião sobre os efeitos que as atuações escolares promovidas pela pedagoga-pesquisadora tiveram nas suas crianças?
- 2 Na sua opinião os atendimentos pedagógicos deveriam continuar? Por quê?
- 3 Na sua opinião você pensa que a atuação escolar dentro deste hospital irá contribuir para minimizar os efeitos da hospitalização das crianças?
- 4 Qual a sua opinião sobre ter escola dentro do hospital?
- 5 A atuação escolar iria contribuir para minimizar os prejuízos do afastamento das crianças das suas escolas de origem?
- 6 Dê algumas propostas de ações que poderiam contribuir para melhorar a qualidade de vida das crianças no hospital?
- 7 Gostaria de acrescentar algo mais?

APÊNDICE E – POESIA ELABORADA PELA AUTORA*A poesia da Complexidade*

*Se estudar na complexidade
É compreender a multidisciplinaridade
O que fazer dos sujeitos que,
De tanto ter feito,
Tem uma visão, que só usa as metades?*

*De tanto “complexizar”
As pessoas acham que vou endoidar
Mas o que fazer?
Se elas não querem conhecer
Outra maneira de pensar?*

*Complexidade é assim:
Um pouco de historicidade,
Outro de poeticidade e conhecimentos científicos
Inacabados e entrelaçados
Que parece não ter fim...*

(Por Sandra Santana)

ANEXOS

ANEXO A – DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADO

Brasil

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

Resolução 41/95

-
1. Direito a proteção, a vida e a saúde com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.
 2. Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa.
 3. Direito de não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade.
 4. Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.
 5. Direito de não ser separada de sua mãe ao nascer.
 6. Direito de receber aleitamento materno sem restrições.
 7. Direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la.
 8. Direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário.
 9. Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar durante sua permanência hospitalar.
 10. Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida.
 11. Direito a receber apoio espiritual/religioso, conforme a prática de sua família.

12. Direito de não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.
13. Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária.
14. Direito a proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos.
15. Direito ao respeito à sua integridade física, psíquica e moral.
16. Direito a preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais.
17. Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação de massa, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética.
18. Direito a confidência dos seus dados clínicos, bem como direito de tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na instituição pelo prazo estipulado em lei.
19. Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente.
20. Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução n° 41 de Outubro de 1995 (DOU 17/19/95).

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O USO DOS DEPOIMENTOS E IMAGENS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntári(o,a) da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,[1 CLIQUE NO NÚMERO PARA VER INSTRUÇÕES NO VERSO]
, tendo sido convidad(o,a) a participar como voluntári(o,a) do estudo
 [2], recebi d(o,a) Sr(a). [3]
, d(o,a) [4], responsável por sua execução, as
 seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes
 aspectos:

Que o estudo se destina a [5]

Que a importância deste estudo é a de [5]

Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: [5]

Que esse estudo começará em _____ e terminará em _____

Que o estudo será feito da seguinte maneira: [5]

Que eu participarei das seguintes etapas: [5]

Que os outros meios conhecidos para se obter os mesmos resultados são as seguintes:
 [5]

Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes:
 [5]

Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: [5]

Que deverei contar com a seguinte assistência: [5], sendo responsá-
 ve(l, is) por ela : [6]

Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não
 diretamente são: [5]

Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: [5]

Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

Que eu poderei, sem o saber, fazer parte de um grupo de outros voluntári(os,as) que deverão utilizar falsos medicamentos que não produzirão nenhum efeito sobre mim.

[SOMENTE SE FOR USADO PLACEBO]

Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Que eu deverei ser indenizado por qualquer despesa que venha a ter com a minha participação nesse estudo e, também, por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para essas despesas, foi-me garantida a existência de recursos.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr(a).

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Endereço d(os,as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição:

Endereço

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade:

Telefones p/contato:

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:

Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041

Maceió,

(Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal - Rubricar as demais folhas)	Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

Instruções:

Este TCLE é um modelo que contempla todos os requisitos fixados pela Resolução 196/96-CNS. Entretanto, dependendo do tipo de pesquisa, algum item pode vir a ser desnecessário, como, por exemplo, o uso de placebo, se esse procedimento não constituir parte do protocolo da investigação.

Preencher todos os campos.

[1] nome completo d(o,a) voluntári(o,a) ou, d(o,a) responsável legal nos casos deste ser menor de idade ou estar impossibilitado de manifestar-se autonomamente.

[2] título completo da pesquisa.

[3] FUNÇÃO, TITULAÇÃO E nome completo d(os,as) responsáve(l,is) pela pesquisa (Ex.: Prof. Dr. Fulano de Tal).

[4] razão social da Instituição onde a pesquisa será desenvolvida (Ex.: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas).

[5] Completar as informações em linguagem acessível, utilizando de termos e expressões de uso popular corrente. Manter o uso da 1ª pessoa do singular Esclarecer todos os itens, mesmo aqueles que não tenham implicações diretas com o estudo proposto (Ex.: A participação no estudo não trará nenhum risco à minha saúde física ou mental). Constatada a omissão de algum item, o CEP condicionará a aprovação do projeto à comprovação de sua inclusão no Termo.

[6] Indicar os, as responsáveis, endereço, telefone, etc.

Não esquecer de incluir as informações sobre o CEP/UFAL e também as assinaturas dos responsáveis no modelo de TCLE que constará do projeto.

Imprimir o TCLE frente-e-verso.