

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

***A PEDAGOGIA HOSPITALAR: UMA ESTRATÉGIA PARA
INCLUIR E CONDUZIR CRIANÇAS HOSPITALIZADAS***

Emiliane Rodrigues Dominguez

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Kamila Lockmann

Linha de pesquisa: Espaços e tempos educativos

**RIO GRANDE
2018**

Ficha catalográfica

D671p Dominguez, Emiliane Rodrigues.

A Pedagogia Hospitalar: uma estratégia para incluir e conduzir crianças hospitalizadas / Emiliane Rodrigues Dominguez. – 2018.

143 p.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-graduação em Educação, Rio Grande/RS, 2018.

Orientadora: Dr^a. Kamila Lockmann.

1. Pedagogia Hospitalar 2. Políticas de Inclusão 3. Governamento
I. Lockmann, Kamila II. Título.

CDU 37:614

EMILIANE RODRIGUES DOMINGUEZ

***A PEDAGOGIA HOSPITALAR: UMA ESTRATÉGIA PARA
INCLUIR E CONDUZIR CRIANÇAS HOSPITALIZADAS***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Kamila Lockmann

Linha de pesquisa: Espaços e tempos educativos

Aprovada em 27 de fevereiro de 2018.

Profª Drª Kamila Lockmann – Orientadora

Profª Drª Madalena Klein - UFPEL

Profº Dr. Luiz Felipe Alcantara Hecktheuer - FURG

AGRADECIMENTOS

*Eu ouvi palavras ditas com carinho
De que na vida ninguém é feliz sozinho
E você é um alguém que sempre me fez bem
Me protegeu e me tirou de todo perigo
E quando eu precisei você chorou comigo
Valeu por você existir, é tão bom te ter aqui*

*Eu rezo e peço pra Deus cuidar
A sua vida abençoar
Vou correr por você até o fim*

*Me quis tirar do mal, eu percebi
Disse verdades que eu mereci
Então pra sempre amigos, sim
Se Deus quiser
Vou ter você guardado no meu coração
Até nos seus conselhos de irmão
E é pra você que eu dedico essa ...
(MCs Pikeno & Menor, 2010)*

Dissertação. É chegado o momento de agradecer e o quanto essa tarefa é uma tarefa difícil, pois, ao escrever essas linhas, lágrimas rolam; rolam de alegria, pela etapa conquistada, de alívio, pelo fim dessa caminhada e rolam em agradecimento a tudo e a todos que contribuíram nessa conquista. Por isso, a todos que cruzaram a minha vida e proporcionaram essa caminhada de grandes aprendizagens, o meu muito obrigada!

Obrigada, Deus! Obrigada, Google!!! Desculpa a brincadeira, Priscila Olete, mas professoras como a Kamila Lockmann encontramos no Google, sim (hahaha). Eu a encontrei lá e agradeço muito por isso. Uma simples pesquisa no Google me oportunizou conhecer a minha futura orientadora. A conheci por meio de suas escritas. Ao ler sua dissertação, tudo me pareceu um pouco difícil, mas, ao mesmo tempo, algo fascinante – um mundo das problematizações – que, até então, eu não conhecia; a apresentação para mim da teoria pós-

estruturalista. Kamila, obrigada, por ser essa pessoa/professora de um coração enorme, amiga, parceira, exigente e que conseguiu, apesar das minhas dificuldades, fazer-me colocar no papel minhas escritas, me oportunizou fazer com que essa dissertação se torna-se uma realidade. Mais uma vez, obrigada por ser essa grande profissional. Te adoro!

Aos professores que aceitaram com muito carinho compor a Banca de Qualificação e a Banca de Defesa, professora Madalena Klein e professor Luiz Felipe Alcântara Hecktheuer. Obrigada pela disponibilidade e contribuições para a pesquisa. Professora Madalena, a senhora não tem ideia do quanto o seu sorriso ao adentrar a porta no dia da qualificação e seu abraço acolhedor aliviou o meu nervosismo, tornando aquele momento tenso em um verdadeiro momento de aprendizagem. Obrigada pelo carinho e contribuições para o refinamento dessa pesquisa. Ao professor Felipão (Luiz Felipe Alcântara Hecktheuer), obrigada pelas contribuições. Como não retornar ao livro *Governo dos Vivos* e não lembrar das nossas aulas e também não relembrar das práticas confessionais e da reconfiguração dessas práticas. Por isso, confesso (rsrsrs) o trabalho de escrita não foi fácil, mas um desafio que contou com seu apoio. Obrigada!

Obrigada também às professoras que, ao longo das disciplinas, oferecidas no Mestrado foram contribuindo para a escrita da pesquisa. Professora Andressa Mutz, Professora Raquel Quadrado, Professora Maria Renata Alonso Mota, Professora Paula Regina Ribeiro, Professora Joanalira Magalhães. O meu muito obrigada!

Agradeço à Universidade Federal de Rio Grande (FURG) pela oportunidade em cursar o Mestrado em uma universidade pública e de excelentíssima qualidade, local onde também cursei minha graduação. Ao PPGEdu – Programa de Pós-Graduação em Educação – pelo apoio e acolhida ao meio acadêmico. Ao GEIX / CNPq – Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação e In/Exclusão, coordenado pela professora Kamila, pelas contribuições e aprendizagens oportunizadas durante nossos encontros. Obrigada a todos do GEIX. Um grupo que vem crescendo e mostrando a todos a que veio, por isso não vou colocar nomes, mas sintam-se todos agradecidos, pois me sinto lisonjeada de fazer parte desse grupo. Em especial, a amiga Rosimar pela garra e determinação. Um exemplo de persistência. Obrigada às amigas feitas no mestrado na primeira disciplina que cursei como aluna especial: Aline, Camila, Carol, Dani, Evandro, Letícia. Precisamos marcar um novo encontro para comemorar. Obrigada pelos momentos vividos e compartilhados e obrigada pelo carinho de todos e pela acolhida. Também ao reencontro com a Carolina Capilheira depois de tanto tempo de nossa graduação. Mostrando que, mesmo depois de tanto tempo passado, nunca é tarde para recomeçarmos. Te adoro!

Ao pessoal da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande – ACSCRG na, pessoa da Irmã Liliane, e aos demais profissionais que possibilitaram o desenvolvimento desta pesquisa nessa instituição. Às enfermeiras Cristina e Luciana, pela acolhida no setor da pediatria e às demais profissionais dessa ala, que sempre me receberam com muito carinho. Também não posso deixar de agradecer à Angélica, profissional sempre disposta a me ajudar. Obrigada a todos. Em especial, às crianças e seus familiares que, mesmo passando por um momento muito delicado em suas vidas, sempre me receberam com muito carinho.

À Carol Freitas, uma exemplo de menina – guerreira. Obrigada pela oportunidade de te conhecer e de poder ouvir um pouco das tuas vivências no hospital. Te desejo muita saúde e perseverança para sempre seguir em frente com este bom humor. Sucesso minha querida!

As colegas da Escola Soares de Paiva. Em especial, às minhas amigas Bárbara e Meg pelos momentos de descontração e de escuta durante a travessia entre Rio Grande - São José do Norte e São José do Norte - Rio Grande. Obrigada, meninas!

A todas as colegas da EMEI Fraternidade, em especial à Fabiane Prestes e à Lidia Dias, pelo carinho e pelo apoio na realização de minha pesquisa. Também não posso deixar de agradecer à Brenda, pela escuta de minhas angústias e aflições e o carinho dos meus pequenos e seus familiares. Obrigada!

Não poderia deixar de agradecer ao meu Quinteto Fantástico (Kátia, Pamella, Paola, Queila) presentes que a EMEI Fraternidade me deu. Obrigada minhas amigas. Amo vocês!

À minha grande amiga e confidente, Cátia Machado. Ah, se aquele muro falasse! Sinto falta das nossas conversas, sei que ando ausente. Obrigada pelas palavras de carinho e apoio e por estar sempre me incentivando. Te adoro! Sinto tua falta.

Dedico este momento àqueles que fazem parte da minha pequena-grande família. A meus pais: Leoni e José e minha irmã Alexandra, que, junto do meu cunhado Francisco, me agraciou com duas lindas princesas: minha sobrinha e afilhada Maria Antônia e minha sobrinha Helena. Obrigada pelo carinho e apoio. Pai, sei e sempre vou valorizar seu sacrifício para montar e desmontar a banca nas feiras; não importando se estava frio ou calor, com chuva ou sem chuva, você estava lá para nos proporcionar o melhor. Obrigada por tudo! Hoje eu agradeço te dedicando esse título de mestre em educação.

Aos meus filhos: Rafael, Rodrigo, Ricardo e Roberta. Agradeço todos os dias por ter vocês em minha vida. Com vocês me constituo todos os dias em mãe, uma tarefa um tanto quanto complicada, mas juro que tento ser a melhor possível, brigo quando acho que é preciso. Quero, do fundo do coração, que vocês sejam sempre pessoas de bem. Sei que, por vezes, vocês não me compreende. Erro sei que erro, mas sempre tentando acertar e propiciar o melhor para

vocês. Desculpa minhas ausências, mas que isso também sirva de exemplo para vocês; quando se quer algo, devemos lutar por isso, para a realização de um sonho, às vezes, é preciso haver sacrifícios. Amo vocês infinitamente!

Ao meu *anjinho* que faz uma falta enorme. Vó, onde quer que você esteja sei que estás torcendo sempre por mim. Obrigada! Te amo eternamente!

À minha sogra Hecila e à família Rodrigues, obrigada pelo carinho. Adoro vocês.

Sei que uma pessoa muito especial para mim, ao ler esses agradecimentos, deve estar muito indignado por ter ficado por último. Roberto, saiba que os últimos serão os primeiros dependendo do modo em que posicionarmos nosso olhar. Babá, cozinheiro, motorista, marido, que, durante esse processo de escrita, assumiu diversas funções, além de psicólogo. Sei que não foi fácil, mas o pior foi aguentar minhas rabugices, minhas chatices. És o primeiro a me apoiar e a me ajudar. Sou muito grata por isso. Obrigada pelo apoio, carinho, incentivo e empurrões. Obrigada pelas *palavras ditas com carinho*. Obrigada por ser esse marido companheiro. Te amo muito e agradeço todos os dias por fazeres parte de minha vida. *Valeu por você existir* e fazer meus dias mais felizes. ETA!

Obrigada aos demais familiares e amigos que carinhosamente sempre me apoiaram e torceram pelas minhas conquistas, obrigada pelas *palavras ditas com carinho* e é para vocês todos que dedico essa dissertação. Obrigada!!!

RESUMO

Esta dissertação, vinculada a linha Espaços e Tempos Educativos, se constitui em um estudo acerca da Pedagogia Hospitalar, que busca problematizar as práticas recreativas-pedagógicas efetivadas na pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Apoia-se nas contribuições da perspectiva pós-estruturalista, mais especificamente dos estudos de Michel Foucault, utilizando conceitos-ferramentas como governo, capital humano, poder pastoral e poder disciplinar. Metodologicamente foi necessário recorrer ao passado utilizando-se de uma inspiração genealógica para poder compreender como o hospital se constituiu em um local de cura, bem como, contextualizar a Pedagogia Hospitalar no Brasil. Sendo um trabalho que inspira-se na cartografia social a partir da qual foram realizados dois movimentos: no primeiro, problematizei os discursos materializados em documentos oficiais que legislam sobre a Pedagogia Hospitalar no Brasil; o segundo movimento foi denominado de ‘estar lá’ e congrega tanto “o olhar do pesquisador”, composto pelas observações que foram registradas em um diário de campo quanto “a escuta do pesquisador”, definida pelas conversas realizadas com diferentes sujeitos que transitam pelo hospital. As recorrências possibilitaram que o trabalho fosse dividido, para fins didáticos, em quatro dimensões problematizadoras: 1) *A Pedagogia Hospitalar como uma forma de inclusão que investe em capital humano*: percebeu-se por meio dos discursos que legislam sobre essa modalidade de ensino os investimentos que precisam ser desenvolvidos sobre os sujeitos infantis hospitalizados para que eles se tornem participativos do jogo neoliberal e, por isso, precisam ser incluídos nos processos educativos até mesmo em um momento de doença e/ou hospitalização. 2) *A reconfiguração das práticas caritativas na Pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande*: problematizo esse viés caritativo percebido em algumas práticas presenciadas no meu ‘estar lá’. Práticas que fazem referência ao Poder Pastoral estudado por Michel Foucault. 3) *O tempo para a criança e/ou adolescente hospitalizado*: recorro a alguns excertos para elucidar a preocupação em preencher o tempo ocioso das crianças hospitalizadas, buscando, para isso, subsídios nos estudos de Foucault acerca das disciplinas e do poder disciplinar. 4) *Pedagogia Hospitalar: os paradoxos entre os discursos legitimados e os achados no ‘estar lá’*: verificou-se que não há, no hospital investigado, uma Pedagogia Hospitalar como prevista nos documentos e que as práticas ali efetivadas se constituem em ações isoladas desenvolvidas por pais, voluntários, professores, colegas e até mesmo por profissionais da saúde.

Palavras-chave: Pedagogia Hospitalar; Políticas de Inclusão; Governo.

ABSTRACT

This dissertation, linked to the line Spaces and Educational Times, is a study about Hospital Pedagogy, which seeks to problematize the recreational-pedagogical practices carried out in the pediatrics of the Association of Charity Santa Casa do Rio Grande. It is based on contributions from the poststructuralist perspective, more specifically from Michel Foucault's studies, using tools-concepts such as governance, human capital, pastoral power and disciplinary power. Methodologically it was necessary to resort to the past using a genealogical inspiration to understand how the hospital was constituted in a place of healing, as well as to contextualize the Pedagogia Hospitalar in Brazil. Being a work that draws on social cartography from which two movements were made: in the first, I questioned the discourses materialized in official documents that legislate on the Pedagogia Hospitalar in Brazil; the second movement was called 'being there' and brings together both the 'look of the researcher', composed of the observations that were recorded in a field diary as 'the listener's listening', defined by conversations with different subjects that transit the hospital. Recurrences enabled the work to be divided, for didactic purposes, into four problematizing dimensions: 1) Hospital Pedagogy as a form of inclusion that invests in human capital: it was perceived through discourses that legislate on this modality of education the investments which need to be developed about hospitalized child subjects so that they become participatory in the neoliberal game and therefore need to be included in educational processes even at a time of illness and / or hospitalization. 2) The reconfiguration of charitable practices in Pediatrics of the Santa Casa do Rio Grande Charity Association: I problematize this perceived charitable bias in some practices witnessed in my 'being there'. Practices that make reference to the Pastoral Power studied by Michel Foucault. 3) The time for the hospitalized child and / or adolescent: I use a few excerpts to elucidate the preoccupation with filling the idle time of hospitalized children, seeking, for this, subsidies in Foucault's studies on disciplines and disciplinary power. 4) Hospital Pedagogy: the paradoxes between the legitimized discourses and the findings in the 'being there': it was verified that there is no Hospital Pedagogy in the investigated hospital as foreseen in the documents and that the practices made therein constitute isolated actions developed by parents, volunteers, teachers, colleagues and even by health professionals.

Keywords: Hospital Pedagogy; Inclusion Policies; Governance.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande.....	53
FIGURA 2: Fachada da ACSCRG e Busto de Rodrigo Fernandes Duarte.....	83
FIGURA 3: Imagens sacras católicas.....	84
FIGURA 4: Grupo de Mãos Dadas (Reportagem Jornal Agora 8/5/17).....	85
FIGURA 5: Empossada nova diretoria do hospital (Reportagem Jornal Agora 10/5/17).....	86
FIGURA 6: Imagem dos objetos pessoais das crianças hospitalizadas.....	92
FIGURA 7: Imagem do painel de pesquisa de satisfação.....	96
FIGURA 8: Imagem dos brinquedos confeccionados com sucata.....	97
FIGURA 9: Imagem de um desenho na mão de um paciente.....	97
FIGURA 10: Imagem de um desenho no curativo de um paciente.....	98
FIGURA 11: Imagens da pediatria da ACSCRG.....	99
FIGURA 12: Imagens do painel de atendimento e das pastas dos pacientes.....	101
FIGURA 13: Imagens de algumas atividades pedagógicas.....	109
FIGURA 14: Imagens de livrinhos.....	110
FIGURA 15: Imagem de um desenho.....	110
FIGURA 16: Imagens de alguns passatempos.....	111
FIGURA 17: Imagens da Brinquedoteca.....	112
FIGURA 18: Imagem de Rodrigo Fernandes Duarte.....	142

SUMÁRIO

INTRODUZINDO A ESCRITA	12
1. O TRABALHO DE UM PESQUISADOR	15
1.1. Os caminhos percorridos	16
1.2. Produções acerca da Pedagogia Hospitalar, Classe Hospitalar ou Escolarização Hospitalar: aproximações e distanciamentos	21
2. A CURIOSA VIAGEM: PELOS CAMINHOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA	30
2.1. A cartografia como inspiração metodológica	35
2.1.1. Uma Conexão com os documentos que legislam sobre a Pedagogia Hospitalar no Brasil	38
2.1.2. O “estar lá”	40
3. UM “MODO DE VER” A PEDAGOGIA HOSPITALAR A PARTIR DE UMA INSPIRAÇÃO GENEALÓGICA	45
3.1. Sobre a história da instituição hospitalar: da caridade à cura	48
3.1.1. O hospital: Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande	52
3.2. Direito à saúde e à educação: contextualizando a Pedagogia Hospitalar no Brasil	58
3.3. Um (re)olhar sobre a Pedagogia Hospitalar	63
4. PEDAGOGIA HOSPITALAR: DIMENSÕES PROBLEMATIZADAS	70
4.1. A Pedagogia Hospitalar como uma forma de inclusão que investe em capital humano	72
4.2. A reconfiguração das práticas caritativas na pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande	82
4.3. O tempo para a criança e/ou adolescente hospitalizado	91
4.4. Pedagogia Hospitalar: os paradoxos entre os discursos legitimados e os achados no ‘estar lá’	105

CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS	125
ANEXOS	133
ANEXO A – Formulário para inscrição da pesquisa na Plataforma Brasil	134
ANEXO B – Parecer emitido pelo CEPAS/ACSCRG	135
ANEXO C – Termo de Autorização da Chefia Responsável CEPAS/ACSCRG	136
ANEXO D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido Institucional	137
ANEXO E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido Individual	139
ANEXO F – Fotografia de Rodrigo Fernandes Duarte	141

INTRODUZINDO A ESCRITA...

E quando começo a trabalhar é 'escrita', e implica todo um ritual, toda uma dificuldade. Eu me enfiar num túnel, não quero ver ninguém, quando gostaria, ao contrário, de ter uma escrita fácil, de uma vez. (FOUCAULT, 2006, p. 80)

Busquei, nas palavras de Foucault (2006) a possibilidade de expressar minha dificuldade em colocar no papel meus pensamentos, minhas problematizações. Eu gostaria de ter essa escrita fácil, mas este foi, para mim, um processo difícil e doloroso, pois mexeu não só com aquilo em que acredito, mas também com aquilo que sou. Porém, apesar das dificuldades, foi preciso começar a trabalhar, foi necessário introduzir a escrita.

Minha pesquisa se constitui em um estudo acerca da *Pedagogia Hospitalar*, atendimento pedagógico efetivado dentro do ambiente hospitalar que busca dar continuidade ao aprendizado das crianças que, em virtude de alguma enfermidade, encontram-se afastadas da escola. Trata-se de uma modalidade de ensino assegurada em legislação, que visa à reintegração desses “pacientes” à escola e à sociedade, evitando, assim, sua reprovação e até mesmo sua evasão escolar. Para a escrita, recorri às contribuições da perspectiva pós-estruturalista, mais especificamente aos estudos de Michel Foucault e das autoras Matos e Mugiatti, referências no âmbito da *Pedagogia Hospitalar*.

A partir dessa pesquisa, que vincula-se à linha *Espaços e Tempos Educativos*¹, procurei problematizar as práticas recreativas-pedagógicas que são efetivadas na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, no setor da pediatria, para crianças que, por alguma doença, são obrigadas a ficarem afastadas das instituições escolares; bem como ter conhecimento dos profissionais que proporcionam este tipo de atendimento nomeado como *Pedagogia Hospitalar*. Para isso, foi construído o seguinte problema de pesquisa: ***Como os discursos sobre a Pedagogia Hospitalar, materializados em documentos oficiais vem sendo vivenciados na pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande e que efeitos podem produzir nos sujeitos que ali estão?***

¹ A Linha de Pesquisa Espaços e Tempos Educativos tem como objeto investigar a escola que se tem e propor a escola que se quer. Busca compreender as relações pedagógicas e formativas no âmbito da docência da educação básica e do ensino superior, abrangendo pesquisas no espaço formal e não-formal e seus vínculos com a escola e nos contextos educativos. (<http://www.ppgedu.furg.br/index.php/pesquisa/linhasdepesquisa>).

O estudo encontra-se dividido em quatro capítulos. O primeiro, intitulado *O trabalho de um pesquisador*, é subdividido em duas seções. Na primeira – *Os caminhos percorridos* –, busquei pontuar alguns acontecimentos que me levaram a constituir meu objeto de pesquisa. O segundo momento, intitulado *Produções acerca da Pedagogia Hospitalar, Classe Hospitalar ou Escolarização Hospitalar: aproximações e distanciamentos*, fiz uma busca nos bancos de teses e dissertações (Argo, Capes, Lume), a fim de conhecer o que vinha sendo produzido sobre o meu objeto de estudo. No segundo capítulo desta pesquisa – *A curiosa viagem: pelos caminhos metodológicos da pesquisa* –, procurei mostrar alguns trajetos metodológicos percorridos no desenvolvimento dessa investigação, na qual busquei inspiração no método cartográfico, por se tratar de um método flexível, mas que não afasta o trabalho do rigor necessário à pesquisa acadêmica. Para isso, se fez necessário abrir uma seção – *A cartografia como inspiração metodológica* – subdividida em duas partes; na primeira, intitulada *Uma Conexão com os documentos que legislam sobre a Pedagogia Hospitalar no Brasil*, recorri à análise documental, por acreditar que a partir desses documentos é possível compreender como a *Pedagogia Hospitalar* foi se consolidando no Brasil. Na segunda subseção, *O Estar lá*, retratei os meus caminhos metodológicos que tiveram inspiração na cartografia social. Apresentando, assim, o meu ‘estar lá’ no ambiente hospitalar, no setor de pediatria, a partir do qual utilizei dois instrumentos: observações (o olhar do pesquisador) que foram registradas em um diário de campo e conversas com os profissionais que atuam com estas crianças hospitalizadas, bem como com seus familiares (a escuta do pesquisador).

Neste mesmo capítulo, fiz referência aos conceitos-ferramentas do filósofo Michel Foucault, que me possibilitaram problematizar meu objeto de estudo. Para isso, fiz uso dos conceitos² de *governo* e *capital humano*, este último articulado à noção de *Homo economicus* e ao neoliberalismo que provem da vertente norte-americana.

No terceiro capítulo, *Um “modo de ver” a Pedagogia Hospitalar a partir de uma inspiração genealógica*, caracterizo minha escolha pela genealogia como um modo de poder ver a constituição da *Pedagogia Hospitalar* enquanto modalidade de ensino, me afastando, com isso, de buscar sua “origem”. Nesse exercício, cabe ressaltar que não fiz uma história linear, mas busquei retratar alguns fatos que considere importantes para esse trabalho. Para isso, dividi este capítulo em três momentos. Num primeiro momento – *Sobre a história da instituição hospitalar: da caridade à cura* –, procurei discorrer sobre alguns acontecimentos históricos acerca do hospital e do local em que foi realizada a pesquisa: a Associação de Caridade Santa

² Na apresentação desse estudo, menciono alguns termos como: *documentos-monumentos*, *governo*, *capital humano*, *Homo economicus*, ‘*estar lá*’, *genealogia*, etc., que serão explicados e aprofundados ao longo do trabalho.

Casa do Rio Grande (ACSCRG). A seção que trata especificamente dessa instituição foi intitulada *O hospital: Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande*. Num segundo momento – *Direito à saúde e à educação: contextualizando a Pedagogia Hospitalar no Brasil* –, tentei lançar um olhar genealógico sobre a *Pedagogia Hospitalar* no Brasil e, num terceiro momento, – *Um (re)olhar sobre a Pedagogia Hospitalar* –, procurei elencar conceitos que me permitiram olhar a *Pedagogia Hospitalar* como uma prática inclusiva, que funciona como estratégia de governo dos sujeitos doentes, fazendo-os investir constantemente em seu capital humano.

Com a intenção de provocar discussões sobre a *Pedagogia Hospitalar*, busquei, no quarto capítulo – *Pedagogia Hospitalar: dimensões problematizadas* –, apresentar as dimensões problematizadas nessa pesquisa. Para tal, as dividi em quatro. Na primeira dimensão, *A Pedagogia Hospitalar como uma forma de inclusão que investe em Capital humano*, fiz uso de alguns fragmentos recorrentes nos documentos que legislam sobre essa modalidade de ensino, a fim de mostrar que a criança não deve interromper seus estudos, ou seja, os investimentos que faz sobre si, nem mesmo diante de uma doença e/ou hospitalização. Na segunda seção, intitulada *A reconfiguração das práticas caritativas na pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande*, problematizei a continuidade e a reconfiguração de algumas práticas caritativas existentes nessa instituição de saúde. Como terceira dimensão, *O tempo para a criança hospitalizada*, promovi a discussão acerca do tempo ocioso para a criança hospitalizada. Na quarta e última dimensão problematizada – *Pedagogia Hospitalar: os paradoxos entre os discursos legitimados e os achados no estar lá’* –, fomentei a discussão acerca dos paradoxos existentes entre os discursos legitimados sobre a continuidade do ensino dentro do ambiente hospitalar e o que ocorre na pediatria da ACSCRG.

Por fim, apresentei as considerações finais da pesquisa, fazendo uma retomada de tudo que considerei ser pertinente para a conclusão desse trabalho e, para isso, como nos diz Foucault (2006), foi necessário entrar no túnel.

1 O TRABALHO DE UM PESQUISADOR...

[...] a pesquisa nasce sempre de uma preocupação com alguma questão, ela provém, quase sempre, de uma insatisfação com respostas que já temos, com explicações das quais passamos a duvidar, com desconfortos mais ou menos profundos em relação à crença que, em algum momento, julgamos inabaláveis. Ela se constitui na inquietação. (BUJES, 2007, p. 15-16)

Inquietação... É o substantivo que trago para descrever o que senti no momento da escrita desta pesquisa; algo que me desacomodou, que me provocou, trouxe dúvidas e que movimentou minha vontade de saber mais. Saber mais não só sobre determinado tema, mas também sobre como chegamos a abordá-lo, como ele nos atravessa, nos constitui e, por isso, posso dizer que o trabalho de um pesquisador não é uma tarefa fácil.

Pesquisar é um desafio marcado por questionamentos e insegurança, que nos permite pensar a nossa história e, ao pensá-la, podemos nos transformar, pois a pesquisa possibilita ao pesquisador “liberar seu pensamento daquilo que ele pensa silenciosamente e até o permite pensar diferentemente” (FOUCAULT, 1990). Mas, para isso, foi preciso começar. Por isso, dei início à escrita dessa pesquisa procurando descrever fatos e acontecimentos que foram motivando meu interesse pela *Pedagogia Hospitalar*³.

³ *Pedagogia Hospitalar* será o termo que utilizarei em minha pesquisa para caracterizar a modalidade de ensino assegurada em legislação que visa à continuidade escolar de crianças e/ou adolescentes hospitalizados e sua reintegração à escola e à sociedade, evitando, assim, sua reprovação e até mesmo sua evasão escolar. Outros termos também podem ser utilizados por outros estudiosos, ou até mesmo nos documentos que legitimam esta modalidade de ensino, tais como: *Hospitalização Escolarizada*, *Escolarização Hospitalar*, *Classe Hospitalar*, entre outros. Porém, para uniformizar o uso do termo ao longo da pesquisa e baseada nos estudos de Matos e Mugiatti, escolho utilizar o termo *Pedagogia Hospitalar*.

1.1 OS CAMINHOS PERCORRIDOS...

É contando histórias, nossas próprias histórias, o que nos acontece e o sentido que damos ao que nos acontece, que nos damos a nós próprios uma identidade no tempo. (LARROSA, 1999, p. 69)

Contar um pouco da minha história, minha identidade no tempo, é o que procurarei fazer nesta seção, trazendo fatos e alguns acontecimentos da minha formação docente que foram possibilitando aproximações com o tema desta pesquisa.

Cursei o magistério entre os anos de 1993 e 1995, fazendo o estágio no primeiro trimestre de 1996 em uma instituição privada do município do Rio Grande. No mesmo ano, fui aprovada no vestibular para Pedagogia - Educação Infantil –, na Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Ao término deste estágio, sempre que preciso, era chamada para fazer substituições. No ano de 1997, fui integrada ao quadro de professores dessa escola, onde trabalhei até o ano de 2011, com turmas de 2^a, 3^a e 4^a séries⁴.

Durante este período, o tema da inclusão sempre foi, para mim, algo desafiador, difícil e complexo, até porque, no início da minha docência, não era um tema tão discutido como vemos atualmente e, por isso, dúvidas, incertezas e questionamentos permeavam o meu fazer pedagógico. Mesmo estudando um pouco mais sobre isso, continuo percebendo a complexidade dos discursos acerca deste tema, que motivaram e motivam minha pesquisa. Como afirma Ziliotto:

Conviver com a diversidade em sala de aula e estar atento às necessidades subjetivas do sujeito cognoscente, estabelecendo cumplicidade com o processo de aprendizagem, respeitando-o, são de fato desafios atuais lançados à instituição escolar. Desafios que geram medos e angústias, mas também propiciam mudanças e aprendizagens para toda uma vida. (2007, p. 86)

Os discursos legitimam o direito de todas as crianças de serem incluídas em sala de aula e, na prática, vivenciei o quão difícil era incluir. Com isso, não estou me posicionando contrária à inclusão das crianças com necessidades educacionais especiais nas escolas comuns, mas destaco que não me sentia preparada para trabalhar quando tive minha primeira experiência com a inclusão. Era uma turma de segunda série, correspondente ao atual terceiro ano, com vinte e oito alunos, sem auxiliar. Dentre os estudantes, havia uma menina que chamarei de

⁴ Essa nomenclatura refere-se ao antigo Ensino Fundamental de oito anos.

“Dina” (por seu fascínio pelos dinossauros), que exigia de mim um atendimento diferenciado; isso me deixava bastante apreensiva, pois não conseguia desenvolver meu trabalho e nem atender todos como gostaria. Havia cobrança das outras crianças, que queriam saber por que ela gritava; dos pais, que não aceitavam aquela situação, já que estavam pagando a escola; de mim mesma, que muitas vezes não sabia como lidar com toda aquela situação. Nesses momentos, queremos respostas prontas, soluções mágicas e, com esse pensamento, resolvi voltar a estudar, fazendo uma especialização em Psicopedagogia Clínica e Institucional, que ocorreu no período de 2007.

Em 2014, cursei outra especialização em *Educação Especial - Educação Inclusiva* e, concomitante a isso, realizei cursos de extensão também voltados ao tema da Inclusão, dentre os quais o que se intitulava *Fundamentos da Pedagogia Hospitalar*. Tal curso tinha em sua ementa a história da *Pedagogia Hospitalar*, o objetivo dessa modalidade de ensino, a legislação que a assegurava, o encontro da educação e da saúde em ambiente hospitalar e as necessidades pedagógico-educacionais da criança hospitalizada, assuntos que motivaram a escrita do meu artigo de conclusão do curso de especialização em *Educação Especial – Educação Inclusiva*, intitulado *Pedagogia Hospitalar: uma educação especial e inclusiva*.

O curso *Fundamentos da Pedagogia Hospitalar*, além de me propiciar o tema de minha pesquisa, me fez lembrar o que havia acontecido com minha prima que, devido a uma doença nos rins e o uso de máquinas, não pôde dar prosseguimento aos seus estudos, ficando afastada dos bancos escolares devido à sua hospitalização. Também presenciei a hospitalização de outra criança da família que, aos quatro anos, foi diagnosticada com leucemia e ficou internada por aproximadamente um ano em Porto Alegre. Em visita, pude observar que o hospital, diferentemente do que ocorrera com minha prima, oferecia às crianças e aos adolescentes hospitalizados um ambiente onde eram realizadas atividades recreativas-pedagógicas, práticas que “se preocupam em atender aquela clientela que não deve ser excluída, por estar afastada da sala de aula, em virtude de sua enfermidade” (MATOS; MUGIATTI, 2014, p. 31).

Assim, diagnóstico, doença, intervenção/hospitalização e inclusão passam a ser alguns dos temas de meu interesse investigativo. Pensava no quanto é difícil, tanto para o paciente, principalmente enquanto criança ou adolescente, quanto para sua família, lidar com os problemas decorrentes da doença, como perda de cabelos, amputações, dependência de instrumentos e/ou de pessoas e no quanto o hospital é um lugar frio, impessoal e que distancia este ser de seu grupo social. Compreendia, assim, que a *Pedagogia Hospitalar* se constituía numa importante ferramenta de inclusão destes enfermos, pois possibilita, às crianças e aos adolescentes que se encontram em hospitais, a continuidade de sua aprendizagem escolar, já

que o tempo de internação, muitas vezes, pode afastar este indivíduo da escola, ocasionar a perda do ano letivo e até agravar a enfermidade, já que o educando se encontra em um ambiente que o remete a doenças, vida e morte. Dessa forma, compreendia que a *Pedagogia Hospitalar* pode transformar “o hospital, conhecido convencionalmente como lugar das seringas, injeções e do sofrimento no espaço do caderno, do lápis, das tintas, do colorido, da alegria e da produção infanto-juvenil” (PAULA, 2003, p. 18).

Esses estudos me possibilitaram entender que a Pedagogia Hospitalar poderia ir além dos aspectos cognitivos, já que podia oferecer recursos para minimizar o sofrimento das crianças e dos adolescentes, direcionando outro foco que não o da dor e do medo ocasionados pela doença e pela hospitalização.

[...] a continuidade dos estudos, paralelamente ao internamento, traz maior vigor às forças vitais da criança (ou adolescente) hospitalizada, como estímulo motivacional, induzindo-o a se tornar mais participante e produtivo, com vistas a uma efetiva recuperação. Tal fato, além de gerar uma integração e participação ativa que entusiasma o escolar hospitalizado, pelo efeito da continuidade da realidade externa, contribui ainda de forma subconsciente, para o desencadeamento da vontade premente de necessidade de cura, ou seja, nasce uma predisposição que facilita sua cura e abrevia o seu retorno ao meio a que estava integrado. (MATOS & MUGIATI, 2014, p. 72)

A escrita do artigo mencionado anteriormente foi fundamentada em estudos da professora Elizete Lúcia Moreira de Matos, escritora de diversos livros e artigos sobre o tema *Pedagogia Hospitalar* e considerada uma grande pesquisadora desta área e de materiais sobre Inclusão, por perceber que a hospitalização “constitui-se em um fator de exclusão visto que afasta do ambiente da escola, isto é, coloca-o [a criança ou adolescente hospitalizado] em situação marginal diante do processo educacional” (MATOS, 2013, p. 36). Dessa forma, a *Pedagogia Hospitalar* pode ser compreendida como uma prática assegurada por legislações, dentre as quais cito a Resolução do Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Básica de 2001 (Resolução CNE/CEB nº 2/2001), que institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica em todas as etapas e modalidades. Tal resolução assegura:

[...] a dignidade humana e a garantia dos direitos dos alunos no que se refere às atividades acadêmicas, ao trabalho e à inserção na vida social; o reconhecimento assim como a valorização das especificidades, potencialidades e necessidades educacionais especiais dos alunos no processo de ensino e aprendizagem; e o desenvolvimento pleno do aluno de modo que ele possa exercer a sua cidadania e sua participação social, política e econômica. (BRASIL, 2001d)

A referida pesquisa, desenvolvida por mim e embasada nos discursos legais, reafirmava a compreensão benevolente e salvacionista dada à inclusão escolar, de que a inclusão era apenas a garantia de direitos – direito de “todos” à educação e à vida em sociedade – e de que a *Pedagogia Hospitalar* era uma modalidade de ensino que propiciava a continuidade dos estudos àqueles que, por alguma doença, estavam hospitalizados e afastados dos bancos escolares. Diante dessas verdades construídas, “como questionar, sob tal ótica, a exclusão social, a segregação institucional, a integração social, a inclusão social e a sociedade inclusiva?” (MATOS & MUGIATI, 2014, p. 48). Mesmo me sentindo incomodada com alguns desses discursos, era difícil problematizá-los, pois me parecia que, dessa forma, estaria me colocando contra a inclusão e tudo que tem sido dito e legitimado como verdadeiro sobre as práticas inclusivas.

Ao buscar trabalhos que pudessem me ajudar a entender melhor as práticas inclusivas, me deparei com o trabalho intitulado *Inclusão Escolar: saberes que operam para governar a população* (LOCKMANN, 2010), que me possibilitou uma abordagem diferente do que estava acostumada a ver em outros estudos sobre a inclusão. Algumas pesquisas sobre esse tema caracterizam a inclusão “como um processo de adequação dos sistemas sociais às necessidades das pessoas para que elas, uma vez neles incluídas, possam desenvolver-se e exercer plenamente a sua cidadania” (MATOS & MUGIATI, 2014, p. 48), fazendo uso de uma abordagem caridosa, salvacionista, que “aceita”, “tolera” e “acolhe” o “diferente”, o “anormal”. Essa dissertação ressignificou meu olhar sobre a inclusão, pois, em seus escritos, Lockmann (2010) compreende que a inclusão busca tornar estes indivíduos excluídos sujeitos observáveis e governáveis para que não se tornem riscos para a sociedade.

A inclusão possibilitou um exercício de aproximação e conhecimento daqueles sujeitos que anteriormente eram afastados, segregados ou excluídos do convívio social. Ao aproximar esses sujeitos que até então permaneciam do outro lado da fronteira, ao tentar incluí-los na sociedade e nos processos de escolarização, está-se fazendo um exercício de torná-los observáveis, explicáveis e governáveis. (LOCKMANN, 2010, p. 64)

A partir da leitura da dissertação de Lockmann (2010) e de outros textos dessa mesma perspectiva teórica, começo a compreender a *Pedagogia Hospitalar* e a Inclusão na contemporaneidade como “formas que os Estados, em um mundo globalizado, encontraram para manter o controle da informação e da economia” (RECH, 2013, p. 25). Assim, a escola, ou melhor, a educação, se constitui em mecanismos de regulação e de controle dessa sociedade, pois “a educação é certamente um desses dispositivos, central na tarefa de normalização, disciplinarização, regulação e governo das pessoas e das populações” (SILVA, 2011, p. 254).

Da mesma forma, a *Pedagogia Hospitalar*, por se constituir em ação educativa, mesmo que num espaço não escolar, também se constitui em uma *estratégia de governo* da população, neste caso, de crianças e de adolescentes doentes.

Dando continuidade aos estudos nesta perspectiva pós-estruturalista, me inscrevo como aluna especial na disciplina de *Inclusão e governamentalidade: conexões possíveis a partir do pensamento de Michel Foucault*, ministrada pela professora Kamila Lockmann, no 1º semestre de 2015, no PPGEduc-Furg. No segundo semestre do mesmo ano, realizei, como aluna ouvinte, a disciplina de *Leituras e estudos de Michel Foucault: contribuições para educação*, também ministrada pela professora Kamila Lockmann, com a professora Maria Renata Alonso Mota e, como aluna especial, a disciplina da professora Andressa Mutz, intitulada *Pesquisas Pós-Críticas em Educação: Questões Teórico-Metodológicas*.

Imbuída dessas leituras e da vontade de continuar pesquisando sobre esse tema, no final do ano de 2015 fiz a seleção para o mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande, ingressando em 2016 como aluna regular e fazendo parte do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação em In/Exclusão (GEIX/FURG/CNPq), coordenado pela Prof.^a Dr.^a Kamila Lockmann. Concomitante ao ingresso no mestrado, fui nomeada como professora de Educação Infantil na Prefeitura de São José do Norte, exonerando-me em julho de 2016 para assumir o cargo de professora de Educação Infantil no município de Rio Grande, onde atuo até o presente momento.

Procurei mostrar, ao longo da minha escrita, que algumas compreensões que eu havia construído, tanto sobre a inclusão quanto sobre a *Pedagogia Hospitalar*, foram se modificando diante dessas novas experiências. Elas me levaram a compreender que a *Pedagogia Hospitalar* deixa de ser algo caridoso e salvacionista e se constitui em um imperativo que visa atingir a conduta de cada indivíduo (RECH, 2013) “como algo que pode ser regulado, controlado, moldado e transformado” (DEAN, 1999, p. 11), mesmo ele estando doente e dentro do hospital. Com este novo olhar, a *Pedagogia Hospitalar* passa a ser compreendida como uma estratégia de inclusão, que busca capturar estes sujeitos adoentados por meio de intervenções educativas e pedagógicas para que “se tornem mais participativos, ativos, envolvidos e comprometidos” (MATOS; MUGIATTI, 2014, p. 29), ou seja, que passem da condição de pacientes à de agentes de sua própria cura. Isso pode ser observado nos discursos sobre a *Pedagogia Hospitalar*, que compreendem que ela favorece ao “paciente” condições de não passividade diante da sua doença, pois a hospitalização pode ocasionar, além da doença que o acomete, outras doenças

psicossomáticas⁵ que prejudicarão a recuperação do paciente. Olhando para esses discursos, passei a compreender que a continuidade escolar em ambiente hospitalar pode funcionar como uma *estratégia inclusiva-educativa* que visa o investimento em capital humano⁶, com o intuito de recuperar o sujeito-doente e torná-lo produtivo à sociedade.

A partir desses novos entendimentos, busquei, com esta pesquisa de Mestrado, analisar as práticas recreativas-pedagógicas que são efetivadas na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, no setor da pediatria, para crianças e adolescentes que, por alguma doença, são obrigados a ficarem afastados das instituições escolares; bem como ter conhecimento dos profissionais que proporcionam este tipo de atendimento nomeado como *Pedagogia Hospitalar*. Para isso, construí o seguinte problema de pesquisa: ***Como os discursos sobre a Pedagogia Hospitalar, materializados em documentos oficiais vem sendo vivenciados na pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande e que efeitos eles podem produzir nos sujeitos que ali estão?***

Por compreender que a discussão sobre a *Pedagogia Hospitalar* seja necessária para o campo da educação, busquei, na próxima seção, contextualizar o meu objeto de pesquisa ao que vinha sendo produzido nessa área.

1.2 PRODUÇÕES ACERCA DA PEDAGOGIA HOSPITALAR, CLASSE HOSPITALAR OU ESCOLARIZAÇÃO HOSPITALAR: APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS

A contemporaneidade, é inegável, tem testemunhado um alargamento progressivo do raio da ação escolar, consubstanciado na multiplicação do rol de incumbências de seus profissionais. Embaladas pelo refrão consensual de que se trataria de preparar o alunado, sempre mais e melhor, quer para o exercício ativo da cidadania, quer para o domínio de habilidades e competências específicas, quer ainda para algum tipo de qualificação [...] (AQUINO, 2013, p. 201).

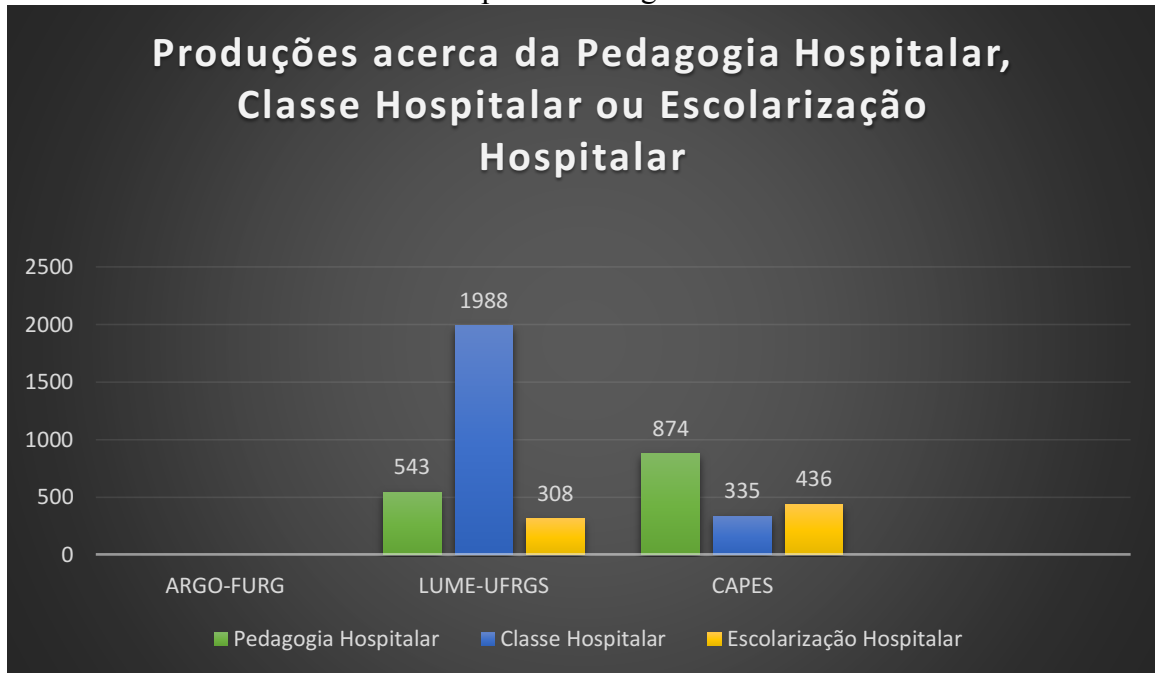
⁵ Doenças psicossomáticas: doenças com fundo emocional; doenças da psique.

⁶ Tal conceito será discutido e aprofundado no capítulo 4 deste trabalho.

Fiz uso das palavras de Aquino (2013) para mostrar o alargamento da ação escolar que, na contemporaneidade, não se detém apenas no ambiente da escola. Em minha pesquisa, busquei investigar as práticas recreativas-pedagógicas desenvolvidas com crianças e adolescentes que se encontram hospitalizados, pois, mesmo a criança e/ou adolescente estando doente, não pode deixar de dar continuidade ao seu processo de escolarização e de investir em si mesmo. Esse aluno-paciente precisa se esforçar para se “converter num cidadão, de fato e de direito, da ‘nova era’ cognitiva” (AQUINO, 2012, p. 148). Para isso, “[...] a educação contribui determinantemente para criar novas formas de vida, novas formas de ser e estar no mundo. Antes de estar aí para ensinar conteúdos, a educação emana para nos fabricar como sujeitos participantes e encaixados nas malhas da episteme moderna” (LOCKMANN & HENNING, 2013, p. 96). Para que isso ocorra, outros espaços passam também a investir na educação dos sujeitos, o que justificaria a extensão desse alargamento da ação escolar, que envolve até mesmo crianças e adolescentes hospitalizados, já que “ninguém escapa das tramas da escola, pois a modernidade atribuiu a ela a função mais importante: a de educar” (WEBER, 2009, p. 96). Assim, parece que as ações escolares se ramificam pela sociedade, e uma dessas ramificações pode ser percebida por meio da *Pedagogia Hospitalar*.

Com o intuito de conhecer mais sobre o que vem sendo pesquisado acerca dessa temática, recorri ao Sistema de Administração de Bibliotecas da FURG (ARGO), ao Repositório Institucional da UFRGS (LUME) e ao banco de Teses da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) para averiguar as produções acerca da *Pedagogia Hospitalar*, *Classe Hospitalar* ou *Escolarização Hospitalar*, que procurei elucidar a partir do gráfico a seguir:

Gráfico 1 - Produções sobre Pedagogia, Classe ou Escolarização Hospitalares encontradas nos repositórios digitais



*Fonte: levantamento realizado em 30/03/2016 pela autora.

No ARGO, da FURG, não há registros em nenhum dos programas de pós-graduação sobre pesquisas referentes à *Pedagogia Hospitalar*, *Classe Hospitalar* ou *Escolarização Hospitalar*, mas, dentre as pesquisas observadas na área das Ciências Humanas, duas me chamaram a atenção, por se tratarem de pesquisas sobre a Inclusão Escolar. Outro fator que me levou a destacar essas pesquisas foi de que essas dissertações são fundamentadas nos estudos de Michel Foucault, filósofo de grande relevância no campo da educação, também utilizado em minha pesquisa. São elas: *Inclusão escolar e neoliberalismo: marcas contemporâneas na formação docente*, de Gisele Ruiz Silva (2013), e *Inclusão escolar e pedagogia: modos de ser e gerenciar o sujeito no cenário contemporâneo*, de Renata da Conceição Barros (2012).

Silva (2013), em sua dissertação de mestrado, analisa os discursos da inclusão escolar na atualidade. Para fundamentar sua investigação, apoia-se em Michel Foucault, utilizando conceitos-ferramentas como poder; disciplina; norma; sociedade de normalização; inclusão/exclusão; lógica (neo)liberal; enunciação; enunciado; discurso e governamentalidade; além de discutir os conceitos de identidade e diferença. Suas análises apontam para a constituição de verdades sobre a inclusão e a docência, colocando em funcionamento o discurso sobre a educação inclusiva na atualidade, que está imersa em princípios de mercado da lógica neoliberal.

Na dissertação, Barros (2012) analisou os enunciados produzidos acerca da inclusão escolar nas turmas do quarto ao sétimo semestre do curso de Pedagogia da Universidade Federal

do Rio Grande (FURG) através de um questionário. Sua pesquisa foi fundamentada nos estudos do filósofo Michel Foucault, por meio dos conceitos de normalização, discurso, genealogia, disciplina, biopoder, sociedade de segurança, pensamento do mesmo e governo dos homens.

Selecionei estes dois trabalhos, que tratam da inclusão de uma forma mais ampla, por compreender a *Pedagogia Hospitalar* como uma estratégia inclusiva que busca capturar estes sujeitos por meio de intervenções educativas e pedagógicas. Estas funcionam como investimentos que os sujeitos devem fazer em si mesmos, sendo, assim, melhor governados e, conseqüentemente, não escapando da lógica neoliberal apontada por Silva (2013) em sua dissertação.

No Repositório Digital da UFRGS (LUME), ao restringir a seleção ao campo de “assuntos”, não encontramos resultados para *Pedagogia Hospitalar*, *Classe Hospitalar* ou *Escolarização Hospitalar*, entretanto, se procurarmos no campo da pesquisa geral, encontramos 543 resultados correspondentes à *Pedagogia Hospitalar*, 1988 sobre a *Classe Hospitalar* e 308 sobre a *Escolarização Hospitalar*. Contudo, nem todas as pesquisas anunciadas vinculam-se ao campo da educação e, por isso, saliento apenas as pesquisas: *Entre educação, remédios e silêncios: trajetórias, discursos e políticas de escolarização de crianças hospitalizadas*, de Carine Imperator Weber (2009), e *Bri(n)coleur uma experiência de pesquisa e formação em Pedagogia Hospitalar*, de Camila Camargo Prates (2013).

Em sua dissertação de Mestrado em Educação, Weber (2009) se trama nas minúcias dos discursos sobre a invenção da infância moderna, da escola e do hospital, e, ainda, do encontro dessas instituições, materializadas em uma modalidade de atendimento específica de poder sobre a vida: as Classes Hospitalares. Partindo da emergência das políticas de educação para as crianças hospitalizadas no Brasil, ela traz alguns recortes históricos que tentam dar conta da visibilidade desta infância hoje. Faz uso do pensamento de Michel Foucault sobre as relações de poder/saber/verdade, que se imbricam nas disciplinas sobre as crianças, como a pediatria e a puericultura, e atravessam os discursos na/sobre a escola no hospital.

Pude perceber que, em sua pesquisa, Weber (2009) buscou trazer alguns recortes históricos que tentam dar visibilidade à infância moderna. Em minha pesquisa, não procurei trazer a história da infância ou da adolescência, mas alguns acontecimentos históricos acerca do lugar pesquisado – que, neste caso, é o hospital ou, mais especificamente, a Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande –, e também elencar fatos e/ou acontecimentos que oportunizaram o surgimento da *Pedagogia Hospitalar* no Brasil, enquanto uma modalidade de ensino atrelada às políticas inclusivas que emergiram na década de 1990.

Prates (2013), em sua dissertação, propõe um modo de intervenção lúdico-pedagógica e de pesquisa-formação relacionado tanto às crianças e adolescentes em situação de internação hospitalar quanto a um grupo de educadores hospitalares do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS. Por meio de um exercício cartográfico, ela investigou modos de se fazer educador e modos de se fazer aluno em ambiente hospitalar, a partir da figura de um personagem conceitual – o Professor Bri(n)coleur. O exercício cartográfico utilizado por Prates (2013) contribuiu para minha pesquisa, pois também fiz uso desse exercício, intitulado em meu trabalho como o “estar lá”⁷ dentro do ambiente hospitalar, na área da pediatria, para ver como os discursos sobre a *Pedagogia Hospitalar* eram vivenciados pelos “pacientes-alunos”, perceber seus efeitos, ver como funcionava esse tipo de atendimento e quem eram os profissionais que atuavam com esses pacientes-alunos⁸.

Ao acessar, no dia 30 de março de 2016, o Banco de Teses da CAPES, observei um maior número de teses e dissertações sobre a *Pedagogia Hospitalar*, onde foram encontradas 874 investigações; 335 sobre a *Classe Hospitalar* e 436 sobre a *Escolarização Hospitalar*. Por isso, procurei selecionar e organizar em um quadro demonstrativo as pesquisas que considerei mais relevantes, separando-as por temas, como: o direito e a importância dessa modalidade de ensino, o currículo no ambiente hospitalar, a ludicidade no atendimento pedagógico dentro do hospital, a formação do pedagogo hospitalar e o que contam sobre a experiência no hospital e na classe hospitalar.

⁷ Termo utilizado por NUNES (2016) em seu projeto, referenciando sua metodologia de pesquisa.

⁸ Fato que será melhor exemplificado no capítulo metodológico.

Tabela 1 - Pesquisas encontradas nos repositórios digitais sobre o direito e a importância da Pedagogia, Classe ou Escolarização Hospitalares

O direito e a importância da <i>Pedagogia hospitalar/ Classe hospitalar ou Escolarização Hospitalar</i>				
Título da pesquisa	Pesquisador (a)	Ano	Instituição	Palavras-chave
Escolarização de crianças e adolescentes hospitalizados: do direito a realidade	XAVIER, Thais Grilo Moreira.	2012	Universidade Federal da Paraíba	Educação Especial. Criança hospitalizada. Adolescente hospitalizado. Defesa da criança e do adolescente
Classe Hospitalar: uma estratégia para a promoção da saúde da criança	ZOMBINI, Edson Vanderlei.	2011	Universidade de São Paulo	Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Classe Hospitalar. Material Instrucional. Humanização
Classe Hospitalar: a importância do acompanhamento pedagógico para crianças e adolescentes	SANDRONI, Giuseppina Antonia.	2011	Universidade Federal de São Carlos	Classe Hospitalar. Educação Especial. Ambiente Hospitalar. Atividades Pedagógicas

*Fonte: tabela elaborada pela autora.

Tabela 2 - Pesquisas encontradas nos repositórios digitais sobre o currículo no ambiente hospitalar

O Currículo no ambiente hospitalar				
Título da pesquisa	Pesquisador (a)	Ano	Instituição	Palavras-chave
O currículo da Classe Hospitalar pioneira no Rio Grande do Sul	ORTIZ, Leodi Conceição Meireles.	2012	Universidade Federal de Santa Maria	Classe Hospitalar. Currículo. Educação.
O currículo da Escola no Hospital: uma análise do serviço de atendimento à rede de Escolarização Hospitalar- SAREH/PR	ZAIAS, Elismara.	2011	Universidade Estadual de Ponta Grossa	Currículo. Escola no hospital. Programa SAREH.

*Fonte: tabela elaborada pela autora.

Tabela 3 - Pesquisas encontradas nos repositórios digitais sobre a ludicidade no atendimento pedagógico dentro do hospital

A ludicidade no atendimento pedagógico dentro do hospital				
Título da pesquisa	Pesquisador (a)	Ano	Instituição	Palavras-chave
Desafios e possibilidades da ludicidade no atendimento pedagógico hospitalar	CARDOSO, Mirelle Ribeiro.	2011	Universidade de Brasília	Classe hospitalar. Educação. Lúdico
Classes Hospitalares e seus recursos lúdicos: uma investigação com os atores sociais envolvidos	MORGADO, Fernanda Martimon.	2011	Universidade de Brasília	Brincar. Classe Hospitalar. Jogo. Lúdico. Percepções
Pedagogia Hospitalar: atividades lúdico-educativas no processo de humanização do Hospital Regional Amparo de Maria Estância (SE)	ROCHA, Adriana do Espírito Santo.	2012	Universidade de Tiradentes	Pedagogia Hospitalar. Humanização. Educação

*Fonte: tabela elaborada pela autora.

Tabela 4 - Pesquisas encontradas nos repositórios digitais sobre a formação do pedagogo hospitalar

A formação do pedagogo hospitalar				
Título da pesquisa	Pesquisador (a)	Ano	Instituição	Palavras-chave
Pedagogia Hospitalar: a formação do professor para atuar em contexto hospitalar	RODRIGUES, Karina Gomes.	2012	Pontifícia Universidade Católica do Paraná	Pedagogia Hospitalar. Formação de Professores
A formação de professores e a utilização das mesas educacionais como meio pedagógico integrado à proposta de escolarização em contexto hospitalar.	SILVA, Giseli Cristiane da.	2012	Pontifícia Universidade Católica do Paraná	Escolarização hospitalizada. Formação de professores
Os sentidos da relação educação e saúde e o trabalho pedagógico no âmbito hospitalar: contribuições da epistemologia da prática à formação docente	MORENO, Leda Virginia Alves.	2012	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	Formação de Professores. Escolares hospitalizados. Currículo. Educação. Saúde. Epistemologia

*Fonte: tabela elaborada pela autora.

Tabela 5 - Pesquisas encontradas nos repositórios digitais sobre as experiências no hospital e na classe hospitalar

Experiências no hospital e na classe hospitalar o que contam...				
Título da pesquisa	Pesquisador (a)	Ano	Instituição	Palavras-chave
Narrativas infantis: o que nos contam as crianças de suas experiências no hospital e na Classe Hospitalar	ROCHA, Simone Maria da.	2012	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Narrativas infantis. Pesquisa (auto)biográfica. Infância hospitalizada. Escolarização hospitalar. Classe hospitalar
Percepções de médicos sobre o papel do pedagogo no trabalho com crianças hospitalizadas: o caso do Hospital das Clínicas da UFBA	MASCARE NHAS, Aline Daiane Nunes.	2011	Universidade Federal da Bahia	Pedagogo. Classe Hospitalar. Pediatria

*Fonte: tabela elaborada pela autora.

Após analisar as treze pesquisas selecionadas do Banco de Teses da Capes a respeito da *Pedagogia Hospitalar*, Classe Hospitalar e/ou Escolarização Hospitalar, pude perceber que são produções embasadas na teoria crítica e, por isso, estabelecem um distanciamento com o empreendimento que procurei desenvolver em minha pesquisa. A perspectiva pós-estruturalista, que embasa meu trabalho de investigação, me possibilita problematizar e entender a *Pedagogia Hospitalar* como uma estratégia de governo⁹ que age sobre os “corpos” com o intuito de torná-los úteis e produtivos, mesmo quando estes estão doentes. Tais sujeitos não podem ser excluídos do jogo econômico neoliberal, que utiliza estratégias de inclusão, entre elas a *Pedagogia Hospitalar*, para agir sobre estes “pacientes”, evitando que se tornem riscos à sociedade. Porém, é preciso destacar que o fato dessas pesquisas pautarem-se em outros referenciais teóricos não as desqualificam e, se fosse necessário e possível, faria uso delas na medida em que se articulassem com as minhas discussões. Assim, foi o caso das contribuições das autoras Mugiatti e Matos, referências neste tipo de atendimento pedagógico, e que foram utilizadas como subsídio teórico da minha investigação, na qual fiz uso, em especial, do livro “*Pedagogia Hospitalar: a humanização integrando educação e saúde*” (MUGIATTI e MATOS, 2014).

⁹ *Governo* refere-se ao conjunto de práticas que se disseminam pela sociedade e que têm por objetivo governar a população. (VEIGA-NETO, 2002)

A partir desse levantamento sobre as pesquisas que vem sendo produzidas em torno da *Pedagogia Hospitalar, Classe Hospitalar e/ou Escolarização Hospitalar*, pude perceber que são produções recentes, datadas a partir de 2009, e a maioria se embasa em outras perspectivas teórica. Além disso, cabe também ressaltar que algumas dessas produções não compreendem a área da educação, mas sim, a área da saúde. Isso não impossibilitou articulações com tais investigações, mas demonstrou que meu olhar para esta temática foi distinto, nem melhor, nem pior, apenas diferente. Tal exercício também me possibilitou conhecer melhor o que vinha sendo produzido sobre o tema e delinear de forma mais detalhada a minha investigação. A partir da leitura dessas investigações, foi possível construir de forma mais minuciosa a metodologia que utilizei para o desenvolvimento da minha pesquisa, que será apresentada no próximo capítulo.

2 A CURIOSA VIAGEM: PELOS CAMINHOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Uma metodologia de pesquisa [...] se refere a um como fazer, como fazemos ou como faço minha pesquisa. Trata-se de caminhos a percorrer, de percursos a trilhar, de trajetos a realizar, de formas que sempre têm por base um conteúdo, uma perspectiva ou uma teoria. Pode se referir a forma mais ou menos rígidas de proceder ao realizar uma pesquisa, mas sempre se refere a um como fazer [...] porque se trata de uma condução: como conduzo ou conduzimos nossa pesquisa. (MEYER; PARAÍSO, 2012, p. 15)

Dou início a este capítulo metodológico com as palavras de Meyer e Paraíso (2012) para mostrar como conduzi minha investigação, apontando caminhos, trajetos que percorri durante esta caminhada, que, por se tratar de uma proposta pós-estruturalista, não foram colocados de forma prévia, já que poderiam seguir rotas e direções flexíveis e que, ao longo do percurso, poderiam ser modificadas e reestruturadas de acordo com as necessidades do objeto investigado. Desta forma, tentei manter o rigor que acompanha a investigação acadêmica, mas “sem maiores preocupações com regras” fixas (VEIGA-NETO, 2003, p. 20), pois, na pesquisa pós-estruturalista,

[...] construímos nossos modos de pesquisar movimentando-nos de várias maneiras: pra lá e para cá, de um lado para outro, dos lados para o centro, fazendo contornos, curvas, afastando-nos e aproximando-nos. Afastamo-nos daquilo que é rígido, das essências, das convicções, dos universais, da tarefa de prescrever e de todos os conceitos e pensamentos que não nos ajudam a construir imagens de pensamentos potentes para interrogar e descrever-analisar nosso objeto. Aproximando-nos daqueles pensamentos que nos movem, colocam em xeque nossas verdades e nos auxiliam a encontrar caminhos para responder nossas interrogações. (MEYER; PARAÍSO, 2012, p. 16-17)

A escolha desse caminho teórico-metodológico me permitiu problematizar práticas que, para mim, anteriormente, eram inquestionáveis. A partir dele, foi possível produzir novas “inquietações, novos ‘lances’ e ‘sacações’, que me levaram a abandonar um campo longamente

cultivado das certezas teóricas e de promessas redentoras para me aventurar por novas sendas de pesquisa” (BUJES, 2007, p. 16). Isso é possível porque, ao embarcar nessa viagem misteriosa, temos conhecimento do nosso ponto de partida; do que nos inquietou, do que nos motivou, mas não sabemos qual será o nosso ponto de chegada e nem os trajetos que precisarão ser percorridos durante essa aventura. Por isso, utilizei-me da metáfora da viagem, das autoras Meyer e Soares (2005), para caracterizar essa forma de fazer pesquisa, que pauta-se não tanto pelas noções de partida e de chegada, mas pelas ideias de “deslocamento, desenraizamento e trânsito”. Pois, como as autoras afirmam “[...] o que interessa é o movimento e as mudanças [múltiplas e conflitantes] que se dão ao longo do trajeto; o que importa é o andar e não o chegar” (2005, p. 38).

Com isso, não tive a intenção de produzir, com a minha pesquisa, um juízo de valor sobre as práticas recreativas-pedagógicas desenvolvidas na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, no setor de pediatria, ou classificá-las a partir de binarismos, como certo, errado, bom e ruim. Tampouco pretendi construir manuais a serem seguidos para dar conta do que poderia ser chamado, em outra perspectiva teórica, da “verdadeira” *Pedagogia Hospitalar*, mas problematizar esta modalidade de ensino que busca incluir este “paciente” nas amarras da educação. Trata-se muito mais de problematizar esse campo constituído pela *Pedagogia Hospitalar* e colocar em suspenso algumas das verdades construídas por ela ou sobre ela. Tal postura exige do investigador que opere com limites e dúvidas, com conflitos e divergências, que resista à tentação de formular sínteses conclusivas, pois compreende que as verdades são construídas social e culturalmente (MEYER; SOARES, 2005) e, por isso, ele é constantemente instigado a se questionar e a questionar os referenciais que, segundo as autoras, são tomados como parciais e provisórios.

Para Foucault, o método não é o caminho seguro como queriam Descartes e Ramus, até porque nada mais é seguro, previsível: nem os pontos de saída, nem o percurso, nem os pontos de chegada. E mais: não há um solo-base externo por onde caminhar, senão que, mais do que o caminho, é o próprio solo sobre o qual repousa esse caminho é que é construído durante o ato de caminhar. (VEIGA-NETO, 2009, p. 88-89)

Cabe salientar que, mesmo problematizando a *Pedagogia Hospitalar*, não “desconsideramos o já produzido em outras teorias [...]. Ocupamo-nos do já conhecido e produzido para suspender significados, interrogar os textos, encontrar outros caminhos, rever e problematizar os saberes produzidos e os percursos trilhados por outros” (PARAÍSO, 2012, p. 25). Com isso, antes de definir se tais práticas estão de acordo ou não com tais pressupostos, pretendi olhar para a forma como essa modalidade de ensino foi, pouco a pouco, sendo

constituída no Brasil e os efeitos que essas práticas produzem nos sujeitos-pacientes. É importante salientar que, na perspectiva pós-estruturalista, não “aceitamos a neutralidade de nossos gestos, de nossos estudos [...], mas assumimos um posicionamento de outra natureza” (FISCHER, 2007, p. 51), que é o das problematizações e, por que não dizer, das nossas inquietações. “[...] trata-se de assumir que não estamos passando à margem das quase infinitas possibilidades que temos de ir além do senso comum [...]” (FISCHER, 2007, p. 51).

Não posso deixar de salientar que, em nossas investigações, não temos “[...] uma solução ideal, [...] muito menos [...] a revelação da verdade mais verdadeira ou a magia das soluções para os tantos impasses e impedimentos vividos no campo da educação [...]” (FISCHER, 2007, p. 51). No lugar disso, almejamos que elas nos façam pensar sobre estes discursos que circulam pela sociedade como verdades absolutas, pois, como afirma Foucault (2000), “não existe a ‘verdade’, mas sim, ‘regimes de verdade’. Ou seja, discursos que funcionam na sociedade como verdadeiros”, mas que não passam de invenções; criações de certo período histórico e que, por isso mesmo, podem ser questionadas e problematizadas. Fazer pesquisa

[...] com e dentro dessas abordagens supõe, então, aceitar o desafio que envolve investir em outras disposições epistemológicas e em outras possibilidades de nos constituirmos investigadores e investigadoras. Exatamente por isso, elas também podem nos propiciar travessias instigantes, que não só provocam o pensamento como complexificam e (re)mencionam os limites da própria vida ou, mais simplesmente, de nossos olhares e viagens. (MEYER; SOARES, 2005, p. 43)

Foi considerando essa postura investigativa que cheguei ao espaço a ser investigado, o setor de pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, instituição de grande relevância no setor de saúde para o nosso município, que teve início em 11 de março de 1826, quando o excelentíssimo senhor Rodrigo Fernandes Duarte solicitou à Câmara Municipal a doação de um terreno na antiga Vila do Rio Grande de São Pedro para a construção desta instituição da Saúde¹⁰, que tornou a cidade do Rio Grande uma das pioneiras do Rio Grande do Sul a ter hospital. Cabe ressaltar que, além da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, a cidade conta com outra instituição hospitalar: o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/FURG) que teve sua origem, em 1966, nas instalações físicas da ACSCRG, mas o fato de se tratar de um hospital ensino e sua adesão a Ebserh¹¹, em 2015 foram

¹⁰ Informações coletadas no site da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, que serão melhor exemplificadas posteriormente.

¹¹ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. A empresa integra um conjunto de ações empreendidas pelo Governo Federal no sentido de recuperar os hospitais vinculados às universidades federais. (<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/historia>)

considerados, pela pesquisadora, impedimentos para a realização da pesquisa acerca da *Pedagogia Hospitalar* nesta instituição.

A escolha do local se deu pelo fato da ACSCRG ser uma instituição de grande relevância para o município de Rio Grande e arredores e também por questões pessoais: nasci nesta instituição e minha mãe trabalhou, com as “irmãs de caridade”, durante algum tempo neste hospital. Outro fator importante para o desenvolvimento desta pesquisa nesta instituição e nesta cidade é que atuo como professora da rede municipal de Rio Grande e em reuniões promovidas pela Secretaria Municipal de Educação (SMED) percebo que não se ouve falar de intervenções escolares envolvendo crianças e/ou adolescentes hospitalizados, mesmo estas sendo previstas em legislação, como salienta o item 9 da Resolução nº 41/1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Assim, definido o local a ser pesquisado, foi feito, no dia 8 de junho de 2016, o primeiro contato com a instituição, onde me foram repassados todos os processos necessários para se ter acesso ao local da investigação. Primeiramente, era preciso fazer um projeto que deveria ser cadastrado na Plataforma Brasil¹². Esse cadastro foi realizado no dia 28 de junho de 2016, com o projeto intitulado *Pedagogia Hospitalar: uma pedagogia especial e inclusiva* e, posteriormente, renomeado para *Pedagogia Hospitalar: as práticas recreativas-pedagógicas desenvolvidas no setor de pediatria para atender crianças e adolescentes hospitalizados*. Este mesmo projeto também foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPAS¹³/A. C. Santa Casa do Rio Grande) e recebeu aprovação por meio do parecer protocolado sob o nº 014/2016 no dia 31 de agosto de 2016¹⁴. Cabe ressaltar que também foi preciso elaborar uma carta de conhecimento do projeto¹⁵ para a formalização do pedido de realização da pesquisa ao chefe do local da investigação, ou seja, do profissional-chefe da pediatria.

Além disso, foi preciso explicar minuciosamente, no projeto submetido ao CEPAS/ACSCRG, como seria desenvolvida a investigação, que etapas a iriam compor e quais os procedimentos metodológicos que seriam utilizados na coleta de dados. Nesse momento me vi num espaço paradoxal, pois, por um lado, sentia a necessidade de deixar as coisas acontecerem para tomar as decisões de método que se dariam no decorrer da caminhada. Por

¹²A Plataforma Brasil é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP; a folha de rosto desta pesquisa consta no anexo A deste trabalho.

¹³ O CEPAS/ACSCRG foi instituído em 12 de setembro de 2001 e se origina de uma resolução do Conselho Nacional de Saúde, órgão do Ministério da Saúde que exige essa constituição em todas as instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos. Atualmente o CEPAS/ACSCRG é composto por 10 integrantes e coordenado pela Dr^a Priscila Aikawa.

¹⁴ O parecer nº 014/2016 encontra-se no anexo A do trabalho.

¹⁵ A carta de conhecimento encontra-se no anexo B do trabalho.

outro lado, a institucionalização do projeto de pesquisa e sua passagem pelo Comitê de Ética exigia-me uma fixação prévia de procedimentos e definições mais rígidas em torno do que eu pretendia fazer e de até onde poderia adentrar no espaço hospitalar. Neste momento, percebo o hospital enquanto um espaço estriado¹⁶. Um espaço, que, como Deleuze e Guattari (1997) escreveram, tem a preocupação em ‘conservar’. Conservar tudo o que já havia sido acertado com o projeto, pois, o “[...] estriamento do espaço, impede, ou pelo menos dificulta, freia os fluxos” (1997, p. 19) que não podem ou não devem ser percorridos pelo investigador.

Foi nesse emaranhado de posições distintas que a pesquisa foi se construindo. Num primeiro momento, tomei algumas decisões que compuseram o projeto inicial de pesquisa. Porém, passei a compreender como possibilidades, hipóteses do que poderia acontecer no campo de investigação. Conforme a pesquisa foi se desenvolvendo, modificações foram sendo feitas, uma confiança foi se estabelecendo entre a pesquisadora e os profissionais da pediatria do hospital e uma maior liberdade foi sendo possibilitada no interior desse espaço. A partir dessa confiança, foi possível conduzir a investigação por essa forma cartográfica¹⁷ de se fazer pesquisa, mesmo em um ‘espaço estriado’, como o hospital. Além disso, foi possível deslizar entre ‘espaços lisos’ que foram sendo oportunizados pela confiança firmada entre pesquisadora, os profissionais da pediatria e os familiares das crianças hospitalizadas.

Por acreditar, assim como Fischer (2007), – que as incursões nos campos de pesquisa captam bem mais as grandezas que apenas os escritos, que muitas vezes não são aplicados e referenciados como deveriam, fui articulando alguns procedimentos distintos de investigação, que reúnem tanto materiais escritos quanto experiências vividas e compartilhadas no espaço investigado. Assim, surge minha proposta de um “estar lá” dentro do ambiente a ser pesquisado, “com” os envolvidos na investigação, “de modo a permitir que a teoria se faça viva, seja operacionalizada, colocada à prova, em suma, que ela mesma e seus conceitos sejam também problematizados” (FISCHER, 2007, p. 62). E complementa:

[...] teses e dissertações ganham em densidade se – mesmo tendo como objetivo, por exemplo, analisar manuais, livros-texto [...] – pudermos incursionar, de alguma forma, pelos corredores das instituições, pelos labirintos de nossa própria experiência pessoal, profissional, com a temática em foco, e trazer não explicitamente o depoimento deste ou daquele sujeito (o

¹⁶ Termo utilizado por Deleuze e Guattari no texto *Tratado de Nomadologia* (1997), para descrever que a preocupação do Estado é conservar e que, para isso, o Estado cria um estriamento do espaço para impedir, ou pelo menos dificultar e frear os fluxos. No Estado, temos um ‘espaço estriado’, codificado, no qual os movimentos devem atender a uma série de regras. Fora da máquina de Estado, temos um ‘espaço liso’, no qual os fluxos fluem livres. O espaço estriado do Estado é o espaço da repetição, do eterno retorno ao mesmo através dos jogos de poder instituídos. O espaço liso fora do Estado é o espaço da produção da diferença (1997, p. 19).

¹⁷ Metodologia que será melhor exemplificada na próxima seção.

que poderia ser também uma opção), mas a vida que pulsa nas práticas que aqueles mesmos manuais narram. (FISCHER, 2007, p. 63)

Sendo assim, o desenvolvimento desta investigação se deu a partir de três procedimentos distintos, mas articulados entre si: a análise documental, observações (o olhar do pesquisador) e conversas com diferentes sujeitos (a escuta do pesquisador) e “como não poderia deixar de ser, elas remetem umas às outras. Ainda como um rizoma, *as pistas* aqui apresentadas não formam uma totalidade, mas um conjunto de linhas de conexão e de referências, [...]” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015, p. 14), que inspiram uma forma cartográfica de fazer pesquisa. Ou seja, “[...] De uma pesquisa errante que navega na embriaguez do movimento pela sua própria mudança. Partir. Sair. Deixar-se um dia perder a cabeça. Ir quebrar em algum lugar. A cartografia não dispensa a viagem” (OLIVEIRA, 2012, p. 283). Por isso, é chegada a hora de partir. É chegada a hora de percorrer as seções seguintes e conhecer alguns dos meus entendimentos sobre a cartografia e as conexões que me inspiraram nessa forma cartográfica de fazer pesquisa.

2.1 A CARTOGRAFIA COMO INSPIRAÇÃO METODOLÓGICA

[...] a cartografia é um incêndio; destrói e (re) constrói. (OLIVEIRA, 2012, p. 286)

Para o desenvolvimento da pesquisa, busquei inspiração na cartografia social, pela possibilidade que esta oferece de construir, desconstruir e reconstruir os modos de se fazer pesquisa: “A cartografia como método de pesquisa [...] pressupõe uma orientação do trabalho do pesquisador que não se faz de modo prescritivo, por regras já prontas, nem com objetivos previamente estabelecidos” (PASSOS; BARROS, 2015, p. 17). Nas palavras de Deleuze e Guattari: “Fazer uma cartografia é, pois, a arte de construir um mapa sempre inacabado, aberto, composto de diferentes linhas, conectável, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p.21). Por isso, “a criação torna-se [...] a gênese do método cartográfico” (OLIVEIRA, 2012, p. 285), pois a cartografia “[...] converte o método em problema e torna-se metodologicamente inventiva” (OLIVEIRA, 2012, p. 282). Ela

[...] não tem [...] uma essência ou uma descrição de um estado de coisa que a defina, pois, ela [...] é um processo de produção, uma geografia da circunstância, quadros multidimensionais, desenhados na complexa rede de linhas que sugerem sua incompletude. (OLIVEIRA, 2012, p. 296)

É importante lembrar que “A cartografia é um método formulado por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995) que visa acompanhar um processo, e não representar um objeto” (KASTRUP, 2015, p. 32). Na concepção destes estudiosos ela pode ser compreendida como um rizoma¹⁸, uma vez que,

[...] inspirada numa ‘metáfora botânica’ é apresentada como um tipo de olhar estratégico, modelo de funcionamento e ação, também de enfrentamento e resistência, que opera a partir de princípios diferentes daquele unitário, vertical, estrutural e disciplinar que orienta o modelo de análise e funcionamento característico da formação “árvore-raiz”. O rizoma se estende e desdobra num plano horizontal, de forma acêntrica, indefinida e não hierarquizada, abrindo-se para a multiplicidade, tanto de interpretações quanto de ações, remetendo à formação radicular da batata, da grama e da erva daninha. Ele não opera pelo jogo de oposição entre o uno e o múltiplo, não tem começo, fim ou centro, nem é formado por unidades, mas por *dimensões* ou direções variáveis, além de constituir multiplicidades lineares ao mesmo tempo em que é constituído por múltiplas linhas que se cruzam nele, formando uma rede móvel, conectando pontos e posições. (FILHO; TETI, 2013, p. 51)

Essa variedade de ações e interpretações que são oportunizadas pela cartografia torna essa estratégia metodológica rica e um grande desafio para o pesquisador, pois, na cartografia “[...] não existe um método formulado para me dizer se estou no caminho certo. Trata-se de uma operação que não equivale a um método. É claro que implica em método no sentido de hódos-metá¹⁹, mas não tem um que lhe seja equivalente, referente” (HECKTHEUER, 2012, p. 26). Assim como a metáfora do incêndio, ela se constrói e se (re)constrói, destruindo essa ideia de essência, de universal, e atribuindo, ao objeto da pesquisa, múltiplas significações. Para a cartografia, o objeto não é “[...] algo fixo [...], organizado e fechado [...], ele é como alguma coisa que se estende sobre uma superfície, geográfico, geológico, e que pode tomar emprestado um grande número de modos de existir” (OLIVEIRA, 2012, p. 284) e de se constituir.

O termo cartografia

[...] utiliza especificidades da geografia para criar relações de diferença entre “territórios” e dar conta de um “espaço”. Assim, “cartografia” é um termo que faz referência à ideia de “mapa”, contrapondo à topologia quantitativa, que caracteriza o terreno de forma estática e extensa, uma outra de cunho dinâmico, que procura capturar intensidades, ou seja, disponível ao registro do acompanhamento das transformações decorridas no terreno percorrido e à implicação do sujeito percebido no mundo cartografado. (FONSECA e KIRST, 2003, p. 92)

¹⁸ A noção de rizoma foi adotada da estrutura de algumas plantas cujos brotos podem ramificar-se em qualquer ponto.

¹⁹ Passos e Barros (2010, p. 17) afirmam que “a cartografia reverte o sentido tradicional de método sem abrir mão da orientação do percurso da pesquisa. O desafio é o de realizar uma reversão de sentido tradicional de método – não mais um caminhar pra alcançar metas pré-fixadas (metá-hódos), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas. A reversão, então, afirma um hódos-metá”.

A cartografia pode, então, ser compreendida como uma “[...] estratégia de análise crítica e de ação política, [...] que acompanha e descreve relações, trajetórias [...]” (FILHO; TETI, 2013, p. 47), não se constituindo em uma abordagem metodológica que busca realizar um mapeamento do espaço físico, mas sim das relações, intensidades, movimentos e dinâmicas que acontecem no espaço pesquisado. É nesse sentido que busquei inspiração no método cartográfico, não para mapear o espaço hospitalar, mas para mapear as relações e dinâmicas que ocorrem com o paciente; com as crianças e os adolescentes hospitalizados. A cartografia é como “[...] uma atitude à qual corresponde uma operação [...]” (HECKTHEUER, 2012, p. 26) e, por isso, não é algo que pode ser estabelecido *a priori*, pois não se tem como prever os acontecimentos, nem os caminhos que serão necessários percorrer no momento da pesquisa. Essa forma de fazer pesquisa possibilita uma maior flexibilidade ao trabalho, mas não o afasta do rigor necessário a uma pesquisa acadêmica, pois “o fato de não existir ‘o método’ distintivo da ciência não significa que se possa fazer pesquisa sem método. O trabalho de investigação não pode prescindir de rigor e método, mas pode inventar seu próprio caminho” (COSTA, 2007, p. 150). Assim, “[...] a cartografia procura assegurar o rigor do método sem abrir mão da imprevisibilidade do processo de produção do conhecimento, que constitui uma exigência positiva do processo de investigação [...]” (KASTRUP, 2015, p. 43).

Por isso, cabe reiterar que

[...] a metodologia da pesquisa científica em geral distingue territórios preexistentes, reconhece e registra formas. Assim, coordena e assegura a viagem entre os diversos caminhos possíveis de se percorrer. Porém, a viagem que se inicia com o ‘método cartográfico’ é muito mais árdua e cheia de encruzilhadas; nesta não há o melhor caminho, nem o mais correto, não existe verdadeiro, nem falso, mas se encontra sim, o mais belo, o mais intenso, o que insiste em se presentificar, o que causa estranheza, temor..., o que se equivocava, se atrapalha..., o que falha. São pelos desvios que se começa a jornada, pelas linhas mal/bem traçadas do desejo que se realiza a cartografia, potencializando vidas em territórios complexos e heterogêneos de forças que se imiscuem umas às outras num constante jogo de poder e afeto característicos de qualquer grupo composto por sujeitos. (MAIRESSE, 2003, p. 271)

E é com este olhar cartográfico que vaguei pelo hospital e tentei me aproximar do campo da *Pedagogia Hospitalar* e assim, fui definindo, o que se mostrava mais interessante para a investigação que desejava desenvolver, pois, “no caso da cartografia, a mera presença no campo da pesquisa expõe o cartógrafo a inúmeros elementos salientes, que parecem convocar a atenção” (KASTRUP, 2015, p. 39), por isso, foi preciso ir selecionando o que serviria para a pesquisa e o que precisaria ser descartado. Considero ser importante ressaltar que, “como

cartógrafos²⁰, nos aproximamos do campo²¹ como estrangeiros, visitantes de um território que não habitamos. O território vai sendo explorado por olhares, escutas, pela sensibilidade aos odores, gostos e ritmos” (BARROS; KASTRUP, 2015, p. 61).

Após muito vagar, transitar pelos corredores e quartos da pediatria, entrar e sair, aproximar-me e distanciar-me, defini dois grandes movimentos para a pesquisa. O primeiro, que se refere à análise documental, que, mesmo não se referindo ao espaço e às relações que lá se estabelecem, considero importante para compreender como a *Pedagogia Hospitalar*, foi se consolidando no Brasil enquanto um direito das crianças e adolescentes hospitalizados e como isso vem sendo colocado em prática no espaço da pediatria. Um segundo movimento foi definido como o ‘*estar lá*’, que usou de observações e conversas informais, tanto com profissionais da pediatria como com pais e/ou responsáveis pelos pacientes hospitalizados, que, neste caso, tratam-se de crianças e adolescentes. Ambos os movimentos são explicados de forma mais detalhada nas próximas seções que compõem este capítulo.

2.1.1 Uma Conexão com os documentos que legislam sobre a *Pedagogia Hospitalar* no Brasil

Não há história sem documentos. (SAMARAN, 1961, p. XII)

[...] se dos fatos históricos não foram registrados documentos, ou gravados ou escritos, aqueles fatos perderam-se. (LEFEBVRE, 1971, p. 17)

Por acreditar, que não há história sem documentos e que eles se constituem em uma ‘fonte poderosa’ de informação, fiz uso, em minha pesquisa, da análise documental, pois, ao analisar os documentos, o pesquisador pode dar conta do visível e do enunciável e pode problematizar o que está sendo dito e legitimado por esses discursos (DELEUZE, 1991). Sendo assim, o documento “[...] não é inócuo. É, antes de mais nada, o resultado de uma montagem, consciente ou inconsciente, da história, da época, da sociedade que o produziram, mas também das épocas sucessivas durante as quais continuou a viver [...]” (LE GOFF, 2003, p. 537-538).

²⁰ Como já citado anteriormente, não fiz uma cartografia, apenas busquei inspiração neste modo de se fazer pesquisa. Assim como, em nenhum momento da investigação, tive a pretensão de ser um cartógrafo, apenas me utilizei de algumas de suas estratégias para ‘estar lá’ no ambiente investigado.

²¹ de pesquisa.

Por isso, o documento pode ser visto como monumento, uma vez que:

[...] o documento não é qualquer coisa que fica por conta do passado, é um produto da sociedade que o fabricou segundo as relações de forças que aí detinham o poder. Só a análise do documento enquanto monumento permite à memória coletiva recuperá-lo e ao historiador usá-lo cientificamente [...] (LE GOFF, 2003, p. 536).

Nesse uso, não temos a intenção de querer interpretá-lo ou fazer juízo de valor sobre seus ditos. O que se pretende é problematizar as relações de poder por ele exercidas, e não buscar nele “[...] um ‘outro discurso’ mais oculto” (FOUCAULT, 2008b, p. 157), a fim de “desvelar” uma verdade primeira. O documento não é um código que necessite ser decifrado ou um mistério a ser revelado. Ele é resultado de determinadas condições históricas e sociais que o fizeram existir.

Sendo assim, procurei fazer uma leitura monumental dos documentos, no sentido de estabelecer suas condições de existência, a sua produtividade e suas correlações com outros movimentos que venham a contemplá-los. Trata-se de tentar “[...] estabelecer as relações entre esses enunciados e aquilo que eles descrevem, para, a partir daí, compreender a que poder(es) os enunciados ativam e colocam em circulação” (VEIGA-NETO, 2003, p. 125). Sendo assim, numa primeira etapa da pesquisa, busquei analisar alguns documentos que legislam sobre a *Pedagogia Hospitalar* no Brasil, para compreender como esta modalidade de ensino foi se consolidando historicamente enquanto uma prática inclusiva. A partir da análise desses documentos, foi possível interrogar “as relações de poder por eles travadas, as estratégias que foram usadas e averiguar que outros discursos foram excluídos para que estes pudessem ser autorizados e divulgados” (PARAÍSO, 2012, p. 28). Dessa forma, foram selecionados os seguintes documentos para compor a primeira etapa da investigação: a *Resolução N° 41, de 13 de outubro de 1995*, relativa aos Direitos da Criança e do Adolescente hospitalizado (BRASIL, 1995); e a *Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações* (BRASIL, 2002).

Tais documentos foram escolhidos, pois são eles que legislam atualmente sobre a *Pedagogia Hospitalar* no Brasil, dando condições para a sua consolidação e instituindo determinados entendimentos sobre esta modalidade de ensino, que passou a vigorar, muito recentemente, em nosso país. Assim, esta primeira etapa, composta pela análise documental-monumental, me permitiu realizar dois exercícios: primeiro, olhar para esses documentos como resultado de determinados contextos históricos que fizeram emergir a *Pedagogia Hospitalar* como prática inclusiva; segundo, perceber as relações de poder ali existentes que instituem

verdades sobre a *Pedagogia Hospitalar*, reafirmando determinados entendimentos sobre esta modalidade de ensino e excluindo outros tantos.

Dando continuidade a essa investigação, na próxima seção busquei contemplar o meu “estar lá” no ambiente a ser pesquisado, apresentando outros dois procedimentos de produção de dados: a observação (o olhar do pesquisador) e a conversa (a escuta do pesquisador).

2.1.2 O *estar lá*...

É preciso, portanto, ser um pesquisador paciente e meticoloso; procurar as variadas procedências de leis, regulamentos, documentos, práticas, instituições, embates por reformas, propostas de superações, acasos, silêncios e forças em luta sendo atraídas, elevadas, submetidas, compósitas, abandonadas, rebaixadas, exterminadas, enfim, entrar no interior das batalhas para captar o funcionamento de um dispositivo. É estar nos mosteiros, nos internatos, nas oficinas, nos hospitais [...] (PASSETTI, 2015, p. 87)

Pensando em como definir minhas andanças pelo hospital, busquei inspiração num termo cunhado por Nunes²² (2016) em sua dissertação de mestrado: o “*estar lá*”. Termo esse também utilizado por Andrade²³ (2012) em sua tese de doutorado. Pensei em apoiar-me nestes autores para dizer que estive lá, uma vez por semana, no setor da pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande; durante o primeiro semestre de 2017; para observar as práticas recreativas-pedagógicas desenvolvidas para o atendimento das crianças e adolescentes hospitalizados; conhecer os procedimentos recreativo-pedagógicos desenvolvidos; ver como funciona esse tipo de atendimento, quem são os profissionais que atuam com estes “pacientes-

²² Segundo Nunes (2016), o termo *estar lá* surgiu de uma expressão proferida por uma pessoa responsável pelo Programa Municipal BGV na Paz, em um contexto de produção de dados e, como o pesquisador ansiava acompanhar o processo de implementação/implantação desse programa, optou por utilizá-lo para nomear suas andanças pelo local da investigação.

²³ Para mais informações, ver o terceiro capítulo da tese de Andrade (2008), intitulado *O Estar lá... a escola como campo de pesquisa*. A tese é intitulada *Juventudes e processos de escolarização: uma abordagem cultural*.

alunos” e como desenvolvem este trabalho; como nos diz a epígrafe, é “estar lá”, no interior da batalha, para ver o funcionamento da *Pedagogia Hospitalar*.

Como afirma Fischer (2007, p. 63-64), “uma pesquisa sobre práticas de enfermagem no interior de um hospital público [...], feita por alguém que circula por esses espaços, certamente captará bem mais a grandeza ou a miséria [...] que as perguntas feitas aos materiais empíricos [...]”. O que não quer dizer que a análise desses materiais não se constitui em prática relevante para nossas investigações, porque, para Foucault (2015), não há dissociação entre teoria e prática: “[...] uma teoria não se expressa, não se traduz, nem se aplica a uma prática, uma vez que ela é, também, uma prática”. Por isso, “trazer para nossas dissertações [...] a intensidade da vida é operar com discursos e práticas [...]” (FISCHER, 2007, p. 65), e é com essa intensidade das práticas, entre o documento-monumento e o “estar lá”, que operei em minha investigação:

[...] Pois é a partir desse lugar que revisitaremos as palavras, as expressões, nossos próprios objetos de estudo, informados que são por ela, permanentemente. Penso que esta é uma tarefa ainda a ser realizada, iniciada: a de rever nossos projetos de pesquisa tendo como ponto crucial de partida o fato de que a linguagem e representação, discursos e enunciados, são parte vital das práticas, eles mesmos são práticas, e estas se impõem aos sujeitos. Tal atitude está relacionada a uma trajetória fundamental do pesquisador na elaboração de suas propostas investigativas: aceitar inicialmente a suposta obviedade do objeto, da temática; depois, duvidar dessa condição de óbvio e construí-lo como histórico. (FISCHER, 2007, p. 65-66)

Cabe ressaltar que o meu “estar lá” no ambiente hospitalar foi dividido em dois momentos, os quais denominei “o olhar do pesquisador” e “a escuta do pesquisador”. Obviamente esses momentos se mesclam, se sobrepõem e estão, o tempo todo, imbricados um no outro. Porém, para fins didáticos, optei por explicá-los separadamente. O primeiro momento é composto pelas observações, que foram registradas em um diário de campo.

É importante compreender que “há uma prática preciosa para a cartografia que é a escrita e/ou o desenho em um diário de campo ou caderno de anotações” (BARROS; KASTRUP, 2015, p. 69). Por isso, as anotações obtidas com minha pesquisa foram registradas em um diário de campo, organizadas de duas formas distintas de registros, uma delas feita in loco. Trata-se de anotações mais breves de questões que pareciam pertinentes, tais como: descrição de fatos, de sujeitos (sem identificá-los), reconstrução de diálogos, descrição de atividades, entre outros aspectos. A segunda forma de registro, mais completa e detalhada, sobre aquele dia específico da visita, sendo esta produzida, logo após, a saída da instituição, para que não se perdesse fatos e/ou acontecimentos importantes. Nesse sentido, “Podemos dizer que para a cartografia essas anotações colaboram na produção de dados de uma pesquisa e têm a função de transformar

observações e frases captadas na experiência de campo em conhecimento e modos de fazer” (BARROS; KASTRUP, 2015, p. 70) uma pesquisa. Vale ressaltar que, além dos registros escritos, também foram realizados registros fotográficos, com o cuidado de resguardar a identidade dos envolvidos na investigação. Também foram retiradas fotos de cartazes, dos ambientes e de objetos que pudessem contribuir para o trabalho.

Como as observações ocorreram nos quartos da pediatria, onde encontram-se crianças e adolescentes doentes, elas aconteceram da forma mais discreta possível, para não intervir nos atendimentos, nem no dia-a-dia do hospital e, quando necessário, saía do ambiente, retornando em horário ou dia mais oportuno. Cabe ressaltar que só adentrava nos leitos pediátricos, após, as enfermeiras me apresentarem aos responsáveis dessas crianças e adolescentes hospitalizados, para evitar estranheza e medo a estas pessoas. Durante o meu ‘estar lá’ também optei por adentrar apenas nos leitos de crianças que compreendessem a idade escolar obrigatória, que, segundo a Ementa Constitucional nº 59, de 11 de novembro de 2009, define dos quatro anos aos dezessete anos. Sendo que o paciente de maior idade que encontrei na pediatria tinha 12 anos.

O segundo momento foi definido como a ‘escuta do pesquisador’ e constituiu-se pelas conversas (algumas informais e outras gravadas) realizadas durante as inserções na pediatria. As conversas informais foram realizadas tanto com os profissionais que atuam nesta ala do hospital quanto com os pais e/ou responsáveis pelas crianças e/ou adolescentes hospitalizados, já as conversas gravadas foram realizadas apenas com os profissionais da ala pediátrica do hospital.

Considero importante pontuar que estes profissionais não foram selecionados *a priori*, mas no decorrer do meu ‘estar lá’ no ambiente hospitalar. Entre eles: enfermeiros, técnicos de enfermagem, estagiários de enfermagem, pessoal da distribuição das refeições, da higienização, entre outros. É importante salientar que, em minhas andanças, não encontrei um pedagogo que atuasse neste ambiente hospitalar. Foram selecionadas pessoas que, além de ter contato com as crianças e adolescentes hospitalizados, tinham contato com os seus familiares. Para uma melhor coleta dos dados, essas conversas foram gravadas, pois “[...] a gravação contribui [...] para que informações não sejam perdidas ou esquecidas” (LOCKMANN, 2013, p. 49). Esse “[...] registro sonoro da conversa [...] se torna o documento, o registro fiel, a fonte de dados, o material a ser descrito, analisado, categorizado [...]” (SILVEIRA, 2007, p. 117).

É preciso lembrar que esses discursos produzidos nas e pelas ‘conversas’ estão “[...] imersos em jogos de saber e poder que os constituem e regulam aquilo que dizem numa determinada época e numa determinada sociedade” (LOCKMANN, 2013, p. 45). Assim, o

sujeito não pode ser compreendido como um falante autônomo, proprietário e autor do seu discurso. O que ele diz está imerso em uma rede de significados que é constituída por determinadas condições históricas, sociais e culturais que ele vivencia. Dessa forma é que se percebe a produtividade da articulação desses três momentos de pesquisa, uma vez que aquilo que é referenciado pelos documentos como verdadeiro pode ecoar nas vozes dos sujeitos que vivem a *Pedagogia Hospitalar*. Da mesma forma, pode haver resistências, outras verdades podem surgir, outros entendimentos podem se fazer presentes por meio do olhar e da escuta do pesquisador no ambiente pesquisado.

Para o desenvolvimento desses procedimentos de coleta de dados, uma série de cuidados éticos foram tomados e anteriormente acordados com a instituição pesquisada, por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido Institucional. Além disso, se fez necessário que, antes da conversa gravada, fossem acordados com o sujeito os cuidados éticos adotados neste procedimento. Para isso, foi utilizado, também, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido Individual²⁴. Neste termo, foram esclarecidos, aos participantes da pesquisa, o objetivo da investigação e todos os procedimentos e cuidados tomados durante o desenvolvimento da mesma. Além disso, os participantes ficaram cientes de que suas identidades seriam preservadas e de que poderiam se recusar a participar da investigação. As gravações em voz não foram divulgadas, apenas serviram como forma de registro das informações ditas durante as conversas e conforme sua relevância foram transcritas para o trabalho, sem identificar o sujeito.

Também é importante destacar que, ao fim da investigação, estou comprometida a dar um retorno à Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande sobre meus achados na pesquisa. Para tal retorno, ainda não me foi repassada, pelos responsáveis da instituição e da pediatria, a forma como isso deverá acontecer.

Após pontuar os trajetos percorridos com esta viagem, bem como os cuidados tomados durante o percurso, quero dizer que, com essa pesquisa, não procurei me posicionar contra ou a favor da *Pedagogia Hospitalar*, nem caracterizar as práticas recreativo-pedagógicas como certas ou erradas. Tampouco tencionei construir um manual a ser seguido, mas procurei discutir, problematizar, como a *Pedagogia Hospitalar* se constitui enquanto uma prática inclusiva. Para isso, recorri a algumas contribuições de Michel Foucault, que me ajudaram a compreender a *Pedagogia Hospitalar* enquanto uma estratégia de aproximação-inclusão dessas crianças e adolescentes hospitalizados e, para isso, tomei como principais conceitos-ferramentas os conceitos de *governamento* e *capital humano*, sendo este último articulado às noções de *Homo*

²⁴ O Termo de Consentimento Livre Esclarecido Institucional e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido Individual encontram-se nos respectivos anexos C e D deste trabalho.

economicus e ao neoliberalismo que provém da vertente norte-americana. Além disso, também foi possível transitar por compreensões como a reconfiguração do poder pastoral e de um poder disciplinar. Tudo isso serviu-me de conceito-ferramenta para compreender a forma contemporânea dessa pedagogia que funciona no interior de uma instituição de saúde.

Os conceitos-ferramentas “[...] possibilitam examinar com mais sutileza e minúcia o objeto de estudo. Uma ferramenta [...] permite um trabalho mais detalhado sobre o próprio pensamento” (LOCKMANN, 2013, p. 43). Nesse exercício, utilizei tais conceitos de modo a problematizar a *Pedagogia Hospitalar* como uma forma de governo. A noção de *governo* pode ser compreendida como ações de poder que se capilarizam pela sociedade, entre elas as ações educativas desenvolvidas no interior dos hospitais, no setor de pediatria, sobre as crianças e adolescentes doentes e hospitalizados. Também fiz uso da noção de *capital humano*, na qual o ser humano, mesmo sendo criança ou adolescente e estando doente e hospitalizado, não pode parar de fazer investimentos em si e, para isso, foi preciso olhar as noções de *Homo economicus*, do neoliberalismo norte-americano, que compreende o homem como um empresário de si mesmo, um homem da empresa e da produção e que, por isso, “[...] o investimento educacional deve ser entendido como algo muito mais amplo e numeroso do que um aprendizado escolar ou aprendizado profissional. Esse investimento é o que vai formar uma “competência-máquina” e considerar todos os elementos que entram na constituição [...]” (SANTOS; KLAUS, 2013, p. 73). Além disso, também foi possível transitar por compreensões como a reconfiguração do poder pastoral; um poder caritativo que busca dirigir a conduta dos homens a fim de levá-los à salvação e de um poder disciplinar que permite o controle individual do corpo dos sujeitos com o objetivo de que se tornem dóceis e úteis. Estes conceitos-ferramentas me permitiram problematizar a *Pedagogia Hospitalar* enquanto uma estratégia inclusiva que busca conduzir as condutas desses sujeitos hospitalizados, que, neste caso, são crianças e adolescentes.

Acredito que, antes de analisar o funcionamento atual da *Pedagogia Hospitalar*, ou seja, a forma como ela opera sobre os sujeitos hospitalizados, cabe perguntar como, historicamente, essa modalidade de ensino foi se constituindo enquanto uma estratégia de governo e como ela vem ocorrendo no município de Rio Grande. Por isso, considereei válido trazer para o trabalho um capítulo histórico sobre esta modalidade de ensino que se desenvolve dentro do ambiente hospitalar.

3 UM “MODO DE VER” A *PEDAGOGIA HOSPITALAR* A PARTIR DE UMA INSPIRAÇÃO GENEALÓGICA

Neste capítulo, recorri ao passado, não para buscar a origem ou a essência da *Pedagogia Hospitalar*, mas para “perguntar sobre como, historicamente, tal conceito se tornou uma ferramenta importante [...]” (FISCHER, 2007, p. 57) de inclusão. Visto que, para fazer a genealogia, não é preciso “partir em busca da ‘origem’, negligenciando como inacessíveis todos os episódios da história; mas, ao contrário, é se demorar nas meticulosidades e nos acasos dos começos; [...] não tendo pudor de ir procurá-las onde elas estão [...]” (FOUCAULT, 2015, p. 60-61). Sendo assim,

[...] a genealogia pode ser entendida não como um conjunto de procedimentos técnicos para executar descrições, análises e problematizações, mas como uma *techné*²⁵ de fundo, uma *techné* que informa – [...] um ‘modo de ver as coisas’ que estão em determinadas práticas e suas relações com outras [...]. (VEIGANETO, 2009, p. 89-90)

Por isso, a escolha da genealogia, pois, ela possibilita “modos de ver” e compreender como a *Pedagogia Hospitalar* foi se constituindo enquanto uma prática de poder-saber que age sobre as crianças e/ou adolescentes que estão doentes e hospitalizados. Em minha pesquisa, não pretendi fazer a genealogia tal como fez Foucault; se tratou apenas de aprender com ele sobre um modo específico de olhar para a história. Um olhar que se afasta da busca incessante pela origem e dá lugar a uma busca pela emergência da *Pedagogia Hospitalar*. Uma vez que, como este filósofo afirma, “a genealogia não se opõe à história como a visão altiva e profunda do filósofo ao olhar de toupeira do cientista; ela se opõe, ao contrário, ao desdobramento meta-histórico das significações ideais e das indefinidas teleologias. Ela se opõe à pesquisa da ‘origem’” (FOUCAULT, 2015, p. 56).

Também não posso deixar de mencionar que, em minha pesquisa, não fiz uma história linear, destacando cronologicamente todos os acontecimentos que se relacionam à *Pedagogia Hospitalar*, mas fiz uma seleção dos fatos que, como pesquisadora, acreditei serem importantes para problematizar essa modalidade de ensino. Entendendo, assim, que não há neutralidade na história e que as cenas e episódios selecionados estão sempre imbricados pelo olhar do pesquisador. Por isso, como explica Lockmann (2010, p. 30), “[...] debrucei-me sobre a história, destacando episódios, cenas, fragmentos de épocas distintas que ajudam a compreender a constituição do presente. Lançar um olhar genealógico não é o mesmo que fazer uma

²⁵ *Techné*: técnica; maneira de observar o objeto.

genealogia; de fato, não tenho essa pretensão [...]”. O que pretendo, com esse olhar genealógico, é elencar fatos e acontecimentos que acredito terem contribuído para a emergência da *Pedagogia Hospitalar* no Brasil enquanto prática inclusiva. A Pedagogia, neste contexto de estudo, é compreendida como uma forma de poder, que “[...] relaciona-se [...] com o modo de conduzir os sujeitos, de operar sobre eles e obter determinadas ações, incitando a um governo de si e dos outros” (CAMOZZATO; COSTA, 2013, p. 26). A partir dessa compreensão, foi possível perceber, na contemporaneidade, uma espécie de alargamento da pedagogia, que se espalha por diversos espaços sociais, adentrando também o espaço hospitalar e funcionando como uma estratégia de governo desse corpo-paciente, capturando até mesmo crianças e adolescentes hospitalizados. Nem eles podem escapar das amarras do poder.

Foucault mostrou que, desde o final do século XVIII, a vida entra na história e o corpo passa a ser objeto de saber e de poder; mesmo ele, o corpo “doente”:

O adestramento do corpo, o aprendizado do gesto, a regulação do comportamento, a normalização do prazer, a interpretação do discurso, com o objetivo de separar, comparar, distribuir, avaliar, hierarquizar, tudo isso faz com que apareça pela primeira vez na história esta figura singular, individualizada – o homem – como produção do poder. Mas também, e ao mesmo tempo, como objeto de saber. (FOUCAULT, 2015, p. 26)

Poder-saber/saber-poder. O poder, melhor dizendo, as relações de poder em Foucault são vistas como algo produtivo e que se exerce na relação com o outro. Isso porque o poder não está localizado num ponto específico, mas funciona como uma rede “que nada ou ninguém escapa” (FOUCAULT, 2015, p. 12), mesmo quando se é criança ou adolescente e se está doente. Mas isso não quer dizer que seja algo negativo, repressivo, pois, para este filósofo, onde há poder, também há resistência, uma vez que não existe relação de poder sem a constituição de um campo de saber, assim como todo o saber constitui novas relações de poder:

Com Nietzsche, Foucault aprendeu que a história se inscreve nos corpos. E talvez essa seja uma das mais ricas contribuições dele às Ciências Humanas e a Educação: pensar as relações de poder nos espaços mínimos, nas menores práticas, ali onde efetivamente se disseminam verdades sobre como existir na condição de homem, mulher, criança, pobre, rico, cidadão de primeiro ou de terceiro mundo, homossexual, negro, oriental, ocidental, indígena. (FISCHER, 2011, p. 238)

A partir do pensamento foucaultiano, foi possível aprender que as histórias se inscrevem nos corpos, nesses corpos considerados construtos bissociais produzidos e transformados a partir de práticas sociais, enunciados científicos e discursos que circulam na sociedade. De um corpo produzido na e pela cultura, que, mesmo estando na condição de doente, não deixa de se constituir em um objeto de saber e de poder. Um poder que age nos mínimos espaços, um poder

capilarizado, presente em todas as relações, um poder que ninguém detém, mas que se exerce. Um poder que age nas mais diversas ações cotidianas do sujeito; desse sujeito de direito, desse sujeito governável. “[...] um poder preocupado com o bem-estar da população e a saúde de cada um [...], um poder que se reveste de ‘bondade’ e sincera dedicação a toda a comunidade, mas que não tem condição de exercer-se senão munindo-se de toda a informação sobre cada grupo [...] e como estes podem ser mais bem dirigidos” (FISCHER, 2011, p. 239). Um poder como forma de conduzir as condutas para que esses sujeitos não se tornem riscos à sociedade.

Por isso, essa operação de saber-poder age também nos corpos de crianças e adolescentes hospitalizados, pois, mesmo nesta condição de “doentes”, eles não podem deixar de fazer investimentos na sua saúde e na sua vida, para não se constituírem em riscos para a sociedade e para o Estado. Para isso, os saberes médicos ou os médicos se tornam “o grande conselheiro e o grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir melhor o corpo social e mantê-lo em um permanente estado de saúde” (FOUCAULT, 2000b, p. 203).

Sendo assim, o hospital, como as outras instituições que foram estudadas por Foucault, se configura como uma técnica, um dispositivo, um mecanismo e um instrumento de poder, e também como um “[...] instrumento de produção, acúmulo e transmissão do saber [...]” (FOUCAULT, 2015, p. 28), permitindo “um controle minucioso das operações do corpo e assegurando a este corpo uma relação de docilidade-utilidade”²⁶. Um poder que faz dos indivíduos, sujeitos. Um poder que fabrica “o homem” necessário ao funcionamento e à manutenção da sociedade capitalista (FOUCAULT, 2015).

A partir desses entendimentos teóricos, dividi este capítulo em três momentos. Num primeiro momento, procurei discorrer sobre alguns acontecimentos históricos acerca do hospital e do local em que fiz minha pesquisa, a Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (ACSCRG). Num segundo momento, lancei um olhar genealógico sobre a *Pedagogia Hospitalar* no Brasil e, num terceiro momento, procurei elencar conceitos que me permitiram olhar a *Pedagogia Hospitalar* como uma prática inclusiva, que funciona como estratégia de governo dos sujeitos doentes, fazendo-os investir constantemente em seu capital humano.

²⁶ Michel Foucault em *Vigiar e Punir*, (2014, p. 139).

3.1 SOBRE A HISTÓRIA DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR: DA CARIDADE À CURA

Acredito que, antes de adentrar o estudo de como a *Pedagogia Hospitalar* foi se instituindo enquanto uma modalidade de ensino, seja necessário percorrer alguns caminhos para mostrar como o hospital, local onde esta prática se efetiva, vai se constituindo, pouco a pouco, como uma instituição de cura. Apesar dessa instituição estar presente, há muito tempo, em nossa sociedade, nem sempre foi instrumento destinado a curar, mas sim, um local de assistência e, até mesmo, de exclusão/reclusão das pessoas que representavam um certo tipo de perigo às outras pessoas:

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. [...] como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doenças e de possível contágio, é perigoso. Por essas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. (FOUCAULT, 2015, p. 174)

A partir das palavras de Foucault (2015), é possível perceber que a função médica de curar não se fazia presente neste período; o hospital era visto como instrumento de assistência, exclusão. Por isso, “[...] nenhuma pessoa que tivesse algum recurso procurava o hospital – era atendida em casa por um médico pago. Ademais, para o resto da população, o hospital era temido como um sinal de aproximação da morte” (LOBO, 2008, p. 288), compreendido como um local onde se vai para morrer, chamado de morredouro.

Cabe ressaltar que

[...] nada nos relatos do funcionamento dos hospitais autoriza a identificá-los como uma instituição médica, nem que ali houvesse iniciado uma medicina hospitalar. Enfermeiros não tinham nenhuma formação: bastava que fossem brancos, cristãos-velhos, em geral analfabetos, condições que favorecia administrar remédios trocados aos pacientes. Os médicos eram apenas um ou dois funcionários submetidos, como os demais, à administração de leigos das Santas Casas, e muitas das tarefas do tratamento eram desempenhadas por cirurgiões-barbeiros, muitas vezes um escravo que conhecia a arte de sangrar. (LOBO, 2008, p. 287)

Como podemos perceber, quem cuidava dos pacientes não eram estudiosos da medicina, mas sim, leigos e até religiosos – pessoas caridosas que estavam ali, não “[...] destinados a realizar a cura desses doentes, mas para conseguir a sua própria salvação” (FOUCAULT, 2015, p. 175) quando morressem, pois, ao fazer a caridade, eram perdoados dos seus pecados. Assim,

este viés caritativo compreendia duas ações concomitantes: uma de salvar a alma desse doente, para que, quando ele morresse, fosse libertado dos pecados e perdoado perante Deus. Dessa forma, a prática da extrema-unção era recorrente nesse período. Mas, além disso, a caridade também salvava a alma daquele que estava se sacrificando em favor do outro; que, ao ajudar o próximo, ao prestar caridade, também estava sendo perdoado por Deus e alcançava, assim, a sua própria salvação.

Essa ação caritativa faz referência há um poder estudado por Foucault no curso *Segurança, Território e População* (1978): o poder pastoral. Poder esse que provém de uma matriz religiosa, um poder que se refere à “[...] salvação de todos, mas também a salvação de cada um. Nenhuma ovelha é indiferente. Nenhuma deve escapar desse movimento, dessa operação de direção e de condução que leva à salvação” (2008a, p. 222). Em especial, à salvação do doente, do moribundo, que precisava receber o perdão dos seus pecados e, assim, ter a graça de entrar no reino dos céus. Por isso, o poder pastoral é bondoso, benevolente, é caritativo e, ao fazer a caridade, ao fazer a renúncia de si, o sujeito é digno da salvação divina. Esse gesto caridoso, misericordioso e de assistência, no Brasil, também pode ser percebido na constituição das Santas Casas de Misericórdia. “[...] Já que o Estado brasileiro, como o português, eximia-se de participar diretamente desses serviços” (LOBO, 2008, p. 325) de atendimento à população pobre:

As Irmandades da misericórdia instituídas, a partir do século XVI, nas vilas mais importantes, praticavam as 14 obras da misericórdia e, para tal, instalaram hospitais (Santas Casas) e hospedarias (para náufragos, velhos desamparados, membros do clero em viagem e viajantes importantes); fundaram casas para criação e educação de crianças abandonadas (casas e rodas dos expostos), meninas órfãs (recolhimento de órfãs) e a guarda de moças transviadas, mulheres adúlteras e de má vida (recolhimentos do parto); criaram e sustentaram hospícios e lazaretos; instalaram oficinas para meninos e rapazes e construíram igrejas; alimentavam os presos das cadeias (à época o governo não fornecia alimentação a presos) e dotaram as moças casadouras dos Recolhimentos de Órfãs; enterravam, em cemitérios, os enforcados e salvavam a vida de condenados cujas cordas se partiam na hora precisa do enforcamento, lançando-lhes por cima, a protetora bandeira de Misericórdia. (RODRIGUES, 1985, p. 19-20)

Essas instituições caritativas também passaram a ser conhecidas como *Casa da Roda*, *Casa dos Enjeitados* ou *Casa dos Expostos*, e surgiram para evitar o aborto e o infanticídio, para defender a honra das famílias cujas filhas engravidam fora do casamento e como um mecanismo para regular o tamanho das famílias, dado que não havia métodos eficazes de controle de natalidade (CORAZZA, 1998). Por isso, a roda dos expostos combinava a moral cristã da caridade e da filantropia para um exercício de (re)aproveitamento do indivíduo, para

que este se tornasse útil à sociedade e, assim, pudesse contribuir com o aumento da riqueza da Nação. Com essas práticas, vimos o quanto o hospital se constituía mais como uma instituição de assistência do que de cura dos enfermos.

A reformulação dos hospitais e dos saberes médicos só foi possível com a reforma ocorrida nos hospitais militares e marítimos²⁷, e com a VALORização²⁸ do ser humano enquanto uma máquina produtiva:

Se os hospitais militares e marítimos tornaram-se o modelo, o ponto de partida da reorganização hospitalar, é porque as regulamentações econômicas tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo²⁹, como também porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. É nessa época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade. (FOUCAULT, 2015, p. 178)

Esse preço atribuído ao indivíduo, mais especificamente ao soldado, pode ser percebido a partir do surgimento do fuzil³⁰, pois, para poder manusear este tipo de armamento, os soldados precisavam passar por treinamentos que eram custosos ao Estado e, por isso, “quando se formava um soldado não se poderia deixá-lo morrer” (FOUCAULT, 2015, p. 178). O preço dele “[...] ultrapassava o preço de uma simples mão de obra [...]” (FOUCAULT, 2015, p. 178). Sua vida e sua produtividade representavam “valor” aos países e sua morte não poderia ser motivada por doenças, mas sim, por batalhas que lhe atribuissem méritos, fato que conferiu aos hospitais militares e marítimos o mérito de instituição de cura. Essa reorganização do hospital não se deu a partir de uma técnica médica, mas sim, a partir de uma tecnologia denominada disciplina³¹, pois era preciso vigiar os soldados para que não desertassem; para que não ficassem doentes, visto que o índice de mortalidade era muito alto devido às epidemias; para que eles não fingissem estarem doentes para fugirem de suas obrigações, sendo a disciplina fator fundamental para a (re)organização deste espaço militar:

É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço [...] do hospital que vai possibilitar sua medicalização [...]. As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadramento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas se a disciplina torna-se médica, se o poder disciplinar é confiado ao

²⁷ Para maior aprofundamento, ler o texto de Michel Foucault, *O nascimento do hospital*, no livro *Microfísica do Poder*.

²⁸ VALORização: faço uso desse termo para mostrar o valor da força de trabalho enquanto mercadoria que não pode e não deve ser desperdiçada para não acarretar custos ao Estado, já que este propicia ou propiciou recursos para seu aperfeiçoamento, objetivando uma melhor produtividade desse corpo-máquina.

²⁹ O Mercantilismo era o conjunto de ideias econômicas que considerava a riqueza do Estado baseada na quantidade de capital que teria guardado em seus cofres. No mercantilismo, “a concorrência entre Estados supõe que tudo aquilo mediante o que um dos Estados se enriquece pode, e na verdade deve, ser tomado da riqueza dos outros Estados” (FOUCAULT, 2008, p. 72).

³⁰ Final do século XVII (FOUCAULT, 2008, p. 178).

³¹ A disciplina como técnica de exercício de poder, que foi não inteiramente inventada, mas elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII (FOUCAULT, 2008, p. 179).

médico, isso se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nessa época, do saber e da prática médica. (FOUCAULT, 2015, p. 182-183)

O médico, então, passa a ser o principal responsável por essa nova organização hospitalar, e seus saberes, que antes estavam somente localizados nos livros, passam a ter lugar nos hospitais junto aos pacientes, que emergem como objetos do saber dessa prática médica. Ocorre, assim, a transformação do hospital, de lugar de assistência e de morredouro para uma instituição que assume a função de fazer viver, agindo sobre a vida e a cura desses pacientes.

Essa nova função da instituição hospitalar congrega duas técnicas de poder. Por um lado, um poder disciplinar que age individualmente sobre o corpo do indivíduo, tornando os hospitais, conhecidos como aglomerados de pessoas, em “[...] espaços individualizados, classificatórios, combinatórios” (FOUCAULT, 2015, p. 181); espaços que passam a identificar e classificar as pessoas, a partir de suas doenças, e que possibilitam uma vigilância constante desses indivíduos para que eles possam ser curados, melhor aproveitados e controlados enquanto indivíduos-produtores de força de trabalho. Por outro lado, também vemos operar aí uma técnica biopolítica que age sobre a população. Já que “o corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 2015, p. 144) que faz viver, e o hospital, uma instituição de vigilância destes corpos doentes que precisam ser curados. O hospital age como um instrumento “[...] de registro, acúmulo e formação de saber” (FOUCAULT, 2015, p. 188) que, além de instituição de cura, também controla a população, por meio dos saberes médicos. As instituições, entre elas, as instituições hospitalares,

[...] uma vez constituídas, produzem e reproduzem relações de força (dominação, luta e resistência) que as engendram em determinada época e que se instrumentam nos estabelecimentos e nos dispositivos de poder que os mantêm. Nesse ponto de vista, o processo de institucionalização sustenta-se nas práticas mais ou menos discursivas das separações, não apenas a exclusão do leproso ou o enclausuramento do louco, por exemplo, mas também a validação que os saberes promovem por meio das classificações, especializações e suas verdades estabelecidas. (LOBO, 2008, p. 345-346)

Assim, a *Pedagogia Hospitalar* pode ser compreendida como uma estratégia que une essas duas técnicas de poder, uma vez que o “poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social [...]” (FOUCAULT, 2015, p. 12), que tem “[...] como alvo o corpo humano, não para supliciá-lo, mutilá-lo, mas para aprimorá-lo, adestrá-lo” (FOUCAULT, 2015, p. 20) e curá-lo, fazendo com que este corpo possa ser útil para a sociedade e para o Estado.

Compreendendo os diferentes papéis assumidos pela instituição hospitalar ao longo do tempo, na próxima seção trago alguns recortes históricos para mostrar que a Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande também passou por essa reconfiguração, vivenciando esses deslocamentos: de instituição de caridade à instituição de cura.

3.1.1 O hospital: Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande

Quem [...] olha para a Santa Casa do Rio Grande – imponente e vasto conglomerado de edifícios – não tem a menor dúvida sobre sua grandeza patrimonial. A maioria não sabe, porém, que este portento teve origem muito humilde. Crê-se mesmo em milagre que tenha feito surgir do nada, esse conjunto de prédios bem construídos e feito explodir, dentro deles, a vida perfeitamente organizada, que se move em seus interiores, conduzindo as suas atividades, moldando as suas disciplinas, expandindo, cada vez mais, o desenvolver das suas obras de caridade, numa insofismável demonstração de humanidade, como nos foi legado pela Rainha D. Leonor, ao fundar a primeira Misericórdia em Lisboa e por Rodrigo Fernandes Duarte, ao fundar a do Rio Grande. (RODRIGUES, 1985, p. 29)

Figura 1 - A. C. Santa Casa do Rio Grande



*Fonte: Site da Santa Casa do Rio Grande

Nessa seção, não procurei relatar a origem ou a essência da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande³², objeto de minha investigação, mas trazer alguns recortes históricos que buscam elucidar como essa instituição foi se constituindo enquanto um espaço destinado à cura e, por isso, tornando-se um espaço de grande relevância para a cidade, que foi uma das pioneiras do Rio Grande do Sul a ter o hospital, assim como Porto Alegre³³, Pelotas, São Gabriel, Bagé e Uruguaiana.

Como retratado na epígrafe, a Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande foi uma instituição idealizada por Rodrigo Fernandes Duarte³⁴ em 15 de março de 1835. Era conhecida, nesta época, como Irmandade do Espírito Santo e Caridade, pois seu objetivo, como o próprio nome diz, era a caridade, a misericórdia. Uma instituição que não deveria atender apenas pessoas doentes, mas toda e qualquer pessoa que precisasse de ajuda, pois sua intenção era a acolhida aos necessitados. Cabe ressaltar que esse atendimento aos necessitados teve início em nossa cidade em “[...] 20 de novembro de 1806, quando o padre Francisco Ignácio da Silveira, reunido com outras pessoas, toma a iniciativa de criar uma Sociedade Beneficente,

³² Essa instituição começou suas atividades na rua da Caridade, atual rua Coronel Sampaio, onde se localizava uma revendedora de automóveis.

³³ Primeiro hospital de Misericórdia do Estado do Rio Grande do Sul.

³⁴ Filantropo que fez a doação de seus bens em benefício ao estabelecimento que iria abrigar a população necessitada. Era um cidadão que nasceu no Porto (Portugal) e veio para o Brasil ainda moço, quando ficou órfão. Residia no próprio hospital e, mesmo com seus 71 anos, tratava pessoalmente dos enfermos. Faleceu na noite de 2 de março de 1837 (RODRIGUES, 1985). Foto em anexo.

com o fim de socorrer, com suas esmolas, as famílias indigentes” (RODRIGUES, 1985, p. 29). A Sociedade Beneficente que, posteriormente, “[...] viria a ser transformada em Irmandade do Espírito Santo e Caridade, futura Santa Casa da Misericórdia e, por fim, Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande” (RODRIGUES, 1985, p. 32). Os “objetivos religiosos e sociais eram indiscerníveis no movimento da caridade, levados a efeitos pelas irmandades e confrarias, mesmo no caso das Misericórdias que se voltaram mais para as obras sociais que as devocionais” (LOBO, 2008, p. 294)

Para ilustrar trago um poema oferecido pelo poeta Antonio José Domingues ao Hospital da Caridade, em 24 de junho de 1832, extraído do livro de Sued de Oliveira Rodrigues.

Respeitável asilo, à dor erguido
por solícitas mãos da Humanidade,
em teu seio gentil a Caridade
acolhe os ais do pobre, o seu gemido.

Não temas que abisme injusto olvido
das sombras do porvir na escuridade;
em ti mesmo contém a eternidade,
respeitável asilo, à dor erguido.

Celeste, divinal Filantropia,
em teus braços recebes com ternura,
os mortais que arrancaste à foice ímpia.

Triunfas do pavor da sepultura,
restituis à tristeza a luz do dia;
já não chora, não geme a desventura. (1985, p. 9)

Gostaria de elencar, desse poema, as palavras: *caridade*, *acolhe*, *pobre* e *filantropia* para destacar esse lado caritativo atribuído a essa instituição, que deveria acolher de forma generosa as pessoas necessitadas. Destaco também as palavras *solícitas mãos*, *eternidade* e *celeste* para designar as pessoas que deveriam prestar auxílio aos necessitados nesta instituição e, assim, poderiam receber como recompensa sua própria salvação, a salvação divina³⁵. Nesse período, o atendimento aos necessitados era realizado por pessoas leigas, das quais cito, como exemplo, o Sr. Rodrigo Fernandes Duarte e outras pessoas religiosas que cuidavam “[...] das celas dos doentes, da cozinha e da lavanderia” (RODRIGUES, 1985, p. 67). Tratavam-se de “[...] mulheres que não são nem esposas, nem mães [...] e como não tendo transmitido a alguém a vida física, concentraram suas forças para o desenvolvimento [...] de uma vida espiritual intensa e fecunda [...] para melhor poderem se dedicar ao renascimento das almas”

³⁵ Características elencadas na seção anterior desse trabalho.

(RODRIGUES, 1985, p. 67-68), sendo elas as freiras franciscanas, que dedicavam sua própria vida em favor de Deus e do próximo.

O nome Irmandade do Espírito Santo e Caridade permaneceu atrelado a esta instituição até o ano de 1841, quando ela se transformou em Santa Casa de Misericórdia³⁶, por causa do regimento interno da Corte³⁷, que repassava a todas as Santas Casas de Misericórdia os tributos cobrados das embarcações que saíssem dos portos, como “[...] um meio poderoso de fazer prosperar e animar tão necessárias, quanto úteis instituições” (RODRIGUES, 1985, p. 40), pois, com estas contribuições, poderiam realizar ou continuar realizando os atendimentos aos necessitados, por exemplo, a Roda dos Expostos.

A Santa Casa de Rio Grande só recebeu da Câmara Municipal a tarefa de tomar conta dos enjeitados em 1º de dezembro de 1842, ficando a Roda dos Expostos localizada na rua Visconde de Paranaguá (RODRIGUES, 1985). O Regimento da Roda dos Expostos da Santa Casa do Rio Grande só foi criado em 1850. Dentro desse regimento, havia procedimentos, direitos e deveres que deveriam ser seguidos por aqueles que trabalhavam com esses enjeitados. O irmão mordomo era a pessoa responsável por velar pela criação e a educação dos expostos, e também era responsável para que houvesse o batismo dessas crianças enjeitadas. “Assim, podemos compreender que as práticas de atendimento difundidas nessa instituição visavam a salvação do necessitado, oferecendo ajuda material, como: alimento, roupas, medicamentos (salvação do corpo); e o batismo (salvação da alma)” (BORGES, 2015, p. 77). Além disso, também oferecia a salvação dos que estavam prestando a caridade; uma reconfiguração do poder pastoral, estudado por Michel Foucault³⁸.

Segundo esse grande filósofo, o batismo tornava o corpo desses enjeitados um corpo puro, pois “o batizado é aquele que é iluminado [...], e são iluminados [...] os que foram purificados pelo batismo [...]” (FOUCAULT, 2011, p. 97) e, por isso, mereciam a salvação. A prática do batismo era algo recorrente na Roda dos Expostos, pois muitas das crianças que eram abandonadas ali não conseguiam sobreviver por muito tempo, e essa era principal questão, pois, “[...] não era apenas a vida que se perdia [...], mas uma alma que se fora sem o batismo cristão. (LOBO, 2008, p. 290) e isso não poderia ocorrer, já que era alto o índice de mortalidade, ocasionado pela saúde debilitada, falta de higiene, epidemia de cólera, faziam com que essas

³⁶ Misericórdias: “[...] instituições muito peculiares do povo português e de incomparável valor social, inspiradas no mais puro ideal cristão. Funcionavam como verdadeiros centros de assistência polivalentes e onde se podia satisfazer as necessidades de ordem temporal e espiritual” (RODRIGUES, 1985, p. 13).

³⁷ Regimento utilizado também pela Santa Casa. Isso só foi modificado em 24 de dezembro de 1854, quando foi aprovado o primeiro regimento interno dessa instituição. Cabe ressaltar que o Compromisso (o que corresponderia aos atuais Estatutos) só foi aprovado em 23 de outubro de 1867 (RODRIGUES, 1985).

³⁸ Estudo referenciado na seção anterior.

crianças morressem. Os que sobreviviam eram criados na própria instituição até atingirem a idade adulta, ou eram abrigados em casas de famílias, constituindo uma espécie de adoção (RODRIGUES, 1985).

A Roda dos Expostos constituiu uma das primeiras estratégias de captura dessas crianças por meio de ações de caridade, “[...] embora a grande motivação para o atendimento às crianças na roda tenha sido a salvação da alma dos recém-nascidos, buscava-se, também, salvar-lhes a vida” (BORGES, 2015, p.76) para que pudessem se tornar úteis à sociedade. Por isso, em muitas ocasiões, era lhes ensinado algum ofício, para que se tornassem sujeitos úteis e produtivos. Vale destacar que a Roda dos Expostos permaneceu ativa durante 54 anos na Santa Casa de Rio Grande.

Em 1909, o hospital teve seu nome novamente alterado, recebendo o título de Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande; reformulação que também pôde ser percebida no modo de atender as pessoas. O “[...] hospital começa a deixar o pendor heroico e de sacrifício e passa a se tornar uma instituição dirigida segundo os novos sistemas administrativos existentes – é a época de uma nova mentalidade” (RODRIGUES, 1985, p. 67) que, ousado afirmar, compreende a constituição do hospital enquanto um local de cura e de produção de saberes.

Por isso, a década de 1920 foi considerada um marco no desenvolvimento dessa instituição. “Foi uma década de muito progresso no campo material, médico e social, com formação de um núcleo de profissionais conscientes, e com larga visão de sua responsabilidade, aliados a instalação de equipamentos adequados e uma racional e efetiva aplicação da moderna ciência³⁹”. Nesse sentido, a Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande não poderia “[...] permanecer alheia a essa evolução das instituições de sua categoria, já que o problema hospitalar deixava de se refletir somente aos desamparados [...]” (RODRIGUES, 1985, p. 75), para também contemplar os doentes, em suas especificidades. Portanto, os atendimentos passaram a ser registrados nos prontuários médicos, possibilitando, segundo Rodrigues (1985), melhores tratamentos e, conseqüentemente, menos dias de internação.

Embora fosse uma medida importante, tanto para o hospital como para o médico e o paciente, somente em 1º de janeiro de 1973, foi criado o serviço de arquivo médico e estatístico [...] desde que o comendador Rheingantz, após ter lido um relatório do American College of Surgeons, resolveu criar um arquivo regular, chamando a atenção para ‘o fato de que o tratamento conveniente para qualquer doença, não pode ser estabelecido definitivamente; que, pelo contrário, está sujeito a constantes mudanças e melhoramentos, visto que a profissão médica procura, sempre com base no progresso da ciência, esclarecer os pontos obscuros do seu trabalho e, com persistência, indagar das

³⁹ Informações retiradas do site da instituição: <http://www.santacasarg.com.br>.

razões dos possíveis insucessos, para evitá-los no futuro’. Advogava ser preciso dar início a um histórico para cada caso de doença – o nosso atual *prontuário médico*, ‘uma escrituração meticulosa desse histórico, como uma necessidade fundamental para o verdadeiro progresso da Santa Casa’. (RODRIGUES, 1985, p. 83)

Todos os saberes, ocasionados pelo avanço da ciência, fazem com que seja necessário mais médicos e que estes estejam em constante atualização, visto que, “dessa forma, a Santa Casa traz para o seu seio, uma das tarefas importantes de uma instituição hospitalar – o ensino, a formação de novas gerações de profissionais, a ampliação das atividades de pesquisa científica [...]” (RODRIGUES, 1985, p. 81): a Faculdade de Medicina, “inaugurada em março de 1966”⁴⁰.

A partir da Portaria Interministerial do Ministério da Educação e Ministério da Saúde nº 2091, de 19/10/2005⁴¹, a Santa Casa passou à condição de Hospital de Ensino. Essa condição fez com que outros setores fossem necessários, dos quais saliento apenas o CEP e o CEPAS. O Centro de Ensino e Pesquisa (CEP) iniciou suas atividades em junho de 2012⁴², visando coordenar as atividades de ensino, pesquisa e extensão da Santa Casa do Rio Grande, bem como o Comitê de Ética em Pesquisa (CEPAS)⁴³, que avalia todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O que torna a Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, de espaço hospitalar em instituição de cura e “[...] também um instrumento de produção, acúmulo e transmissão de saber” (FOUCAULT, 2015, p. 28), como definido pelo Ministério da Saúde.

Hospital é a parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento [...], constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde [...]” (BRASIL, 1977, p. 11)

Não posso deixar de mencionar que foi na década de 70 que a Santa Casa recebeu do governo Federal o terreno fronteiro ao Hospital Geral⁴⁴, para que ali fossem construídas as unidades de maternidade e de pediatria, sendo a pediatria o local em que realizei minha investigação. Outro fator que não posso deixar passar despercebido neste trabalho é a intervenção ocorrida na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande pelo Executivo Municipal, por meio do decreto nº 13.282, de 31 de março de 2015, que declara estado de

⁴⁰ Dirigida pelo Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. e composta por 45 alunos (RODRIGUES, 1985, p. 81).

⁴¹ Publicada no DOU nº 8, de 28/10/2005.

⁴² Sendo essa uma exigência da Portaria Interministerial MEC/MS 2.400/2007. Informações colhidas do site da Santa Casa.

⁴³ Setor já mencionando nesse trabalho, no capítulo 3, *A misteriosa viagem: os caminhos metodológicos da pesquisa*.

⁴⁴ A Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande conta com três complexos hospitalares: o Hospital Geral (foco da minha investigação), o Hospital Psiquiátrico Vicença Maria da Fontoura e o Hospital de Cardiologia-Complexo Enio Duarte Fernandez.

calamidade pública no setor hospitalar dessa instituição. Com a intervenção, o executivo tentou manter o hospital com suas portas abertas à comunidade, pois a intervenção garante a continuidade da prestação dos serviços hospitalares, bem como a recuperação econômico-financeira da instituição, mediante a implantação de um novo modelo de gestão, que permaneceu nesta instituição até o dia 9 de maio de 2017, momento em que foi empossada uma nova diretoria.

Faço uso das palavras de Rodrigues (1985) para expressar o meu sentimento diante da situação de intervenção da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande e da atual crise financeira em que esta instituição se encontra, quando ele diz: “[...] crises sempre foram a constante na vida desta instituição, que felizmente sempre conseguiu superá-las como haverá de superar a presente situação [...]” (RODRIGUES, 1985, p. 85) que atinge a comunidade rio-grandina, devido à importância deste hospital. O “[...] hospital não é uma coisa inerte, feita de tijolos e pedras, mas, sim, um ideal de serviço [...]” (RODRIGUES, 1985, p. 90), destinado à cura do doente.

Nesse jogo de se fazer viver, o hospital entra como uma estratégia do Estado capitalista para tornar este corpo doente em um corpo que precisa ser produtivo; “[...] um corpo que deve ser cuidado para um melhor rendimento: corpo-máquina, corpo de trabalho, de produção” (WEBER, 2009, p. 58) e, por isso, um corpo que não pode ser “paciente” frente aos processos de cura, mas precisa ser, isso sim, agente da sua própria cura. Daí a relevância da continuidade escolar das crianças e adolescentes hospitalizados, que procura transformar corpos doentes em corpos produtivos. É isso, que tentarei mostrar na próxima seção, fazendo a historicidade acerca da *Pedagogia Hospitalar* no Brasil.

3.2 DIREITO À SAÚDE E À EDUCAÇÃO: CONTEXTUALIZANDO A *PEDAGOGIA HOSPITALAR* NO BRASIL

“Verificada a necessidade da existência [...] de um saber voltado à criança/adolescente num contexto hospitalar [...]” (MATTOS; MUGIATTI, 2014, p. 85), pois, sem esse saber, não se constituem as relações de poder, emerge a *Pedagogia Hospitalar*. Ela se constitui numa modalidade de ensino que possibilita o encontro entre “[...] a educação e a saúde” (MATTOS; MUGIATTI, 2014, p. 116) e, como uma invenção produzida num determinado tempo histórico, é atravessada por essas relações de saber e de poder, que agem sobre os sujeitos doentes para transformar os corpos doentes em corpos produtivos.

Para uma melhor compreensão de como essa modalidade de ensino foi se constituindo no Brasil, busquei pontuar, nessa subseção, algumas informações, legitimadas pelos discursos legais, que asseguram a continuidade escolar às crianças e/ou adolescentes que encontram-se doentes e hospitalizados. Conforme o item 9 da Resolução nº 41 de outubro de 1995, é assegurado o “direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar”, já que este doente em idade escolar não pode e não deve interromper o seu processo de escolarização.

Segundo Vasconcelos (2015), a *Pedagogia Hospitalar*, foco deste trabalho, teve seu início em 1935, quando Henri Sellier⁴⁵ oportunizou o prosseguimento dos estudos, dentro do hospital, de crianças e adolescentes que, devido a sequelas da guerra, ficaram impossibilitados de frequentar a escola. Aos poucos, a classe hospitalar foi conquistando espaço na sociedade e se espalhando por vários países, entre eles a Alemanha e os Estados Unidos, que aderiram à criação da Classe Hospitalar para beneficiar crianças tuberculosas que eram impossibilitadas de frequentar a escola.

No Brasil, segundo Fonseca (1999), a *Pedagogia Hospitalar* foi se constituindo por meio de atendimentos escolares que eram dispensados a deficientes físicos na Santa Casa de Misericórdia em São Paulo. Podemos ressaltar que, antes disso, muitas crianças também foram atendidas em hospícios, por razões de ordem econômica ou por razões de saúde pública, pois, muitas vezes, não se sabia diferenciar as doenças da época com as de insanidade, o que motivava a internação hospitalar. Tem-se conhecimento de que a primeira classe hospitalar começou a funcionar em Vila Isabel, em 1950, no Hospital Municipal Jesus⁴⁶, no município do Rio de Janeiro, sendo o hospital pioneiro neste tipo de atendimento no Brasil, já que, segundo a autora, apenas algumas das classes hospitalares informaram o início de suas atividades.

Essa modalidade de ensino, que visa à continuidade escolar de crianças e adolescentes hospitalizados, no Brasil, só começou a ser difundida⁴⁷ e a receber visibilidade quando se começou a pensar e legislar sobre as práticas inclusivas, a partir da década de 1990. Segundo Rech (2010), essas práticas inclusivas começaram a ganhar maior visibilidade política a partir

⁴⁵ Henri Sellier foi um político francês e prefeito de Suresnes por 22 anos. Nasceu em 22 de dezembro de 1883, em Bourges, e morreu em 24 de novembro de 1943, em Suresnes.

⁴⁶ O Hospital Municipal Jesus foi inaugurado em 30 de julho de 1935, sendo um hospital exclusivamente pediátrico. A classe hospitalar dessa instituição iniciou suas atividades no dia 14 de agosto de 1950, por meio da portaria nº 634, atendendo aos pedidos do diretor do hospital na época, David Pillar. Nesse ano, o hospital possuía em torno de 200 leitos e uma média de 80 crianças internadas. A primeira professora dessa classe foi Lecy Rittmeyer. As aulas eram dadas individualmente, nas enfermarias. Disponível em: <http://www.repartir.org.br/quw=em-somos/hospital-jesus>. Acessado em 18 de dezembro de 2016.

⁴⁷ Fator que será melhor exemplificado na próxima subseção.

do Governo de Fernando Henrique Cardoso⁴⁸, com desafios pautados pela necessidade de mobilização social para o reconhecimento do direito da inclusão, de colocar “todos” para dentro da escola regular; direitos que acabaram por serem legitimados por meio de discursos inclusivos na contemporaneidade. Assim, podemos dizer que a década de 1990 foi um marco para as políticas de inclusão no Brasil e, dentro desse quadro, as primeiras iniciativas vinculadas a uma *Pedagogia Hospitalar* vão ganhando visibilidade.

Um exemplo disso é a construção da Política Nacional de Educação Especial (1994), que faz referência à Classe Hospitalar, conceituando-a como um “ambiente hospitalar que possibilita o atendimento educacional de crianças e jovens internados que necessitam de educação especial e que estejam em tratamento hospitalar” (BRASIL, 1994, p. 20). Posterior a esse processo, por meio da Resolução nº 2 de 11 de setembro de 2001 do Conselho Nacional de Educação, instituem-se as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, nas quais reaparece a preocupação com as classes hospitalares e com os atendimentos ambulatorial ou domiciliar de maneira mais sistemática, como podemos perceber no artigo 13º.

Art. 13º Os sistemas de ensino, mediante ação integrada com os sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional especializado a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio.

§ 1º As classes hospitalares e o atendimento em ambiente domiciliar devem dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem de alunos matriculados em escolas da Educação Básica, contribuindo para seu retorno e reintegração ao grupo escolar, e desenvolver currículo flexibilizado com crianças, jovens e adultos não matriculados no sistema educacional local, facilitando seu posterior acesso à escola regular. (BRASIL, 2001, p. 4)

Em 2002, é promulgado outro documento intitulado *Classe Hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações* (BRASIL, 2002), publicado pelo MEC com o objetivo específico de estruturar ações políticas de organização do sistema educacional em ambientes hospitalares e domiciliares, a fim de assegurar o acesso das crianças e adolescentes doentes à educação básica.

Cabe ressaltar que os documentos que legitimam a continuidade escolar em ambiente hospitalar a intitulam como Classe Hospitalar. A implantação do tema *Pedagogia Hospitalar* surgiu a partir do projeto do Estado do Paraná intitulado “Hospitalização Escolarizada”, que

⁴⁸ FHC foi presidente da República Federativa do Brasil por dois mandatos consecutivos: o primeiro, de 1º de janeiro de 1995 a 1º de janeiro de 1999, e o segundo, de 1º de janeiro de 1999 a 1º de janeiro de 2003.

teve incentivo das Secretarias da Educação e Saúde que, de acordo com Matos e Mugiatti⁴⁹ (2014), objetivavam contribuir com o surgimento de outros elementos para o âmbito hospitalar⁵⁰, bem como possibilitar o alargamento das atuações do pedagogo. Segundo essas autoras, a *Pedagogia Hospitalar* “[...] institui uma ramificação do curso de pedagogia, tendo como aporte a pesquisa de envolvimento teórico e prático entre a realidade acadêmica/hospitalar” (2014, p. 32).

Não posso deixar de mencionar que as autoras Matos e Mugiatti (2014) também fazem uso do termo *Classe Hospitalar* para se referirem a um dos dois procedimentos educativos que podem ocorrer dentro dos estabelecimentos de reabilitação à saúde. O outro recebe o nome do projeto do Paraná, denominado *Hospitalização Escolarizada*.

A *Hospitalização Escolarizada* compreende uma ação pedagógica individualizada, pois, ainda que algumas atividades lúdicas e recreativas possam ser compartilhadas com outros educandos, seu foco é o atendimento das necessidades específicas de cada aluno, respeitando suas condições diante da sua doença. Nessa modalidade de ensino, o aluno necessita estar matriculado em uma instituição de ensino, pois ocorre o contato com a professora regente por meio do serviço social, tendo a família como um dos elos para que esse procedimento educativo possa ser ministrado no ambiente hospitalar.

A *Classe Hospitalar*, diferentemente da Hospitalização Escolarizada, atende diversos escolares em uma sala de aula criada dentro do ambiente hospitalar. Caso seja preciso, devido a restrições médicas ou restrições impostas pela enfermidade, ela pode se desenvolver na enfermaria, no leito, ou no quarto de isolamento. Mesmo não tendo um atendimento específico, procura tomar as precauções necessárias para que o trabalho possa se desenvolver da melhor forma possível, para propiciar às crianças e aos adolescentes o acompanhamento pedagógico/educacional dos matriculados ou não no sistema regular de ensino.

Segundo o documento elaborado pelo Ministério da Educação, por meio da Secretária da Educação Especial (2002), que contempla estratégias e orientações para o atendimento hospitalar ou domiciliar dessas crianças e adolescentes que se encontram impossibilitados, por causa de alguma doença, de frequentar a escola, as Secretarias de Educação são os órgãos competentes para atender aos serviços educacionais necessários em ambiente hospitalar, sendo responsáveis pela contratação e capacitação dos educadores, bem como pelos recursos financeiros e materiais: “Considerando a complexidade do atendimento pedagógico-educacional realizado em ambientes hospitalares e domiciliares, faz-se necessária uma ação

⁴⁹ Estudiosas do campo da *Pedagogia Hospitalar*.

⁵⁰ Alguns desses elementos serão elencados na seção intitulada *Ditos sobre a Pedagogia Hospitalar*.

conjunta dos Sistemas de Educação e de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, na perspectiva de melhor estruturá-los.” (MEC/SEESP, 2002, p. 27)

O documento também faz referência às moléstias que podem fazer com que seja necessário o atendimento pedagógico hospitalar; entre eles, dificuldades de locomoção; imobilização total ou parcial; a imposição de horários para a administração de medicamentos; os efeitos colaterais de determinados fármacos; as restrições alimentares; os procedimentos invasivos; o efeito de dores localizadas ou generalizadas e a indisposição geral decorrente de determinado quadro de adoecimento; repouso relativo ou absoluto; a necessidade de estar acamado ou requerer a utilização constante de equipamentos de suporte à vida. Para a constituição da *Pedagogia Hospitalar*, segundo esse documento, são necessários, além dos recursos materiais, os recursos humanos, dentre eles os professores, que devem ser subdivididos em professor coordenador, professor e profissional de apoio.

Cabe ao professor coordenador ter conhecimento da dinâmica e do funcionamento dessa modalidade de ensino, monitorar os recursos, orientar os professores hospitalares em suas atividades e ser o articulador entre o professor, a equipe de saúde, a Secretaria de Educação e a escola de origem do educando. O professor deverá ter formação em Pedagogia ou em outra licenciatura, preferencialmente em Educação Especial. Compete também ao professor planejar, registrar e avaliar o fazer pedagógico, adaptando as atividades ao ambiente hospitalar e às condições do educando, oportunizando práticas recreativas e a continuidade dos conteúdos regulares da escola, reenviando relatórios sobre as atividades realizadas, aferindo o desempenho e as dificuldades apresentadas, bem como outros atos pedagógicos. Seu trabalho deve ser de parceria com a equipe médica e com os demais profissionais envolvidos, fornecendo e recebendo subsídios para a compreensão do processo da doença e auxiliando o discente na adaptação hospitalar. Os profissionais de apoio deverão auxiliar o professor sempre que necessário na organização do fazer pedagógico, podendo ser eles profissionais pertencentes aos serviços de saúde ou ao sistema de educação, estudantes universitários ou de nível médio das áreas da saúde ou da educação (MEC/SEESP, 2002).

Assim, a partir dos anos 2000, podemos dizer que a Classe Hospitalar se constitui oficialmente em uma modalidade de ensino, composta por procedimentos como o atendimento pedagógico hospitalar e o atendimento pedagógico domiciliar, seja na circunstância de internação, como tradicionalmente conhecida, seja na circunstância do hospital-dia e hospital-semana ou, ainda, em serviços ambulatoriais de atenção integral à saúde física ou mental desses pacientes, que são crianças e adolescentes doentes e que não podem deixar de estudar e nem podem ficar mais doentes (MEC/SEESP, 2002).

Por isso, não importa a denominação: *Classe Hospitalar*, *Hospitalização Escolarizada*, *Pedagogia Hospitalar*; o que interessa e o que está em jogo é a continuidade escolar dessas crianças e desses adolescentes doentes que não podem deixar de estudar. Em meu trabalho, optei pelo termo *Pedagogia Hospitalar*⁵¹ pela possibilidade que o termo permite de mostrar a condução desses pacientes, de mostrar que esses “[...] hospitalizados são mais que corpos doentes” (JESUS, 2014, p. 89); são corpos que, como afirma Foucault (1977), podem ser moldados, adestrados, enfim, ordenados por práticas que visam transformá-los em máquinas eficazes e produtivas; e que as práticas passam a ser legitimadas pelos discursos, que funcionam como “[...] uma técnica, um dispositivo, um mecanismo, um instrumento de poder [...]” (FOUCAULT, 2015, p. 21) que “[...] nada e ninguém escapa [...]” (FOUCAULT, 2015, p. 17). É esse meu novo olhar acerca da *Pedagogia Hospitalar* que procurei elencar na seção a seguir.

3.3 UM (RE)OLHAR SOBRE A *PEDAGOGIA HOSPITALAR*

Lembro que: ‘transversal’ tem a ver com transverter; ‘transverter’ deriva de verter; ‘verter’ significa fazer um giro ou desviar (em relação a um rumo preestabelecido). Todos sabemos o quanto pensar com Foucault é procurar sair dos trilhos do pensamento convencional, é exercitar o pensar de outros modos. Isso não é o mesmo que ‘ser do contra’ ou ‘ser contra’ os outros modos de pensar. Em vez de ir contra a corrente, talvez o melhor seja girar e desviar-se daquilo que todos, na corrente, tomam como tranquilo, natural e bem sabido. (VEIGA-NETO, 2015, p. 49)

Faço uso das palavras de Veiga-Neto (2015) para mostrar que as contribuições da teoria pós-estruturalista e os estudos de Foucault me possibilitaram desviar desse viés salvacionista atribuído recorrentemente à *Pedagogia Hospitalar*. Com isso, não me coloco contrária a esta prática inclusiva, mas a compreendo como uma modalidade de ensino que tenta conduzir as condutas das pessoas.

⁵¹ Na próxima seção, discorro sobre o porquê da escolha do termo *Pedagogia Hospitalar*.

Com esse novo olhar, passo a compreender a escola/educação como um processo de condução, uma estratégia de conduzir as condutas dos indivíduos; e a inclusão como uma estratégia de captura dos indivíduos que escapam dos processos escolares, fazendo com que “todos” estejam incluídos nas amarras da educação. Mesmo as crianças e adolescentes estando hospitalizados, não podem deixar de estudar, e isso faz emergir a *Pedagogia Hospitalar*, que funciona, ao mesmo tempo, como uma prática inclusiva e como uma prática educativa. Então, antes de explicar como passei a entender a *Pedagogia Hospitalar*, sinto necessidade de explicar como, a partir dessa nova perspectiva teórica, passei a compreender a inclusão e a educação.

Os indivíduos hospitalizados em idade escolar não podem e não devem ficar sem os processos de escolarização, pois a “[...] ação educativa é, de per si, includente; sempre que se educa alguém é para que ele seja colocado no interior de um grupo social” (VEIGA-NETO, 2015, p. 55). Por isso, esse hospitalizado “[...] deve ser educado, deve ser posto na condição de aluno, deve ser inserido no processo de produção de uma das instituições que melhor caracterizam a Modernidade: a escola”. Isso se torna necessário, uma vez que a escola “[...] organizou-se enquanto instituição capaz não apenas de gerar novos saberes [...], mas de preparar as massas a viverem num Estado governamentalizado” (VEIGA-NETO, 2000, p. 190). Visto que a escola moderna

[...] é o locus em que se dá de forma mais coesa, mais profunda e mais duradoura a conexão entre poder e saber na Modernidade [...] funcionando, assim, como uma máquina de governamentalização que consegue ser mais poderosa e ampla do que a prisão, o manicômio, o quartel, o hospital. Isso faz da escola um lugar privilegiado para se observar, por exemplo, tanto as transformações que já aconteceram quanto as que ainda estão acontecendo na lógica social. (VEIGA-NETO, 2001, p. 109)

Por tudo isso, a “[...] escola não pode deixar de fazer parte da vida dessas crianças e adolescentes⁵², mesmo num momento de dor e sofrimento como o da internação num hospital” (WEBER, 2009, p. 97), porque a escola/a educação se configuram em um poderoso instrumento de governamentalização. Com isso, quero dizer que compreendo que as práticas de governo se espraiam pela sociedade agindo nas mais variadas instâncias sociais e ramificando assim a ação de governar (se governamentalizando):

A regulação e o governo dos sujeitos e das populações são mecanismos necessários para ‘canalizar’ suas capacidades para objetivos produtivos, no sentido de utilidade para o poder. Mas essa regulação e governo não estão necessariamente centralizados em qualquer instituição específica, como o Estado, por exemplo. O que caracteriza a sociedade contemporânea é precisamente o caráter difuso desses mecanismos de regulação e controle, dispersos que estão em uma ampla série de instituições e dispositivos da vida

⁵² Grifo meu.

cotidiana. A educação é certamente um desses dispositivos, central na tarefa de normalização, disciplinarização, regulação e governo das pessoas e das populações. (SILVA, 2011, p. 254)

Assim, a escola, a educação e/ou a pedagogia funcionam como estratégias que buscam governar, gerenciar a vida dos indivíduos nas mais diferentes instâncias sociais. Uma dessas instâncias, que passou a se consolidar no Brasil a partir da década de 1990, foi a *Pedagogia Hospitalar*. Nesta pesquisa, faço uso do termo *Pedagogia Hospitalar*, ao invés de *Classe Hospitalar* ou *Hospitalização Escolarizada*, por compreender que esta modalidade de ensino se constitui em um mecanismo amplo que coloca em operação determinados procedimentos, como a classe hospitalar, a hospitalização escolarizada e o atendimento domiciliar. Esses três são ações, meios para fazer operar a *Pedagogia Hospitalar* como estratégia que tem um fim: conduzir os sujeitos doentes, pois, se as crianças e os adolescentes hospitalizados não podem ir à escola, a escola vai até esses pacientes por meio da *Pedagogia Hospitalar*.

Cabe ressaltar que a palavra Pedagogia teve origem na Grécia Antiga – *paidagogós* (*paidos* = criança; *gogós* = levar/conduzir) – e, etimologicamente, significa “conduzir a criança”, pois ela fazia referência ao fato de que, naquela época, os escravos levavam as crianças até a escola. Por isso, a pedagogia pode ser compreendida como uma forma de conduzir os indivíduos; como uma forma de governar a população, e isso faz com que existam diversas formas de pedagogia na contemporaneidade. Assim, “a ênfase no investimento de uma pedagogia que se atualiza e expande seus domínios não nos parece algo trivial, pois para governar melhor a si e aos demais é preciso multiplicar o campo de atuação da pedagogia, pluralizando seu nome [...] e seus espaços de atuação” (CAMOZZATO; COSTA, 2013, p. 32). É isso que percebemos na modernidade, essa gama de pedagogização, que adentra até o espaço hospitalar.

[...] à ação pedagógica em hospitais, nascendo de uma convicção de que a criança e o adolescente hospitalizado, em idade escolar, não devem interromper, na medida do possível, seu processo de aprendizagem, seu processo curricular educativo, ele precisa dar continuidade aos seus estudos, a fim de que não percam seu curso e não se convertam em repetentes, ou venham a interromper o ritmo de aprendizagem, [...]” (MATTOS; MUGIATTI, 2014, p. 68)

Sendo assim, a pedagogia e a escola se constituem enquanto estratégias potentes de desenvolvimento desses indivíduos, se configurando em um conjunto “[...] de práticas disciplinares, biopolíticas e de controle, que visam produzir corpos compatíveis com as condições do mundo contemporâneo” (CÉSAR, 2009, p. 274). Por isso, há a necessidade de pedagogizar todos os espaços sociais e a educação se alastra, adentrando até mesmo no espaço

hospitalar e fazendo com que esses corpos doentes possam se constituir em corpos produtivos. A *Pedagogia Hospitalar* se torna, assim, uma eficaz estratégia para gerenciar determinados riscos sociais como a evasão escolar, a reprovação, a repetência. Essas são vistas como condições negativas para o sucesso desse sujeito enquanto “[...] um agente ativo” no seu processo de cura (MATTOS; MUGIATTI, 2014, p. 108), enquanto um agente produtivo para a sociedade e enquanto um sujeito empreendedor de si.

Ao “verter” minha compreensão acerca da *Pedagogia Hospitalar*, foi possível compreender a inclusão como uma peça fundamental do jogo neoliberal e desse processo de empresariamento dos sujeitos. A partir de Foucault (2008), esse novo sujeito, esse “sujeito econômico ativo”, deve tornar-se, a partir das práticas educativas/inclusivas, um “sujeito empresário de si”.

O imperativo da inclusão é uma estratégia fundamental no processo de empresariamento da sociedade, na produção de sujeitos empreendedores (sujeitos empresários de si mesmo) e na reconfiguração do papel do Estado na atualidade. Para que a governamentalidade neoliberal funcione, é preciso a inclusão social de todos, ou seja, a inclusão e o empresariamento de si são processos que se alimentam na produção de uma sociedade mais segura. A autogestão e a mobilidade são fundamentais para que a sociedade funcione com o mínimo de custos. Refletir sobre essas questões é fundamental para pensar a educação hoje. (SANTOS; KLAUS, 2013, p. 76)

A partir disso, compreendo a *Pedagogia Hospitalar* como uma estratégia do jogo neoliberal, que possibilita manter todos em atividade, fazendo valer a regra da não exclusão (FOUCAULT, 2008b). A inclusão “[...] na racionalidade neoliberal, [...] passa a ser pensada por meio de um dispositivo de segurança e sedução [...] que almejam dar conta de tudo e de todos [...]” (RECH, 2013, p. 33), fazendo com que todos possam entrar e permanecer no jogo econômico do neoliberalismo. Como nos diz Lopes (2009):

Dentro do neoliberalismo, como forma de vida do presente, certas normas são instituídas não só com a finalidade de posicionar os sujeitos dentro de uma rede de saberes, como também de criar e conservar o interesse em cada um em particular, para que se mantenha presente em redes sociais e de mercado. Todos estamos, de uma maneira sendo conduzidos por determinadas práticas e regras implícitas que nos levam a entrar e permanecer no jogo econômico do neoliberalismo. (2009, p. 155)

Os investimentos realizados no sujeito, desde a sua concepção até a sua morte, possibilitam que este sujeito faça parte desse jogo concorrencial do neoliberalismo, que irá “[...] maximizar a competição e produzir liberdade para que todos possam estar no jogo econômico [...]” (BUJES, 2015, p. 271). Por isso, nada, nem ninguém poderá impedir que este indivíduo faça investimentos em si próprio, pois ele é o personagem principal desse acontecimento e “[...]”

acaba sendo o único responsável pelos seus sucessos e pelos seus fracassos [...]” (SANTOS; KLAUS, 2013, p. 74).

Conforme Foucault (2008), dois elementos são constituintes dessa concepção neoliberal norte-americana: o *Homo oeconomicus* e o Capital Humano. O *Homo oeconomicus*, como esse homo da concorrência, que é empresário de si mesmo; o sujeito do mercado e que, por isso, tem relação direta com a teoria do Capital Humano. Tal teoria foi formulada por Theodore Schulz, um economista da Escola de Chicago, entre o final da década de 1950 e início da década de 1960, e consiste em entender um conjunto de habilidades e capacidades humanas como capital, como fonte de sua renda.

Foucault (2008) nos diz que a teoria do Capital Humano é “tudo o que pode ser, de uma maneira ou de outra, uma fonte de renda futura” (2008, p. 308). Segundo este filósofo, a teoria do Capital Humano se constitui a partir do tempo que os pais dedicam aos seus filhos fora das atividades da escola; do número de horas que uma mãe de família passa ao lado do filho quando ele ainda está no berço; das horas efetivas que o pai e a mãe consagram ao seu filho. Cabe ressaltar que muitos desses cuidados acabam por configurar direitos legitimados por discursos, por exemplo, quando as crianças nascem (as licenças maternidades e paternidades) ou quando as crianças e os adolescentes ficam doentes e hospitalizados – cito o item 4 da Resolução dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (1995), que diz que essa criança ou esse adolescente tem direito de ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o seu período de hospitalização. Portanto, serão o tempo dedicado, os cuidados proporcionados, o nível de cultura dos pais e o conjunto de estímulos culturais recebidos por uma criança que, de acordo com esse filósofo, constituirão os elementos capazes de formar um Capital Humano. E será no ambiente familiar (e escolar) que a vida poderá ser calculada, quantificada e medida em termos de possibilidades de investimentos em Capital Humano.

Segundo os estudos de Michel Foucault (2008), o Capital Humano é composto de elementos inatos e de elementos adquiridos. Os elementos inatos ou hereditários objetivam “gerar” um futuro capital humano, sem a constituição de riscos futuros; e os elementos adquiridos buscam formar capital humano, como uma espécie de máquina capaz de produzir sua própria renda por meio de investimentos educacionais.

Penso que os procedimentos/ambiente hospitalar agem sobre o corpo infantil, desde antes do nascimento, intervindo no que podemos chamar de capitais humanos inatos. Tais intervenções podem ser visualizadas a partir dos exames e intervenções, como os exames pré-concepcionais, que permitem identificar doenças que podem prejudicar o futuro bebê, mesmo antes dele ser gerado, e os exames pré-natais, que podem evitar diversas doenças, complicações,

partos prematuros e até abortos. Além disso, todos os cuidados dispensados à mãe durante a gravidez têm intuito de fazer vigorar um bebê mais forte, mais saudável para que, no futuro, se torne um sujeito mais produtivo. O hospital também pode intervir nos capitais humanos adquiridos caso a criança ou o adolescente seja hospitalizado, fazendo com que esse sujeito possa dar continuidade aos seus estudos a partir da *Pedagogia Hospitalar*. Vale destacar que um dos principais investimentos em Capital Humano é desenvolvido por meio da educação. A educação

[...] é predominantemente uma atividade de investimento realizada para o fim de aquisição de capacitações que oferece satisfações futuras ou que incrementa rendimentos futuros da pessoa como um agente produtivo [...]. Proponho, por isso mesmo, tratar a educação como um investimento e tratar suas consequências como uma forma de capital. Dado que a educação se torna parte da pessoa que a recebe, referir-me-ei a ela como capital humano. (SCHULTZ, 1973, p. 79)

Em sua tese, Lockmann (2013) reconfigura os investimentos em Capital Humano de três maneiras: *capitais humanos inatos*, *capitais-infantis* e *capitais humanos recuperáveis*. Os investimentos em *capitais humanos inatos* se desenvolvem a partir da área da saúde, mais especificamente na gestação, como uma garantia de um bebê saudável. Os investimentos em *capitais-infantis* são desenvolvidos predominantemente pelo campo da educação; os investimentos educativos e os investimentos em *capitais humanos recuperáveis* buscam desenvolver habilidades e competências naqueles sujeitos que ocupam posição de improdutividade na sociedade, para que possam sair dessa posição e ingressar no mercado de trabalho, gerando, assim, sua própria renda.

Por tudo isso, compreendo a *Pedagogia Hospitalar* como uma alternativa de investimento que abrange, mais enfaticamente, os *capitais-infantis* e os *capitais humanos recuperáveis*, pois, ao incluir esse “paciente”, faz com que ele consiga dar prosseguimento aos seus estudos, tornando-o, assim, um sujeito produtivo; um sujeito que deixa a condição de “paciente” para assumir a condição de “agente”, o que me possibilitará, a partir desse momento, ver e compreender a *Pedagogia Hospitalar* como uma forma de investimento nos *capitais humanos infantis-recuperáveis*.

Na lógica neoliberal, o que está em jogo é o sujeito. O sujeito é o seu próprio produto, o seu próprio capital, ele é empresário de si. Seu corpo é um instrumento que pode ser nomeado, classificado; que pode ser instituído de rótulos, defeitos e qualidades: corpo improdutivo, corpo doente, corpo infantil; por ele, somos capturados, corrigidos, produzidos, educados. O corpo

[...] não é apenas um corpo. É também o seu entorno. Mais do que um conjunto de músculos, ossos, vísceras, reflexos e sensações, o corpo é também a roupa

e os acessórios que o adornam, *as intervenções que nele se operam*, a imagem que dele se produz, as máquinas que nele se acoplam, os sentidos que nele se incorporam, os silêncios que por ele falam, os vestígios que nele se exibem, a educação de seus gestos... enfim, é um sem limite de possibilidades sempre reinventadas e a serem descobertas. (GOELLNER, 2007, p. 29)

O corpo, compreendido como uma construção social, cultural e histórica; como um objeto de saber-poder. O corpo compreendido como um objeto de ação do neoliberalismo. O corpo compreendido como uma instância de intervenção e de investimento. O corpo que, mesmo sendo infantil e estando doente, não pode e não deve deixar de fazer investimentos educativos, para não se tornar no futuro inútil, improdutivo, perigoso, etc. Essas intervenções feitas nesse corpo se constituem em meios de obter algo desses sujeitos num futuro, já que essas intervenções e esses investimentos não intencionam somente o hoje ou a infância propriamente, mas o que esses corpos podem produzir futuramente. Trata-se de um planejamento futuro, de uma *Pedagogia Hospitalar* que funciona como investimento em *capitais humanos infantis-recuperáveis* para produzir uma renda futura.

É a partir desse entendimento, desse novo olhar sobre a *Pedagogia Hospitalar*, que analisei os discursos materializados nos documentos oficiais que legislam sobre a *Pedagogia Hospitalar* no Brasil. É para eles que olho no próximo capítulo.

4 PEDAGOGIA HOSPITALAR: DIMENSÕES PROBLEMATIZADAS

*As opções teóricas que fazemos e os conceitos com os quais trabalhamos acabam não apenas por **conduzir as escolhas** em termos do corpus empírico da investigação – [...], mas também por nos induzir a trilhar certas sendas de investigação e não outras. (BUJES, 2007, p. 18)*

Foi preciso conduzir as escolhas! Chegou o momento de interromper a viagem⁵³ e avaliar tudo o que foi compondo a bagagem dessa pesquisa. Para isso, se fez necessário optar pelas imagens/ cenas que marcaram os melhores momentos, escolher as rotas e selecionar as escritas que melhor descreveram, na visão da pesquisadora, os acontecimentos ocorridos durante essa viagem. Foi imprescindível selecionar os percursos. Seguir certas sendas de investigação e abandonar outras. Retirar da bagagem tudo o que não servia mais e problematizar as trilhas que ainda seriam percorridas. Foi fundamental, para fins didáticos, direcionar a rota dessa investigação e buscar o melhor trajeto para o desenvolvimento dessa caminhada.

Com a intenção de problematizar a *Pedagogia Hospitalar*, apresentei, nesta seção, alguns fragmentos recorrentes dos documentos que legislam sobre essa modalidade de ensino, material que também serviu para direcionar ‘o meu olhar’ sobre fatos e/ou acontecimentos coletados no meu ‘estar lá’ no ambiente investigado. Dessa forma, organizei o trabalho em quatro focos que se constituem dimensões⁵⁴ problematizadas acerca da *Pedagogia Hospitalar*. Cabe ressaltar que optei em usar o termo *dimensões* para referenciar os eixos problematizados na pesquisa. Termo esse retirado de uma citação de Filho; Teti (2013), e utilizada na investigação, quando esses estudiosos fazem referência

⁵³ Metáfora utilizada no Capítulo 2 desta pesquisa, intitulado: *A curiosa viagem: pelos caminhos metodológicos da pesquisa*.

⁵⁴ Dimensão, do latim *dimensio*, é um aspecto ou uma faceta de algo. O conceito tem diversos usos de acordo com o contexto. Pode tratar-se de uma característica, de uma circunstância ou de uma fase de algo ou de algum assunto. (<https://www.priberam.pt/dlpo/>)

a cartografia na concepção de Deleuze e Guattari, a compreendendo enquanto um rizoma. “[...] não tem começo, fim ou centro, nem formado por unidades, mas por *dimensões* [...]” (2013, p. 51).

Na primeira dimensão - *A Pedagogia Hospitalar como uma forma de inclusão que investe em Capital Humano*, evidenciei recorrências dos discursos que legitimam a continuidade escolar para crianças e adolescentes que se encontram impossibilitados de dar prosseguimento aos estudos, seja por recorrência de doença e/ou hospitalização ou por outro motivo que interfira nos direitos desse sujeito: à saúde e à educação. Para isso, problematizei as práticas educativas desenvolvidas em ambientes não escolares, como o hospital; como uma estratégia de investimento no Capital Humano desses indivíduos. Estratégias educativas que promovem o desenvolvimento e contribuem para a construção do conhecimento e o sucesso ‘futuro’ desse sujeito. Mesmo ele estando doente e/ou hospitalizado, ele precisa continuar estudando. Para que no futuro possa... Vir a ser!

Como segunda dimensão, *A reconfiguração das práticas caritativas na Pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande*, problematizei esse viés caritativo que coloca em funcionamento um tipo de Poder Pastoral; uma reconfiguração das práticas caritativas, estudadas por Michel Foucault (2008) na pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Foi possível perceber neste ambiente hospitalar, o desenvolvimento de ações de caridade para com a instituição e para com os indivíduos que se encontram hospitalizados, como forma de ajudar o ‘paciente’, bem como seus familiares e, conseqüentemente, os que prestam o auxílio, retratando, assim, uma forma de agradecimento.

Na terceira dimensão, *O tempo para a criança e/ou adolescente hospitalizado* promovi a discussão acerca do tempo ocioso que acomete as crianças e os adolescentes hospitalizados e que, segundo alguns excertos retirados do diário de campo, reconfiguram o problema de inatividade do ‘paciente’ e o apelo dos familiares de que sejam propiciadas ações e/ou atividades para preenchimento desse tempo. Aspectos que remetem a outro poder também estudado por Michel Foucault, o poder disciplinar, que busca, através da disciplina, organizar e controlar o tempo, para que esse seja produtivo para os sujeitos, até mesmo em um momento de doença e/ou hospitalização. Esse corpo, mesmo doente, precisa ser vigiado e controlado, para que não se torne um risco ou um futuro risco para si e para a sociedade.

Na quarta e última dimensão problematizada, intitulada *Pedagogia Hospitalar: o paradoxo entre os discursos legitimados e os achados no 'estar lá'* fometei a discussão acerca do que vem sendo proposto nas legislações que possibilitam o acompanhamento e/ou a continuidade escolar em ambiente hospitalar e o que acontece na pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande.

Para fins didáticos, se fez necessário mapear os caminhos percorridos com a pesquisa. A divisão por dimensões foi a metodologia encontrada para organizar o trabalho e evidenciar os trajetos (material empírico) percorridos com essa pesquisa e o como passei a compreender os discursos acerca da *Pedagogia Hospitalar* e os achados no 'estar lá'. Cabe ressaltar que esta foi a minha viagem e os trajetos por mim selecionados. Um outro viajante poderia, neste mesmo percurso, problematizar as mesmas paisagens de uma outra maneira ou até mesmo selecionar outras. O que não quer dizer que há certo ou errado, mas uma grande possibilidade de 'olhares'.

4.1 A *Pedagogia Hospitalar* como uma forma de inclusão que investe em Capital Humano

A modernidade traz consigo um desejo de ordenação e organização. Através dos conhecimentos científicos que produziu, tentou explicar e categorizar as coisas, os fenômenos e também as pessoas. Esses conhecimentos criaram categorias e subcategorias, cada vez mais minuciosas e detalhadas, que permitiram colocar em operação um exercício de classificação e enquadramento de tudo aquilo que escapa da ordem, do natural, da pureza, da perfeição, enfim, do ideal moderno. Essas incansáveis descrições, que marcam toda e

qualquer forma de desvio, funcionam não com o intuito de excluir, segregar ou aniquilar, mas de incluir, conhecer e governar. (LOCKMANN, 2013, p. 129)

Escolho as palavras de Lockmann (2013) para dar início a esse eixo problematizador, pois compreendo a *Pedagogia Hospitalar* enquanto uma prática inclusiva. Trata-se de uma estratégia da contemporaneidade que tenta capturar todos os sujeitos, até mesmo uma criança e/ou adolescente doente e/ou hospitalizado, e procura dar visibilidade a todos que, de alguma maneira, tentam escapar desse ideal moderno. Desde a modernidade, não é mais concebível deixar que os sujeitos fiquem excluídos. Não é permitido que uma criança em idade escolar não esteja matriculada em uma escola ou que devido a uma doença e/ou hospitalização fique excluída dos processos educacionais. A criança, enquanto sujeito social, e a infância, enquanto categoria social, deve ser capturada por essa instituição; pelas ações educativas, uma vez que a escola caminha

[...] junto a complexos dispositivos disciplinares que gradualmente disseminam sua produtividade por todo o corpo social e como essas funções, que primeiro são expressas de forma corretiva, aos poucos adquirem uma forma produtiva. As instituições disciplinares – entre elas, mas não somente, a escola – desenvolverão estratégias cada vez mais sofisticadas que irão levando sua forma de exercer o poder muito além dos seus próprios muros. (KOHAN, 2003, p. 91)

Não só a escola, mas também diversas instituições, entre elas, o hospital, acabam desenvolvendo essa função de captura e controle dos sujeitos e estendendo suas funções para além dos seus próprios muros. Atualmente, percebemos o espraiamento das ações educativas pela sociedade, as quais buscam incluir os sujeitos-infantis nas amarras da educação, até mesmo em um momento de doença e/ou hospitalização. A escola é apenas uma dessas instituições que, cada vez mais cedo, busca acolher esses indivíduos, se possível pelo maior tempo e de forma contínua.

A difusão do modelo de escolarização, bem como a extensão de sua obrigatoriedade, engendra o funcionamento e o alcance da instituição escolar como elemento fundamental para o *governo da população* em geral e, especificamente, da população infantil. (RESENDE, 2015, p. 133)

Sendo assim, esses sujeitos, esses sujeitos-infantis precisam e devem estar inseridos na instituição escolar, pois a escola “[...] ao constituir-se em um instrumento de disciplinarização dos indivíduos desde a mais tenra idade, atende ao projeto de governamento da população” (SILVA; MELLO, 2013, p. 154). Porém, quando uma criança, por motivos variados, não pode ir para a escola, outras instituições disciplinares precisam desenvolver suas funções, uma vez que os sujeitos infantis não podem desprender-se dessas amarras. É isso que vemos ocorrer no espaço hospitalar, por meio da *Pedagogia Hospitalar*.

Os corpos desses sujeitos infantis, mesmo doentes e/ou hospitalizados, devem fazer parte dessas instituições que o educam. Por isso, compreendo essas ações educativas em espaço hospitalar como uma forma de incluir, conhecer e governar esses sujeitos que desviam, permanente ou temporariamente, dos padrões normais estabelecidos pela modernidade. Assim, a *Pedagogia Hospitalar*, como uma dessas ações educativas, funciona como uma estratégia de inclusão que busca, não só, garantir a esses indivíduos o direito a saúde e a educação, mas também governá-los mais e melhor por meio desse direito. Dessa forma, é importante compreender que a *Pedagogia Hospitalar* se constitui num direito assegurado em legislação e justamente por isso ela se torna mais eficaz no governamento da população. Veja alguns excertos dos documentos:

* Direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, *acompanhamento do curriculum escolar, durante sua permanência hospitalar*⁵⁵. (Resolução nº 41/1995, p. 2)

* *Na impossibilidade de frequência à escola, durante o período sob tratamento de saúde ou de assistência psicossocial, as pessoas necessitam de formas alternativas de organização e oferta de ensino de modo a cumprir com os direitos à educação e à saúde, tal como definidos na Lei e demandadas pelo direito à vida em sociedade.* (MEC/ SEESP, 2002, p. 11)

⁵⁵ Alguns trechos dos excertos foram marcados em itálicos a fim de evidenciar fatos e/ou acontecimentos considerados importantes pela pesquisadora.

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

Essa imposição à continuidade escolar nas legislações é percebida de forma sutil, enquanto algo justo para com esse cidadão, enquanto um direito. Direito que esse sujeito tem de desfrutar da educação, com formas alternativas, com currículo flexibilizado e/ou adaptado, favorecendo, assim, o seu ingresso, retorno ou adequada integração ao grupo. Por isso, quando tais sujeitos não podem frequentar a escola regular, são oportunizadas ações educativas em outros espaços e tempos, tal como o hospital. Como vimos, essas ações são materializadas em forma de direitos, pois, essas políticas educacionais buscam evidenciar o

[...] jogo de afirmação da cidadania e dos ‘direitos das crianças’ que embasam essas políticas, peças da governamentalidade democrática em curso. [...] mais uma maneira de *governar a infância*. Qualquer criança, vivendo em um Estado democrático, está instrumentalizada, governada, ainda que o vínculo desta instrumentalização seja a afirmação de seus ‘direitos’. (GALLO, 2013, p. 207)

Essa governamentalidade democrática articula duas dimensões no governo da população: a dimensão dos direitos e da cidadania; e a dimensão do controle social. Nessa governamentalidade, os direitos atribuídos à população são transformados em estratégias de controle e governo. É justamente isso que vemos acontecer com a *Pedagogia Hospitalar*, ela aparece como um direito e é como tal que passa a ser utilizada como estratégia de governo dos corpos infantis doentes. Assim “a governamentalidade democrática implica, por mais paradoxal que isso possa parecer, um controle social sobre os indivíduos, através do trabalho sobre a população” (GALLO, 2013, p. 204), na qual esses sujeitos, mesmo infantis, estão inseridos. Porém, a articulação entre o direito e controle se dá “[...] de modo que eles se acreditem cidadãos livres, participativos e peças centrais desse jogo democrático (GALLO, 2013, p. 204) que transforma o controle de algo negativo e opressor por algo merecido, justo, um privilégio: um direito, e é isso que o torna tão sutil e eficaz.

Cabe ressaltar que o jogo democrático teve seu marco promulgado a partir

[...] da Constituição Federal de 1988, anunciada como a ‘constituição cidadã’, que lançou as bases para toda a construção jurídica da educação brasileira, através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9394/96), na qual a cidadania é apresentada como o princípio fundamental. Em decorrência, toda a produção no campo biopolítico das políticas públicas de educação, desde a década de 1990, apresenta as marcas de suas engrenagens. (GALLO, 2013, p. 203)

A década de 1990, como já abordado anteriormente neste trabalho, também foi marco da emergência das políticas públicas inclusivas. Assim, a emergência de tais políticas, sua constituição como direito dos cidadãos e a racionalidade neoliberal operam numa mesma época histórica que tem como imperativo a inclusão de todos, não deixar que ninguém fique fora do jogo econômico de um Estado Neoliberal.

Dentro do neoliberalismo, como forma de vida do presente, certas normas são instituídas não só com a finalidade de posicionar os sujeitos dentro de uma rede de saberes, como também de criar e conservar o interesse em cada um em particular, para que se mantenham presente em redes sociais e de mercado. Todos estamos, de uma maneira sendo conduzidos por determinadas práticas e regras implícitas que nos levam a entrar e permanecer no jogo econômico do neoliberalismo. (LOPES, 2009, p. 155)

Nesse jogo econômico todos devem ser/estar incluídos nesse conjunto de práticas que constituem formas de vida, cada vez mais direcionadas para o mercado. Todos devem estar incluídos (permanecer e desejar permanecer nesse jogo econômico de um Estado Neoliberal), pois, o jogo democrático precisa de... um cidadão *participativo*, senão no presente que o seja no futuro, por meio dessas estratégias desenvolvidas pelas ações educativas, materializadas em forma de direitos.

Cada vez mais percebe-se a proliferação de políticas públicas que buscam incluir todos os indivíduos (mais cedo e por mais tempo) na fórmula mais eficaz de conduzir suas condutas que é a educação. Ninguém pode ser excluído desse instrumento civilizador, porque “[...] quando se educa se integra” (VEIGA-NETO, 2015, p. 55) e, ao incluir, há o controle sobre esses sujeitos. Incluir “[...] implica identificar características e processos que lhes são próprios, torná-la observável, dizível, calculável, enfim, produzir verdades em torno daquilo a ser governado” (SILVA; MELLO, 2013, p. 149). Se faz necessário conhecer esse sujeito, é preciso que esse sujeito seja conhecido, para que se possa governá-lo. Por isso, a educação e a inclusão como estratégias de governo

buscam capturar todos os indivíduos, até mesmo a criança que está doente e/ou hospitalizada:

Não é por acaso que existe uma proliferação de políticas de inclusão na sociedade contemporânea. Busca-se não somente gerar uma sensação de segurança ao abarcar todos na escola, mas também governar a constituição de sujeitos que possam efetivamente inserir-se no mercado neoliberal, do capital e do consumo. O Estado, ao dissolver-se em inúmeras práticas e ações que incidem sobre a população, através de dispositivos não só disciplinares, como também de segurança, procura prevenir e controlar riscos por meio de investimento em uma biopolítica educacional de inclusão. (SANTAIAANA, 2013, p. 204)

Os investimentos em biopolítica educacional de inclusão, como afirma Santaiana (2013), além de gerar sensação de segurança, buscam governar e inserir os sujeitos no mercado neoliberal do capital e do consumo, senão no presente que o seja no futuro, mas todos devem estar e permanecer no jogo neoliberal. A biopolítica tem relação com uma forma de gestão da vida social que acontece por antecipação. Ela age hoje para prevenir problemas futuros e, por isso, busca gerenciar esses riscos pensando no/num futuro. No caso das crianças e/ou adolescentes hospitalizados, os riscos seriam a perda do ano escolar, a reprovação, a evasão escolar e até mesmo a improdutividade desses sujeitos e a *Pedagogia Hospitalar* seria compreendida como uma estratégia de investimento nessas infâncias que escapam por estarem doentes e /ou hospitalizadas. Um olhar sobre essas infâncias através do seu futuro e não do seu presente é fundamental para a biopolítica. A infância vista como pura possibilidade. Para que esses sujeito torne-se um agente *participativo* da/na sociedade:

A princípio, essa visão da infância parece extraordinariamente positiva, poderosa: dela pode devir quase qualquer coisa; dela, quase tudo pode ser. Contudo, essa potencialidade, esse ser potencial, esconde, como contrapartida, uma negatividade em ato, uma visão não-afirmativa da infância. Ela poderá ser qualquer coisa. *O ser tudo no futuro esconde um ser nada no presente. Não se trata de que as crianças já são, em estado de latência ou virtualidade, o que irá devir*; na verdade, elas não tem forma alguma, são completamente sem forma, maleáveis e, enquanto tais, podemos fazer delas o que quisermos. (KOHAN, 2003, p. 40)

O que está em jogo nessa compreensão da infância como pura possibilidade é a ideia de preparar esse indivíduo para o futuro. Para um futuro onde esse sujeito possa ser produtor e produto do mercado. Por isso, se faz necessário intervir na vida desse sujeito

em todos os espaços sociais. Os processos de educação precisam, nessa lógica, acontecer cada vez mais cedo, por mais tempo e de forma contínua, sendo que, quando o sujeito necessita se afastar da escola, outras instituições são acionadas para dar continuidade a essas intervenções. Assim, a educação se constitui numa potente ferramenta na formação desse ser humano e uma importante e imprescindível estratégia desse processo de governo da criança. Nas palavras de Veiga-Neto:

Enfim, governar-se a infância com o objetivo de conduzi-la para determinados ‘lugares’ numa cultura, para determinadas posições numa sociedade e para determinadas formas de vida já partilhada por aqueles que já estavam aí. Assim, o que se coloca em questão e é da maior importância não é apenas sabermos como isso está sendo feito, ou seja, de que maneiras se governa hoje a infância, mas sim *para onde essas formas de governo a estão levando*. Conhecer os modos pelos quais as crianças estão sendo governadas tem tudo a ver com o tipo de sociedade futura que está hoje a ser gestada nas famílias, nas escolas e nos espaços sociais mais abertos. (VEIGA-NETO, 2015, p. 56)

Ainda segundo o pesquisador o que se coloca ou deve se colocar em questão é: para onde essas formas de governo estão levando a infância? Para esse autor, conhecer os modos pelos quais as crianças estão sendo governadas tem tudo a ver com o tipo de sociedade futura que se pretende, ou seja, com uma biopolítica; uma gestão por antecipação. Por isso, os discursos da contemporaneidade possibilitaram que essa infância fosse “[...] tomada como possibilidade de intervenção para a formação de um adulto saudável e produtivo, previamente preparado para as formas de *governo* centradas na gestão do trabalho, da família e da saúde” (SILVA; MELLO, 2013, p. 154). Trata-se da infância como uma pura possibilidade⁵⁶.

[...] Para Platão, a educação é importante durante toda a vida; porém, é ainda muito mais valorizada no momento em que o caráter do ser humano está sendo formado. Para ele, a ocupação com *a educação das crianças não se dá pelo que elas são, mas pelo que elas poderão vir a ser*, para que elas possam chegar à virtude plena. Neste sentido, as crianças não são associadas a características próprias e definidas, porque esses primeiros momentos estão vinculados à *possibilidade que deles virão*. Daí a visão de incompletude e de falta que acompanha a ideia de infância. (LOCKMANN; MOTA, 2013, p. 89)

⁵⁶ Walter O. Kohan (2003), distingue algumas marcas do pensamento platônico com relação à infância: a infância como possibilidade; a infância como inferioridade; a infância como o outro desprezado; a infância como material da política.

Esses investimentos educativos passam a ser compreendidos como estratégias biopolíticas de controle social da população no futuro, pois, como afirmam Lockmann e Mota (2013), ocorre uma preocupação com a educação da criança pelo que ela poderá vir a ser. Por isso, até mesmo em momento de doença e/ou hospitalização, a criança não pode deixar de dar continuidade aos seus estudos, e isso faz com que sejam organizadas formas alternativas para ofertar o atendimento pedagógico, como percebe-se nos excertos a seguir.

* O Ministério da Educação, por meio de sua Secretaria de Educação Especial, tendo em vista a necessidade de estruturar ações políticas de organização do sistema de atendimento educacional em ambientes e instituições outros que não a escola, resolveu elaborar um documento de estratégias e orientações que viessem promover a oferta do atendimento pedagógico em ambientes hospitalares e domiciliares de forma a assegurar o acesso à educação básica e à atenção às necessidades educacionais especiais, *de modo a promover o desenvolvimento e contribuir para a construção do conhecimento desses educandos*. (MEC/ SEESP, 2002, p. 7)

* Os sistemas de ensino deverão prever medidas legais para que as classes hospitalares e o atendimento pedagógico domiciliar atendam progressivamente as exigências da lei, demonstrando *comprometimento com o sucesso do educando* e a proposta de atenção integral. (MEC/ SEESP, 2002, p. 25)

* O atendimento pedagógico deverá ser orientado pelo *processo de desenvolvimento e construção do conhecimento* correspondentes à educação básica, exercido numa ação integrada com os serviços de saúde. A oferta curricular ou didático-pedagógica deverá ser flexibilizada, de forma que contribua com a promoção de saúde e ao *melhor retorno e/ou continuidade dos estudos pelos educandos* envolvidos. (MEC/ SEESP, 2002, p. 17)

A partir desses excertos é possível perceber que as ações educativas nos hospitais visam promover o desenvolvimento e contribuir para a construção do conhecimento dos educandos que se encontram afastados da escola, devido à sua doença e/ou à sua hospitalização, objetivando o melhor retorno, a continuidade dos estudos e o sucesso desse paciente-aluno. Sucesso que pode ser compreendido pela alta hospitalar, pela cura da enfermidade, pelo retorno à escola ou até mesmo pela conclusão dos estudos em um leito hospitalar. Não importa, importa que, em qualquer uma dessas situações, ele se torne um ser produtivo para se aproximar cada vez mais do jogo neoliberal.

A educação como estratégia de produção de capital humano possibilita ao sujeito estar e permanecer nesse jogo competitivo. O indivíduo precisa ser consumido e consumidor do/no mundo capitalista. Investir constantemente em si mesmo, em suas habilidades e competências o instrumentalizará para participar mais ativamente do jogo concorrencial do neoliberalismo. Estar e permanecer no jogo concorrencial é a regra maior do neoliberalismo.

Os discursos inclusivos permitem a estes indivíduos hospitalizados a continuidade escolar e, conseqüentemente, os investimentos em seus capitais, visto que as “[...] capacidades, destrezas e aptidões próprias dos homens, adquire valor de mercado e se apresenta como forma de capital [...]” (LÓPEZ-RUIZ, 2007, p. 18). Essas estratégias biopolíticas de gerenciamento de riscos futuros utilizam os investimentos educacionais para entrar em operação. Tais intervenções educativas são compreendidas aqui como formas de investimento em capital humano, justamente nessa lógica que prevê, gerencia e antecipa o futuro.

Para Foucault, o sujeito é seu capital e sua renda e conforme argumenta Gadelha (2015):

A noção de capital humano, ou capital intelectual, refere-se a um conjunto de capacidades, habilidades e destrezas criadas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e acumuladas pelos indivíduos, ao longo de suas existências. Uma vez que poucas dessas aptidões ou competências são herdadas geneticamente, a maior parte delas se deve a *investimentos realizados em educação*, seja pelos progenitores, seja pelos próprios indivíduos. Tal noção supõe, por outro lado, uma nova maneira de se conceber a noção de trabalho, pois este, desde as formulações desse economista da Escola de Chicago, passa a ser entendido como aquilo que é necessário para que o indivíduo possua uma renda, um salário. Ora, uma vez que para eles o trabalho comporta um capital, uma ‘máquina-competência’, ou seja, o que estamos designado aqui por ‘capital humano’, o salário constitui justamente a renda conseguida pelo investimento nesse capital intelectual. (2015, p. 349-350)

A educação, na contemporaneidade, vem funcionando “[...] como forma de investimento cuja a acumulação permitiria não só o aumento da produtividade do indivíduo, mas também a maximização crescente de seus rendimentos ao longo da vida” (GADELHA, 2009, p. 150). Por isso, a *Pedagogia Hospitalar* também pode ser compreendida como uma poderosa ferramenta da Teoria do Capital Humano.

As competências, as habilidades e as aptidões dos sujeitos, na lógica neoliberal, passam a ser compreendidas como capital desse indivíduo. O sujeito constitui sua própria empresa. “Você S/A” (GADELHA, 2009, p. 149). Seus conhecimentos passam a ser compreendidos como um produto. Daí a importância e a relevância de se fazer investimentos educativos nos sujeitos infantis, até mesmo em um momento de dor e sofrimento, já que esse corpo, mesmo sendo infantil, precisa tornar-se uma máquina produtiva para que possa produzir rendas futuras. Ocorrendo assim uma VALORIZAÇÃO⁵⁷ desse corpo infantil enquanto produto que não pode e não deve ser desperdiçado para não acarretar futuros custos ao Estado. Já nos lembrava Theodore Schultz que: “uma classe particular de capital humano, consistente do ‘capital configurado na criança’, pode ser a chave de uma teoria econômica da população” (SCHULTZ, 1973, p. 9), pois, compreende que a infância “[...] se dá em torno da transformação das crianças nos homens de amanhã, numa atualização de suas potencialidades” (RESENDE, 2015, p. 8). Um vir a ser que opera ou deve operar por meio da educação.

Para concluir essa dimensão problematizada, considero pertinente retomar que compreendo a *Pedagogia Hospitalar* como uma forma de inclusão que investe no capital humano das crianças doentes e/ou hospitalizadas que, mesmo estando nessa condição, não devem deixar de participar dessa

[...] ‘sociedade da aprendizagem’, ‘sociedade aprendente’ [...], graças, [...] à extensão da função educativa além da escola, e, de outra, à consequente exigência, para o indivíduo habitante desse novo espaço social, de um aprendizado constante e ao longo da vida, exigência que leva a sua consideração como aprendiz permanente, vitalício [...] (NOGUERA-RAMÍREZ, 2011, p. 21)

O sujeito, como um sujeito aprendiz, de um aprendizado constante que deve ocorrer além dos muros da escola e, por que não, num leito hospitalar, e é nesse exercício de cidadania que a criança deve deixar a condição de ‘paciente’ para tornar-se aluno, mais do que isso, para tornar-se empreendedor de si mesmo, até mesmo em um ambiente hospitalar.

Nessa lógica neoliberal, investir em capital humano se torna fundamental para o desenvolvimento desse sujeito que deve ser um aprendiz permanente. “As crianças [...]

⁵⁷ Termo já utilizado na pesquisa, no capítulo 3.

continuam a ser definidas pelo futuro, como um vir a ser, [...] pautada em estilos de vida empreendedores, desde cedo, pois crianças já devem aprender [...], nos primeiros anos de vida, a serem produtivas, dóceis, obedientes, submissas, investidoras e microempresárias em tudo o que fazem e pensam, sentem e vivem”. (LEMOS, 2015, p. 124). Por isso, esses sujeitos devem tornar-se ‘agentes’ do processo de sua cura. Um indivíduo *participativo*! Um sujeito que será responsável pelo seu sucesso ou responsabilizado pelos seus fracassos. Uma criança! Um cidadão de direitos. Um vir a ser; de pura possibilidade! Pois, “com Foucault é possível e necessário pensar em outras formas de infância. Novas potências infantis, outros modos de ser criança, desencadeados pela experiência, pelo acontecimento, pela singularidade, pelo devir”. (RESENDE, 2015, p. 8)

Nessa dimensão, discorri acerca dos investimentos em capital humano como um fator fundamental para a constituição de um sujeito participativo da/na sociedade que se empreende. Na próxima dimensão, problematizarei a reconfiguração de algumas práticas caritativas presenciadas no meu ‘estar lá’ na pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, que remetem a um poder estudado por Michel Foucault; o poder Pastoral.

4.2 A reconfiguração das práticas caritativas na Pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande

Muitos, talvez a maioria, ao passarem pelo edifício da Santa Casa não têm noção do quanto custou chegar até ele. Quantos sacrifícios, quantas lutas, quantos desânimos e quantas esperanças ali tiveram seu curso. (RODRIGUES, 1985, p. 7)

[...] a caridade moderna contou, no Brasil, com uma vasta rede de agentes a serviço da salvação das almas e da sustentação do sistema colonial. Enquanto os religiosos de ofício, em sua maioria, rezavam missas, faziam sermões, batizados, davam extrema-unção, aplicavam castigos e penitências no Tribunal do Santo Ofício, ou nos confessionários, ou viviam à sombra de suas ordens religiosas e administravam poucos seminários e colégios, leigos chamaram a si as tarefas sociais da caridade – na ingente esperança de alcançar a própria salvação. (LOBO, 2008, p. 295)



Figura 2

Não poderia começar esse eixo, que problematiza acerca da reconfiguração das práticas caritativas, sem mencionar os gestos caridosos de leigos como o senhor Rodrigo Fernandes Duarte, ao edificarem a Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Por este motivo, o busto, deste cidadão, como podemos perceber na imagem, fica em local de destaque nesta instituição.

Rodrigo Fernandes Duarte era um leigo e, como podemos perceber nas palavras de Lobo (2008), foram os leigos que chamaram pra si as tarefas sociais da caridade, na esperança de alcançarem a salvação das almas. Das almas dos que estavam recebendo auxílio e das almas dos que estavam prestando ajuda ao próximo. Por isso, leigos como este inolvidável cidadão dedicaram sua vida em prol dos outros. Com ‘lutas’, ‘sacrifícios’ e ‘desânimos’; na ‘esperança’ de que, quando morressem, pudessem ser perdoados de seus pecados perante Deus e, assim, alcançarem sua própria salvação.

Mesmo com 182 anos de existência, a Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande ainda mantém fortemente presente em seus discursos e práticas a presença de obras de caridade. Assim como ainda é muito forte a presença de traços religiosos, em especial do cristianismo, nesta instituição. No meu ‘estar lá’ foi possível presenciar *um padre passando nos quartos para dar a benção da saúde aos pacientes da pediatria*⁵⁸. Meu primeiro contato sobre a pesquisa na instituição foi com uma irmã de caridade. O atual presidente é um bispo emérito da igreja católica. Em minha inserção no hospital, foi possível perceber que as alas são alcunhadas por nomes bíblicos: São Roque, São Lucas, São Miguel, São Judas, etc., que o hospital dispõe de uma capela e que, pelos corredores da instituição, vê-se imagens sacras católicas. Como podemos perceber a seguir:



*Figura 3

⁵⁸ Excerto do diário de campo (19/4/17).

Esse gesto de caridade; de cunho religioso, em especial na Associação de Caridade de Rio Grande, foi uma estratégia utilizada por Rodrigo Fernandes Duarte para sensibilizar outras pessoas, para que, assim como ele, fizessem doações e possibilitassem o funcionamento dessa instituição. Como podemos perceber nas palavras de Rodrigues (1985):

Vendo que havia muita dificuldade e não muito ânimo, o já benemérito Rodrigo Fernandes Duarte, à frente de outros abnegados cidadãos, propõe, em princípios de 1835, transformar a Sociedade de Beneficência em uma Irmandade do Espírito Santo e Caridade [...], na crença de que *o caráter religioso* teria melhor acolhimento. Para estimular esta escolha, ofereceu avultadas *doações*. (1985, p. 39)

Ainda hoje temos conhecimento de ações de cunho caritativo para com essa instituição. Grupos sociais são formados por senhoras que se empenham na organização de eventos a fim de angariar fundos para a instituição e um exemplo disso é o Grupo Mãos Dadas. Grupo de voluntárias que, com a ajuda da sociedade, já conseguiram recuperar a UTI da instituição e almejam a realização de novas melhorias para este hospital que, além de atender a população de Rio Grande, recebe pacientes de outros municípios da região sul.



Figura 4: Jornal Agora, de 8/5/2017

Também podemos perceber um caráter caritativo na fala do atual presidente da Associação de Caridade de Rio Grande Santa Casa do Rio Grande em entrevista a um jornal local. Cabe ressaltar que, com o fim da intervenção ocorrida na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande pelo Executivo Municipal, foi empossada uma nova diretoria, em 9 de maio de 2017, tendo como presidente um bispo emérito da Igreja Católica e, como primeiro vice-presidente, um pastor. Dois sacerdotes com crenças distintas, que passam a responder pela instituição.

Em uma das falas do atual presidente, é possível perceber esse caráter caritativo, quando ele diz:

“[...] Vamos trabalhar gratuitamente [...]”

Excerto retirado da reportagem do *Jornal Agora*, de 10/5/2017



Figura 5: Jornal Agora, de 10/5/2017

Trabalhar gratuitamente, em prol do outro. É o que as reportagens tencionam mostrar. Pessoas que doam sua força de trabalho, seu tempo, com ações para ajudar o próximo, e até mesmo, uma instituição de saúde. Para mostrar um pouco mais sobre esse viés caritativo, busco pontuar mais alguns excertos da reportagem a respeito da posse da atual diretoria a fim de problematizar.

O presidente, [...], após ser empossado, primeiramente *agradeceu a Deus* e depois lembrou que acompanhou toda a situação da santa Casa, desde a intervenção, e afirmou que a escolha foi difícil e que está ciente dos desafios. “Vamos *enfrentar muitos sacrifícios*, mas vamos *trabalhar para o bem do Município e da região*”, acrescentou.

“*Pessoas e entidades* já mostraram interesse em ajudar. Contamos com a ajuda dos funcionários da casa, que trabalham lá dentro. Temos que trabalhar para reativar setores. Um grande desafio são as dívidas [...]. Vamos *trabalhar gratuitamente* para tentar resolver e vamos fazer isso próximos ao corpo de funcionários”, finalizou.

Primeiramente, o novo presidente da Associação de Caridade Santa do Rio Grande agradeceu a Deus. Já que “[...] Deus, e somente Deus, é o pastor de seu povo” (FOUCAULT, 2012, p. 351). Também mencionou o fato de assumir a presidência da entidade enquanto um desafio a ser enfrentado, ressaltando que será preciso enfrentar muitos sacrifícios e isso é outro fator do poder pastoral. Em que o pastor se sacrifica em favor de suas ovelhas, já que “[...] maus pastores; [...] dispersam o rebanho, o deixam morrer de sede, e só o tosquam em seu único benefício” (FOUCAULT, 2012, p. 351). Por isso, o bom pastor “[...] tem um desígnio para seu rebanho. É preciso conduzi-lo a uma boa pastagem ou reuni-lo no curral” (FOUCAULT, 2012, p. 352). Desta forma, ele tenciona trabalhar para o bem do Município e da região de forma gratuita. Pois, o bom pastor precisa renunciar a si mesmo em prol da caridade. Em vista disso, pessoas e entidades também mostraram interesse em ajudar a instituição. Por que, quem sabe, ajudando aqui, no plano terrestre, poderão conseguir a salvação no outro mundo.

O que tenciono ao trazer as reportagens?

Primeiramente é dizer que tudo que se relaciona à Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande se constitui em material de meu interesse. Desses materiais, selecionei essas duas reportagens por perceber nelas a continuidade e/ou a reconfiguração

das práticas caritativas, não importando se essas práticas sejam desenvolvidas por pessoas leigas ou por sacerdotes. Visto que “a benevolência pastoral, [...], é muito mais próxima do ‘devotamento’. Tudo que o pastor faz ele o faz pelo bem de seu rebanho” (FOUCAULT, 2012, p. 353). Assim como as voluntárias e o sacerdote que buscam, a partir de seu trabalho gratuito, recursos para que o hospital possa continuar atendendo de forma plena toda a população. “[...] Se trata, então, de aprender a renunciar a si, entendendo que a renúncia a si mesmo em nome da missão é o objetivo de sua existência” (CASTRO-GÓMEZ, 2010, p. 99) [Tradução minha]. Por isso, eles se sacrificam em prol dos outros e a favor de si, pois, ao fazer o bem, se sentem bem.

Esse viés caritativo também pôde ser percebido em meu ‘estar lá’, através de algumas práticas desenvolvidas na pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, por ‘pessoas de bem’, que prestavam caridade e ajuda para com essas crianças doentes e hospitalizadas, bem como com seus familiares. Seja por meio de promessas, escutas, vigília, orações,... Como podemos perceber nos excertos a seguir.

Hoje, chegou uma senhora perguntando para a enfermeira, quantas crianças estavam hospitalizadas e se ela poderia *trazer um presentinho* para elas. Pois havia feito *uma promessa* de que, quando sua filha desse alta, daria um ‘presentinho’ para cada criança internada. Logo após, a senhora retornou trazendo para os bebês chocalhos e para menina de 4 anos um sapinho de pelúcia.

Cabe ressaltar que, neste dia, havia apenas três crianças hospitalizadas. Sendo que apenas uma delas em idade escolar (4 anos) e as demais bebês.

[...]

Excerto do diário de campo (26/4/17)

Promessa. Podemos prometer alguma coisa a alguém, a Deus ou a alguma divindade específica; e, como forma de agradecimento da graça alcançada, se cumpre algo em troca. A partir desse excerto é possível perceber que a mãe, no momento da doença e/ou hospitalização da filha, fez uma promessa. A quem será que ela recorreu? Ao divino? Não se sabe. Mas cumpriu seu compromisso levando brinquedos para as crianças que iriam continuar hospitalizadas. Uma forma de amenizar a dor desses pacientes? Uma forma de amenizar a sua dor enquanto mãe? Não sei. Mas acredito que “[...] tudo é uma questão de benevolência constante, [...]” (FOUCAULT, 2012, p. 352) para com o próximo e para si. Pois, ao doar esses brinquedos, se está agradecendo a graça alcançada. Uma forma de fé materializada em doação.

Fé⁵⁹. Uma palavra derivada do latim *fides*, e que remete para uma atitude de fidelidade. A fé, no sentido de crença ou confiança em algo ou alguém sem que, para isso, seja necessário a evidencia concreta de sua existência . Uma fé que pode ser configurada como forma de doação, de vigília, ou de oração, como nos mostra o excerto a seguir:

Menina de seis anos que, ao sair da escola de bicicleta, foi atropelada por um caminhão. Essa menina chora muito pedindo para voltar para casa. *Canta muitas músicas religiosas e clama por Jesus*. Durante minha visita ao seu leito relatou que queria matar o ‘caminhão’ e pedia a todos que chegavam ali para levá-la pra casa. Em seu quarto, além de seus pais, estavam três senhoras do templo que a família frequenta fazendo orações.

Excerto do diário de campo (5/7/17)

No dia cinco de julho foi possível presenciar, em um dos quartos da pediatria, três senhoras que, junto com os pais da menina atropelada por um caminhão, faziam orações ao redor do seu leito. Uma forma de vigia que, segundo “[...] o poder pastoral supõe uma atenção individual a cada membro do rebanho” (FOUCAULT, 2012, p. 353). O autor francês nos lembra que

o tema da vigília é importante. Ele faz ressaltar dois aspectos do devotamento do pastor. Em primeiro lugar, ele age, trabalha e contrai despesas para aqueles que ele alimenta e estão dormindo. Em segundo lugar, ele vela por eles. Ele presta atenção em todos, sem perder de vista nenhum deles. (FOUCAULT, 2012, p. 353)

O olhar vigilante dessas ‘boas senhoras’, as conversas, as orientações, a escuta de confissões, podem revelar o que está no interior desses sujeitos. Essa vigilância permite que as ‘caridosas’ possam melhor conhecer a criança atropelada, bem como seus pais e, assim, possam direcionar suas escolhas, conduzir suas condutas e melhor governá-la, já que, no momento de fragilidade, o que não lhes pode faltar é a fé. Uma vez que, essa falta de fé, essa descrença poderá levar as ovelhas para um mau caminho. Cabe ao pastor “[...] velar para que todas as ovelhas, sem exceção, sejam recuperadas e salvas. (FOUCAULT, 2012, p. 352). O pastor deve “[...] salvar a cada ovelha em particular e ao rebanho em seu

⁵⁹ Significado retirado do site: <https://www.gramatica.net.br/origem-das-palavras/etimologia-de-fe/>.

conjunto, [...]” (CASTRO-GÓMEZ, 2010, p. 99) [Tradução minha]. Ele precisa conduzir suas ovelhas para o caminho da salvação.

Cabe ressaltar que Foucault, ao estudar o poder pastoral⁶⁰, “[...] não se dirige ao cristianismo em geral, nem como religião nem como instituição eclesial, mas ao conjunto muito específico de *técnicas de condução da conducta* [...]” (CASTRO-GÓMEZ, 2010, p. 95) [Tradução minha] dos indivíduos. Por isso, acredito ser importante, para a conclusão desse eixo problematizador, trazer as quatro principais características do poder pastoral, presentes no trabalho *O assunto e o poder* [Tradução minha], no livro de Dreyfuss e Rabinow. O

[...] (poder pastoral) designa uma forma bem específica de poder. 1) É uma forma de poder cujo fim último é garantir a salvação individual no outro mundo; 2) o poder pastoral não é meramente uma forma de poder que comanda; aquele que o exerce deve também estar preparado para se sacrificar pela vida do seu rebanho. Portanto, é diferente do poder real, que demanda o sacrifício dos seus súditos para salvar o trono; 3) é uma forma de poder que não presta atenção somente no todo da comunidade, mas em cada indivíduo em particular, durante toda a sua vida; 4) finalmente, esta forma de poder não pode se exercer sem saber o que existe ‘dentro da cabeça’ das pessoas, sem explorar suas almas, sem os fazer revelar seus segredos mais recônditos. Ele implica um conhecimento da consciência e a habilidade de dirigi-la. (FOUCAULT, 1982, p. 214)

Se, para Foucault, o poder disciplinar e o biopoder tinham como objetivo principal a conformação do corpo e do corpo-espécie, ao poder pastoral “[...] o alvo de incidência se encontra diretamente na ação sobre as subjetividades” (MAIA, 2011, p. 67) dos indivíduos. É um poder que individualiza e que busca conhecer todos e cada um em suas peculiaridades. Um poder que busca ter conhecimento do que se passa no interior de cada sujeito para poder governá-lo; para poder conduzir suas condutas. A conduta de todos e de cada um. Omnes et Singulatim.

É possível perceber como diferentes formas de poder se fazem presentes nas dimensões problematizadas na pesquisa. Na primeira dimensão, percebe-se a presença do poder por meio da biopolítica, a partir dos investimentos em capital humano e do gerenciamento dos riscos no futuro. Na segunda dimensão, percebemos, por meio das práticas caritativas que ainda se fazem presentes na ACSCRG, uma reconfiguração do

⁶⁰ Cabe ressaltar que o Poder Pastoral não é uma invenção do Cristianismo. Foram os hebreus que desenvolveram e ampliaram esse tema pastoral com uma característica muito singular: “Deus e, somente Deus, é o pastor de seu povo”. (FOUCAULT, 2012, p. 351)

poder pastoral na contemporaneidade como mais uma forma de conduzir condutas. Já na próxima dimensão, discutiremos uma outra faceta do poder: o poder disciplinar e a forma como ele também atua no interior dessa instituição hospitalar. Isso mostra que não há uma substituição entre os poderes, mas que suas *dimensões* coexistem dentro de um mesmo espaço e tempo.

4.3. O tempo para a criança e/ou adolescente hospitalizado

[...]

Sempre em frente,

Não temos tempo a perder!

[...](Renato Russo, 1986)

O tempo. O tempo que pode ser compreendido a partir de uma época determinada, um prazo, a duração de algo, uma ocasião. Que pode ser medido por meio do relógio, através das horas, dos minutos e dos segundos. Que pode ser sincronizado por meio do calendário, a partir dos dias, semanas, meses e anos. Podemos o separar em: presente, passado ou futuro. O tempo que pode ser um momento atmosférico (clima) ou um momento oportuno (ocasião). Tempo, palavra que pode ter vários significados dependendo do contexto em que é empregada. No meu tempo. Dar um tempo. Pedir um tempo. Ter tempo. Matar tempo. Perder tempo. Algo que, na lógica atual, não é concebível, pois, na sociedade em que vivemos, precisamos ser sujeitos capazes de “[...] pensar, sentir, comportar-se, relacionar-se, trabalhar, consumir e concorrer conforme os modos de vida da atualidade – e, por que não dizer, os modos de vida neoliberais” (LOUREIRO, 2013, p. 116) e, por isso, *não temos tempo a perder*.

É preciso compreender que medir o tempo é diferente de viver o tempo. O tempo medido e controlado é sempre o mesmo, porém o tempo vivido pode ser sentido pelos sujeitos de diferentes formas. Às vezes parece passar voando, em outros momentos parece se arrastar – principalmente quando algo não nos agrada. Talvez seja justamente isso que acontece em uma situação de doença e/ou hospitalização. Segundo Matos e Mugiatti (2014), tal situação pode tornar esse tempo para o paciente algo “[...] interminável,

enfado e propiciador de expectativas negativas em relação à enfermidade” (2014, p. 134). Por isso, passar o tempo fazendo desenhos em um leito hospitalar, pode se tornar um divertimento; uma distração; um entretenimento; uma recreação; um passatempo. Uma possibilidade de seguir em frente!

Ele passa o tempo fazendo desenhos.

(Relato da vó de um menino de 8 anos que fez cirurgia)

Excerto do diário de campo (21/6/17)

O tempo de hospitalização, como afirmam as autoras Matos e Mugiatti (2014), pode ser um propiciador de expectativas negativas para a recuperação dos pacientes. O tempo ocioso e o “[...] afastamento no seu cotidiano, provocado pela doença e pela hospitalização, traz uma nova situação à vida do enfermo que, além de afastá-lo do curso normal de suas atividades escolares, o induz a apresentar alterações de ordem psíquica [...]” (MATOS & MUGIATTI, 2014, p. 71); que podem ser ocasionadas pelo afastamento dos seus familiares, de suas casas e, até mesmo, de seus objetos. Por isso, percebe-se uma preocupação, por parte dos responsáveis, em tentar aproximar esse local de cura o mais próximo desse paciente infantil. Sendo assim, pude perceber na pediatria da ACSCRG, que alguns familiares levaram para o ambiente hospitalar objetos pessoais das crianças, como: travesseiro, cobertas, toalhinha, brinquedos, entre outros elementos registrados nas imagens



Figura 6

Estratégias que, segundo as estudiosas, Matos e Mugiatti (2014), podem amenizar os efeitos da hospitalização e as ameaças para o desenvolvimento dessas crianças hospitalizadas, pois, “[...] a presença de múltiplos e negativos aspectos que envolvem o tratamento (perda de cabelo, amputações, gessos e outras limitações) sobrecarregam sensivelmente o peso dessa difícil fase” (2014, p. 26-27), que elas caracterizam como “Enfermidade Social”⁶¹ e que podem prejudicar ainda mais a saúde desses sujeitos. Segundo essas autoras, estar em um ambiente que remete a dor e sofrimento, que priva o sujeito do seu lar, de seus pertences, de seus amigos e até mesmo de sua escola, pode ocasionar aquilo que as mesmas definem como: *Hospitalismo*⁶² e que este, além de acarretar prejuízos à saúde da própria criança doente/hospitalizada, poderá afetar um dos membros da família deste paciente, como percebe-se no excerto a seguir:

Na pediatria estavam internados apenas 3 bebês. Mas um fato me chamou atenção. O irmãozinho de 4 anos de um desses bebês nos dias anteriores apresentou um quadro de febre. Foi levado a uma clínica e nada foi diagnosticado. O médico perguntou ao pai se havia acontecido algo diferente em sua rotina que poderia motivar a febre. O pai relatou que a mãe estava no hospital acompanhando o irmão que era bebê, que mamava e que estava hospitalizado. O médico suspeitou que pudesse ser psicológico e pediu que, se fosse possível, o levassem até a mãe. Durante a tarde, a mãe recebeu autorização de descer até o saguão do hospital para ver o menino juntamente com o bebezinho.

Excerto do diário de campo (18/5/17)

Além do hospitalismo, a internação poderá fazer com que uma atividade cotidiana e/ou corriqueira, como mexer no celular, não se torne tão prazerosa no hospital como é em casa. Como podemos perceber no relato a seguir:

João*, menino de 12 anos que cursa o 6º ano. Passou por cirurgia e, a todo momento, falava que não queria ficar ali, que gostaria de *retornar para sua casa* na Capilha. Que ali era chato! Os pais, que estavam no quarto com o menino, relataram que ele estava bem enjoado, com dor e que nada conseguiam agradá-lo. A mãe ainda disse que, em casa, *ele passa o tempo todo no celular; deitado no sofá ou em sua cama, mas que ali nem o celular o estava agradando.*

*nome fictício.

obs: Foi a criança com mais idade que encontrei hospitalizado no período do ‘Estar lá’.

Excerto do diário de campo (19/4/17)

⁶¹ Enfermidade Social é como as autoras Matos & Mugiatti (2014, p. 26) caracterizam a excludência imposta pela doença.

⁶² Hospitalismo: é a expressão que bem caracteriza tal situação, exteriorizada por apatias, choro, inapetência, além de outras atitudes depressivas (MATOS & MUGIATTI, 2014, p. 134).

Nos excertos também é possível perceber os pedidos de retorno para a casa.

Quando cheguei no quarto de uma menina de 4 anos, que havia ganhado um sapinho de pelúcia. Ela não me deu muita atenção, ficava me espiando de canto de olho. Seu pai a repreendeu para que ela conversasse comigo. Fiz sinal de que não era preciso. Aos poucos ela foi me dizendo que estava na escola, que gostava da professora, que adorava cantar musiquinhas e começou a cantar a música que o sapo não lava o pé. Quando ia me despedir, ela agarrou minha mão, pediu para que não fosse embora e começou a chorar. *Nesse momento o pai comentou que ela não aguentava mais ficar no hospital e que queria voltar para sua casa.*

Obs: A menina estava no oxigênio e, por isso, não podia se afastar do leito.

Excerto do diário de campo (26/4/17)

Hoje, todos os leitos estavam ocupados e a pediatria estava muito tumultuada. Mas foi possível conversar com três crianças em idade escolar. Um desses meninos estava acamado e os outros dois estavam correndo pelos corredores do hospital. O menino de 5 anos, que estava no O2, estava *jogando no celular* e sua mãe relatou que ele estava em *difícil adaptação* no hospital e que chorava muito. Ele relatou que gostava de ir para a escola e que queria brincar com os meninos do hospital, mas que não podia sair dali; por isso, os meninos iam visitá-lo.

O outro menino, de 4 anos, queria *voltar para casa*, mas para a escola não, *queria ficar com a "mamãe em sua casinha"*.

[...]

Excerto do diário de campo (3/5/17)

Menina de seis anos, que ao sair da escola de bicicleta foi atropelada por um caminhão. Essa menina chorava muito e *pedia a todos que chegavam ali para levá-la para casa.*

Excerto do diário de campo (5/7/17)

Cabe destacar que esses aspectos ressaltados nos excertos, como: a difícil adaptação, o choro, o pedido de regresso para casa, entre outros aspectos, podem agravar o estado de saúde desses pacientes hospitalizados. A OMS⁶³ define a saúde como sendo o “completo bem-estar físico, psíquico e social, ocorrendo conjuntamente e não apenas na ausência de doença, ou enfermidade”. Por isso, é possível perceber que as estratégias de *cuidado e zelo* são utilizadas como alternativas de amenizar os danos causados pelas doenças e até mesmo uma possibilidade de eliminar o desenvolvimento de outras

⁶³ Organização Mundial da Saúde. <http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who>.

moléstias, abolir a insegurança; os terrores; as fobias, entre outras debilidades que podem trazer a esses indivíduos consequências a curto e a longo prazo. No jogo econômico de um Estado neoliberal, compreende-se a infância enquanto pura possibilidade de um *vir a ser* no futuro e a doença pode constituir-se em risco para este sujeito (como já abordado na primeira dimensão desta pesquisa).

Nas palavras de Bujes, “enquanto numa lógica associada ao liberalismo as práticas de cuidados eram vistas como um direito das crianças, o neoliberalismo considera a provisão de cuidados como investimento nas crianças”. (BUJES, 2015, p. 274). Por isso, o ‘cuidado’ passa a ser entendido como uma economia do risco que tenta minimizar os inconvenientes ocasionados pela doença e pela hospitalização, que, por vezes, podem não serem supridos; atingindo, além de aspectos físicos, aspectos psicológicos, sociais, e até mesmo aspectos cognitivos e, por isso, se configurando em empecilhos para que esse indivíduo possa ser um sujeito *participativo* e produtivo para essa tal ordem social: a racionalidade neoliberal.

[...] Um tipo de governamentalidade que busca programá-los e controlá-los em suas formas de agir, sentir, pensar e de situar-se diante de si mesmos, da vida que levam e do mundo em que vivem, através de determinados processos e políticas de subjetivação [...]” (GADELHA, 2009, p. 151)

Nessa perspectiva adotada pelo neoliberalismo “[...] esses processos e políticas de subjetivação [...] transformam o que seria uma sociedade de consumo numa sociedade de empresa, induzindo os indivíduos a modificarem a percepção que têm de suas escolhas e atitudes [...] de modo a que cada vez mais estabeleçam entre si *relações de concorrência*” (GADELHA, 2009, p. 151). Para que esse sujeito doente e/ou hospitalizado possa participar desse jogo concorrencial; os fatores físicos, psicológicos, sociais e até mesmo cognitivos não podem prejudicar esse processo de constituição de um sujeito empreendedor.

Outro fator que parece ser recorrente nas práticas observadas no hospital, refere-se ao tempo que precisa ser preenchido para que passe mais rápido. Nos excertos retirados do diário de campo, é possível perceber relatos que reconfiguram o problema de inatividade da criança e do adolescente hospitalizado e também de seus familiares e o apelo de que sejam propiciadas ações e/ou atividades para com esses pacientes, a fim de entretê-los e de preencher esse tempo ocioso, ocasionado pela hospitalização.

Ao chegar em um dos quartos da pediatria, encontrei dois meninos, em idade escolar, assistindo desenho animado. Cabe ressaltar que o hospital não dispõem de aparelho de DVD, mas o responsável pelo menino de 5 anos havia levado para *entretê-lo**. O outro, de 7 anos, ia para este quarto para também poder *assistir aos desenhos* e em conversa relatou:

- Gosto de ver desenho pois *o tempo passa mais rápido aqui*.

*palavras da mãe do menino de 5 anos.

Excerto do diário de campo (05/4/2017)

Sete crianças internadas, duas em idade escolar. Sendo que se tratavam das mesmas da semana anterior. O menino que anteriormente não teve contato, devido ao seu quadro clínico. Essa semana começou a sair do quarto e brincar com outra menina. Ele tem 7 anos e falou que gostaria de *ter bastante coisas para fazer ali*.

[...]

Excerto do diário de campo (7/6/17)

Menino de 10 anos, matriculado no 5º ano, na cidade de Cristal. Fez cirurgia no braço que quebrou ao cair da bicicleta. Ele estava chorando demais porque *queria voltar para a casa*, pois estava com muita saudade do pai, que ligava a todo momento. A mãe relatou que tinha acabado de tirar os pontos de uma cirurgia e que muitas coisas ficavam difíceis para ela fazer por causa de estar distante de casa e dos familiares e que não podia sair do hospital para não deixá-lo sozinho. Relatou o ótimo atendimento das pessoas da enfermaria e da estrutura do hospital, por se tratar de uma internação pelo SUS, por ter internado em um quarto privado, com banheiro e TV e que, além do menino receber todas as refeições, ela, como acompanhante, também recebia. Ficamos bastante tempo conversando e ela relatou *que faz falta uma pessoa para contar histórias e brincar com as crianças para eles esquecerem um pouco da dor e do sofrimento*.

“Uma pessoa diferente para eles brincarem, nem que fosse por 5 minutinhos. Ia ajudar eles e a nós, pais!”.

Excerto do diário de campo (28/6/17)

No corredor da pediatria, encontrei um menino de 7 anos, um pouco debilitado devido à cirurgia. Era o primeiro dia que saía do seu quarto para um pequeno passeio até o local dos brinquedos. Esse menino cursa o 2º ano, do ensino fundamental, no interior de São José do Norte. Sua mãe pediu para que ele lesse para mim o painel de atendimento. Ela também relatou que *era preciso inventar coisas para ele passar o tempo*. *“- Para ele não ficar ‘enjoadinho’”*.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO / SETOR 100 - SÃO FRANCISCO						
ITEM ANALISADO	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	PÉSSIMO	RESPOSTA
ATENDEMENTO MÉDICO						
ATENDEMENTO ENFERMAGEM						
LIMPEZA DO HOSPITAL						
ATENDEMENTO DOR						
SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO						
SERVIÇO DE ALINHAMENTO						
ATENDEMENTO PRONTO SOCORRO						

Figura 7

Excerto do diário de campo (19/4/17)

Assistir desenho animado, brincar, ter uma pessoa para contar histórias e inventar ‘coisas’, podem se configurar em estratégias para o preenchimento desse tempo ocioso ocasionado pela internação hospitalar. Conforme afirma Weber, “[...] na impossibilidade de se sanar um problema social, no caso a doença e a hospitalização infantil (que, assim como a morte, foge dos domínios do poder), se elabora ou deve se elaborar⁶⁴ um sistema de compensação para evitar o caos, para minimizar os prejuízos da internação no curso ‘normal’ da vida das crianças” (WEBER, 2009, p. 89) e dos adolescentes internados em instituições de recuperação a saúde.

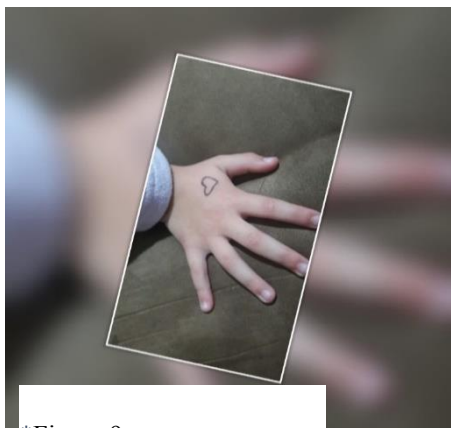
Assim, percebemos o quanto a *Pedagogia Hospitalar* desenvolvida na pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande pauta-se por ações fragmentadas e descontínuas que, ao fim e ao cabo, apresentam como principal objetivo fazer o tempo passar, passar mais depressa, passar com menos dor, passar, simplesmente, passar. É nessa lógica que as práticas desenvolvidas por vários profissionais do hospital se pautam. Vejamos algumas delas:

Os estagiários do curso técnico de enfermagem confeccionaram ‘bonequinhos de sucata’ para agregar aos brinquedos disponibilizados para as crianças da pediatria da ACSCRG.

Excerto do diário de campo (7/6/17)



*Figura 8



*Figura 9

Menina (4 anos). Em minha visita foi possível presenciar sua felicidade por causa de um *coração desenhado em sua mão pela enfermeira*. Essa menina pronuncia pouquíssimas palavras, usa fraldas e chupa bico. Foi relatado que ela arranca os cabelos e coloca na boca e que, seguidamente, recebe a visita do Conselho Tutelar.

Ela está matricula em uma escola especial de Rio Grande. Excerto do diário de campo (10/5/17)

⁶⁴ Grifo meu.

Presenciei uma menina de 7 anos trocar o acesso. Antes de ir para o procedimento, a menina relatou que não iria chorar e que seria muito corajosa. Realmente se agarrou na cintura de sua mãe com um dos braços e colocou o outro em cima da mesa para que fosse feito o procedimento. Ela não deu um choro, um resmungo. Ao final, pediu para que a enfermeira escrevesse seu nome e desenhasse no esparadrapo.

Excerto do diário de campo (7/6/17)



*Figura 10

Uma das técnicas de enfermagem relatou que o médico da menina de seis anos, que, ao sair da escola de bicicleta foi atropelada por um caminhão, é quem está fazendo os curativos nas pernas da menina. Essa técnica comentou que já havia escutado ótimos comentários sobre esse referido médico, mas que ficou muito feliz ao presenciar o carinho e a paciência com que o mesmo fazia o procedimento. Pois a menina se assustou ao ver sangue e ele, a todo momento, *brincou* com ela, utilizando, para isso, até mesmo seu carimbo.

Brincar com o paciente, confeccionar brinquedos, desenhar na mão ou no curativo, podem ser compreendidas como práticas fragmentadas, paliativas, realizadas por iniciativas isoladas de ações educativas que buscam compreender uma *Pedagogia Hospitalar*.

Cabe ressaltar que, justamente por não existir uma proposta pedagógica no hospital que oriente essas práticas no atendimento das crianças, é que suas atividades resumem-se ao preenchimento do tempo, de forma fragmentada e sem muitos objetivos. Preenche-se o tempo para preencher o tempo! Talvez aqui, possamos ver a presença, mesmo que tímida de um poder disciplinar que se faz presente, por meio da ocupação e preenchimento do tempo.

Porém, além dessa forma mais tímida da presença do poder disciplinar, ele também se manifesta de forma muito clara, seja na própria arquitetura do hospital, seja nas formas de registros e acompanhamentos individuais dos pacientes.

O hospital, uma instituição que remete a dor, a procedimentos invasivos e até mesmo a morte, não se configura em um local de/para crianças, mesmo tendo nesse

ambiente um setor específico para esse tipo de público; configurado nas pediatrias. As imagens a seguir ilustram a pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande.



* Figura 11

Para Foucault, a arquitetura hospitalar é um instrumento de cura, pois “[...] sua estrutura espacial, [...] é um meio de intervenção sobre o doente” (FOUCAULT, 2015, p. 185). Visto que, esta instituição disciplinadora, que esquadrinha, vigia e que também transforma as condições do meio em que os doentes são colocados faz com que eles sejam “[...] individualizados e distribuídos em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica” (FOUCAULT, 2015, p. 184) e é por esse viés intervencionista, atribuído ao hospital, que se percebe a relevância de se ter nesse ambiente de recuperação a saúde; passatempos, uma vez que a

saúde remete não só a cura da enfermidade, mas a todos os fatores que podem dificultar a recuperação desses pacientes.

Outra forma em que vemos a materialização do poder disciplinar no hospital refere-se aos registros, acompanhamentos ou práticas de vigilância dos sujeitos internados no hospital. Visto que o sujeito doente e/ou hospitalizado, devido à sua enfermidade pode ser compreendido como uma categoria instável e, por isso, precisa ser controlado, regulado, disciplinado. Para Foucault,

a disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade tornar-se um elemento pertinente para o exercício do poder. (FOUCAULT, 2015, p. 182)

Por essa razão, a disciplinarização permite a identificação e a individualização dos pacientes, e isso poderá ocorrer por meio de registros. Mas cabe ressaltar que, isso, nem sempre foi assim, pois, antes

não existiam registros individuais, que hoje tanto interessam, em que se acumulam informações de identificação, origem, entrada, diagnóstico, laudos, exames, medicamentos, evolução, acompanhamento, saída, cura ou morte e causa da morte, que mais tarde permitiram a produção de um saber hospitalar e institucional. Os livros registravam informações de outra ordem (donde os historiadores extraíram pistas): contabilidade, patrimônio, empréstimos, material, pessoal, ordens, regulamentos, contratos, doações, testamentos etc., nunca as ocorrências cotidianas dos assistidos, muito menos procedimentos médicos que seriam, depois, uma espécie de ‘jurisprudência’ em que os médicos puderam confrontar sua experiência. [...]”. (LOBO, 2008, p. 287-288)

Na atualidade podemos perceber que os registros constituem uma série de saberes que ajudam a prevenir, gerenciar ou até mesmo curar uma série de doenças. Para se fazer esses registros diversas estratégias são utilizadas no ambiente hospitalar para identificar os pacientes: pulseiras, fichas, uma série de apontamentos e procedimentos. Como podemos perceber nas imagens:



*Figura 12

A partir de uma das imagens, é possível observar as pastas verdes. Pastas que guardam os registros individuais de cada paciente da pediatria da ACSCRG. Na outra imagem, percebe-se o quadro que fica localizado no corredor desta ala, em frente à sala das enfermeiras. Esse quadro identifica cada paciente com seu nome, com o número de seu quarto, com o tipo de internação (SUS, convênio ou particular), a dieta, os procedimentos e algumas observações. Sendo assim, cada paciente é visto em sua singularidade, os remédios são ministrados de acordo com o seu diagnóstico e na hora devida. As visitas são identificadas na portaria e apresentam horário e tempo marcado e, na maioria das vezes, um número de pessoas delimitado. Tratam-se de “[...] Métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, [...]”. Estratégias que

permitem o fazer viver desses ‘pacientes’ hospitalizados, fazendo uso do controle e da vigilância desses corpos enfermos.

Esse controle e essa vigilância consistem numa técnica de poder; um poder que, para Foucault, “[...] possui uma eficácia produtiva, uma riqueza estratégica, uma positividade” (FOUCAULT, 2015, p. 20), já que, para este filósofo, o poder não é repressão. O poder busca

[...] gerir a vida dos homens, controlá-los em suas ações para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades e utilizando um sistema de aperfeiçoamento gradual e contínuo de suas capacidades. Objetivo ao mesmo tempo econômico e político: aumento do efeito de seu trabalho, isto é, tornar os homens força de trabalho dando-lhes uma utilidade econômica máxima; diminuição de sua capacidade de revolta, de resistência, de luta, de insurreição contra as ordens do poder, neutralização dos efeitos de contrapoder, isto é, tornar os homens dóceis politicamente. Portanto, aumentar a utilidade econômica e diminuir os inconvenientes, os perigos políticos; aumentar a força econômica e diminuir a força política. (FOUCAULT, 2015, p. 20)

Por essa razão, é necessário o controle de uma gestão disciplinar dos corpos, mesmo estes corpos estando doentes, eles precisam ser capturados e (re)utilizados ao máximo de suas potencialidades, pois, “[...] o indivíduo não é o outro do poder, realidade exterior, por ele anulado; é um de seus mais importantes efeitos” (FOUCAULT, 2015, p. 25). A disciplina é

[...] então, um modo de exercer o poder, uma tecnologia de poder que nasce e se desenvolve na modernidade. Assim, o poder disciplinar é exercido em diversos espaços sociais: em instituições especializadas (como os cárceres ou os institutos corretivos), em instituições que a usam como instrumento essencial para um fim determinado (as casas de educação, os hospitais), em instituições que preexistem a ela e a incorporam (a família, o aparato administrativo), em aparatos estatais que têm como função fazer reinar a disciplina na sociedade [...]. (KOHAN, 2003, p. 70-71)

As casas de educação, os hospitais, como nos diz Kohan (2003), utilizam-se do poder disciplinar como forma de gerenciar a vida dos sujeitos. Um exemplo disso é a constituição de um campo documental sobre cada paciente hospitalizado, como foi possível perceber a partir das imagens. Fazendo com que o hospital não seja apenas “[...] um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber” (FOUCAULT,

2015, p. 188). De um saber que poderá ‘curar’ no âmbito individual e no âmbito coletivo, pois, nessa instituição, o ‘paciente’ é

[...] observado, seguido, conhecido e curado. O indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica. Mas, ao mesmo tempo, pelo mesmo sistema do espaço hospitalar disciplinado se pode observar grande quantidade de indivíduos. Os registros obtidos cotidianamente, quando confrontados entre os hospitais [...], permitem constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população. (FOUCAULT, 2015, p. 189)

Por isso a medicina não é apenas centrada no indivíduo, mas também centrada na população. A partir dos registros, é possível constatar os fenômenos patológicos comuns a todos os sujeitos e, com isso, intervir coletivamente e impossibilitar que as epidemias se disseminem pela sociedade, protegendo a todos dos perigos. Uma forma de gerenciamento de riscos e também de riscos futuros. Diante disso, podemos perceber os deslocamentos que a disciplina sofreu ao longo do tempo. Segundo Noguera-Ramirez, a disciplina e as formas que a disciplina

[...] tomou no deslocamento da Idade Média para a Modernidade articularam-se aos modos de ‘governo’, que se desenharam na mudança de ênfase de uma forma de *regime* religioso (orientada a corrigir homens) para uma forma de *regime* secular (destinada a dirigir multidões), e, finalmente, para aquela que privilegia o *regimen* e incorpora o *regnum* (desenhada para proteger sociedades). Assim, *a disciplina como forma de governo* produziu um conjunto de práticas que foram se ajustando aos dispositivos de poder predominantes em cada momento⁶⁵ e se apropriou delas. Portanto, falaríamos mais de práticas disciplinares segundo o alvo de poder – os homens, as multidões, as sociedades – que da ‘disciplina’ como uma única unidade. É esse ajuste das práticas disciplinares nos dispositivos de poder que as ‘*artes de educar*’ alcançaram seu limiar [...] (NOGUERA-RAMÍREZ, 2011, p. 61)

⁶⁵ Cabe ressaltar que, a sociedade de soberania, sociedade de disciplina e sociedade de governo: “[...] uma forma é condição da outra e sua emergência não implica, necessariamente, um apagamento da anterior, pois até coexistem e funcionam simultaneamente” (NOGUERA-RAMÍREZ, 2011, p. 119). Para Foucault, “[...] as coisas não devem de forma nenhuma ser compreendidas como a substituição de uma sociedade de soberania por uma sociedade de disciplina, e mais tarde de uma sociedade de disciplina por uma sociedade, digamos, de governo. Temos, de fato, um triângulo – soberania, disciplina e gestão governamental” (2008, p. 142).

Assim, a disciplina não pode ser percebida como uma unidade única, mas com aplicabilidades distintas, que variam de acordo com a forma de governo a que ela se articula. Atualmente sabemos que estamos diante de uma forma de racionalidade governamental pautada pelo neoliberalismo e talvez seja justamente a esses preceitos que a disciplina se associe. Ela passa a atuar sobre os sujeitos, inclusive os docentes, em espaço de confinamento como o hospital, porém para conseguir gerenciá-los futuramente no espaço aberto.

As atividades desenvolvidas no hospital, mesmo que sejam apenas para o preenchimento do tempo desses sujeitos, funcionam para mantê-los em exercício constante, lembrando-os que são sujeitos produtivos, ativos e participantes dessa racionalidade neoliberal, e, por isso, se constituem em fatores que podem contribuir para uma disciplina do corpo e da mente desses ‘pacientes’ e, quem sabe, minimizar os danos ocasionados pela doença ou pela hospitalização.

Como nos diz Danelon, “o disciplinamento atua, com suas técnicas, sobre o corpo e sobre a subjetividade dos sujeitos” (2015, p. 230) e também no controle do tempo, principalmente do tempo ocioso. Esse controle do tempo é uma disciplina e a disciplina é uma estratégia de controle sobre os corpos, as mentes e as ações dos sujeitos. Visto que a disciplina “[...] estabelece uma sujeição do corpo ao tempo, com o objetivo de produzir o máximo de rapidez e o máximo de eficácia” (FOUCAULT, 2015, p. 22) do sujeito, mesmo ele estando doente.

Reitero que nessa dimensão problematizadora discorro como o tempo passa a ser preenchido, controlado e ocupado no interior do hospital e também que a ocupação desse tempo se dá de forma fragmentada e não por uma proposta pedagógica que definiria o funcionamento de uma *Pedagogia Hospitalar*. É justamente sobre essa questão que discuto na próxima dimensão. Trata-se do paradoxo que pode ser visualizado entre aquilo que preconizam os documentos oficiais e o que acontece no interior das práticas sociais desenvolvidas na pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande.

4.4. *Pedagogia Hospitalar*: o paradoxo entre os discursos legitimados e os achados no ‘estar lá’

A infância é algo que nossos saberes, nossas práticas e nossas instituições já capturaram: algo que podemos explicar e nomear, algo sobre o qual podemos intervir, algo que podemos acolher. A infância desse ponto de vista, não é outra coisa senão o objeto de estudo de um conjunto de saberes mais ou menos científicos, a coisa apreendida por um conjunto de ações mais ou menos tecnicamente controladas e eficazes, ou a usuária de um conjunto de instituições mais ou menos adaptadas às necessidades, às suas características ou às suas demandas. Nós sabemos o que são as crianças, ou tentamos saber, e procuramos falar uma língua que as crianças possam entender quando tratamos com elas, nos lugares que organizamos para abrigá-las. (LARROSA, 1999, p. 184)

Não poderia começar essa dimensão problematizadora sem mencionar a infância e os lugares por ela ocupados, seja na instituição familiar, escolar ou no caso de doença e hospitalização nas pediatrias dos hospitais, local de cura e onde se desenvolve, ou deveria se desenvolver, uma modalidade de ensino que assegure a continuidade escolar para essas crianças doentes e/ou hospitalizadas. Modalidade esta denominada *Pedagogia Hospitalar*.

A infância nos tempos modernos, em vista de múltiplas transformações sociais e políticas, tornou-se, segundo Silva e Mello (2013) objeto do olhar do Estado, um olhar científico e moral que veio atender a uma vontade de saber e poder e, assim, possibilitar a interferência do Governo na/sobre a vida desses sujeitos infantis; a partir de discursos que se materializam, a fim de conhecer e governar essa população. Assim, a criança entra na “[...] cena aberta pelas Ciências Humanas sob o olhar da Pedagogia que, como um mecanismo de governo da população infantil, elabora uma analítica capaz de estabelecer a conformação dessa população às estratégias do funcionamento da dinâmica social de maneira dócil e utilitária” (RESENDE, 2015, p. 129).

Diante disso, vários lugares são organizados para ‘abrigar’ e/ou ‘capturar’ as crianças, entre os quais podemos citar o hospital, pois não é concebível que nenhum sujeito fique de fora dessa importante ferramenta de poder que é a educação.

Como já mencionado, a educação é um direito de todos os sujeitos, assegurado pela Constituição Federal de 1988⁶⁶, em seu Artigo 205 o qual afirma que ela – “é direito de todos e dever do Estado e da família, e será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”. Por isso todos os sujeitos devem ser capturados pela educação, até mesmo a criança doente e hospitalizada, que, devido a essas condições especiais de saúde, está amparada legalmente pelas Diretrizes Nacionais para a Educação Especial (2001). Diretrizes que recomendam o atendimento pedagógico a esses sujeitos impossibilitados de frequentar a escola regular em razão de tratamento de saúde e que implique internação hospitalar, entre outras razões já mencionadas na seção 4.2 desse trabalho.

Durante o meu ‘estar lá’ na pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande e em conversa com os pais e com as pessoas que trabalham nessa ala do hospital e que atendem a esses sujeitos-infantis, foi possível perceber que as mesmas não tinham conhecimento do direito de continuidade escolar que essas crianças possuem, dentro do ambiente hospitalar. Bem como não tinham conhecimento sobre a *Pedagogia Hospitalar*. Como é possível perceber a partir de alguns fragmentos das conversas que trago para elucidar o trabalho.

⁶⁶ Mais precisamente no VIII. Da Ordem Social. Capítulo III. Da Educação, da Cultura e do Desporto, Seção I.

Você já ouviu falar sobre a Pedagogia Hospitalar ou Escolarização Hospitalar?

<i>Não!</i>	<i>Não!</i>	<i>Não!</i>	<i>Não!</i>
Enfermeira (1 ano no hospital)	Técnica em enfermagem (2 anos no hospital)	Distribuidora de refeições (23 anos no hospital)	Técnica em enfermagem (3 anos no hospital)

São realizadas práticas recreativas-pedagógicas dentro da pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande?

Aqui na pediatria não são realizadas práticas pedagógicas, mas recreativas sim, quando elas, as crianças, brincam ali com os brinquedos. Eles adoram os carrinhos, a motoca, a bola.

Enfermeira (1 ano no hospital)

Não são realizadas práticas recreativas e nem pedagógicas aqui no hospital. Às vezes, quando é possível, devido à falta de tempo, desenho e brinco com as crianças.

Eles receberam uns livrinhos e alguns lápis de cor, alguns lápis até já sumiram...

Também presenciei uma visita de um grupo, a noite...alguma coisa com “alegria” que deram balões para as crianças e pintaram o rostinhos delas.

Técnica em enfermagem (2 anos no hospital)

Não. Quando é possível até brinco com as crianças. Até te imitei, pedi permissão para uma mãe para tirar foto da menina brincando.

Quando eu era estagiária, brincava mais com as crianças, agora é mais corrido. Tenho mais funções, às vezes não dá tempo.

Tem mães que até preferem que as crianças fiquem no quarto, porque aqui (no lugar onde ficam os brinquedos), no corredor, passam muitas pessoas.

Técnica em Enfermagem (3 semanas no hospital)

Não sei muito bem o que são práticas recreativas-pedagógicas, mas há algum tempo atrás, tinha umas senhoras evangélicas que eram voluntárias e vinham para o hospital apresentar teatrinho para as crianças. Elas adoravam. Tinham outras pessoas que vinham na Páscoa, no Dia das Crianças; nessas datas especiais e traziam “coisinhas” para as crianças. Elas ficavam muito felizes, mas agora não tem aparecido...acho que foi a crise.

Distribuidora de refeições (23 anos no hospital)

A partir das falas, é possível perceber que existem nesta instituição práticas recreativas e que estas, muitas vezes, se mostram fragmentadas e o quanto estas ações aparecem, muitas vezes, ligadas a iniciativas individuais, até mesmo por parte de pessoas externas ao hospital, como: voluntários, pessoas religiosas, entre outros. Porém, mesmo não havendo conhecimento acerca da *Pedagogia Hospitalar* e também sobre o direito de dar continuidade aos estudos em um leito hospital, é possível perceber, a partir dos relatos de pais e/ou responsáveis, do quanto seria bom que levassem para o hospital os materiais escolares para as crianças fazerem durante sua internação, assim como também foi possível presenciar o relato de uma criança, que disse que não gosta da escola e de que não gostaria de fazer suas tarefas escolares no leito hospitalar.

A vó de um menino de 8 anos, matriculado no 3º ano de uma escola municipal, relatou que ele está sentindo falta de ir à escola e de fazer os “teminhas” do colégio.

“- Seria bom se trouxessem o material aqui” (referindo-se ao hospital).

Excerto do diário de campo (21/6/17)

Uma menina de 11 anos, matriculada no 5º ano da rede de ensino, relatou que gosta de ir à escola e que adora matemática. A mãe dessa menina comentou que seria muito bom se alguém levasse para o hospital os materiais da escola para ela fazer; assim não ficaria “atrasada”.

“- Ela não ia perder nada”.

Excerto do diário de campo (14/6/17)

Um menino de 11 anos, do 6º ano, de uma escola municipal da cidade, relatou que não gosta de ir para o colégio e que não gostaria de ter que fazer as atividades da escola no hospital. Mas sua mãe relatou que, assim que ele der alta, vai até o colégio buscar os materiais atrasados, para, quando retornar à escola, depois do recesso, estar com tudo em dia.

Excerto do diário de campo (5/7/17)

Nesse momento da pesquisa, me deparo com o paradoxo entre os discursos legitimados pelos documentos oficiais e os achados no meu ‘estar lá’ na pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Digo isso, pois nessa pediatria não foi encontrada uma *Pedagogia Hospitalar* e nem uma modalidade de ensino, vinculada ou não à Secretaria Municipal de Educação, que desse prosseguimento aos estudos das

crianças e/ou adolescentes internados nessa instituição. Foram encontradas apenas práticas fragmentadas e adaptadas que remetem a ações educativas; desenvolvidas por pais, professores, colegas e até mesmo de pessoas ligadas à área da saúde, como: médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem, estudantes de enfermagem, etc. A relação com a escola em que a criança está matriculada se dá por meio de ações individuais de pais, de colegas e de professores que levam para o ambiente hospitalar as atividades escolares do aluno. Cabe ressaltar que essas práticas fragmentadas, essas ações isoladas não caracterizam uma *Pedagogia Hospitalar*. Eis o paradoxo entre o *macro* (políticas nacionais/documentos oficiais) e o *micro* (as práticas desenvolvidas no hospital). Como podemos perceber nos excertos e nas imagens a seguir:



*Figura 13

Quando cheguei no quarto de um menino de 9 anos ele estava rodeado de livros (de histórias e de pintar) e com muitos brinquedos que havia ganhado.

Ele relatou que estava sentindo falta de ir para a escola e que *as professoras de História, Geografia e de Português tinham ido visitá-lo e levaram atividades (folhinhas) para ele fazer.*

Obs: o menino mora em Domingos Petroline
Excerto do diário de campo (5/7/17)



*Figura 14

Menina de 7 anos, matriculada no 2º ano de uma escola municipal de Rio Grande, *recebeu a visita de sua professora que levou para ela um cartão confeccionado por seus amiguinhos em sala de aula.*

Excerto do diário de campo (21/6/17)



*Figura 15

Hoje estava sendo realizado estágio (técnico em enfermagem) na pediatria e um fato me chamou bastante atenção. Uma das estagiárias estava fazendo um desenho para uma menina pintar. Perguntei para essa estagiária se a menina havia pedido para ela desenhar. Ela me respondeu que não, mas que gostava de fazer ‘coisinhas’ para as crianças se distraírem: ‘passar o tempo’. Também perguntei se ela conhecia ou já ouvira falar sobre a Pedagogia Hospitalar. Ela me respondeu que não. Mas que achava necessário “um atendimento para aquelas crianças”. Para preencherem o tempo, para não ficar cansativo.

A menina pegou o desenho e foi para seu leito pintar. Pouco tempo depois chegou um outro menino com um livrinho para pintar com ela. Enquanto eles pintavam, fiquei conversando. A menina me relatou que cursava o 2º ano e o menino o 4º. Ela disse que gostava da escola e estava sentindo falta. Já o menino relatou que sua doença era por causa da escola, que ele precisava caminhar muito. Nesse momento, sua mãe deu uma risada e disse que ele vai para a escola de carro e que só caminha para retornar para casa e que era apenas duas quadras. Ele ainda falou que quer ser médico da marinha. Comentei que, para isso, era preciso estudar e ele sorriu. Também relatou que não queria sair do hospital, pois teria alta no dia seguinte e tanto ele quanto a menina estavam tristes por isso.

O desenho pintado pela menina foi entregue para uma técnica de enfermagem e a mãe dessa menina ainda relatou que essa profissional é maravilhosa, que amava o que fazia e que tinha muita paciência com as crianças e que, por isso, eles adoravam andar atrás dela. ‘-Tornando os momentos chatos em alegres’.

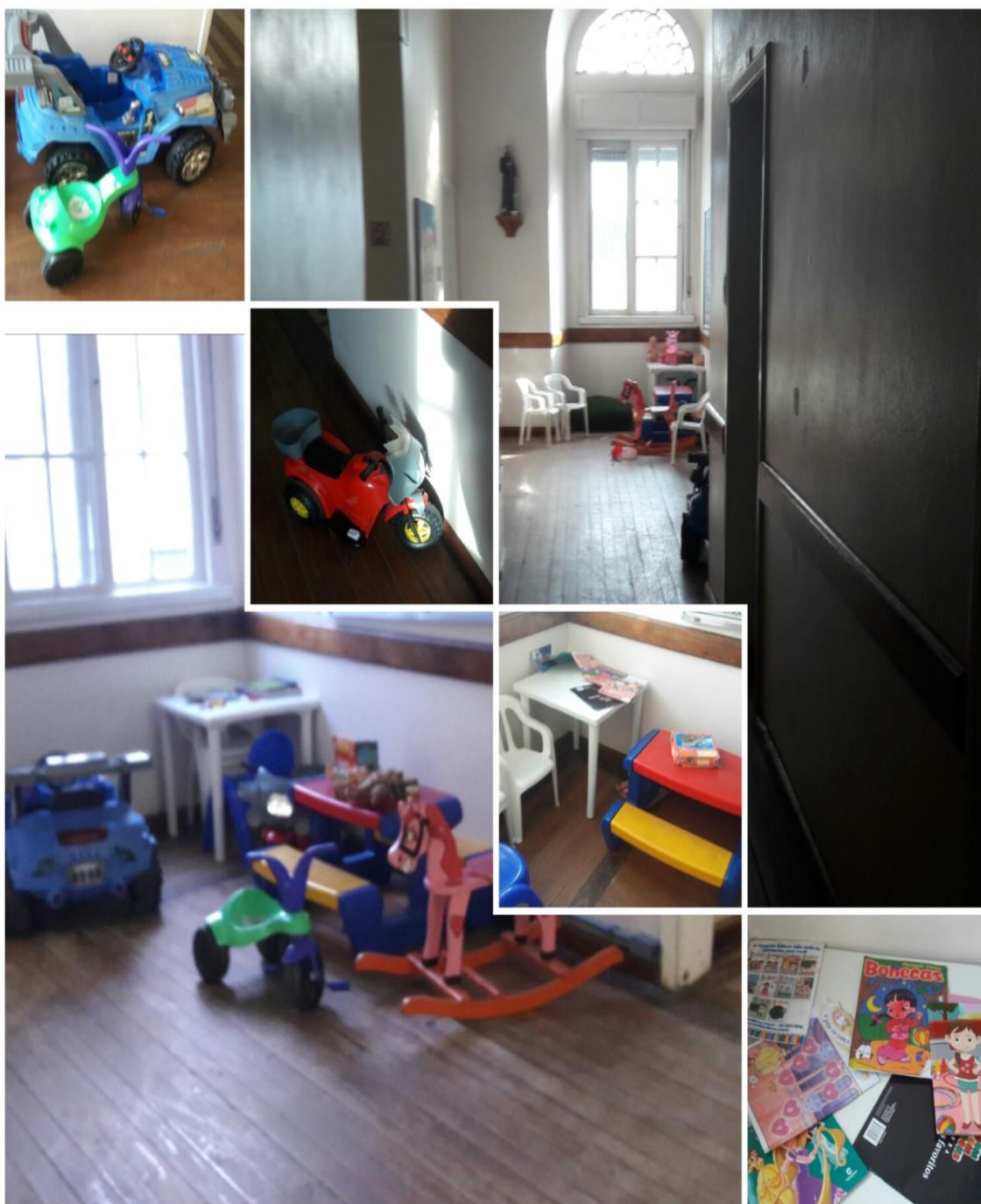
Mais tarde essas duas crianças foram brincar no corredor com os estagiários (mímica, bicicleta...).

Excerto do diário de campo (1º/6/17)



*Figura 16

A brinquedoteca da pediatria da ACSCRG também não constitui a *Pedagogia Hospitalar*, apenas reafirma que esta instituição de recuperação da saúde cumpre com o que é disposto na Lei nº 11.104 de 21 de março de 2005, sobre a obrigatoriedade de instalação desse setor nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Como podemos perceber na imagem a seguir:



*Figura 17

Considero ser importante trazer que, mesmo essa instituição cumprindo com a legislação acerca da instalação da brinquedoteca, o local em que a mesma foi instalada não agrada a todos os pais, pois os brinquedos na pediatria da ACSCRG ficam dispostos em um canto do corredor que dá passagem a outras alas do hospital e em uma das conversas foi dito que:

“[...] Tem mães que até preferem que as crianças fiquem no quarto porque aqui (no lugar onde ficam os brinquedos) no corredor passam muitas pessoas”.

Técnica de enfermagem

Trago esse excerto, não com a intenção de trazer respostas ou pontuar: Qual seria o melhor espaço para a brinquedoteca? Como este espaço deveria ser organizado? Quais os brinquedos? Como eles devem ser higienizados? Que profissional deve atuar neste local? Mas como uma estratégia de destacar o paradoxo entre o macro e o micro que me deparei em meu ‘estar lá’. A partir das imagens e dos excertos, é possível perceber que a instituição cumpre com a legislação acerca da instalação da brinquedoteca, ainda que seja de uma forma bastante precária, sem uma sala específica e localizada no canto de um corredor de passagem. Ainda assim, há nesta instituição pesquisada um local com brinquedos, a fim de entreter as crianças hospitalizadas. Em contra partida, não há nesta instituição um programa que busque contemplar a continuidade escolar para os pacientes hospitalizados matriculados na rede de ensino e nem conhecimento desse direito por parte dos profissionais da instituição e nem por parte dos responsáveis por essas crianças hospitalizadas.

Sendo assim, considerei importante conversar com essas pessoas envolvidas na pesquisa sobre o que é a *Pedagogia Hospitalar* e sobre as legislações que a asseguram enquanto um direito desses sujeitos. Depois disso, lancei algumas provocações, como podemos perceber nos excertos a seguir:

Acreditas que essas práticas educativas-pedagógicas sejam válidas para o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes hospitalizados? De que maneira?

Sim, para elas se sentirem melhor. Elas já saem do ambiente delas. Aqui é um ambiente hospitalar. Assim, elas podem se sentir mais em casa.

Minha irmã, quando tinha 10 anos, teve câncer e os colegas mandavam as atividades para a minha mãe fazer com ela. Ela não ia ao colégio, mas não perdeu o ano.

Enfermeira (1 ano no hospital)

Acho muito importante. Uma atividade muito legal não só para as crianças, mas para os pais que também precisam de um apoio, um amparo. Às vezes, eles ficam aqui e nem recebem visitas. Seria muito bom para eles também. Uma vez, uma mãe [me lembro bem] trazia as tarefas da escola para a filha fazer.

Técnica em enfermagem (2 anos no hospital)

O que mais se precisa no hospital é isso. As crianças merecem.

Distribuidora de refeições (23 anos no hospital)

Tu que trouxe essa novidade. Com certeza acho ela muito válida. Acho que tem que dar continuidade a aprendizagem: ler e escrever. Qualquer estímulo é bem-vindo.

Espero que consigas concluir teu trabalho com êxito e que consigas trazer benefícios para as nossas crianças. *Isso é o que quero.*

Técnica em enfermagem (3 semanas no hospital)

Ao observar os relatos é possível perceber que alguns envolvidos na pesquisa acreditam serem válidas essas práticas educativas-pedagógicas para o desenvolvimento dessas crianças e adolescentes hospitalizados e, é assim que

uma série de práticas discursivas e não discursivas entra em cena no campo social, perfazendo uma rede em cujo emaranhado encontramos, por exemplo: a ideia de ‘educação permanente’; a ideia de que o importante é ‘aprender a aprender’; ‘pedagogias empreendedoras’; ‘pedagogias da competência’, ‘pedagogias cidadãos’, que clamam por maior autonomia, democracia, participação, ‘empoderamento’ e responsabilização [...]. (GADELHA, 2015, p. 359)

Trata-se de uma maneira sutil e utilitária de governar esses sujeitos, sob o viés da pedagogia. De uma pedagogia inclusiva que tenciona buscar e cuidar dessas infâncias. Para Resende (2015), pensar a infância com e a partir de Foucault é

[...] perceber que não há uma clarividência nos modos como ela é engendrada no contexto social moderno, é perceber sua construção histórica como categoria das ciências do homem e não como um desenvolvimento natural, desde sempre e eternamente engajada numa evolução teleológica em que a cronologia marca uma fase da vida e em que, especialmente, a definição da educação se dá em torno da transformação das crianças nos homens de amanhã, numa atualização de suas potencialidades. (2015, p. 8)

A infância concebida como uma instância de governo e que para governar essa infância é preciso defendê-la, conceder a ela o que lhe é direito. É preciso tratar a infância, socializá-la, medicalizá-la, curá-la. É preciso entender que “o governo da infância não é, em si, nem bom nem ruim. “É uma estratégia de finalização, ou melhor, de constituição da própria infância [...] e são necessárias para garantir condições essenciais de uma infância minimamente digna à condição humana” (RESENDE, 2015, p. 28).

Por isso, considero importante reiterar que, com essa pesquisa, não tenho a pretensão e nem a intenção de trazer soluções para resolver as problemáticas encontradas nessa instituição de saúde, que passa por uma série de problemas financeiros, nem de intervir em como deve ser disposta a brinquedoteca, mas que o meu ‘estar lá’ e esta pesquisa possam possibilitar novas alternativas para melhor atender as crianças e/ou adolescentes hospitalizados nessa instituição. Como afirma Larrosa (1999) na epígrafe, que com essa modalidade de ensino, a qual denominei neste trabalho como *Pedagogia Hospitalar* possamos procurar *falar uma língua que as crianças possam entender*. Já que:

o desafio, no século XXI, talvez seja esse: pensar como esse espaço, que a própria infância abre, pode ser reinventado e preenchido de maneiras diferentes daquela que as ciências humanas inventaram e preencheram ao objetivar e assujeitar a infância, constituindo essa infância calcada nos saberes e poderes da Modernidade. O desafio talvez seja o de voltar ao começo, lá onde a infância é tornada sujeito-objeto a ocupar o espaço vazio aberto pela Modernidade sob os auspícios da Pedagogia e empreender uma outra invenção da infância, uma outra Pedagogia que seja capaz de indagar sobre o que ela mesma está fazendo ao escolarizar as crianças. *Uma Pedagogia que tenha uma*

escuta sensível ao que a infância lhe diz, ainda que isso provoque um desassossego... (RESENDE, 2015, p. 138-139)

Mais uma vez digo: espero que essa investigação possa provocar um desassossego... nas pessoas envolvidas e quem sabe motivar a construção de uma *Pedagogia Hospitalar* na pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. *Um pedagogia que tenha uma escuta sensível ao que a infância nos diz.* Uma pedagogia que possa tornar esses momentos de hospitalização mais leves para esses sujeitos, bem como para seus familiares.

Lançado o desafio... e que esse desafio provoque um desassossego...

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É a questão do retorno, que nunca é mais o mesmo. (FISCHER, 2004, p. 11)

É chegado o momento de encerrar a viagem e fazer a escrita das considerações finais dessa pesquisa. É a questão do retorno! É folhar as páginas escritas e delas perceber os rumos que essa viagem tomou, pois, quando nos aventuramos a trilhar o caminho da investigação pós-estruturalista, rabiscamos alguns trajetos que podem ser modificados ao longo da caminhada, conforme as necessidades e as oportunidades que vão surgindo durante o percurso. Apesar das dificuldades, do cansaço, posso afirmar que a viagem valeu a pena e já está deixando saudades.

Ao embarcar nessa viagem pós-estruturalista sabemos que nem tudo se pode prever *a priori*. Durante o itinerário, acontecimentos podem surgir e, no caso da minha pesquisa, não foi diferente. Ao ter o primeiro contato com a instituição para poder adentrar a pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, fui surpreendida pelo pedido de elaboração de um projeto que deveria ser aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa, além de seu cadastro na Plataforma Brasil, já que se tratava de um ambiente que envolve seres humanos e, mais especificamente, a saúde de crianças e adolescentes. Após a aprovação desse projeto, que renderam lágrimas, inseguranças e o total apoio da orientadora, foi possível entrar no espaço da pediatria. Lá conheci os profissionais, que se desdobram em mil para poder realizarem seu serviço da melhor forma possível, driblando a crise que assola a instituição e até mesmo a falta de seus salários. A acolhida, neste espaço, por parte desses profissionais, dos pais e/ou responsáveis por essas crianças hospitalizadas e até mesmo das crianças propiciaram que o andamento dessa investigação fosse possível para que eu pudesse acompanhar, mesmo que, por um período breve, o que é ser criança e /ou adolescente e ‘estar’ hospitalizado e para também poder perceber se havia práticas recreativas-pedagógicas desenvolvidas para/com esses sujeitos e quem as realizava.

Durante a escrita da pesquisa, para uma melhor compreensão das práticas sobre a escolarização dentro do ambiente hospitalar, foi preciso recorrer ao passado, para

perceber como o hospital foi se constituindo enquanto local de cura, assim como foi preciso também ir ao passado para poder conhecer um pouco mais a instituição em que realizei a pesquisa; a ACSCRG. Também não poderia deixar de ir ao passado para poder contextualizar a *Pedagogia Hospitalar* no Brasil, enquanto direito à saúde e à educação e problematizar por que algumas legislações que asseguram esses direitos foram legitimadas enquanto outras foram deixadas de lado, para, assim, compreender como essa prática foi se configurando enquanto uma prática inclusiva, que busca capturar a todos, até a criança e o adolescente em um momento de doença e/ou hospitalização. O que possibilitou um (re) olhar sobre essa modalidade de ensino.

A partir de alguns fragmentos recorrentes nos documentos que legislam sobre o direito das crianças e/ou adolescentes hospitalizados em dar continuidade a seus estudos e dos fatos e/ou acontecimentos coletados no meu ‘estar lá’ na pediatria da ACSCRG, foi possível organizar o trabalho dividindo-o em quatro dimensões problematizadoras acerca das práticas caritativas-recreativas-pedagógicas desenvolvidas para ‘ocupar’ o tempo ‘ocioso’ desses sujeitos-infantis hospitalizados.

Num primeiro movimento de problematização, intitulado *A Pedagogia Hospitalar como uma forma de inclusão que investe em Capital Humano*, percebi que os discursos que legislam sobre essa modalidade de ensino configuram essas ações educativas em ambiente hospitalar enquanto um direito desses sujeitos hospitalizados, que, nesse caso, são crianças. A criança enquanto um cidadão *participativo*. Um cidadão de direitos. O sujeito que, mesmo sendo infantil, passa a ser peça fundamental para esse jogo democrático que busca desenvolver ações materializadas em forma de direito: direito à saúde e à educação. Como vimos, a educação precisa fazer parte da vida desses indivíduos cada vez mais cedo, e até mesmo no momento da doença e/ou hospitalização, pois, na contemporaneidade, não é concebível que esses sujeitos fiquem excluídos dos processos educativos. Por isso, quando esses indivíduos não podem frequentar a escola, são oportunizadas ações que buscam capturá-los, que buscam governá-los. Seja nos hospitais, nas casas de apoio, acolhimento, etc... Dessa forma, compreendo que a *Pedagogia Hospitalar* vem funcionando como uma estratégia de inclusão e de investimentos em capital humano. É assim que os sujeitos devem se tornar empresários de si, ou como os discursos do próprio campo preconizam, devem se tornar ‘agentes’ da sua própria cura. Ao fim e ao cabo, o que importa ressaltar é que esses sujeitos empresários são

responsabilizados por seus sucessos e por seus fracassos e, por isso, não podem parar de fazer investimentos em si próprios, nem mesmo em momento de doença e/ou hospitalização. Para vir a ser... um cidadão *participativo* na/da sociedade.

Na segunda dimensão problematizadora, denominada, *A reconfiguração das práticas caritativas na Pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande*, problematizo esse viés caritativo, percebido em algumas práticas presenciadas no meu ‘estar lá’ na pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Práticas benevolentes de grupos sociais, de trabalhos gratuitos (voluntários), de promessas. Configuradas em forma de vigia, de fé para com o próximo e para si. Práticas que fazem referência ao Poder Pastoral estudado por Michel Foucault no curso Segurança, Território e População (1978). A renúncia de si em prol da caridade na esperança da salvação das almas; das almas de quem está recebendo a caridade e de quem a está doando. Cabe ressaltar que o poder pastoral estudado por Foucault não percebia o Cristianismo como religião, mas como uma técnica de condução de condutas. Por isso, é possível perceber a reconfiguração dessas práticas caritativas nessa instituição que ainda, apresenta resquícios muito fortes da religião católica. São formas de conduzir a criança e/ou adolescente doente e hospitalizado, bem como seus familiares. Conduzindo... a conduta de todos e de cada um. Omnes et Singulatim.

Na terceira dimensão, *O tempo para a criança e/ou adolescente hospitalizado*, procurei trazer excertos do meu *estar lá* que elucidavam *o tempo* no ambiente hospitalar para as crianças e os adolescentes internados na pediatria da ACSCRG, mais especificamente, o preenchimento do tempo para esses sujeitos. No campo da *Pedagogia Hospitalar*, o preenchimento do tempo infantil é justificado por meio de discursos que alegam que o tempo ocioso poder ser prejudicial à recuperação desses indivíduos, e, até mesmo, pode ser um agravante para o seu estado de saúde; causando o que Matos e Mugiatti (2014) denominam como: Hospitalismo. Por isso, é preciso ocupar o corpo e a mente desses doentes-infantis para, assim, poder gerenciar esses sujeitos e amenizar os danos causados pela doença e, até mesmo, eliminar a possibilidade de outras moléstias. Para isso, é preciso acabar com a inatividade do paciente infantil. É preciso desenvolver atividades para preencher a lacuna ocasionada pela doença e/ou hospitalização e, assim, contribuir para a não constituição de riscos para este sujeito e para a sociedade. Pois, para Foucault, o controle do tempo é uma disciplina e produz a máxima eficácia desse sujeito

para tornar-se força de trabalho ou futura força de trabalho. Sendo assim, é preciso criar métodos que permitam o controle desses corpos doentes para torná-los dóceis e úteis e a *Pedagogia Hospitalar* ocupa uma função terapêutica que busca transformar o ‘paciente’ em agente do processo de sua cura permitindo, assim, um bom emprego do tempo. Já que o tempo livre pode se constituir em risco. Por isso é preciso ter passatempos para passar o tempo no ambiente hospitalar para essas crianças hospitalizadas.

Na quarta e última dimensão problematizadora, intitulada *Pedagogia Hospitalar: o paradoxo entre os discursos legitimados e os achados no ‘estar lá’*, busco pontuar algumas ações isoladas que pude perceber no meu ‘estar lá’. Ações de práticas educativas, algumas de cunho caritativas, por parte de pais, professores, colegas e até mesmo dos profissionais da área da saúde. Sendo assim, me deparo com o paradoxo entre os discursos que legislam sobre a continuidade escolar dentro do ambiente hospitalar e as práticas ali efetivadas. Tal paradoxo ocorre por meio de uma variedade de situações observadas no lócus da pesquisa: não há uma *Pedagogia Hospitalar* sendo desenvolvida na instituição, mas práticas fragmentadas provenientes de ações individuais; nem pais e nem os profissionais com quem conversei em meu ‘estar lá’ tinham conhecimento sobre a *Pedagogia Hospitalar*, nem dos direitos que essas crianças-doentes tinham em dar continuidade aos seus estudos durante o período de hospitalização; há uma pequena brinquedoteca, mas o espaço e até mesmo os brinquedos são precários; não há profissionais que atuem nesse espaço para um atendimento mais próximo e constante das crianças; as ações que existem são iniciativas isoladas desenvolvidas por voluntários, pessoas religiosas ou pais e professores que tomam pra si a responsabilidade de trazer algumas atividades da escola para o hospital; tais ações parecem restritas apenas a preencher o tempo ocioso do hospital. Diante disso, percebo a necessidade de discutir mais acerca deste tema e, quem sabe, essa pesquisa possa contribuir para construção da *Pedagogia Hospitalar* na pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande.

Acredito ser necessário reiterar que compreendo essas ações de preenchimento do tempo ocioso das crianças doentes e hospitalizadas, enquanto uma estratégia de governamento desses sujeitos, que buscam através de práticas educativas, mesmo que isoladas, contribuir para o processo de cura desses indivíduos. “Os discursos sobre o sujeito infantil e as novas posições por ele ocupadas permitem pensar de outro modo o que significa ser criança e introduzem, concomitantemente, outras estratégias para

controlar suas ações, para governá-las” (SILVA; MELLO, 2013, p. 153), pois, “o fato de a infância deixar de ser vista como obra divina e passar a ser concebida como uma etapa da vida, assim como o de a criança deixar de ser responsabilidade exclusiva da família para tornar-se uma preocupação social, criou a necessidade de educar e preservar as crianças para o futuro” (SILVA; MELLO, 2013, p. 153). Assim, “a infância tomada como possibilidade de intervenção para a formação de um adulto saudável e produtivo, [...]” (SILVA; MELLO, 2013, p. 154). Nesse projeto, o hospital assume uma função fundamental, pois, nem mesmo os sujeitos doentes e/ou hospitalizados, podem escapar das intervenções que pretendem constituir um sujeito ativo e participativo nessa racionalidade neoliberal em voga na atualidade.

As “práticas neoliberais realizam um vasto investimento não só em intervenções puramente econômicas, como também naquelas que atingem o sujeito e as formas de ele se ver como cidadão de direitos, deveres e, principalmente, escolhas. Sua incidência objetiva a constituição do sujeito contemporâneo” (SANTAIANA, 2013, p. 202). Um sujeito consumido e consumidor na/da sociedade. Sendo assim, todos devem estar incluídos nessa lógica neoliberal, até mesmo a criança doente e hospitalizada.

Para concluir, acredito ser necessário reiterar que este trabalho trata-se de uma pesquisa pós-estruturalista, embasada nos estudos de Michel Foucault e que, por isso, permite ao pesquisador “[...] navegar num mundo de aventura” (ROBINSON, 2003, p. 314). Pois,

[...]a produção foucaultiana pode ser tomada como ponto de partida, mas uma partida que não anuncia de antemão o ponto de chegada, que permita que o pensamento aconteça livremente e não o circunscreva em cânones pré-definidos. Se quisermos falar com Deleuze e Guattari, teríamos em Foucault uma espécie de ‘Filosofia menor’, de ‘Filosofia nômade’, opondo-se à Filosofia instituída, definidora dos cânones do pensamento oficial. Se nessa última as certezas das premissas já anunciam de antemão o ponto de chegada, um pensamento nômade é aquele que não tem caminhos definidos de antemão, mas segue ao léu, segundo o fluxo dos acontecimentos, fazendo descortinar perspectivas novas, muitas vezes insuspeitadas. (GALLO, 2006, p. 255)

Ao navegar nesse mundo de aventura, nos deparamos com o inesperado, muitas vezes com questões insuspeitadas em nossas problematizações. Posso afirmar que isso dá medo, mas ao mesmo tempo nos move. Nos move por outros caminhos, inesperados ou insuspeitados *a priori*. Esse foi o exercício vivenciado nessa pesquisa. Trilhei caminhos

que nem mesmo suspeitava existir ao iniciar a investigação. Primeiramente, queria analisar como ocorria a *Pedagogia Hospitalar* na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Porém, ao vivenciar o meu ‘estar lá’ nem mesmo encontrei uma *Pedagogia Hospitalar*, presenciei apenas ações isoladas de práticas educativas que almejam preencher o tempo ocioso das crianças e adolescentes hospitalizados. Práticas realizadas não por profissionais da educação, vinculados à instituição hospitalar, mas por pais, por professores dessas crianças, colegas, por profissionais da saúde e até mesmo voluntários ou pessoas ligadas a ordens religiosas, que buscam, através dessas estratégias educativas, amenizar os efeitos da doença/hospitalização, fazendo com que esses sujeitos possam deixar a condição de ‘paciente’ para tornarem-se ‘agentes’ do seu processo de cura.

Todo esse movimento vivenciado ao longo da investigação associa-se à metodologia utilizada nesta pesquisa, uma vez que pautou-se por uma inspiração cartográfica que modifica não só o caminho percorrido, como também aquele que o percorre. Trata-se de

[...] um processo de desterritorialização no campo da ciência para inaugurar uma nova forma de produzir o conhecimento, um modo que envolve a criação, a arte, a implicação do autor, artista, pesquisador/cartógrafo⁶⁷. Seguindo este pensamento, marcado por um paradigma ético, estético e político, observa-se que, como um pesquisador/cartógrafo busca conhecer o seu pretense objeto, este já está sendo inserido em novos processos que o transformam e o descaracterizam de sua forma original [...] (MAIRESSE, 2003, p. 259-260)

Por isso posso dizer que este trabalho em nenhum momento se coloca contra a *Pedagogia Hospitalar* e que, trata-se de uma pesquisa que foi seguindo o fluxo dos acontecimentos e isso possibilitou descortinar outras problematizações, fazer pensar outras estratégias e, quem sabe, possibilitar a construção da *Pedagogia Hospitalar* na pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, visto que houve, por parte da instituição, a solicitação de um retorno após o término da pesquisa. Quem sabe essa pesquisa possa contribuir para a construção de uma *Pedagogia Hospitalar* que, ao invés de funcionar como forma de investimento em Capital Humano com foco no futuro e na produção de um sujeito útil e empresário de si mesmo e nem funcionar como uma prática caritativa, pois esta também tem ênfase no futuro, na salvação das almas, que foque no presente, na criança, na sua infância, em seu momento atual.

⁶⁷ Não tenho essa pretensão.

A partir do percurso vivenciado no decorrer da pesquisa, posso dizer que não sou mais a mesma de quando iniciei esta caminhada. Passando e repassando por alguns caminhos, carrego em minha bagagem lembranças que foram me constituindo enquanto uma pesquisadora-viajante; uma pesquisadora que não é mais a mesma da que iniciou esta caminhada. Por isso, faço uso de um trecho da música *Sampa*, de Caetano Veloso, para descrever o que sinto ao terminar esta escrita quando ele diz:

*E foste um difícil começo.
Afasto o que não conheço.
E quem vem de outro sonho feliz [...]
Aprende, depressa, a chamar-te realidade.
Porque és o avesso do avesso do avesso do avesso.*⁶⁸ (VELOSO, 1978)

Pesquisar foi, para mim, passar pelos avessos e voltar diferente. Foi “[...] buscar o avesso do avesso do avesso do avesso (VEIGA-NETO, 2004, p. 11) e, por isso, concluo esta dissertação dizendo: *fostes um difícil começo*, mas hoje posso *chamar-te realidade*.

⁶⁸ Caetano Veloso escreveu sobre a cidade de São Paulo. *Sampa*. Álbum Muito - Dentro da Estrela Azulada.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Sandra dos Santos. **Juventudes e processos de escolarização: uma abordagem cultural**. 2008. Tese (Doutorado em Educação). UFRGS, Porto Alegre, 2008.

_____. A entrevista narrativa ressignificada nas pesquisas educacionais pós-estruturalistas. In: MEYER, Dagmar (org.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em Educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012, p. 173-194.

ARANHA, M. S. F. Inclusão social e municipalização. In: Manzini, E. J. (org.). **Educação especial: temas atuais**. Marília: Ed. da Unesp, 2000, p. 1-9.

ASSOCIAÇÃO DE APOIO ÀS CRIANÇAS DO HOSPITAL MUNICIPAL JESUS. Disponível em <http://www.repartir.org.br/quw=em-somos/hospital-jesus>. Acesso em: 18/12/2016.

AQUINO, Julio Groppa. Disjunção, dispersão e dissensão da educação contemporânea. In: MARCELLO, Fabiana. SARAIVA, Karla (orgs.). **Estudos Culturais e Educação: Desafios Atuais**. Canoas: Ed. ULBRA, 2012, p. 137-155.

_____. Pedagogização do pedagógico: sobre o jogo do expert no governmento docente. **Educação**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 201-209, maio/agosto 2013.

BARROS, Laura Pozzana; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. [Pista 3]. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (orgs.). **Pistas do Método da Cartografia**. Pesquisa – intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015, p. 52 – 75.

BORGES, Juliana Diniz Gutierrez. **As práticas de atendimento à infância no município do Rio Grande: um recuo ao passado para problematizar o presente**. 2015. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2015.

BRASIL. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, 1977.

_____. **Política Nacional de Educação Especial**. Brasília: MEC/SEESP, Secretaria de Educação Especial, 1994.

_____. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**. Brasília: MEC/SEESP, Secretaria de Educação Especial, 2002.

_____. Decreto nº 13.282, de 2015. Declara estado de Calamidade Pública o setor hospitalar do Sistema Único de Saúde-SUS. Rio Grande do Sul, 31 de março de 2015.

_____. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 41, de 1995. Relativa aos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Imprensa Oficial, Brasília, 13 de outubro de 1995.

_____. CNE/CEB. Resolução n.º 2, de 2001. Estabelece as Diretrizes Nacionais de Educação Especial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 de setembro de 2001.

BUJES, Maria Isabel Edelweiss. Descaminhos. In: COSTA, Marisa Vorraber (org.) **Caminhos Investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina Editora, 2007, p. 13-34.

_____. Políticas sociais, capital humano e infância em tempos neoliberais. RESENDE, Haroldo (org.). **Michel Foucault: o governo das infâncias**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015, p. 259-280.

CAMOZZATO, Viviane Castro; COSTA, Marisa Vorraber. Vontade de pedagogia: pluralização das pedagogias e condução dos sujeitos. **Caderno de Educação**. UFPEL. Pelotas, nº 44, p. 22-44, janeiro/abril 2013.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago. **História de la gubernamentalidad**. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Pontificia Universidad Javeriana- Instituto Pensar; Universidad Santo Tomás de Aquino, 2010.

CASTRO, Marleisa Zanella. Escolarização hospitalar: desafios e perspectivas. MATOS, Elizete Lúcia Moreira (org.). **Escolarização Hospitalar: educação e saúde de mãos dadas para humanizar**. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014, p. 35-51.

CÉSAR, Maria Rita de Assis. (Des)educando corpos: volumes, comidas, desejos e a nova pedagogia alimentar. RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo (orgs.). **Para uma vida não fascista**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009, p. 269-279.

CICOUREL, Aaron. Teoria e método em pesquisa de campo. In: GUIMARÃES, Alba Zaluar (seleção, introdução e revisão técnica). **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1980.

CONCEITO DE SAÚDE SEGUNDO OMS / WHO. Disponível em <http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>. Acesso em: 12/06/2017.

CORAZZA, Sandra. A Roda do Infantil. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 23, janeiro/julho 1998.

_____. Pesquisar o acontecimento: estudo em XII exemplos. In: TADEU, Tomaz; CORAZZA, Sandra; ZORDAN, Paola (orgs.). **Linhas de escrita**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004, p. 7-78.

COSTA, Marisa Vorraber (org.). **Caminhos Investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina Editora, 2007.

DANELON, Márcio. A infância capturada: escolar, governo e disciplina. In: RESENDE, Haroldo de (org.). **Michel Foucault: o governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015, p. 217-240.

DEAN, Mitchell. **Governmentality: Power and Rule in Modern Society**. Tradução de Ricardo Uebel. London: Sage, 1999, p. 9-27.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

_____; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**. v. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34 Letras, 1995.

_____. Tratado de Nomadologia. In: **Mil Platôs**. v. 5. São Paulo: Ed. 34, 1997, p. 19.

DICIONÁRIO AURÉLIO DE PORTUGUÊS ONLINE. Disponível em <https://dicionariodoaurelio.com/tempo>. Acesso em: 14/08/2017.

FILHO, K.P.; TETI, M.M.. A Cartografia como método para as ciências humanas e sociais. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 45-59, janeiro/junho 2013.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Verdades em Suspenso: Foucault e os perigos a enfrentar. In: COSTA, Marisa Vorraber (org.) **Caminhos Investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina Editora, 2007, p. 49-70.

_____. Desafios de Foucault à Teoria Crítica em Educação. In: APPLE, M. AU, Wayne. GANDIN, Luis (orgs.). **Educação Crítica: Análise Internacional**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 233-247.

FONSECA, Eneida Simões. A Situação Brasileira do Atendimento Pedagógico-Educacional Hospitalar Educação e Pesquisa. **Revista Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 117-129, janeiro/junho 1999a. Disponível em: <<http://www.scielo.cbr/pdf/ep/v25n1/v25n1a09.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

FONSECA, T.M.G.; KIRST, P.G.. **Cartografia de devires: a construção do presente**. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

FOUCAULT, Michel. The subject and power. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault – beyond structuralism and hermeneutics**, de Dreyfus e Rabinow. Chicago: The Harvester Press, 1982, p. 208 – 226.

_____. **História da Sexualidade II: uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1990b.

_____. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Eu sou um pirotécnico**. In: POL-DROIT, Roger. **Michel Foucault**: entrevistas. São Paulo: Editora Graal, 2006.

_____. **Segurança, território, população**: Curso no Collège de France (1977-1978). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **Nascimento da Biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-1979). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008c.

_____. **Do governo dos vivos**: curso no Collège de France, 1979-1980 (excertos). 2ª ed. São Paulo: Centro de Cultura Social; Rio de Janeiro: Achiamé, 2011.

_____. **Omnes et Singulatim**: uma crítica da Razão Política. In: **Ditos e Escritos IV**: Estratégias Poder-Saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramalhete. 42ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Tradução e organização: Roberto Machado. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

GADELHA, Sylvio. **Biopolítica, governamentalidade e educação**: introdução e conexões, a partir de Michel Foucault. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

GALLO, Sílvio. Sob o signo da diferença: em torno de uma Educação para a singularidade. In: SILVEIRA, Rosa Maria Hessel. **Cultura, poder e Educação**. Canoas: ULBRA, 2005, p. 213 – 223.

_____. Foucault: (Re)pensar a Educação. In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo de (orgs.). **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2006, p. 253-260.

_____. Infância e Resistência – resistir a quê? **Leitura**: Teoria & Prática, Campinas, v.31, n. 61, p. 199-211, novembro 2013.

_____. Empresariamento da sociedade e governo da infância pobre. In: RESENDE, Haroldo de (org.). **Michel Foucault**: o governo da infância. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015, p. 345-366.

GOELLNER, Silvana Vilodre. A produção cultural do corpo. In: LOURO, Guacira Lopes; FELIPE, Jane; GOELLNER (orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2007, p. 28-51.

GONZÁLES-SIMANCAS, José Luis; POLAINO-LORENTE, Aquilino. **Pedagogia Hospitalar**: actividad educativa en ambientes clínicos. Madri: Narcea, 1990.

HECKTHEUER, Luiz Felipe Alcântara. **Projetos sociais esportivos: ensaios sobre uma proliferação na cidade do Rio Grande – RS.** 2012. Tese (Doutorado em Educação em Ciências) Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.

JESUS, Viviane Bonetti Gonçalves de. Atuação do pedagogo em hospitais. In: MATOS, Elizete Lúcia Moreira (org.). **Escolarização Hospitalar: educação e saúde de mãos dadas para humanizar.** 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014, p. 81-91.

JORNAL AGORA. Disponível em <http://www.Jornalagora.com.br/site>. Acesso em: 22/12/2016.

KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. [Pista 2]. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (orgs.). **Pistas do Método da Cartografia.** Pesquisa – intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015, p. 32 – 51.

KOHAN, Walter Omar. **Infância.** Entre educação e filosofia. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

LARROSA, Jorge. **Pedagogia profana: danças, piruetas e mascaradas.** Tradução de Alfredo Veiga-Neto. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

_____. Tecnologias do Eu e Educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org.). **O sujeito da educação: estudos foucaultiano.** 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

LEFEBVRE, G. **La naissance de l'historiographie moderne.** Paris: Flammarion, 1971.

LEGIÃO URBANA. Tempo Perdido. **Dois.** Londres, EMI Music, 1986.

LE GOFF, Jacques. **História e Memória.** 5ª ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira. A UNESCO e o governo da infância por meio do capital social: problematizando práticas de segurança. In: RESENDE, Haroldo de (org.). **Michel Foucault: o governo da infância.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015, p. 115-125.

LIBÂNEO, J. C.. **Pedagogia e pedagogos, para quê?** São Paulo: Cortez, 2002.

LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil.** Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

LOCKMANN, Kamila. **Inclusão escolar: saberes que operam para governar a população.** 2010. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

_____. **A proliferação das políticas de assistência social na educação escolarizada: estratégias da governamentalidade neoliberal.** 2013. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

_____. Medicina e inclusão escolar: estratégias biopolíticas de gerenciamento do risco. In: FABRIS, Elí T. Henn; KLEIN, Rejane Ramos (orgs.). **Inclusão e biopolítica**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013, p. 129-146.

_____. Ferramentas, procedimentos e posicionamentos: uma tríade que constitui os Caminhos Investigativos. In: SILVA, Gisele Ruiz; HENNING, Paula Corrêa (orgs.). **Pesquisas em Educação: experimentando outros modos investigativos**. Rio Grande: Editora da FURG, 2013, p. 41-52.

LOCKMANN, Kamila; HENNING, Paula. A inclusão escolar como governo político e ético: uma ênfase nos processos sociais em detrimento dos processos pedagógicos. In: TRAVERSINI, Clarice et al (orgs.). **Currículo e inclusão na escola de ensino fundamental**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013, p. 83-100.

LOCKMANN, Kamila; MOTA, Maria Renata Alonso. Práticas de assistência à infância no Brasil: uma abordagem histórica. **Revista Linhas**, Florianópolis, v. 14, n. 26, p. 76-111, janeiro/junho 2013.

LOPES, Maura Corcini. Políticas de Inclusão e Governamentalidade. **Educação & Realidade**. n. 23, p. 153-169, 2009.

LOUREIRO, Carine Bueira. Inclusão digital e governamentalidade. In: FABRIS, Elí T. Henn; KLEIN, Rejane Ramos (orgs.). **Inclusão e biopolítica**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013, p.113-127.

MAIA, Antônio. Do biopoder à Governamentalidade: sobre a trajetória da genealogia do biopoder. **Revista Currículo Sem Fronteiras**, v. 11, n. 1, p. 54 – 77, janeiro/junho 2011.

MAIRESSE, Denise. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: FONSECA, T.M.G.; KIRST, P.G. (orgs.). **Cartografia de devires: a construção do presente**. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

MARTINS, Sônia Pereira de Freitas. Hospitalização escolarizada em busca da humanização social. In: MATOS, Elizete Lúcia Moreira (org.). **Escolarização Hospitalar: educação e saúde de mãos dadas para humanizar**. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014, p. 92-108.

MASSCHELEIN, Jan; SIMONS, Maarten. **Em defesa da escola: uma questão pública**. Tradução Cristina Antunes. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

MATOS, Elizete Lúcia Moreira; FERREIRA, Jacques de Lima (orgs). **Formação pedagógica para o atendimento ao escolar em tratamento de saúde: redes de possibilidades online**. Petrópolis: Vozes, 2013.

_____; MUGIATTI, Margarida Maria Teixeira de Freitas. **Pedagogia Hospitalar: a humanização integrando educação e saúde**. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann; SOARES, Rosângela de Fátima. Modos de ver e de se movimentar pelos ‘caminhos’ da pesquisa pós-estruturalistas em Educação: o que podemos aprender com – e a partir de – um filme. In: COSTA, Marisa Vorraber; BUJES, Maria Isabel Edelweiss. **Caminhos Investigativos III: riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005, p. 23-44.

____; PARAÍSO, Marlucy Alves (org.). Metodologias de pesquisas pós-críticas ou Sobre como fazemos nossas investigações. In: MEYER, Dagmar (org.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em Educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012. p. 15-22.

NOGUERA-RAMÍREZ, Carlos Ernesto. **Pedagogia e governamentalidade ou da Modernidade como uma sociedade educativa**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

NUNES, Evandro dos Santos. **BGV na Paz: ações para governar a população do bairro Getúlio Vargas da cidade do Rio Grande-RS**. 2016. Projeto de Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2016.

OLIVEIRA, Thiago Ranniery Moreira de. Mapas, dança, desenhos: a cartografia como método de pesquisa em Educação. In: MEYER, Dagmar (org.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em Educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012, p. 279-303.

PARAÍSO, Marlucy (org.). Metodologias de pesquisa pós-críticas em educação e currículo: trajetórias, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas. In: MEYER, Dagmar (org.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em Educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012, p. 23-45.

PASSETTI, Edson. Foucault em Transformação e notas sobre o Intelectual modulador. In: RESENDE, Haroldo de (org.). **Michel Foucault: o governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015, p. 85-102.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana. Apresentação. In: ____ (orgs.). **Pistas do Método da Cartografia**. Pesquisa – intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015, p. 7- 16.

____; BARROS, Regina Benevides de. A Cartografia como método de pesquisa – intervenção. [Pista 1] In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana. (orgs.). **Pistas do Método da Cartografia**. Pesquisa – intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015, p. 17 – 31.

PAULA, E.M.A.T.. **Educação, diversidade e esperança: A práxis pedagógica no contexto da escola hospitalar**. 2003. Tese (Doutorado em Educação). UFBA, Salvador, 2003.

RECH, Tatina Luiza. **A emergência da inclusão escolar no governo FHC: movimentos que a tornaram uma ‘verdade’ que permanece**. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade do Vale dos Sinos, São Leopoldo, 2010.

_____. A inclusão educacional como estratégia biopolítica. In: FABRIS, Elí T. Henn; KLEIN, Rejane Ramos (orgs.). **Inclusão e biopolítica**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013, p. 25-43.

Redação Jornal Agora. Grupo Mãos Dadas arrecada recursos e recupera UTI da Santa Casa. **Jornal Agora**, Rio Grande, 08 de maio de 2017. Geral/Saúde, p. 7.

RESENDE, Haroldo de. A infância sob o olhar da Pedagogia: traços da escolarização na Modernidade. In: RESENDE, Haroldo de (org.). **Michel Foucault: o governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015, p. 127-140.

ROBINSON, Patrícia Genro. Cartografando a Onda Teen. In: FONSECA, Tania Mara Galli; KIRST, Patrícia Gomes (orgs.). **Cartografias e Devires: a construção do presente**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003, p. 307-318.

ROSE, Nikolas. **Inventando nossos selfs: psicologia, poder e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

RODRIGUES, Aline. Empossada nova diretoria do hospital. **Jornal Agora**, Rio Grande, 10 de maio de 2017. Geral p. 4

RODRIGUES, Sued de Oliveira. **Santa Casa do Rio Grande: a saga da misericórdia**. Rio Grande: Editora da Fundação Universidade do Rio Grande, 1985.

SAMARAN, C. (org.). **L'histoire et ses methods, XI**. Paris: Gallimard, 1961. (Encyclopédie de la Pléiade)

SANTA CASA DO RIO GRANDE. Disponível em <http://www.santacasarg.com.br>. Acesso em: 18/12/2016.

SANTAIANA, Rochele da Silva. Que verdades sustentam o ensino fundamental de nove anos? In: FABRIS, Elí T. Henn; KLEIN, Rejane Ramos (orgs.). **Inclusão e biopolítica**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013, p. 198-218.

SANTOS, Iolanda Montano dos. **Inclusão escolar e a educação para todos**. 2010. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

_____; KLAUS, Viviane. A inclusão e o sujeito empresário de si. In: FABRIS, Elí T. Henn; KLEIN, Rejane Ramos (orgs.). **Inclusão e biopolítica**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013, p. 61-78.

SCHULTZ, Theodore. **O capital humano: investimentos em educação e pesquisa**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1973.

SIGNIFICADOS, CONCEITOS E DEFINIÇÕES. Disponível em <https://www.significados.com.br/paradoxo>. Acesso em: 24/08/2017.

SILVA, Mara Marisa da; MELLO, Vanessa Schneid Santanna de. Escola e Saúde: uma parceria produtiva. In: FABRIS, Elí T. Henn; KLEIN, Rejane Ramos (orgs.). **Inclusão e biopolítica**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013, p. 147-164.

SILVA, Tomaz Tadeu da. O adeus às metanarrativas educacionais. In: ____ (org.). **O sujeito da educação: estudos foucaultianos**. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

SILVEIRA, Rosa Maria Hessel. A entrevista na pesquisa em educação: uma arena de significados. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.) **Caminhos Investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina Editora, 2007, p. 116-138.

TRAVERSINI, Clarice Salete. **Programa Alfabetização Solidária: o governo de todos e de cada um**. 2003. Tese (Doutorado em Educação). UFRGS, Porto Alegre, 2003.

VASCONCELOS, Sandra Maia Farias. Histórias de formação de professores para a Classe Hospitalar. **Revista Educação Especial**, v. 26, n. 51, p. 27-40, janeiro/abril 2015.

VEIGA-NETO, Alfredo. Educação e governamentalidade neoliberal: novos dispositivos, novas subjetividades. In: CASTELO-BRANCO, Guilherme; PORTOCARRERO, Vera (org.). **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: Nau, 2000, p. 179-217.

____. Incluir para excluir. In: LARROSA, Jorge; SKLIAR, Carlos (orgs.). **Habitantes de babel: políticas e poéticas da diferença**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

____. **Foucault e a Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

____. Teoria e Método em Michel Foucault: (im)possibilidades. In: **Cadernos de Educação**, FaE/PPGE/UFPEL, Pelotas [34], p. 83-94, setembro/dezembro 2009.

____. Por que governar a infância? In: RESENDE, Haroldo de (org.). **Michel Foucault: o governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015, p. 49-56.

VELOSO, Caetano. **Songbook**. Rio de Janeiro: Lumiar, 1990.

WEBER, Carine Imperator. **Entre Educação, Remédios e Silêncios: Trajetórias, Discursos e Políticas de Escolarização de Crianças Hospitalizadas**. 2009. Dissertação (Mestrado). UFRGS, Porto Alegre, 2009.

ZILIOOTTO, Gisele Sotta. **Fundamentos psicológicos e biológicos das necessidades especiais**. 2ª ed. rev. Curitiba: Ibpex, 2007.

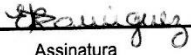

ANEXOS

ANEXO A – Formulário para inscrição da pesquisa na Plataforma Brasil



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Pedagogia Hospitalar: uma pedagogia especial e inclusiva			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 10			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Emiliane Rodrigues Dominguez			
6. CPF: 899.114.070-04		7. Endereço (Rua, n.º): CASTRO ALVES LAGOA 240 RIO GRANDE RIO GRANDE DO SUL 96211380	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (53) 9971-1243	10. Outro Telefone:	11. Email: emiliane.erd@hotmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: 28 / 06 / 2016		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal do Rio Grande - FURG		13. CNPJ: 94.877.586/0001-10	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (53) 3233-0235		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: Kamila Lockmanh		CPF: 004.020.040-00	
Cargo/Função: Professora			
Data: 28 / 06 / 2016		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO B – Parecer emitido pelo CEPAS/ACSCRG



ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Rio Grande, 31 de agosto de 2016

PARECER

Protocolo: N° 014/2016

Título do Projeto: “Pedagogia Hospitalar: as práticas recreativas- pedagógicas desenvolvidas no setor de pediatria para atender crianças e adolescentes hospitalizados.”

Objetivos:

Geral: Analisar as práticas recreativas- pedagógicas efetivadas na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, no setor de pediatria, para crianças e adolescentes que por alguma doença são obrigados a ficarem afastados das instituições escolares, bem como ter conhecimento dos profissionais que proporcionam este tipo de atendimento nomeado como Escolarização Hospitalar ou Pedagogia Hospitalar.

Específicos:

- Coletar informações sobre a Pedagogia Hospitalar por meio de referenciais bibliográficos e documentos oficiais que legislam sobre esta modalidade de ensino.
- Conhecer como funciona a Pedagogia Hospitalar na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande e os espaços em que ela é desenvolvida.
- Analisar as práticas recreativas pedagógicas efetivadas no setor de pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande com crianças e adolescentes.
- Conhecer os profissionais da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande que atuam juntamente com estas crianças e adolescentes hospitalizados.

Pesquisador (a) responsável: Emiliane Rodrigues Domingues.

Parecer CEPAS: O CEPAS/ A.C. Santa Casa do Rio Grande **APROVA** o desenvolvimento do projeto acima citado, ressalva que os dados contidos neste estudo somente serão utilizados nesta pesquisa; e que é necessário apresentar um **relatório** ao final do estudo para este CEPAS.

Prof.^a Dr.^a Susi Helene Lauz
Coordenadora em exercício do Comitê de Ética em Pesquisa da ACSCRG

ANEXO C – Termo de Autorização da Chefia Responsável CEPAS/ACSCRG

**ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE**
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA RESPONSÁVEL

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande

Prezados Senhores:

Declaro que tenho conhecimento e autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado **“Pedagogia Hospitalar: as práticas recreativas- pedagógicas desenvolvidas no setor de pediatria para atender crianças e adolescentes hospitalizados”**, proposto pela pesquisadora **Emiliane Rodrigues Dominguez**, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEdu) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

O referido projeto será realizado na pediatria do Hospital Santa Casa do Rio Grande, e só poderá ser iniciado a partir da apresentação do parecer de aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

Nome completo

Cargo

Assinatura

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido Institucional

**ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO INSTITUCIONAL

Eu, Emiliane Rodrigues Dominguez, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEdu) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob a orientação da Prof^a Dr^a Kamila Lockmann, pretendo realizar uma investigação sobre o funcionamento da Pedagogia Hospitalar ou da Escolarização Hospitalar no município do Rio Grande. Para isso, esta pesquisa objetiva **analisar as práticas recreativas-pedagógicas que são efetivadas na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande para o atendimento de crianças e adolescentes hospitalizados, buscando contribuir com o trabalho realizado neste espaço**. Para tal, solicito autorização para a realização desta investigação nesta instituição. Também será utilizado um Termo de Consentimento Livre Esclarecido para cada participante envolvido na pesquisa.

A coleta de dados será realizada através de observações e conversas com os profissionais que trabalham com as crianças e adolescentes hospitalizados. As observações serão desenvolvidas uma vez por semana na pediatria do hospital ou sempre que houver possibilidade/necessidade e for de comum acordo entre o pesquisador, os profissionais envolvidos e a instituição investigada. As observações ocorrerão da forma mais discreta possível, para não interferir nos atendimentos e nem no dia a dia do hospital. A rotina do mesmo será rigorosamente respeitada e, em qualquer sinal de incômodo, o pesquisador se retirará, retornando em momento mais oportuno. O observador utilizará um diário de campo (caderno de anotações), no qual fará registros sobre os acontecimentos daquele dia, sem mencionar nomes de pacientes ou profissionais. Tal diário será de uso exclusivo do pesquisador e não será divulgado ou disponibilizado a outros.

Também serão utilizados registros fotográficos, porém com o cuidado de não revelar a identidade dos sujeitos envolvidos na investigação. Será utilizado o recurso de borramento dos rostos para garantir o anonimato, caso alguma pessoa apareça na foto. As fotos que comporão o trabalho somente serão utilizadas com a aprovação da pessoa fotografada ou do seu responsável (no caso de menores de idade), após verificar que os sujeitos não estão sendo identificados. Não se utilizará de outras formas de registro das observações, como filmagens ou gravações.

No que se refere às conversas com os profissionais da pediatria, estas serão gravadas e posteriormente transcritas para o formato escrito. Após a transcrição, o texto

com as falas será enviado por e-mail aos participantes que poderão fazer as alterações que julgarem necessárias. Apenas serão utilizadas as falas em formato escrito, autorizadas pelos participantes e somente após a sua conferência.

Será garantido o sigilo dos dados pessoais de todos os participantes da pesquisa e resguardados quaisquer dados que possam vir a identificá-los neste trabalho. Além disso, os participantes da pesquisa poderão deixar de participar da mesma a qualquer momento. Também serão respeitadas as condições de tratamento das crianças e adolescentes hospitalizados, garantindo que não haja interferência no serviço de saúde a eles ofertados.

A coleta de dados somente será iniciada após a assinatura dos termos de consentimento individual e institucional.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos realizados oferece riscos à dignidade dos participantes. Todo o material desta pesquisa ficará sob o cuidado e responsabilidade da pesquisadora, Emiliane Rodrigues Dominguez e, após cinco anos, será destruído.

Agradeço a colaboração dessa instituição para a realização desta investigação e qualquer dúvida ou necessidade de esclarecimento poderá ser sanada entrando em contato pelo telefone: (53) 99711243, ou pelo e-mail: emiliane.erd@hotmail.com.

_____, _____ de _____ de _____.

Emiliane Rodrigues Dominguez

VERIFICAÇÃO DO CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG _____, da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande autorizo o desenvolvimento da pesquisa nesta instituição.

Declaro que li ou leram para mim este consentimento acima e autorizo a realização da pesquisa.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável

Cargo ou função no Hospital: _____

Contato: _____

ANEXO E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido Individual

**ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO INDIVIDUAL

Eu, Emiliane Rodrigues Dominguez, mestranda do Programa de Pós- Graduação em Educação (PPGEdu) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob a orientação da Prof^ª Dr^ª Kamila Lockmann, pretendo realizar uma investigação sobre o funcionamento da Pedagogia Hospitalar ou da Escolarização Hospitalar no município do Rio Grande. Para isso, esta pesquisa objetiva **analisar as práticas recreativas-pedagógicas desenvolvidas no setor de Pediatria da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande para o atendimento de crianças e adolescentes hospitalizados, buscando contribuir com o trabalho realizado neste espaço.**

A coleta de dados será realizada através de observações e conversas com os profissionais que trabalham com as crianças e adolescentes hospitalizados. As observações serão desenvolvidas uma vez por semana no decorrer do primeiro semestre de 2017 na pediatria do hospital ou sempre que houver possibilidade/necessidade e for de comum acordo entre o pesquisador, os profissionais envolvidos e a instituição investigada. As observações ocorrerão da forma mais discreta possível, para não interferir nos atendimentos e nem no dia a dia do hospital. A rotina do mesmo será rigorosamente respeitada e, em qualquer sinal de incômodo, o pesquisador se retirará, retornando em momento mais oportuno. O observador utilizará um diário de campo (caderno de anotações), no qual fará registros sobre os acontecimentos daquele dia, sem mencionar nomes de pacientes ou profissionais. Tal diário será de uso exclusivo do pesquisador, não será divulgado ou disponibilizado a outros.

Também serão utilizados registros fotográficos, porém com o cuidado de não revelar a identidade dos sujeitos envolvidos na investigação. Será utilizado o recurso de borramento dos rostos para garantir o anonimato, caso alguma pessoa apareça na foto. As fotos que comporão o trabalho somente serão utilizadas com a aprovação da pessoa fotografada ou do seu responsável (no caso de menores de idade). Não se utilizará de outras formas de registro das observações, como filmagens ou gravações.

No que se refere às conversas, estas serão gravadas e posteriormente transcritas para o formato escrito. Após a transcrição, as mesmas serão enviadas por e-mail aos participantes, que poderão fazer as alterações que julgarem necessárias. Apenas serão utilizadas as transcrições autorizadas pelos participantes após a sua conferência.

Será garantido o sigilo dos dados pessoais dos participantes e resguardados quaisquer dados que possam vir a identificá-los neste trabalho. Além disso, os participantes da pesquisa poderão deixar de participar da mesma a qualquer momento. Também serão respeitadas as condições de tratamento das crianças e adolescentes hospitalizados, garantindo que não haja interferência no serviço de saúde a eles ofertados.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos realizados oferece riscos à dignidade dos participantes. Todo o material desta pesquisa ficará sob o cuidado e responsabilidade da pesquisadora, Emiliane Rodrigues Dominguez e, após cinco anos, será destruído.

Agradeço a sua colaboração para a realização desta investigação e qualquer dúvida ou necessidade de esclarecimento poderá ser sanada entrando em contato pelo telefone: (53) 99711243, ou pelo e-mail: emiliane.erd@hotmail.com.

_____, de _____ de _____.

Emiliane Rodrigues Dominguez

VERIFICAÇÃO DO CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG _____, autorizo a mestrandia Emiliane Rodrigues Dominguez a utilizar o material coletado por meio de entrevista comigo realizada, desde que mantido em sigilo minha identidade e para fins exclusivamente de pesquisa. Declaro que li ou leram para mim o consentimento acima e autorizo a realização da pesquisa.

_____, de _____ de _____.

Assinatura do/a entrevistado/a

Contato: _____

A Santa Casa do Rio Grande não deve a sua existência a um ato benéfico de algum estadista, nem à vontade dos poderes públicos; como os estabelecimentos congêneres, nasceu e criou raízes bafejada pelo grande e caridoso espírito de um homem inteiramente devotado ao seu próximo. (RACHE apud RODRIGUES, 1985, p. 44-45)

Rodrigo Fernandes Duarte



*Figura 18