



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

ERCÍLIA MARIA ANGELI TEIXEIRA DE PAULA

EDUCAÇÃO, DIVERSIDADE E ESPERANÇA: A *PRÁXIS*
PEDAGÓGICA NO CONTEXTO DA ESCOLA HOSPITALAR

Salvador
2004

ERCÍLIA MARIA ANGELI TEIXEIRA DE PAULA

**EDUCAÇÃO, DIVERSIDADE E ESPERANÇA: A *PRÁXIS*
PEDAGÓGICA NO CONTEXTO DA ESCOLA HOSPITALAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Sidnei Macedo

Salvador
2004

Biblioteca Anísio Teixeira – Faculdade de Educação - UFBA

- P324 Paula, Ercília Maria Angeli Teixeira de.
Educação, diversidade e esperança: a *práxis* pedagógica
no contexto da escola hospitalar / Ercília Maria
Angeli Teixeira de Paula. – 2005.
299 f.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia,
Faculdade Educação, 2005.
Orientador: Prof. Dr. Roberto Sidnei Macedo.
1. Escola em hospital. 2. Práxis pedagógica. 3. Aluno
hospitalizado. I. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de
Educação. II. Macedo, Roberto Sidnei. III. Título.

CDD 370

Termo de Aprovação

Ercília Maria Angeli Teixeira de Paula

**EDUCAÇÃO, DIVERSIDADE E ESPERANÇA: A PRÁXIS PEDAGÓGICA NO
CONTEXTO DA ESCOLA HOSPITALAR**

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Educação, no Programa de Pós - Graduação em Educação da Universidade Federal da Bahia, pela seguinte banca examinadora:

Dr. Roberto Sidnei Macedo (Orientador) _____
Doutor em Ciências da Educação pela Universidade de Paris VIII – França
Professor da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Dr. Álamo Pimentel _____
Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (URGRS)
Professor da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Dra. Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima _____
Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Professora da Faculdade de Direito da Universidade Católica do Salvador (UCSAL)
Juíza de Direito

Dra. Joseania Miranda Freitas _____
Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Professora da Faculdade de Filosofia, Ciências Humanas, Departamento de Museologia
(UFBA)

Dr. Sérgio da Costa Borba _____
Doutor em Ciências da Educação pela Universidade de Paris VIII – França e Pós Doutorado
pela Universidade de Paris VIII
Professor do Centro de Educação da Universidade Federal de Alagoas – UFAL

Dra. Sônia Maria Rocha Sampaio _____
Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Pós Doutorado pela
Universidade de Paris VIII
Professora da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Salvador, 21 de Janeiro de 2005.

Às professoras, pelo acolhimento

*Às crianças, aos adolescentes e familiares do
Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã
Dulce, pelo carinho.*

*À querida amiga Maria Helena Pinto Corrêa,
pedagoga, que aos 80 anos me ensinou com
muita sabedoria a enfeitar os caminhos com
flores, olhar as estrelas e esquecer os barrancos.
(in memoriam)*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Roberto Sidnei Macedo, meus sinceros agradecimentos pela acolhida, competência, partilhas realizadas, dedicação e, principalmente, por acreditar em mim e no meu trabalho.

Aos professores da banca: Àlamo Pimentel, Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima, Joseania Miranda Freitas, Sérgio da Costa Borba e Sônia Sampaio, pelas contribuições que me proporcionaram na pós graduação e pela participação na defesa.

Ao Santo Antônio e à Irmã Dulce que me ajudaram a encontrar os caminhos nos momentos mais difíceis.

À minha mãe, por sempre me estimular a estudar e ao meu pai, pelo amor à poesia.

À minha irmã Zezé, pela leitura carinhosa, revisão da tese, pelo companheirismo, amizade e à nossa irmandade. Também ao meu cunhado Edson, pela compreensão. Agradeço de coração à essas duas pessoas queridas que nunca mediram esforços para me ajudar.

À minha irmã Adélia, pelo apoio, atenção, carinho e ao meu cunhado John, pela solidariedade.

Aos meus irmãos Gabriel e Oswaldo, pelo conforto. À minha cunhada Telma e seus pais: D. Adélia e Seu Oswaldo, pela visita em Salvador e incentivos constantes.

À minha tia Cidinha e à tia Ju, pelo amor fraterno e incondicional.

Aos meus sobrinhos Pedro, Catarina e Gabriela, pelos momentos de alegria e folia.

Ao meu grande amigo e irmão da vida, Antenor, pelo amor, pela leitura de tese e incentivos constantes para eu persistir e prosseguir.

À D. Angelita, à Mônica e Daniel Di Nunzio, pela calorosa acolhida em Salvador.

À Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e aos colegas do Departamento de Educação por terem possibilitado meu afastamento para o doutorado.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo apoio financeiro.

Às grandes amigas que a vida me proporcionou, Celeste e Kátia.

À Professora Joseanea Freitas, querida Jô, pelo carinho e por ter me ajudado tanto em Salvador.

À Irmandade de Santo Antônio, especialmente à querida presidente Maria do Carmo e ao prior Elenaldo Teixeira que me incluíram na Trezena com tanta doçura. À irmandade: Lucinete, Manuela, Nelma, Clélia, Isabel, Angélica, Graça, Marleide, Alagoim, Isadora, Dora, Liz, Nara, Ismine, Cláudia, Conceição, Arnaldo, Camilo, Maíra e todos aqueles que oportunizaram a minha participação nos encontros religiosos mais amorosos que já conheci.

Ao professor Felipe Serpa (*in memoriam*), pelos ensinamentos e dedicação aos alunos

À Adriano Barata, por tanto me escutar e apoiar. Pela nossa amizade, minha eterna gratidão.

Ao Teófilo, por ter aberto meus caminhos no Hospital Santo Antônio.

Ao Eder, pela ajuda e os socorros constantes na informática.

À Valnice Paiva, Samuel e Lucas pelo carinho sempre e por compartilhar o amor ao vídeo.

Aos amigos que compartilharam muitos momentos felizes na pós graduação: Ana Paula, Lígia, Dulce, Sueli, Elizeu, Sandra, Gianni, Nelma Barbosa, Penildon, Natália, César Leiro, Jamile, Kleverson, Telma e Geralda. À todos os amigos da turma do doutorado de 2001 e os colegas da pós graduação que comigo se solidarizaram.

Aos amigos do Formacce/Sinpro: Cláudio, Meire, Gelsivânia, Bonfim, Patrícia, Liege, Heloísa, Denise, Vanda, Petrô e todos os companheiros e companheiras.

Ao Ricardo Barreto por ajudar a desvendar os segredos da minha mente e meu inconsciente.

Aos amigos da Bahia: Augusto, Zeca Medeiros, Antonio César, Iris, Luciana, Ilda, Eliene, Humberto, Josana, Beto, Monica e Arlindo pelos incentivos.

À Márcia Barbosa, pela ajuda incondicional, pela amizade e as acolhidas em Ponta Grossa.

Aos meus amigos do Paraná: Jefferson, Elenice, Dierone, Vera, Raquel, Simões, Letícia, Nádia, Chico, Esméria, Michel, Giuliano, Márcia Sebastiani e todos aqueles que sempre me apoiaram.

À Regina Taam pelas preciosas contribuições na qualificação, à Rejane Fonseca, Alessandra Barros, Ana Cristina Neri, Benali, Rosa e Maísa, que tanto me ajudaram na área de educação hospitalar.

À Fernanda, Evandro e a pequena Ana Clara por terem iluminado meus dias na Bahia.

Aos meus amigos de São Paulo e do Maranhão: Francis, Riba e Luís, pela atenção.

Ao Hospital Santo Antônio, especialmente aos profissionais que me acolheram Célia Silvany, Natália, Círia, Edson, Irmã Josi, Mai, Lúcia, Jacqueline, Carolina, Raimundo, Conceição e todos aqueles que me receberam.

Às professoras, crianças, adolescentes e seus familiares que participaram da pesquisa

Muito obrigada.

RESUMO

O objetivo desta tese foi compreender a *práxis* pedagógica de professoras com crianças e adolescentes hospitalizados, através da análise do Projeto “Vida e Saúde”, realizado no Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce, em parceria com a prefeitura da Cidade de Salvador/Bahia. A pesquisa ocorreu no período de Agosto de 2002 a Agosto de 2003, através da observação das aulas das professoras da Educação Infantil e do Ensino Fundamental e Médio que atuavam no hospital. A etnopesquisa e a abordagem multirreferencial, foram os subsídios teóricos que fundamentaram este trabalho e possibilitaram compreender os etnométodos utilizados pelas professoras neste espaço, ainda pouco conhecido como local de práticas educacionais. A pesquisa configurou-se como um estudo de caso, com observação participante moderada. Vários instrumentos foram utilizados na pesquisa, como: observações registradas em diário de campo das aulas, observações gravadas em vídeo, análise de documentos, entrevistas realizadas com as professoras e idealizadoras do projeto, assim como depoimentos dos familiares e responsáveis pelas crianças e adolescentes. Os resultados apontaram que as *práxis* pedagógicas das professoras eram diversificadas e desafiadoras, pois os currículos eram construídos para crianças e adolescentes de idades, cidades, níveis de escolarização diversos. Neste cenário, a proposta multicultural implicada, mostrou-se apropriada ao contexto e permitiu aos alunos, expressarem suas idéias e percepções, não somente sobre a escola no hospital, mas sobre a sociedade em que vivem. Em suas ações, as professoras realizavam movimentos inclusivos, tanto para inserirem-se como profissionais na instituição hospitalar, assim como para incluir as crianças e os adolescentes neste contexto. As professoras procuravam romper com paradigma da criança doente, que espera pacientemente pela cura e buscavam construir um conceito de criança ativa e em desenvolvimento. As diferentes *práxis* pedagógicas tinham impactos variados na vida dos alunos e dos familiares, os quais mostravam-se, em sua maioria, interessados na participação nas aulas. O trabalho também identificou a necessidade do reconhecimento desta modalidade educativa como parte integrante do sistema oficial de ensino, bem como de um maior acompanhamento do projeto por parte das instituições responsáveis. A proposta é que este trabalho possa contribuir para um aprofundamento das teorias educacionais sobre a educação em contextos diversificados, buscando assegurar o direito à educação, nas mais diversas circunstâncias.

Palavras chaves: escola em hospital, *práxis* pedagógica, aluno hospitalizado.

ABSTRACT

The aim of this Thesis is to understand the pedagogical *praxis* of teachers working with hospitalized children and adolescents. The project 'Life and Health' from the Children's Hospital of Sister Dulce Social Work, in partnership with Salvador city's council, was analysed. The research was carried out between 2002 and 2003 in the city of Salvador, in Brazil. Observations were made in lessons of two teachers who were working in the hospital: one with nursery education and another with fundamental and middle classes. The work is based on a theoretical framework from ethno-research and a multi-referential approach, which creates the possibility to understand the ethno-methods used for the teachers in a hospital environment, little known as a place for education practice. The research was configured as a case study with moderate observational participation. Several resources were used in the research such as: daily registers from classes, observations recorded in videos, document analyses, interviews with teachers and the project managers, and also personal accounts of relatives and carers of the children and adolescents. Results showed a diversity of pedagogical *praxis* challenges from the teachers, mainly because curricula were made for children and adolescents of different ages, origins and level of schooling. A multicultural approach was implied and shown to be appropriate in this context, allowing the pupils to express their ideas and perceptions, not only about the hospital school but also about the society they were part of. The teachers were inclusive in their actions, both in their role as professionals in the hospital as well as including the children and adolescents in this context. The teachers sought to break the paradigm of sick children, that only wait patiently for a cure, and instead they tried to build the concept of an actively developing child. The different pedagogical *praxis* had diverse impacts on the pupils and their relatives lives. The majority of them were enthusiastic about participation in the classes. The work also identified the importance of recognizing this form of education as part of an official system of teaching and learning, as well as showing that a bigger commitment in all stages of the project is needed from the institution involved. Our proposal is that this work can contribute for a deeper understanding of the educational theories in different contexts, seeking to ensure the right of everyone to state-owned education even in the most diverse circumstances.

Key words: school in hospital, pedagogical *praxis*, student in hospital

LISTA DAS ILUSTRAÇÕES

Fotos

| | |
|--|-----|
| Foto 1 (Hospital Santo Antônio e Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce) | 297 |
| Foto 2 (Fotos da itinerância da pesquisadora em várias escolas nos hospitais brasileiros). | 297 |
| Foto 3 (Retratos do cotidiano da escola no hospital na OSID) | 298 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|--------------|---|
| APACHE | Associação para a melhoria das condições de hospitalização das crianças |
| APS | Associação das Pioneiras Sociais |
| CAP | Centro de Aperfeiçoamento Pedagógico |
| CAPES | Fundação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CESA | Centro de Educação Santo Antônio |
| CMSALP | Centro Médico Augusto Lopes Pontes |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CNPQ | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico |
| CONANDA | Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente |
| CONEP | Conselho Nacional de Ética em Pesquisa |
| CRE | Coordenadoria Regional de Educação |
| CRPD | Centro de Reabilitação e Prevenção de Deficiências |
| EACH | Associação Européia para Criança em Hospital |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| EMEI | Escola Municipal de Educação Infantil |
| ENDIPE | Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino |
| FACED | Faculdade de Educação (UFBA) |
| FUNDESCOLOLA | Fundo de Fortalecimento da Escola |
| HC | Hospital da Criança |
| HSA | Hospital Santo Antônio |
| MEC | Ministério da Educação e Cultura |
| MOBRAL | Movimento Brasileiro de Alfabetização |
| NAP | Núcleo de Apoio à Pesquisa |
| OSID | Obras Sociais Irmã Dulce |
| PCNS | Parâmetros Curriculares Nacionais |
| PPGE | Programa de Pós Graduação em Educação |
| PIBIC | Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica |
| PUC | Pontifícia Universidade Católica |
| RCNEI | Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil |
| SEMOC | Semana de Mobilização Científica da Universidade Católica de Salvador |
| SBP | Sociedade Brasileira de Pediatria |
| SEESP | Secretaria de Educação Especial |
| SMEC | Secretaria Municipal de Educação e Cultura |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura |
| UEPG | Universidade Estadual de Ponta Grossa |
| UERJ | Universidade Estadual do Rio de Janeiro |

| | |
|---------|---|
| UFBA | Universidade Federal da Bahia |
| UFF | Universidade Federal Fluminense |
| UNB | Universidade de Brasília |
| UNEB | Universidade do Estado da Bahia |
| UNICAMP | Universidade Estadual de Campinas |
| UFAL | Universidade Federal de Alagoas |
| UFPR | Universidade Federal do Paraná |
| UFRGS | Universidade Federal do Rio Grande do Sul |
| USM | Universidade de Santa Maria |
| USP | Universidade de São Paulo |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| RESUMO | 8 |
| ABSTRACT | 9 |
| LISTA DE ILUSTRAÇÕES | 10 |
| LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS | 10 |
| | |
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 UMA ITINERÂNCIA | 14 |
| 1.2 A PESQUISA E SUA PROBLEMÁTICA | 16 |
| | |
| 2 A ESCOLA E A CONQUISTA DE NOVOS ESPAÇOS | 22 |
| 2.1 INQUIETAÇÕES DE UMA <i>PRÁXIS</i> PEDAGÓGICA | 22 |
| 2.2 O SURGIMENTO DA ESCOLA NO HOSPITAL | 24 |
| 2.3 A EDUCAÇÃO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS: PORTADORES DE NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS? | 38 |
| 2.4 DIFERENTES <i>PRÁXIS</i> DESENVOLVIDAS NOS HOSPITAIS | 46 |
| | |
| 3 O MÉTODO | 51 |
| 3.1 RITOS DE INICIAÇÃO EM PESQUISAS | 51 |
| 3.2 FUNDAMENTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS | 53 |
| 3.2.1 A itinerância da pesquisadora e as implicações | 59 |
| 3.2.2 Questões éticas da pesquisa | 63 |
| 3.2.3 Acesso ao campo e negociações | 66 |
| 3.2.4 Tipo de pesquisa | 68 |
| 3.2.5 Instrumentos utilizados | 77 |
| 3.2.6 Análise e categorização dos dados | 80 |
| 3.3 O CENÁRIO E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA | 82 |
| 3.3.1 Hospital Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) | 82 |
| 3.3.2 A escola no hospital | 90 |
| 3.3.3 Os atores e atrizes da pesquisa: professoras, crianças, adolescentes hospitalizados e seus familiares | 91 |
| 3.4 O PROCESSO DA PESQUISA DE CAMPO | 96 |
| 3.4.1 Observação das <i>práxis</i> pedagógica das professoras | 96 |
| 3.4.2 Observação e gravação em vídeo das <i>práxis</i> das professoras | 98 |
| 3.4.3 Entrevistas e depoimentos | 100 |
| 3.4.4 Observações das reuniões na CRE – Cidade Baixa | 102 |
| | |
| 4 A COMPLEXIDADE DA ESCOLA NO HOSPITAL | 105 |
| 4.1 A COMPLEXIDADE DOS HOSPITAIS | 105 |
| 4.2 CARACTERÍSTICAS DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES | 106 |
| 4.3 O PROJETO “VIDA E SAÚDE” NA CONCEPÇÃO DE SUAS IDEALIZADORAS | 113 |
| 4.4 O PROCESSO DE ADOECIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES | 122 |
| 4.5 CONVIVÊNCIA DAS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E FAMILIARES NO CONTEXTO HOSPITALAR ESCOLAR | 125 |

| | |
|---|-----|
| 5 OS ETNOMÉTODOS DAS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS DAS PROFESSORAS NO HOSPITAL | 136 |
| 5.1 OS ETNOMÉTODOS DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL | 136 |
| 5.2 CARACTERÍSTICAS DA EDUCAÇÃO INFANTIL | 137 |
| 5.3 A EDUCAÇÃO INFANTIL NO HOSPITAL E SUAS CRIANÇAS | 141 |
| 5.3.1 A professora da Educação Infantil no hospital | 146 |
| 5.3.2 O ambiente da sala de aula da Educação Infantil no hospital | 151 |
| 5.3.3 A rotina da professora e os etnométodos utilizados | 156 |
| 5.3.4 A roda de conversa | 157 |
| 5.3.5 Chamada e apresentação | 158 |
| 5.3.6 O calendário, as músicas e as cinco palavras mágicas | 165 |
| 5.3.7 As atividades | 168 |
| 5.4 DESAFIOS DA EDUCAÇÃO INFANTIL NO HOSPITAL: A ADAPTAÇÃO DAS CRIANÇAS | 169 |
| 5.4.1 A ansiedade de Irã | 170 |
| 5.4.2 A tensão de Ana | 175 |
| 5.4.3 Formação de professores de Educação Infantil | 189 |
| 5.5 O ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO NA ESCOLA DO HOSPITAL | 195 |
| 5.5.1 O contato com as escolas multisseriadas | 195 |
| 5.5.2 Características dos Ensino Fundamental e Médio na escola do hospital | 196 |
| 5.5.3 As crianças e adolescentes no Ensino Fundamental e Médio no hospital | 200 |
| 5.5.4 A professora do Ensino Fundamental e Médio | 203 |
| 5.5.5 O ambiente da sala de aula no Ensino Fundamental e Médio no hospital | 211 |
| 5.5.6 A rotina da professora | 214 |
| 5.6 DESAFIOS DO ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO: A DIVERSIDADE | 216 |
| 5.6.1 A representação do carnaval para os alunos hospitalizados | 217 |
| 5.6.2 As desigualdades sociais e o abandono de crianças | 225 |
| 5.6.3 O sonho da paz e a superação dos medos | 234 |
| 5.6.4 A conquista da liberdade através da leitura | 242 |
| 6 APRENDER E ENSINAR: ALUNOS QUE SE TORNARAM AGENTES NO CONTEXTO MULTICULTURAL DA ESCOLA NO HOSPITAL | 253 |
| 6.1 O ENCERRAMENTO DO TRABALHO | 253 |
| 6.2 CÂMERA E AÇÃO: O VÍDEO E A TRANSFORMAÇÃO NA ESCOLA DO HOSPITAL | 254 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 272 |
| 8 REFERÊNCIAS | 282 |
| 9 REFERÊNCIAS CONSULTADAS | 292 |
| 10 ANEXOS | 299 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 UMA ITINERÂNCIA

Pensei muito por onde iniciar esta tese. Resolvi apresentar minha trajetória pessoal e as reflexões que venho desenvolvendo ao longo de minha vida profissional de forma poética. Nela, se reflete subjetivamente a magia da construção objetiva desta tese.

Escrever uma tese é viver em tese as delícias e amarguras de exercitar o processo de redigir. É preciso saber associar, interpretar, refletir, suprimir, multiplicar, dialogar, trocar, corrigir, alterar, manter, descrever, acrescentar e objetivar.

Válery apud (NÓVOA, 2002, p. 27) defende a idéia de que: “[...] não há nenhuma teoria que não seja um fragmento, cuidadosamente preparado, de uma qualquer autobiografia.” Desta maneira, nesta tese estão presentes muitos acontecimentos sobre minha vida e as teorias da educação, as quais me auxiliaram a refletir sobre uma escola mais justa para a maioria da população.

*Vasquez (1977) considera que *poyesis* significa produção e expressa a fabricação da existência humana construída individual, coletivamente, subjetiva e objetivamente. O trabalho para ele, é uma atividade poética. Motivada por essa idéia, pela etnopesquisa e por muitos interlocutores, resolvi arquitetar essa maneira de iniciar meu trabalho.*

É preciso destacar que descobri que gostava de produzir poesia nos cursos que fiz com o professor Cipriano Luckesi, na Bahia, que me ajudou a entender como é possível pensar a ciência da educação através da emoção. Descobri o quanto gostava de literatura de cordel, que parece um anel, onde as palavras vão sendo produzidas de formas combinadas, em uma grande empreitada. O ato de colocar as palavras rimadas em uma espécie de círculo misturando saber popular com científico, é algo que para mim é apaixonante e espero que vocês, leitores, possam entender esta forma de movimento do meu pensamento.

Vou iniciar este texto descrevendo minhas “viagens” e passagens em educação que me ajudaram a chegar nesta tese. Em uma espécie de diário de campo, de diário de bordo, onde abordo meu movimento de formação como professora, que em determinados momentos ora conservadora, ora renovadora, auxiliaram na minha constituição. A minha primeira “viagem” foi iniciada na minha infância, no interior de São Paulo. Sempre tive vontade de educar. Minhas primeiras alunas foram minhas bonecas que, enfileiradas e

sentadas, assistiam minhas aulas com olhos bem abertos, sem nada para perguntar, reclamar ou dialogar. Nesse monólogo cotidiano, durante muitos anos exerci minha profissão de educar.

Chegou o momento decisivo da escolha de minha profissão. Aos 17 anos, já sabia que o curso de Pedagogia ia ser o meu guia e, em 1985 na Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP, fui estudar. Neste mesmo ano fui trabalhar em uma escola de Educação Infantil. Não tinha Magistério e refletia muito sobre as dificuldades e os mistérios que envolviam o processo de educar. Meus alunos, com seus dois anos de idade (infantes, que mal sabiam falar) me ensinaram através de muitos sorrisos, choros e gestos o quanto juntos podíamos construir processos de significação em educação. A incompletude das palavras, a reciprocidade desses nossos diálogos não-verbais, os enunciados partilhados, nossos códigos, construíam formas de indexalidade naquele lugar. Nesta itinerância de professora, não vi o tempo passar e só o descobri quando re-encontrei com esses meus antigos alunos, pequeninos, prestando vestibular.

Em 1990 fui fazer mestrado na Faculdade de Educação na Universidade de São Paulo–USP/SP. Na pesquisa realizada, observava como as professoras da creche organizavam a situação de almoço e as crianças respondiam a essa estruturação. Por parte das educadoras, existia uma certa tendência a agirem de forma bem controladora, por parte das crianças, as cenas eram bem animadoras. Os pequenos atores mirins mostravam por gestos e muita emoção que queriam comida, arte e diversão.

Em 1994 passei em um concurso e fui para Brasília no Hospital Sarah trabalhar. De lá, me encaminharam para o Maranhão implantar um programa de professora hospitalar. Essa experiência foi significativamente importante para trilhar os rumos na minha vida e profissão. Durante quatro anos conheci crianças das Cidades mais diversas; da capital e do interior com situações de extrema fragilidade e pobreza, humildes e com muita delicadeza. Crianças doentes, resilientes e contentes. Com pernas quebradas, em cadeiras de roda, com mãos enfaixadas, hospitalizadas, com seus etnométodos me ensinaram muito sobre a vida no Maranhão, as relações de poder, de solidariedade, aspectos familiares, escolares. Me ensinaram a dançar o bumba meu boi, tambor de crioula, tambor de mina e tantas outras danças da cultura popular. O encontro com esta realidade em São Luís, um lugar onde não se contam só contos, mas sua tradição é marcada pela poesia e magia me possibilitou através do contato com essas crianças e entre muitos azulejos, caranguejos e festejos, realizar uma parte de minha história e de meu desejo de tentar fazer algumas crianças desse país, um

pouco mais feliz. Depois do Maranhão tomei um certo gosto em virar andarilha e tentar conhecer as etnias das várias regiões dessa nossa nação.

Em 1998 fui para o Paraná na Universidade Estadual de Ponta Grossa UEPG/PR trabalhar com ensino superior e o doutorado já almejava alcançar. Em um projeto de extensão, conheci crianças hospitalizadas, os chamados “piás” em situações muito tristes. Em sua grande maioria, aquelas crianças eram amarradas com o discurso médico como sendo o melhor método para serem tratadas. Percebi o quanto a situação da infância hospitalizada merecia ser descrita, discutida e refletida, por isso, nasceu a idéia desta tese durante muitos anos refletida.

Em 2001 mudei para a Bahia, após ter sido aprovada no programa de doutorado da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia – UFBA/BA. Neste processo, novamente encontrei com professoras que construíam criativamente e às vezes de forma solitária suas práticas e ações, fazendo a história da educação acontecer no hospital; assim como também encontrei crianças bem interessantes de Salvador e dos mais diversos povoados do interior, que re - inventavam suas vidas a cada novo dia. Às vezes, me encantava tanto com o trabalho que me misturava e tinha dificuldades para me distanciar. Todavia, existiam acontecimentos que me causavam estranhamento e sei que não podia deixar de revelar, discutir e analisar. A produção poética desta tese é uma tentativa de mostrar os sabores e dissabores da construção desta jornada.

As idéias que virão a seguir mostram minha incompletude, as inquietações e as explicações que busquei para tentar compreender o que é a educação para professoras, crianças e adolescentes que conhecem as tristezas e alegrias de viverem seus cotidianos em enfermarias.

1.2 A PESQUISA E SUA PROBLEMÁTICA

A medicina brasileira tem buscado acompanhar os movimentos de descoberta e cura das doenças que, atualmente, afligem as crianças e adolescentes na humanidade. São inegáveis os avanços tecnológicos das últimas décadas no diagnóstico e tratamento de doenças, que até bem pouco tempo atrás eram consideradas incuráveis. Todavia, embora tenham se manifestado avanços em relação à busca de uma melhor qualidade de vida para a infância e juventude, a desigualdade social e a condição de miséria que atingem milhares de pessoas desprivilegiadas social e economicamente de nosso país trazem problemas como: a

falta de saneamento básico, a fome, desnutrição, as doenças infecto-contagiosas e respiratórias, patologias da infância, a violência urbana, gravidez na adolescência, dificuldades de acompanhamento pré e pós-natal, aspectos estes que afetam a condição da saúde de inúmeras crianças e adolescente brasileiros que, embora protegidos pelas leis, encontram-se precariamente assistidos por elas. Muitos destes cidadãos vivem em situação de risco e necessitam de internamentos constantes. O hospital para essas pessoas representa uma esperança significativa da continuidade de suas vidas. É sabido que o lugar de criança e adolescente não deveria ser no hospital, mas em suas casas, na escola, na rua, podendo brincar vontade, estudar e viver a infância e juventude de forma plena. Porém, como a desospitalização e a medicina preventiva ainda são processos que estão longe de serem alcançados em nosso país, alguns setores da sociedade brasileira têm-se convencido de que é necessário oportunizar melhores condições para que as crianças e adolescentes que estão hospitalizados possam receber atenção integral enquanto permanecem na instituição.

Os hospitais infantis no Brasil, desde sua origem, foram marcados por serem locais dedicados, essencialmente, em cuidados médicos aos enfermos. O modelo biomédico de atendimento prevaleceu por muitos anos e priorizava o atendimento às necessidades orgânicas das crianças e adolescentes, em detrimento dos cuidados psicológicos, sociais, afetivos e educacionais. Essas instituições, caracterizavam-se por serem assépticas e pouco acolhedoras. Em função de transformações políticas, econômicas e sociais, alguns hospitais começaram a se preocupar em combinar saberes e técnicas para atender às necessidades globais dos pacientes de forma mais calorosa.

Atualmente, a hegemonia do saber médico tem sido aos poucos substituída pelas especializações. Com isso, tem surgido a necessidade de contratação de profissionais de diferentes áreas para compor as equipes multidisciplinares nos hospitais e no atendimento à criança e aos adolescentes, os quais têm sido objeto de estudo dessas áreas de conhecimento. Essas equipes têm buscado não somente refletir sobre a humanização nos sistemas de saúde, como também procurado modificar práticas organicistas existentes na área médica que priorizavam a doença na criança e não a criança doente. Tais aspectos têm contribuído para que outros olhares começassem a emergir neste contexto, dentre estes, o olhar da educação e o dos professores.

Durante muitos anos, a sociedade brasileira culturalmente concebia as crianças e adolescentes hospitalizados como seres incapazes e incompletos. Eles foram tratados como se fossem “invisíveis” diante do Estado e suas vozes foram silenciadas e negligenciadas em relação aos seus direitos. Independente de classe econômica, idade, gênero e etnia, crianças e

adolescentes hospitalizados eram considerados uma categoria excluída do sistema social. Esses enfermos, em algumas instituições hospitalares, ainda são tratados como pessoas impossibilitadas de brincar, interagir com seus pares, de estar acompanhados de seus familiares durante este período, bem como ter acesso à atividades estimulantes, nesta fase delicada de suas vidas. São considerados pessoas que não têm desejos, expectativas de vida, fantasias e que não necessitam destes elementos para se desenvolver. Para esses cidadãos, a permanência no hospital é marcada com muito pesar, dor, sofrimento e muitas vezes, traumas que dificultam a sua recuperação e o restabelecimento da saúde. Essas condutas também demarcam uma identidade social para essas crianças e adolescentes hospitalizados, atribuindo-lhes uma condição de “invalidez” no sistema competitivo e produtivo das sociedades capitalistas.

É preciso considerar que nem todas as crianças e adolescentes hospitalizados têm condições de participar das atividades educacionais no hospital, pois aquelas crianças que se encontram em estados graves, ou em condições bastante debilitadas de sua saúde, não tem como freqüentar as aulas. Todavia, também existem muitas crianças e adolescentes hospitalizados que apresentam condições físicas e emocionais propícias a dar continuidade aos estudos, e que estão sendo privados deste direito em muitos hospitais.

Convencionalmente em nossa sociedade, o lugar do professor esteve voltado para a escola formal. Em tempos modernos, esses lugares estão sendo cada vez mais polarizados. Não existe mais fronteira para a ação do professor. O hospital, conhecido convencionalmente como lugar das seringas, injeções e do sofrimento, passa a ser também espaço do caderno, do lápis, das tintas, do colorido, da alegria e da produção infanto – juvenil.

O professor, assim como outros profissionais das equipes multidisciplinares: psicólogos, enfermeiros, profissionais de serviço social, arte educadores, *clowns*, passam a ser mediadores dessas pessoas e seus familiares, escutando as angústias e os dramas vividos, orientando-os diante das dificuldades e no entendimento de suas patologias, auxiliando-os e desenvolvendo ações que possibilitam um melhor enfrentamento da situação de hospitalização. Para minimizar os sofrimentos aos quais as crianças e adolescentes estão submetidos, esses profissionais vem desenvolvendo diversas iniciativas para que eles se sintam incluídos nas dinâmicas sociais.

Em uma trajetória profissional de dez anos, no período de 1994 a 2004, ora atuando como professora hospitalar do Hospital Sarah de Brasília e de São Luís do Maranhão, ora atuando como pesquisadora e docente nesta área, na Universidade Estadual de Ponta Grossa, no Paraná e, posteriormente, como doutoranda na Universidade Federal da Bahia, foi

possível conhecer um pouco da realidade de algumas escolas nos hospitais destes diferentes Estados. Nesta itinerância, buscava compreender como se estruturavam as ações dos professores nos hospitais e observava que muitas situações educacionais aconteciam nas mais diversas circunstâncias. Também verificava que quando o professor ingressava no contexto hospitalar ele entrava, no princípio, em um cenário desconhecido, um pouco “assustador”, pois, se deparava com algumas patologias e situações graves de crianças e adolescentes que jamais pensara presenciar em outros ambientes. Mas, aos poucos, começava a se familiarizar com o contexto, com a afetividade das crianças e adolescentes e procurava entender a lógica da organização do lugar procurando elaborar estratégias para construir sua *práxis* pedagógica que era complexa, pois envolvia contextos de salas de aulas multisseriadas, com alunos provenientes de diversas Cidades, cursando séries diferentes, com idades diversas, escolas e currículos dos mais variados, apresentando patologias específicas. Porém, todos possuíam uma identidade comum: viviam juntos em um ambiente que não lhes era familiar e com o drama de suas doenças. Este cenário, tornava a educação um desafio constante tanto para os professores, como para alunos que freqüentavam essa escola. Neste processo, ao mesmo tempo que o professor aprendia a conviver e conhecer as fragilidades e dificuldades humanas, também conhecia a valentia dessas pessoas. Alunos e professores revelavam suas potencialidades, onde o professor aprendia que nem toda criança era tão frágil quanto aparentava e que o limite do leito não era fator limitador para aprendizagem. As poucos, o professor aprendia que as possibilidades das crianças eram maiores do que imaginava. Ele também conhecia os obstáculos que os alunos hospitalizados enfrentavam para dar continuidade a seus processos de escolarização, os limites e a potência de seus trabalhos. Todavia, cada professor enfrentava esses desafios a seu modo. Alguns conseguiam lidar tranquilamente com essas questões, outros encontravam mais dificuldades, pouco acolhimento e suporte para expressar o que sentiam e organizar sua prática pedagógica. Nesse sentido, as práticas pedagógicas eram construídas de diferentes formas que podiam ser transformadoras ou alienantes. Pelo fato do universo da criança e do adolescente hospitalizado ser ainda pouco conhecido nas instâncias educacionais e pouco explorado como *locus* de trabalho do professor e local de aprendizagens, surgiu a necessidade de compreender este cenário. Esta foi a temática principal que impulsionou a construção desta tese, cujo problema da pesquisa esteve centrado na seguinte questão: **Como se organizava a *práxis* educativa dos professores no hospital e quais as ações geradas a partir dessa *práxis*?**

Considerando que na Cidade de Salvador, dentre os trabalhos mais significativos encontra-se o “Projeto Vida e Saúde” do Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce

(OSID) busquei compreender como eram realizadas as ações das professoras para crianças e adolescentes internados nesta instituição.

Os objetivos desta pesquisa estiveram centrados em:

- Compreender e descrever as *práxis* pedagógicas das professoras no contexto hospitalar, tendo em vista o papel da educação neste ambiente como um importante recurso para a terapêutica e vida das crianças e adolescentes hospitalizados;
- Analisar as estratégias e as políticas de sentido expressa nos currículos organizados pelas professoras e o impacto desses currículos para os alunos;
- Estudar as concepções das idealizadoras do projeto a respeito do trabalho das professoras;
- Levantar indicativos para a formação de professores para atuação em escolas nos hospitais.

A opção pela perspectiva de etnopesquisa como recurso teórico metodológico deste trabalho possibilitou compreender como a relação educação/cultura/diversidade auxiliaram na construção da escola dentro da instituição hospitalar. No processo de investigação, busquei identificar a maneira como as professoras agiam com seus alunos no hospital e construíam o seu labor cotidiano, se adaptando nesse espaço convencionalmente conhecido como um “não lugar” de práticas educacionais.

O primeiro capítulo apresentou um breve histórico das escolas nos hospitais para contextualizar a condição das classes hospitalares em nosso país. No segundo, foram descritos os caminhos metodológicos percorridos para sua composição. No terceiro, foram apresentados os atores sociais e os procedimentos utilizados na pesquisa. Nos três capítulos subseqüentes, foram esboçadas as categorias analíticas levantadas a partir das narrativas dos atores sociais expressas nas transcrições dos vídeos, entrevistas e nos documentos analisados nos quais surgiram as unidades de significação que auxiliaram na interpretação dos dados. Essas categorias analíticas relacionavam-se com questões norteadoras do trabalho.

Na categoria: *A complexidade da escola no ambiente hospitalar*, expressa no quarto capítulo, foram retratadas as contradições, ambigüidades, dificuldades de adaptação das pessoas no hospital e o papel da escola neste contexto. Dentre as questões norteadoras que permeavam esta categoria estavam: Como o espaço hospitalar era vivido pelas pessoas? Quais as dificuldades e possibilidades criadas neste ambiente coletivo? Como a escola contribuía para a discussão e resolução dos problemas?

No quinto capítulo, denominado *Os etnométodos das práticas pedagógicas das professoras* foram abordadas as estratégias elaboradas pelas professoras para educarem os alunos na escola do hospital.

De acordo com Macedo (2002, p. 189) etnométodos são os métodos constituídos e relacionados às culturas dos atores sociais que eles utilizam para os fins práticos a fim de compreender e resolver os problemas cotidianos. Em relação às questões norteadoras deste capítulo referente às práticas das professoras foram realizados os seguintes questionamentos: Como as professoras construam seu trabalho no hospital? Quais os elementos de suas vivências que influenciaram na construção dessa *práxis*? Quais as estratégias utilizadas na construção do currículo em um ambiente de alunos com níveis de escolarização e idades variadas?

As características das professoras, suas itinerâncias, suas formações, e os modos como organizavam as *práxis* pedagógicas, desenvolvendo formas diferentes de educar, mostrava como cada qual buscava superar, a seu modo, os desafios do contexto.

No sexto capítulo denominado *Aprender e ensinar: alunos que se tornaram agentes no contexto multicultural da escola no hospital*, procurei mostrar como o currículo flexível e multicultural possibilitou às crianças e adolescentes hospitalizados serem produtores de cultura e educação e sentirem-se agentes do seu processo de desenvolvimento e tratamento, transformando a realidade na qual estavam inseridos. Entre as questões norteadoras apresentaram-se as seguintes indagações: Como os alunos, através das ações da professora mostravam a maneira com que lidavam com o cotidiano hospitalar? O que o currículo possibilitou àqueles alunos? Quais as transformações ocorridas no cenário?

O ambiente hospitalar pode parecer uma espaço inusitado para a intervenção pedagógica mas é rico de possibilidades, ainda desconhecidas ou pouco investigadas. Observar e analisar estes processos de comunicação e desenvolvimento das professoras com as crianças e dos adolescentes hospitalizados, focalizando a constituição dos sujeitos nos contextos hospitalares, certamente contribuirá para um entendimento melhor das mediações culturais e simbólicas as quais compõem o comportamento humano nesse ambiente onde está sendo construída uma história que até bem pouco tempo atrás não existia em nosso país.

2 A ESCOLA E A CONQUISTA DE NOVOS ESPAÇOS

2.1. INQUIETAÇÕES DE UMA PRÁXIS PEDAGÓGICA

Logo que ingressei no doutorado, achava que tudo ia ser dourado. Nos primeiros anos, tive algumas dificuldades de adaptação e foram necessárias até mesmo, mudanças de orientação. Um dos primeiros embates que tive no doutorado era tratar meu objeto de pesquisa como se fosse algo diferenciado do que eu havia pensado e vivenciado. Alguns professores da universidade pareciam ter cegueira paradigmática, como diz Morin (2000) e não enxergavam, nem tinham interesse em “escutar” a minha prática. Nos anos de trabalho com as crianças hospitalizadas, me via cada vez mais encantada com aquela molecada. Na Pós Graduação surgiu a indecisão. Tinha que chamar aquela criançada de especial, mas me questionava, por quê? Por que chamar de especial o que era igual?

Algumas crianças tinham dificuldades, outras deficiências, outras... Algumas carências.... Se elas tinham alguns dos cinco sentidos que não estavam lá muito bem estruturados, por outro lado, os que lhes restava era muito mais apurado. Em compensação, o que valia no dia a dia era a linguagem da emoção. O afeto, o carinho, a dedicação, o conhecimento e a sabedoria eram os alimentos compartilhados nas aulas das enfermarias.

Com o tempo fui aprendendo e construindo saberes de que todos precisavam ser tratados de igual para igual. Comecei a pensar em várias questões que cercavam o meu pensamento. O que precisamos saber para entender processos que sutilmente invadem o nosso subconsciente? Sem nos darmos conta, estamos cercados de crenças nas desigualdades e diferenças que vão sendo inculcadas em nossas mentes, social e historicamente.

Nesse sentido, penso na dualidade da educação. Por que tratar alguns com tanta discriminação? Por que a escola é separada em regular e especial? Na regular tudo é normal? Não existe nada de especial? Por que a escola também é separada em projetos de educação formal e educação não formal? Por que essa dicotomia? Por que os projetos de educação não formal são tratados como se fossem de segunda categoria?

A educação formal é para aqueles que estão na ordem, na norma, na forma, na fôrma? E a educação não formal é para o anormal, o diferente, o doente, o delinqüente, o

fora da ordem? O da desordem, o infrator, o delator, o desajustado, o desequilibrado, enfim... o “malvado” e tudo aquilo o que há de errado? Quem garante que na educação formal todo mundo é igual e não tem necessidade especial?

Existem muitos projetos de educação não formal que reforçam a diferenciação e a segregação. Não ensinam as crianças a ler e a escrever, alguns profissionalizam pela “metade” não ofertando reais possibilidades de integração nessa era da tão chamada globalização. Outros distraem as crianças, auxiliando-as a passar o tempo. E o tempo se vai. E as crianças crescem e não são mais crianças e também não estão preparadas para assumir novas responsabilidades. Com a maturidade, permanecem os estigmas e as discriminações. Que saberes são necessários para mudar essas ações? Mas também é preciso lembrar que existem projetos de educação não formal que investem muito no cultural, são de fundamental relevância, no entanto, a sociedade lhes atribui, pouca importância.

Quando eu trabalhava como professora no hospital do Maranhão e na pesquisa na hospital da Bahia, nunca assisti e participei de tanta apresentação cultural, tanta agitação. Tinha pianista, violinista, capoeirista, cinema, arte, mímica, poesia, alegria, teatro, dança, música, palhaço. Muita gente ia se apresentar, se doar para as crianças hospitalizadas, agradar. As crianças também eram experts em festas e, por mais que o sofrimento abalasse seus sentimentos, elas não desanimavam e viviam cada momento como se fosse uma eternidade, sem vaidades e com muita solidariedade. E eu pensava... Por que nas escolas formais em que trabalhei, existia tanta dificuldade para sair do mesmo ritual? Organizar um coral, era um sacrifício infernal. Dançar era motivador, mas tinha espaço e tempo reservado para não atrapalhar o currículo programado. Brincar, às vezes, nem pensar. Festas, eram aquelas do calendário e quase sempre com os mesmos papéis desbotados e amassados que eram re- aproveitados. Quando se inovava, “sobrava” para as professoras que tinham que fazer “vaquinha” para inverter essa ladainha e fazer uma festa melhorzinha. E era um sacrifício e esforço significativo para ver os alunos se colocarem, se apresentarem, produzirem culturalmente, mostrarem o resultado dos esforços intelectuais e grupais empreendidos na organização dos festivais, carnavais, dentre outras festas mais. Questionava-me dia a dia por que nos hospitais se sabia aproveitar e celebrar a vida enquanto, muitas vezes, nas escolas, parecia estar perdida? Na maioria dos projetos de educação não formal se prepara o malabarista, o equilibrista que se vira, buscando em cada sinal, realizar suas conquistas. Alguns deles, muito poucos, são reconhecidos e, mesmo com pouca idade, viram celebridades. Alguns aprendem com a formação cultural a avançar além do sinal e quebrar os muros das desigualdades. E, as escolas de educação formal,

continuam, muitas vezes, priorizando o intelecto, dando pouco cuidado ao afeto e ao cultural. Creio que na educação formal ainda estamos muito presos as formas e as normas. Por falta de informação, conhecimento, muitas vezes nem sabemos por onde começar a fazer as alterações. Também não sei se existem regras para arriscar, ousar e inovar.

Considero que os saberes necessários para as novas gerações são alguns elementos que, somados um a um podem trazer uma possível transformação. Não sei se dá para ser perfeito e não ter nenhum defeito, mas vale tentar e arriscar. É necessário saber lidar com os diferentes, os chamados “deficientes”, que por muito anos estiveram ausentes das preocupações governamentais ou, quando lembrados, eram tratados como segregados, sem possibilidade de mostrar os seus valores, as formas que acreditam para se relacionar, aprender, trabalhar, florescer.

Entendo que a escola no hospital é um espaço que contribui para mostrar o que as crianças e adolescentes são capazes de proporcionar à nossa sociedade, que muitas vezes se ocupa das vaidades, futilidades e se esquece da importância da educação integral para a humanidade.

2.2 O SURGIMENTO DA ESCOLA NO HOSPITAL

A Pedagogia, diante das transformações da realidade econômica, política e cultural que o Brasil enfrenta, tem feito com que cada vez mais novas tarefas sejam atribuídas para o educador e para a população a quem atende.

Para Libâneo (1999), nas relações da Pedagogia com a modernidade, a educação tem ampliado suas áreas de atuação e está presente nos meios de comunicação, nos movimentos ecológicos, nas ONGs, em alguns meios profissionais, sindicais, políticos, nos quais, assiste-se a uma redescoberta do pedagógico, a ponto de se falar em uma “*sociedade pedagógica*”. Ele considera também que nesta extensão, a ação pedagógica extrapola a sua atuação para outros âmbitos além da escola: como a pedagogia familiar, a pedagogia profissional, social, sendo que as ações pedagógicas realizadas nos serviços de saúde são denominadas práticas educativas extra-escolares. Neste sentido, os profissionais que trabalham nestas modalidades de ensino distinguem-se em dois aspectos: 1) aqueles que exercem de forma sistemática essas atividades e 2) aqueles que ocupam parte de seu tempo nas mesmas e são classificados como formadores, animadores, instrutores, organizadores, técnicos, consultores, orientadores, que desenvolvem atividades pedagógicas (não escolares)

em órgãos públicos, privados e públicos não estatais, ligadas às empresas, à cultura, aos serviços de saúde, promoção social, etc. A educação, portanto, já não está mais circunscrita aos muros da escola. Ela acontece através da mídia, em diferentes locais como hospitais, presídios, na rua. Há de se considerar que, quando os educadores começam a sair dos muros da escola e frequentar ambientes diversificados, a educação assume características bem peculiares, que se difere um pouco das instituições educacionais formais, mas também conservam elementos comuns. É necessário lembrar que essas formas de educar têm compromissos significativos com a formação de quem se educa e quem é educado.

Luckesi (2000), ao analisar as implicações da educação na vida dos educandos, considera que:

A educação, nos seus diversos âmbitos, familiar, religiosa, não formal, formal, tem a possibilidade de mediar uma construção sadia da vida. Na medida em que grande parte da população mundial passa por ela, é imenso o poder que tem a educação de interferir numa direção sadia a ser dada à vida. (LUCKESI, 2000, p. 10).

Portanto, esses diferentes cenários educativos estão constituindo a cultura da educação escolar atual que vem sendo alterada em função das transformações sociais.

Lajonquiére (1999) argumenta em sentido contrário a esta modificação das funções da escola na sociedade moderna. Para ele, está ocorrendo uma renúncia do professor ao ato educativo na medida em que estão sendo criados cuidados paralelos na educação. Tais atitudes estariam fazendo com que a especificidade do ensino fosse esquecida.

Nóvoa (2002) considera que a escola atualmente está enfrentando uma crise devido ao fim do “Estado educador” e está em um momento de transição, uma zona intermediária, que atende, tanto aos interesses do Estado, como do setor privado, que estão oportunizando novos espaços públicos de educação. Ele propõe um “novo” espaço público da educação, que não se limite a pequenos retoques na escola pública estatal. Desta maneira, defende a idéia de que é preciso renovar a escola como espaço público a partir do enfrentamento de três dilemas que influenciam na profissão docente: a necessidade do professor saber se relacionar com a comunidade; saber se organizar para ter autonomia em seu trabalho e saber analisar os fenômenos educativos através do conhecimento. Esses três aspectos, redefiniriam a presença dos professores no espaço público da educação.

Nóvoa cita o livro “Sociedades sem Escolas” do pesquisador Illich, que na década de 70, apregoava a idéia de que a escola não resistiria as crises que enfrentava. No entanto, ressalta o fato que, apesar das críticas que foram realizadas: “ Nos últimos trinta anos assistiu-se a um crescimento dos sistemas escolares, que foram invadindo todos os espaços e

tempos da vida. O apelo recente à educação e formação ao longo da vida é o episódio mais recente de um longo processo de escolarização da sociedade.” (Nóvoa, 2002, p. 13).

Para Nóvoa, a “crise” da escola em tempos modernos, tem criado espaços alternativos para proteger as crianças, tais como: escolas comunitárias, escolas em ambientes religiosos, ensino doméstico (aulas em casa), os “cheques –ensino” (modalidade portuguesa para atender as populações desfavorecidas) e práticas de voluntariado. Ele considera que, como não se tem uma unicidade nas ações, pois existe uma multiplicidade de soluções e políticas, ainda não se tem elementos que permitam avaliar rigorosamente o impacto acadêmico e social destas políticas. Todavia, está ocorrendo uma renovação da educação como espaço público. Para ele, repensar a educação como espaço público, implica em compreender as razões que impediram a escola de cumprir muitas de suas promessas históricas. Estas reflexões possibilitam reconciliar a escola com a sociedade e chamar a sociedade para dentro das escolas.

Na realidade brasileira é preciso discutir o papel e a necessidade do Estado em relação às Políticas Públicas para educação e para o cuidado integral com as crianças e adolescentes, entretanto, é preciso considerar também que os movimentos de expansão da educação não formal que vem expandido no Brasil, têm-se inserido nas “brechas” das funções que a escola, o Estado e a educação formal, têm deixado de cumprir, assim como também representa a elaboração de uma outra ordem no sistema escolar. Nas escolas formais, em sua grande maioria, por ainda predominar, um modelo excludente, uniformizador e segregacionista, tem tido dificuldades de cumprir o seu papel em relação às minorias, nas quais se inserem as crianças e os adolescentes hospitalizados. Quando uma criança que está sendo escolarizada é internada em um hospital, muitas vezes, muitos professores das escolas de origem não se preocupam com o que está ocorrendo com ela. Para muitos desses professores, as condições precárias de trabalho associados ao desinteresse pela realidade dos alunos faz com que essas crianças sejam esquecidas. Os movimentos de determinados setores da sociedade civil em prol da educação não formal têm procurado atender as essas demandas, possibilitando outras formas de educação na sociedade brasileira, não somente as tradicionalmente existentes.

Na década de 90 no Brasil, por força dos movimentos sociais e ações do poder público, foram criadas leis como o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990) e a lei dos Direitos das Crianças e dos Adolescente Hospitalizados (BRASIL, 1995) elaborada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pelo Conselho Nacional dos Direitos

da Criança e do Adolescente (CONANDA). Essas leis visam a proteger a infância e juventude e servir como instrumento para garantia de uma sociedade mais justa.

De acordo com Ceccim e Carvalho, na Resolução n.41, de 13 de Outubro de 1995 da lei dos Direitos das Crianças e dos Adolescente Hospitalizados, chancelada pelo Ministério da Justiça, existem vinte itens em defesa da criança e jovens hospitalizados. (ANEXO A).

Dentre os artigos apresentados está previsto o direito à educação: “Artigo 9. Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programa de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar”. (CECCIM; CARVALHO, 1997, p. 188)

Embora esteja previsto por lei que as crianças tenham acompanhamento pedagógico no hospital e que existam professores para realizá-lo, os hospitais, de modo geral, quer sejam públicos ou privados, têm feito muito pouco para possibilitarem à criança hospitalizada dar continuidade aos seus estudos; salvo raras exceções que têm se preocupado em atender as necessidades biopsicosociais dessa população. Também os órgãos públicos, os educadores e a sociedade em geral, pouco reconhecem esses espaços educativos como uma modalidade oficial de ensino em nosso país, pois são raras as Secretarias de Educação que implantam essas práticas educativas nos hospitais, garantindo-lhes apoio e assistência.

O pesquisador Aquino (2000), ao discutir a questão da escolarização das crianças e adolescentes hospitalizados, considera que ainda há muito por se fazer nessa área devido ao descaso com que a própria sociedade trata essa questão. Ao discutir o papel do professor no hospital, as condições dos alunos e a diferença da hospitalização, considera que existem um distanciamento muito grande entre o que denominamos de democracia política e democracia social. Para ele:

[...]não basta democratizar o país na esfera política se não houver democracia também nas instituições que regem o dia a dia. E essa é a tarefa principal de nossa geração. [...] Por que, por um lado, excedemos em compaixão quando às crianças “diferentes” do padrão (e aí incluída a criança hospitalizada) e, por outro lado, proporcionamos sua invisibilidade e seu silenciamento civil? Em termos mais concretos, por que temos tido tanta dificuldade de garantir espaços sociais de fato inclusivos, e, para todos?(AQUINO, 2000, P. 25).

É preciso destacar que já existem movimentos da sociedade civil que vem atuando em prol da educação para crianças e adolescentes hospitalizados e estão começando a se expandir, mesmo que lentamente. Nesse processo, vale lembrar que muitos jovens e estudantes universitários são hospitalizados, por motivos diversos e têm tido dificuldades em dar continuidade a seus estudos, mesmo tendo condições de concluí-los. Esses jovens também

têm sido silenciados. Neste trabalho, será tratada especificamente a questão da educação de crianças e adolescentes hospitalizados no Brasil.

Segundo dados de Fonseca (1999a), esta educação iniciou-se desde 1950, com a primeira Classe Hospitalar no Hospital Jesus no Rio de Janeiro. Mas, essa modalidade de ensino só foi reconhecida em 1994 pelo Ministério da Educação e Desporto - MEC.

A expansão das escolas em hospitais no Brasil vem ocorrendo com muitas indefinições sobre sua identidade, principalmente no que se refere ao seu caráter de pertencimento, pois não se tem muito claro se essa modalidade de ensino faz parte da Educação Especial ou da Educação Geral. Existe uma polaridade e dicotomia nas classes hospitalares implementadas, pois ou pertencem a educação regular, ou a educação especial.

Entretanto, embora as escolas nos hospitais ainda não tenham uma clareza na sua identidade, estão em fase de expansão em nosso país, em vias do seu reconhecimento, assim como em vários países do mundo e começam a surgir as produções acadêmicas a respeito deste assunto.

Na França, de acordo com Rosenberg-Reiner (2003, p.16) a primeira escola no hospital foi implantada em 1929 por Marie- Luoise Imbert. Na década de 40, foi criada a associação *Animation, Loisirs à l'Hôpital* (Animação, Lazer no Hospital) e na década de 80 foi fundada a *Associação para a melhoria das condições de hospitalização das crianças* – (APACHE), vinculada a *European Association for Children in Hospital* (Associação Européia para Criança em Hospital - EACH) que reúne várias entidades no país em defesa dos direitos das crianças e adolescentes hospitalizados. Existem Associações específicas com objetivo de dar continuidade a escolarização da criança hospitalizada e são constituídas por professores aposentados, professores da Educação Nacional e voluntários que acompanham as crianças nos hospitais e também na alta, antes do retorno à escola regular. Segundo Rosenberg-Reiner, na França, essa associação conta com 3.600 professores e é similar a associação que organiza as bibliotecas nos hospitais.

Em Portugal, a Carta da Criança Hospitalizada (2000), inspirada nos princípios da Carta Européia da Criança Hospitalizada, aprovada pelo Parlamento Europeu em 1986, também reflete as preocupações com projetos de humanização nos hospitais, com o bem estar da criança hospitalizada e os aspectos educativos. O princípio 7 da Carta de Portugal propõe que: “ O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no de pessoal e da segurança.” (MOTA, 2000, p. 58).

Também existe a preocupação com a continuidade da escolarização dessas crianças e de um ambiente acolhedor no período enquanto permanecem internadas:

As necessidades educativas não se esgotam com o aspecto lúdico, mas quando se trata de uma hospitalização prolongada a criança deverá frequentar a escola e ter oportunidade de dar continuidade à sua aprendizagem. A escola deveria ser um local atraente e suficientemente apelativo tanto em material didático como na sua localização dentro do hospital – dever ter um fácil acesso, com luz natural proveniente de janelas amplas onde o “lá fora” fosse agradável, ajardinado, onde os pássaros povoassem as árvores e a natureza fosse o prolongamento natural das salas de aulas. (OLIVEIRA, 2000, P. 61)

Na Espanha, a escola no hospital vem sendo cientificamente estudada desde a década de 80. Cabanas *apud* (GONZÁLES-SIMANCAS; POLAINO-LORENTE, 1990) faz referência ao crescimento da Pedagogia Social em seu país através da pedagogia penitenciária, ambiental e a hospitalar. Essas diferentes instâncias vem buscando o seu reconhecimento profissional. Eles consideram a Pedagogia Hospitalar como um novo ramo, tanto de investigação, de ampliação da atividade profissional do pedagogo quanto de educação permanente da pessoa e descrevem:

A Pedagogia Hospitalar se trata, de um trabalho de equipe, tanto no terreno prático como no teórico. No fundo se pretende atender as necessidades fundamentais da pessoa enferma, as necessidades humanas que perpassam a ação comum do pessoal sanitário, muitos centros hospitalares já tem uma pessoa especializada (assistente social, serviço pastoral...) para tais funções; mas estas devem ampliar-se, e já é chegado o momento de programar especificamente todo um serviço educativo no hospital. Com isto o campo educativo se amplia, a Pedagogia Social cresce e os pedagogos se tornam mais necessários. Cabanas (*apud* GONZÁLES-SIMANCAS; POLAINO-LORENTE 1990, p. 11)

É possível verificar, que assim como na Espanha, França e Portugal, já existe no Brasil esse movimento de extensão da prática pedagógica para diferentes ambientes e de preparação de profissionais de educação para atuarem nesses espaços. Alguns esforços têm sido realizados a fim de divulgar essas práticas para superar os desafios desta obscuridade. Dois congressos já foram realizados no Brasil e contribuíram de forma muito significativa para a troca de experiências entre os profissionais e a organização dos saberes. O primeiro Congresso foi realizado no Rio de Janeiro em 2000, que resultou na publicação do Anais, Fonseca (2001) e o segundo Congresso em Goiânia em 2002. O terceiro Congresso foi realizado na Cidade de Salvador em dezembro 2004. Alguns Estados como Goiás, Paraná e Bahia organizaram encontros regionais, mas são necessários mais eventos, para que haja uma

maior integração entre os professores que atuam nos hospitais e os professores da rede pública e privada que também atendem à crianças que sofrem constantes internações.

No Primeiro Congresso de Classes Hospitalares, realizado no Rio de Janeiro em 2001, procurou-se sistematizar os dados nesta área e foram iniciadas algumas discussões no que se refere a esta inclusão das Classes Hospitalares na Educação Especial. A problemática da identidade da Classe Hospitalar e conseqüente necessidade de Políticas Públicas para esta área, principalmente no que se refere a formação dos professores, foi apontada por Carvalho:

No caso das classes hospitalares, considerando-se que a natureza das ações que nelas se desenvolvem são de cunho pedagógico - educacional, penso que devam realmente constar de documentos de Políticas Educacionais. Se entendermos a educação como um direito de todos, sem necessidade de dicotomizar o processo em regular e especial, eu diria que essa modalidade de atendimento educacional deve compor o elenco das ofertas que a educação, enquanto função social, deve prever e prover, por meio dos sistemas educacionais para todos os alunos. Todos!. Em outras palavras, quero dizer que, se já tivéssemos – os que pensamos ou que decidimos a educação escolar – internalizado a proposta inclusiva como melhoria da qualidade de oferta educativa para qualquer aluno, esteja ele onde estiver, então não precisaríamos colocar as classes hospitalares como modalidade de atendimento educacional escolar da educação especial, ainda entendida como sub-sistema paralelo à educação regular. (CARVALHO, 2000, p.21).

Como é possível observar, as classes hospitalares estão incluídas na política educacional, ainda de forma muito secundária e como um sub sistema da educação regular.

Kosinski (1997) também já vem discutindo essa dificuldade da identidade das Classes Hospitalares no Brasil. Para ela, o fato de não existir uma política clara de atuação dos profissionais nesta área e um descaso do Estado em relação a esse tipo de educação, faz com que existam muitas indefinições nas práticas que vem sendo realizadas. Em visitas realizadas a diversas classes no Brasil, a pesquisadora verificou que muitos professores procuram levar para o hospital formas tradicionais da escola, que não correspondem as demandas do contexto. Nesse sentido, ela descreve que:

Em alguns hospitais públicos existem as chamadas classes hospitalares. São “anexos” das escolas públicas municipais que, na verdade, utilizam espaços que deviam estar ocupados por mais leitos pediátricos, laboratórios e consultórios e não estão, por descaso das autoridades com a saúde pública. Essas “classes” sofrem um problema de identidade: sendo anexos de uma escola da rede municipal, não fazem, de fato, parte de escola alguma; por outro lado, embora funcionem dentro do hospital, não fazem parte dele. O atendimento prestado é de tal forma inadequado que ela só perpetua há quatro décadas graças a inércia e à indiferença das elites governamentais. O que precisamos mesmo é olhar a enfermaria pediátrica de modo novo, um modo de olhar que talvez possa ser aprendido na pedagogia clínica, quando a pedagogia clínica existir. (KOSINSKI, 1997, p. 75).

Ao analisar a diversidade das classes hospitalares de forma crítica e contundente, Kosinski apresenta aspectos significativos ao situar o espaço em que essas classes estão inseridas e a precariedade de seus funcionamentos. São tratadas como se fossem experiências isoladas em nosso país, existindo a necessidade de um olhar mais cuidadoso para a questão. Todavia, embora a crítica seja pertinente, não se pode negar que muitos professores hospitalares têm conseguido, mesmo com o descaso do Estado, resultados bastante positivos com as crianças hospitalizadas. Entretanto, apesar de seus esforços, esses professores também parecem continuar “invisíveis” perante o Estado.

A pesquisadora Carvalho (2000), também faz críticas às Políticas Públicas no Brasil em relação a distância entre o que se fala e as ações efetivas. Em relação as classes hospitalares, a autora defende que, apesar de algumas pessoas esforçarem-se para socializar a educação hospitalar a todas as crianças, sentem-se frustrados, por dependerem da vontade política e das decisões de muitos. Entretanto, sua posição se difere de Kosinski (1997) quando Carvalho (2000,p.19) apresenta uma concepção diferenciada sobre o trabalho dos professores hospitalares. Ela considera que as classes hospitalares, embora em número insuficiente, já estão acontecendo e justificando a própria existência, graças à dedicação e ao profissionalismo de uma equipe de idealistas.

A inserção das classes hospitalares pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), nas *Políticas de Educação de Educação Especial* ocorreu somente em 1994, como meio de definir responsabilidades quanto à execução do direito das crianças e adolescentes hospitalizados à educação e definia classes hospitalares como: “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).

Em 2001, também nas *Diretrizes Nacionais para a Educação Especial no Brasil* (BRASIL, 2001) re - apareceu essa preocupação com as classes hospitalares, bem como em um outro documento, *Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar*¹, publicado pelo MEC (BRASIL, 2002) com objetivo específico de estruturar ações políticas de organização do sistema de atendimento educacional em ambientes hospitalares e domiciliares.²

É preciso destacar que o MEC utiliza esse termo classe hospitalar nos seus documentos. Entretanto, considero que o termo mais apropriado é escola no hospital, pois

¹ Fui convidada pela Secretaria Estadual de Educação do Paraná para ser parecerista deste documento. Enviei minhas sugestões, mas poucas alterações foram realizadas no documento original.

² Documento disponível em <<http://www.mec.gov.br/seesp/classe1.shtm>> Acesso em 17 agosto de 2004.

classe hospitalar não consegue abranger a completude desta instituição. Atualmente, já existem movimentos de estudiosos da área que vem procurando modificar esse conceito de classe hospitalar para escolas hospitalares.

Em levantamento realizado no Brasil sobre Atendimento Pedagógico Educacional para Crianças e Jovens Hospitalizados em nosso país, a pesquisadora Fonseca constatou em sua pesquisa que:

No Brasil, há 30 classes hospitalares distribuídas e em funcionamento em 11 unidades da Federação (10 Estados e o Distrito Federal). Esse tipo de atendimento, decorre, em sua maioria, de convênio firmado entre as Secretarias de Educação e Saúde dos Estados. São 80 professores atuando nessas classes atualmente que atendem em média mais de 1.5000 crianças/mês na faixa etária de 0 a 15 anos de idade. (FONSECA, 1999, p. 7).

Fonseca também apresenta um site na *internet*³ para o cadastro de classes hospitalares no Brasil. De acordo com suas informações a respeito da atualização de dados em 2003, a oferta de atendimento pedagógico educacional no Brasil aumentou em 175% nos últimos cinco anos, sendo que as classes foram ampliadas para 85, distribuídas em 14 estados brasileiros e no Distrito Federal⁴. Embora as práticas educativas venham se ampliando (apesar de ainda representarem um número muito pequeno em nosso país), não se tem muito claro, na maioria dessas práticas, os referenciais teóricos que fundamentam os trabalhos, bem como as diretrizes para formação desses professores pois a construção de saberes para atuação de professores nas escolas nos hospitais ainda é muito incipiente.

Muitos impasses têm ocorrido para a concretização dessas práticas. O primeiro impasse manifesta-se desde a forma como alguns projetos educativos vem sendo implantados, a seleção dos professores até o acompanhamento desses projetos. Em muitos hospitais, alguns professores começam a trabalhar com total despreparo para exercer a função, pois este tipo de trabalho não requer somente a formação acadêmica, mas habilidades específicas de uma *práxis* pedagógica complexa que envolve diferentes aspectos no trabalho cotidiano como: sensibilidade para atuar com crianças, adolescentes e famílias fragilizadas, conhecimento da realidade hospitalar e das patologias, habilidade para lidar com diferentes grupos de alunos, pais e com as equipes multidisciplinares, capacidade de elaboração e estratégias didáticas para atender alunos provenientes de diversas regiões e com diferentes conteúdos escolares, abertura para o outro, independente de sua condição física, econômica e social, respeito às

³ Informação disponível em < <http://www2.uerj.br/~escolahospital/associacao.htm> > Acesso em 03 junho de 2004

⁴ Na cidade de Salvador existem 4 Classes Hospitalares relacionadas com a prefeitura e 1 do Hospital Sarah.

diferenças de etnia, raça e religião, dentre vários outros aspectos que envolvem o fazer pedagógico nessas instituições.

Um segundo impasse na atuação destes professores, diz respeito a definição da identidade das chamadas Classes Hospitalares e a nomenclatura mais adequada. Para se discutir as diretrizes para a formação de professores nessa área é preciso considerar as diversas práticas educacionais existentes e pensar em condutas específicas para a formação desses profissionais. Existem diferentes práticas educativas. Há locais nos quais os professores são concursados como os Hospitais da Rede Sarah, em outras instituições, os professores são ligados às Secretarias de Educação e as ações são realizadas cotidianamente com as crianças, como também existem práticas que são realizadas de forma voluntária, uma vez por semana nas instituições hospitalares e que se intitulam de Pedagogia Hospitalar ou Classes Hospitalares. Normalmente, essas práticas priorizam o aspecto lúdico nas atividades com as crianças e adolescentes hospitalizados, o que é significativo, mas insuficiente para atender as necessidades das crianças, quanto aos objetivos da escolarização e acompanhamento destas no hospital. Isso implica rever significados e o papel dos professores nessas formas diferenciadas de interagir.

Considero que as ações sistemáticas cotidianas de educação nos hospitais deveriam ser denominadas de escolas hospitalares, uma vez que, o cotidiano do hospital será sempre uma grande escola, escola esta que é pouco visualizada e sentida em ações esporádicas e eventuais dos professores que vão uma vez por semana aos hospitais e que têm objetivos diferenciados. Nesse sentido, um desafio a ser pensado refere-se às discussões desses conceitos para que sejam traçadas diferentes políticas quanto as formas de atuação.

Um outro impasse que ocorre diz respeito ao paradoxo existente entre a concepção do Ministério da Educação e a realidade existente das classes hospitalares quanto a formação e atuação dos professores. Segundo documentos do MEC no que se refere a este aspecto, a *Política de Educação Especial* de 2001 (BRASIL, 2001) propõe em suas diretrizes que seja: “trabalho desenvolvido por professores da educação especial, com alunos que estejam hospitalizados e atendimento domiciliar, atendimento educacional prestado no âmbito familiar” (BRASIL, 2001, p. 35).

Quanto à formação do professor, no documento de 2002, já existe uma redefinição de conceitos. Neste documento, não necessariamente o professor deve ser de educação especial: “O professor deverá ter formação pedagógica **preferencialmente** (grifo da autora) em Educação Especial ou em cursos de Pedagogia ou licenciaturas.” (BRASIL, 2002, p. 22).

Em relação aos recursos humanos, no documento do MEC de 2002 (BRASIL, 2002, p.21–22), existe uma proposta de ampliação desses recursos. As diretrizes além de contemplarem o professor para atuação direta com os alunos, também visualizam a inserção do professor coordenador e de profissionais de apoio para ajudarem o professor hospitalar em suas funções.

Entretanto, embora o MEC enfatize a necessidade da educação especial do professor hospitalar, não é essa a realidade que acontece. O que se verifica em relação aos professores que estão em exercício atuando na área hospitalar, é que, em sua grande maioria, eles não possuem formação em Educação Especial. Normalmente os professores são formados (ou estão cursando) Pedagogia ou outras licenciaturas. Em relação a coordenação pedagógica e aos profissionais de apoio, poucos professores hospitalares contam com este tipo de serviço. Entretanto, no exercício docente da maioria dos professores hospitalares, apesar dessas dificuldades e sem formação específica, o que se observa é que não há dicotomia professor de classe comum e professor de educação especial. Eles são professores polivalentes, atendem crianças e adolescentes, muitas vezes na faixa etária de 0 a 16 anos de idade, independente de suas condições de aprendizagem, suas limitações e potencialidades. Alguns professores, que não têm formação específica, têm conseguido superar os impasses colocados no hospital e vencer os desafios elaborando estratégias próprias e criando mecanismos criativos de atuação para lidar neste contexto atendendo a diversidade dos alunos. Outros, procuram mesclar práticas de ensino tradicionais com práticas progressistas, em que o professor é centralizador em alguns momentos e em outros possibilita aos alunos serem agentes do processo de educação. Entretanto, existem aqueles professores que não conseguem vencer as dificuldades da escola no hospital e acabam reproduzindo práticas educativas tradicionais rígidas e centralizadoras, tornando o fazer pedagógico cotidiano deste professor monótono, desinteressante e estressante para as crianças e adolescentes hospitalizados. Por falta de orientações adequadas esses professores acabam, em muitos casos, perpetuando práticas educacionais homogeneizadoras, excludentes e segregacionistas que não atendem à pluralidade e aos aspectos multiculturais que estão presentes nas classes hospitalares. Nesse sentido, ao invés das práticas educativas estarem possibilitando às crianças e aos adolescentes superarem as dificuldades que encontram no cotidiano, acabam gerando um duplo sofrimento para essas crianças e adolescentes: o da hospitalização e da exclusão nas classes hospitalares. Deste modo, a formação e preparação desses professores para o trabalho é uma questão que merece ser discutida.

Therrien (2002) descreve que existem diferentes facetas para o professor exercer sua docência. Para ele, o processo de educar envolve saberes disciplinares e curriculares, saberes de formação pedagógica, da experiência profissional, saberes da cultura e do mundo vivido na prática social. Essa pluralidade de saberes é apropriada pelos professores que aos poucos vão imprimindo, em suas trajetórias profissionais, as marcas de suas identidades. Mas não basta demarcar essa identidade. Para assegurar a cientificidade e competência no trabalho é preciso que o professor seja sempre um sujeito reflexivo e pesquisador, que domine a complexidade de seu trabalho.

É preciso também que o professor receba orientações e tenha espaço para discutir os seus problemas. Há um descaso de órgãos públicos que implantam os projetos educacionais e que não os acompanham, não oferecendo assistência à questões básicas de uma sala de aula como: o suporte de material pedagógico e sua manutenção, a escuta dos problemas e das conquistas vivenciadas por esses professores, assim como a formação contínua no trabalho para atender as suas necessidades. Mas, mesmo assim, alguns professores buscam vencer esses desafios e aprimorar seus conhecimentos.

Amaral e Silva (2003, p.2), após terem realizado pesquisa em classes hospitalares na Cidade do Rio de Janeiro, constataram que do ponto de vista da formação acadêmica dos professores que estão atuando nesta área: “(...) predominou a formação universitária, havendo significativa presença de pós graduandas.” Fonseca (1999, p.35) também constatou que 46% dos professores que atuam nos hospitais têm nível superior. Ela considera que “(...) as exigências da classe hospitalar impulsionam estes professores ao aperfeiçoamento.” Nota-se portanto, que muitos professores querem aperfeiçoamento para suprir as possíveis “brechas” que tiveram em suas formações.

De alguns anos para cá, embora esteja ocorrendo um crescimento significativo dos movimentos para re-humanizar os ambientes hospitalares, ainda existe uma significativa ausência de disciplinas e cursos que enfoquem a educação da criança e do adolescente hospitalizados nos cursos de Pedagogia e licenciaturas. A partir da década de 90, em nosso país, por iniciativas individuais de alguns docentes, nos cursos de graduação de Pedagogia, começaram a surgir as primeiras preocupações com a inserção desta temática na formação dos professores. Essa inserção tem ocorrido de formas diferenciadas: alguns docentes, como Alessandra Barros no curso de Pedagogia na Universidade Católica de Brasília em 2001, conseguiu implantar na grade curricular uma disciplina que aborda especificamente a questão da educação em hospitais. Outros docentes, distribuídos pelo Brasil, que ministram disciplinas como: Distúrbios de Aprendizagem, Psicologia da Educação, Psicologia do Desenvolvimento,

Educação Especial, Educação Inclusiva, têm se preocupado em apresentar essa temática a seus alunos, apresentando-a de maneira secundária, pois não é o foco principal das disciplinas em questão. Há também a modalidade de docentes responsáveis por estágios de estudantes que, através de estágios curriculares e Projetos de Extensão em Universidades, levam estudantes de Pedagogia aos hospitais e de formas diferenciadas: existem estágios contínuos, cursos de extensão e estágios que ocorrem esporadicamente nos hospitais nos quais se discutem a formação de professores para essa área. Ricardo Ceccim, desde 1998 na Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS/RS, já oferecia curso de extensão nesta área. Elizete Matos, docente da Pontifícia Universidade Católica do Paraná PUC/PR, em 1995, realizava Projeto de Extensão com alunas de Pedagogia no Hospital Pequeno Príncipe em Curitiba e Juliana Dallarmi Gil, da Universidade Estadual de Ponta Grossa UEPG/PR, em 1998 também levava suas alunas no Hospital da Criança em Ponta Grossa. Muitos outros projetos devem estar sendo desenvolvidos, estes são apenas algumas amostras dessa realidade.

No que se refere às pesquisas nas Universidades, algumas instituições, através do Programa P.I.B.IC/CNPq e outras agências de fomento à pesquisa, têm propiciado aos acadêmicos de Pedagogia desenvolverem projetos sobre educação na área hospitalar. É o caso das seguintes universidades: Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS/RS, Universidade de Santa Maria USM/RS, Universidade Estadual do Rio de Janeiro UERJ/RJ, Universidade de Brasília UNB/DF, Universidade Federal da UFBA/BA, Universidade Federal do Paraná UFPR/PR, Universidade Estadual de Ponta Grossa UEPG/PR, Pontifícia Universidade Católica PUC do Paraná e PUC de Campinas. Quanto aos programas de pós-graduação no Brasil, mais especificamente nos cursos de Educação, em nível de *latu sensu*, estão começando a surgir os primeiros cursos de especialização que tratam especificamente de Pedagogia Hospitalar, Pedagogia Social e outros cursos de psicopedagogia que abordam esse tema, mesmo que de forma secundária. Nos cursos de Pós Graduação *stricto sensu*, já existem algumas dissertações de mestrado e teses de doutorado que abordam a especificidade da educação em hospitais, atentando para questões relativas à formação dos professores. Cabe destacar as produções de Ribeiro (1993), Matos (1998), Taam (2000) e Fontes (2003), porém, ainda são poucos programas de Pós Graduação que contemplam em suas linhas de pesquisa a educação para crianças e adolescentes hospitalizados. É necessário enfatizar que esses cursos de formação precisam ser criteriosos, pois se os professores forem mal preparados, cria-se um circuito perverso. O profissional pode não vir a atender as necessidades das crianças e adolescentes hospitalizados, gerando relações conflituosas nas relações com os outros membros da equipe do hospital.

As idéias apresentadas por Mittler, pesquisador inglês quando esteve no Brasil, podem apresentar algumas perspectivas e caminhos para busca de soluções de alguns de nossos problemas, embora, seja importante a reflexão proveniente das nossas características e adequações.

Mittler (1999), apresenta a forma como a educação da Inglaterra é estruturada e relata que em seu país, atualmente, existem leis que obrigam todo curso de formação de professores a incluir componentes que tratam da educação especial. Mas, ao mesmo tempo, descreve que quando essas ações foram iniciadas, existiu uma discussão do termo Educação Especial, pois o mesmo remetia às pessoas a idéia de que os profissionais de educação necessitavam ter uma formação especializada, serem *experts* para trabalhar com crianças em situações diferenciadas. Ele considera que este aspecto acabava segregando essas crianças. Nesse sentido, a formação do professor começou a ser voltada para preparar o professor para entender todas as escolas como lugares diversificados e responsáveis por todas as crianças. Desta forma, os cursos de Pedagogia inserem disciplinas teóricas incluindo como parte natural do programa, conteúdos referentes a diversidade, individualidade, minorias étnicas, multiculturalismo e incluem deficiências (*disability*), insuficiência e diversidade como parte natural de todo curso. Ele aborda a seguinte questão:

(...) nós cometemos um terrível erro nos últimos cem anos, com a melhor das intenções. Pensávamos estar trabalhando no interesse das crianças, criando uma aura mística sobre crianças com necessidades especiais, dizendo que cuidar delas requer habilidade especial. Não estou dizendo que ninguém deva ter treinamento especializado, mas que o professor não especialista também pode fazê-lo. Contudo, em um país como o Brasil, com professores que precisam de treinamento e apoio, há formas de dar isso a eles. Eles devem agir politicamente. No país de Paulo Freire nem seria necessário lembrar isso. O professores têm que agir politicamente, não só no sentido de pedir dinheiro e melhores condições de trabalho, mas também de pedir apoio para atender as crianças que eles não haviam previamente atendido (MITTLER, 1999, p. 15).

Essas referências de Mittler nos levam a pensar na importância da interdisciplinaridade e do multiculturalismo na formação de professores em nosso país.

Nesse sentido, é preciso pensarmos em mecanismos para integrar diferentes saberes e considerar que, na formação de professores em nosso país, ainda estamos preparando pouco os educadores para lidarem com a diversidade de alunos que compõem esse nosso país plural, como as crianças: hospitalizadas, em situação de risco, crianças de rua, indígenas, negras, mestiças e todas aquelas que durante muito tempo foram consideradas minorias silenciadas pelas políticas educacionais.

2.3 A EDUCAÇÃO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS: PORTADORES DE NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS?

Conceituar criança e adolescente hospitalizado e sua escolarização não é uma tarefa simples, pois este universo apresenta uma complexidade significativa que não pode ser desprezada. A categoria criança hospitalizada é muito ampla, pois existe uma infinidade de enfermidades e de situações de hospitalização.

Normalmente, as instituições hospitalares concebem a criança hospitalizada como pertencente a faixa etária de 0 a 12 anos e os adolescentes correspondem dos 12 aos 16 anos de idade. Em alguns casos, as enfermarias são comuns para estas diferentes faixa – etárias, em alguns casos, as crianças e adolescentes são agrupados por idades e patologias. Existem diferentes tipos de patologias que os acometem, algumas mais graves, outras menos, assim como existem diferentes tipos de internações e especialidades pediátricas variadas para atendê-los.

O que há de se ressaltar é que, nos hospitais, muitas vezes chegam crianças e adolescentes seriamente comprometidos em relação a sua saúde e a funções essenciais como a própria respiração, por exemplo, pois necessitam de máquinas para respirar; outros foram queimados e têm algumas de suas funções comprometidas; outros precisam realizar hemodiálise constantemente; outros fazem tratamentos quimioterápicos; ou seja, essas crianças e adolescentes têm muitas dificuldades de frequentar uma escola regular e normalmente passam anos nos hospitais. A maioria não apresenta comprometimento cognitivo, podem apresentar alguns comprometimentos emocionais em função das questões que a doença e o tratamento lhes trazem, mas muitos podem acompanhar normalmente os conteúdos escolares que estão sendo trabalhados em suas escolas. Existem também aquelas crianças que sofrem acidentes ou lesões graves e que perdem algumas de suas funções motoras. Existem aqueles que nasceram com síndromes que podem acarretar prejuízos cognitivos e também enfermos que apresentam doenças degenerativas que podem ou não comprometer suas funções intelectuais e motoras. Existem nas enfermarias crianças portadoras de necessidades educativas especiais que podem ser deficientes auditivos, visuais e mentais ou apresentar deficiências múltiplas, em muitos destes casos, dependendo de uma avaliação pedagógica, pode ocorrer ou não a necessidade de um atendimento educacional especializado. Isso vai depender da especificidade de cada caso. Existem aquelas crianças que são internadas por desidratação, diarreia, pneumonia, asma e doenças da infância que não necessariamente precisam ter suas atividades escolares interrompidas. E, existem também as

crianças que precisam ficar em isolamento como o caso de crianças com meningite e doenças infecto contagiosas, que durante um certo período, não podem ter contatos com muitas pessoas. Nestes casos, durante a hospitalização, em alguns períodos mais graves, faz-se necessário que essas crianças interrompam suas atividades escolares devido as circunstâncias nas quais se encontram.

Mas, com todos esses diferentes quadros e descrições, o que parece ser comum, na maior parte das crianças e adolescentes internados nos hospitais públicos do Brasil, é que são marcados pela miséria e por apresentarem o ciclo internação, re-internação nos hospitais. São crianças que também não tem seus direitos assistidos de forma digna pelo Estado.

Na tese de doutorado de Lima (2002, p. 245) intitulada: “Direito à saúde: garantia de um direito humano para crianças e adolescentes”, estão presentes as dificuldades econômicas, sociais que cercam o universo de muitas crianças que são hospitalizadas, bem como a ausência do Estado na proteção integral às crianças. Lima, como Enfermeira e Juíza defensora dos direitos da Infância e da Adolescência estudou o caso de Maria JÓ, uma criança de classe popular que, enquanto dormia, teve seu nariz devorado por um rato. A autora analisou através da história desta criança como vem sendo implementada a garantia do direito à saúde da criança e do adolescente pelos operadores jurídicos em nosso país. Na descrição que fez das dificuldades vividas por Maria JÓ, percebe-se o drama enfrentado por esta criança e outras que têm vidas semelhantes:

Nada mais se sabe sobre a internação desesperada em outubro de 1988, nem do prontuário que não mais existe, nem de qualquer outro procedimento. Nada no arquivo morto daquele serviço visitado ao longo do estudo de caso. No hospital, ninguém lembra desse fato: “são tantos iguais a este..” (sic) e a memória do estabelecimento de saúde vai triturando estas ocorrências “comuns” dos “tantos iguais a este” como se fosse algo de grande naturalidade, assim como os primeiros dentes de leite, vir um rato com dentes de roedor, tomar o leite de um bebê e, entre um mingau e outro, comer-lhe a face. Não houve encaminhamento de retorno ao hospital ou qualquer orientação sobre apoio para criança ou qualquer visita domiciliar ou qualquer outra medida de continuidade ao tratamento emergencial. Ninguém identificou naquele evento sentinela o que estava desenhado no padrão de morbidade local. Quem vai cuidar dos ratos se eles estavam em todo parte no Alto da Fraternidade, dentro das casas e nas ruas porque nem esgotos havia e nem tampouco há para lhes esconder os dentes famintos? E quem vai cuidar das crianças mordidas pelos ratos? Crianças e ratos brincam e comem no espaço comum do Alto da Fraternidade na cidade de Horizonte no Estado de Mirador no Nordeste do Brasil.

A condição de vida de muitas crianças e adolescentes brasileiros hospitalizados é bastante precária e reflete a ausência de direitos que vivem as pessoas das classes populares no nosso país.

No que se refere à escolaridade das crianças e dos adolescentes hospitalizados, o quadro é bem complexo e existem diferentes situações. Existem crianças que estão matriculadas e freqüentam as escolas oficiais, sem nunca terem sido reprovadas, têm um bom desempenho escolar. Existem crianças que já passaram por diversas reprovações, e as crianças que abandonaram a escola. Há também aquelas que **nunca** foram à uma escola. Não se pode generalizar, mas o fato é que muitas crianças que chegam aos hospitais, nunca tiveram a oportunidade de freqüentar uma escola, por sofrerem discriminações em relação à sua doença, outras por terem doenças crônicas e por necessitarem de hospitalizações constantes, outras por terem de trabalhar, outras por não se identificarem com as questões que são trabalhadas na escola. Existem, portanto, casos bem diversificados.

Em artigo de Ceccim (1999), sobre a escolarização de crianças que freqüentam Classe Hospitalar, o autor fez referência a um estudo realizado em sobre a contribuição do atendimento pedagógico - educacional à atenção pediátrica hospitalar, no qual foi constatado que: “[...] 12% (doze) por cento dos alunos da classe hospitalar estavam afastados da escola regular com a internação, e que 28% (vinte e oito) por cento tinham atrasos de 1 (um) a 3 (três) anos em sua escolaridade.”

O que levaria algumas destas crianças e adolescentes a afastarem-se da escola ou apresentarem dificuldades no processo de escolarização? Seriam portadores de necessidades educativas especiais? Alunos da Educação Especial ou crianças e adolescentes circunstancialmente doentes com direito a continuidade de seu processo de escolarização? O que caracterizaria as dificuldades de escolarização de alguns alunos que são hospitalizados?

Barros (1999, p 22) quando foi professora hospitalar no Hospital Sarah de Salvador, acompanhou crianças que freqüentavam os programas de reabilitação no hospital e eram encaminhadas para escolas públicas e particulares da cidade. Ela estudou a integração do deficiente físico nessas escolas e verificou que muitas vezes, o problema das dificuldades de escolarização das crianças estavam nas próprias escolas e não nos alunos: “A baixa qualidade do ensino torna difícil o estabelecimento de parâmetros, ou seja, isolar que variáveis do fracasso acadêmico são relativas às limitações derivadas da deficiência do paciente, daquelas que são relativas à deficiência do sistema de ensino.”

Nessas condições, o que seria, portanto, especial? O aluno ou a escola?

De acordo com as *Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Especial* propostas desde Setembro de 1998 e promulgada em 03 de março de 2001, a Educação Especial é concebida como:

Art. 58. Entende-se por educação especial, para efeitos desta lei, a modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para portadores de necessidades especiais,
 & 1 Haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial;
 & 2 O atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a integração nas classes comuns de ensino regular.
 (BRASIL, 2001, P. 7)

No item específico sobre a quem se destina a educação especial, encontra-se a seguinte definição a respeito dos alunos portadores de necessidades educacionais especiais:

A educação especial atende prioritariamente às necessidades educacionais especiais de alunos que apresentam altas habilidades, superdotação, talentos: deficiências (mental, visual, auditiva, física/motora e múltiplas) e condutas típicas de síndromes e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos. Esse alunado requer uma prática formativa em que recursos e os processos pedagógicos correspondem às suas especificidades. Os sujeitos desse processo são educandos que apresentam necessidades educacionais especiais, temporárias ou permanentes e podem requerer um ato pedagógico diferenciado dos demais alunos, exigindo uma postura institucional que preserve o princípio elementar do ato educativo voltado para os fins da educação nacional, que são gerais e comuns a todos os educandos.
 (BRASIL, 2001, p. 32)

Pela descrição das diretrizes e pelo trabalho nesta área, tenho verificado que existem crianças nos hospitais, portadoras de necessidades especiais, que comportam essas características descritas anteriormente pelo MEC, existem crianças que apresentam déficits cognitivos, outras apresentam alterações emocionais, outras são portadoras de altas habilidades, mas existem também aquelas crianças que estão apenas temporariamente doentes.

O conceito proposto pelo MEC, o qual considero que mais se aproxima das características da maior parte das crianças hospitalizadas é o que as descreve como: “sujeitos desse processo são educandos que apresentam necessidades educacionais especiais, temporárias ou permanentes e podem requerer um ato pedagógico diferenciado dos demais alunos.” (BRASIL, 2001, p. 32)

O MEC, ao conceber esse enquadramento de **todas as crianças hospitalizadas** na categoria de portadoras de necessidades educacionais especiais não estaria criando alguns equívocos com esta nomenclatura ?

As crianças e adolescentes hospitalizados são, de certa forma, especiais, mas o são na medida em que enfrentam a hospitalização com muita valentia, apesar das fragilidades nas quais se encontram. Porém, se o paradigma atual de inserção das classes hospitalares é de

adotar uma postura que reconheça e afirme que essas crianças são ativas no seu processo de desenvolvimento e capazes de terem os mesmos direitos das crianças que estão fora dos hospitais, por quê tratá-las como uma categoria diferenciada? Não estaríamos segregando e rotulando essas crianças?

Durante muitos anos a psicologia no Brasil tem procurado não discriminar crianças que sejam diferentes. Os estudos de Patto (1983) têm defendido a necessidade de não estigmatizar crianças de classes populares, que fracassam nas escolas e que não correspondem aos padrões socialmente esperados. Neste sentido, as Diretrizes do MEC, ao inserirem todas as crianças normais nesta categoria de portadores de necessidades educativas especiais não estariam realizando um retrocesso?

Entretanto, não se pode desconsiderar o fato de que a Educação Especial foi a única que atentou para as especificidades das crianças e adolescentes hospitalizados e a única a incluí-los nas suas diretrizes. Vale lembrar que o Brasil foi influenciado, na década de 80, pelos movimentos internacionais que começaram a surgir em defesa da escola inclusiva e de boa qualidade para todos, principalmente para as crianças portadoras de necessidades educativas especiais, em função da exclusão e das dificuldades a que muitas crianças estavam submetidas no sistema escolar.

De acordo com Carvalho, inúmeros documentos internacionais tratam da educação de pessoas com necessidades educativas especiais como:

Declaração Mundial de Educação para Todos (1990), Informe Final do Seminário da UNESCO (1992), Normas Uniformes sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Incapacidades; aprovadas em Assembléia Geral das Nações Unidas (1993), e Declaração de Salamanca, de Princípios, Política e Prática em Educação Especial (1994). (CARVALHO, 1997, p. 33).

Esses documentos, de maneira geral, propõem o direito à educação e a plena igualdade de oportunidades para todos, buscando relacionar o atendimento educacional adequado com as características individuais de aprendizagem. A idéia implícita é que as incapacidades das pessoas portadoras de necessidades educativas especiais não se tornem impedimentos para os processos educativos e que eles devem ter o direito a uma participação plena na educação. Busca-se uma concepção de educação como fato social, político e cultural e não uma escola padronizada e reprodutora de determinados padrões sociais. Os documentos também prevêm o investimento na capacitação dos docentes para estratégias de integração dessas crianças na rede oficial de ensino. Mas, embora esses documentos apresentem uma idéia de escola para todos, ainda há na área da Educação Especial no Brasil contradições a respeito do conceito do que vem a ser educação inclusiva e educação para todos.

Por muito tempo, a Educação Especial foi concebida como dissociada da Educação Geral. Mas, após esses movimentos internacionais de inclusão, começaram a existir preocupações que as pessoas portadores de necessidades educativas especiais não fossem tratadas de forma segregada na sociedade e incluídas nos mesmos ambientes dos não portadores. Mas, não tem sido fácil realizar esse processo de inclusão, pois embora exista um discurso disseminado da necessidade de convivência mútua entre as pessoas, ainda possuímos uma sociedade excludente, com mecanismos de preconceito e discriminação que não aceitam essa convivência diária com as pessoas consideradas “diferentes”.

Bueno (1997) descreve que alguns conflitos existem também nas questões conceituais que cercam a área da Educação Especial no Brasil pois, para ele, existe uma corrente de teóricos que consideram que todos os educandos são especiais e que precisam de atenção integral, outros, entretanto consideram que uma educação especializada deve se restringir às minorias que por muito tempo foram segregadas pelas escolas. Nesse sentido, para alguns estudiosos, não deveria existir a dicotomia ensino comum e educação especial, para outros, a manutenção da Educação Especial é garantia da adoção de programas e currículos adaptados às minorias. Essas concepções têm influenciado na trajetória da educação especial no Brasil. A posição de Bueno é que a educação especial atende a dois interesses contraditórios, de certa forma, ela oferece escolaridade às crianças consideradas “anormais”, mas, ao mesmo tempo, também segrega os indivíduos deficientes. No que se refere a questão conceitual do termo portador de necessidades educativas especiais, ele faz algumas considerações significativas em relação às mudanças terminológicas na educação especial que não expressam somente mudanças de conceito:

Quando escuto, por exemplo, que foi um avanço histórico a substituição de termos como anormal, idiota, débil, por outros, menos pejorativos e menos estigmatizantes, como excepcional e, mais recentemente, portador necessidades especiais ou portador de necessidades educativas especiais, fico preocupado, por algumas razões. Fico preocupado, em um primeiro lugar, porque se por um lado, se avança para menor estigmatização, por outro, perde-se na precisão. Isto é, o termo portador de necessidades educativas especiais não substitui o termo deficiente, assim como este não substitui o termo cego. Em outras palavras, como o conceito portador de necessidades educativas especiais abrange uma diversidade de sujeitos, ao ganhar na amplitude e na quebra da estigmatização, perde na precisão. Tanto é assim que, ao lado do termo em questão, é preciso acrescentar a espécie de sujeitos sobre o qual estamos nos referindo. Fico preocupado, em segundo lugar, porque, se permanecemos no nível meramente filológico e abstrato, sem nos reportarmos à realidade concreta, poderemos estar nos equivocando quanto ao real sentido que esse conceito vem adquirindo historicamente. O que estou querendo dizer é o seguinte: esse alargamento pode, com certeza, significar ampliação de oportunidades educacionais, portanto, de democratização, do sistema social, para uma série de crianças como as

autistas, aquelas com distúrbios neurológicos específicos, antes não incluídas no rol das “anormalidades”. Mas pode, também (e, muitas vezes, mais fortemente do que a democratização) estar significando a incorporação de um grande número de crianças, sobre as quais temos grandes dúvidas se teriam, efetivamente, algum tipo de necessidade especial. Esta é uma questão que me parece política e não filológica ou legal. (BUENO, 1997, p. 41)

Desta forma, quando se adota o termo portadores de necessidades educativas especiais, em que medida não se está promovendo ações para que as crianças e adolescentes hospitalizados estejam sendo tratados como sujeitos diferenciados das crianças que freqüentam as escolas regulares? Eles são crianças e adolescentes como os outros. Ceccim (1999) descreve que existe uma fronteira muito sutil que separa criança hospitalizada das outras crianças. Para ele, as crianças e adolescentes hospitalizados são alunos temporários da educação especial e considera que:

Os comprometimentos de um longo período de internação hospitalar e as seqüelas motoras, sensorias ou de conduta dos problemas que levaram à internação e da conseqüente intervenção médica (amputação, perda da visão, retardo nas funções perceptivomotoras, por exemplo) em muitos casos, tornam essas crianças e adolescentes alunos permanentes da educação especial, ainda que, na maioria dos casos, precisem apenas de orientação e de apoio especial para integração ou reintegração escolar. (CECCIM, 1999, p. 31)

Nesta tese, busco defender a idéia da necessidade de tratar todos os alunos como especiais e não dicotomizar a educação, pois a maioria das pessoas, em algum momento de suas vidas, podem apresentar dificuldades de aprendizagem, o que os torna especiais. Nesse sentido, antes de categorizar alunos, é preciso priorizar estudos que estejam voltados para a construção de currículos na educação que estejam adaptados as diversidades e necessidades de **todos** os educandos, **em quaisquer circunstâncias, pois todos os alunos, de certo modo, são especiais.**

Baumel (2003), discute a questão da formação de professores da Educação Especial e apresenta as discussões recentes da área. Defende a idéia de uma inovação do conceito e do significado de especial na educação, da concepção de deficiência, de necessidades especiais, requerendo, portanto, um novo papel do professor:

Em síntese, considerar os referenciais básicos aqui citados como uma possível retomada inovadora sobre formação de professores da Educação Especial – pautados em: nova categorização dos alunos deficientes como alunos com necessidades educativas especiais; integração desses alunos; “escola aberta, inclusiva” – direciona uma reflexão sobre **descategorização**, isto é, um conceito ligado a diagnósticos pedagógico - educativos que pode acionar mudanças significativas no campo de formação, a saber: a consideração das práticas dos professores da Educação Especial, o desenho

curricular dos cursos, alertas à política educacional, e, principalmente, redução de estereótipos e representações dos professores sobre deficientes/necessidades educacionais especiais.(BAUMEL, 2003, p. 29)

Esse processo de descategorização somente vai ocorrer através da interação com os alunos considerados “diferentes, especiais”. Conhecendo suas formas de agir e pensar sobre o mundo é que estaremos caminhando para uma sociedade mais igualitária. Mas, para interagirmos precisamos conviver com esta diversidade, reconhecer as diferenças e também construir as identidades para se chegar a “descategorização” que Baumel referencia. Nesse sentido, para se construir um conceito sobre o diferente, é preciso vivenciar um processo dialético de construção e desconstrução deste conceito. Ou seja, faz-se necessário estar intimamente relacionado com ele para se apropriar e confrontar-se com o mesmo. Na medida em que o internalizo e o assimilo com a sua especificidade, o desconstruo. Nesse processo, quando surgem novas referências que contrapõem esse conceito internalizado, as antigas referências vão sendo dissolvidas, dando lugar a novas elaborações sobre esses “velhos” conceitos, seguindo, de certa forma, o esquema de Piaget (1986) de assimilação de conceitos de velhas estruturas a novas estruturas na construção de conhecimentos.

As escolas no Brasil, locais privilegiados de socialização de crianças e adolescentes, durante muito tempo priorizaram a separação e dissociação das crianças “normais” daquelas consideradas “especiais”.

Ide (1999) descreve que atualmente existem diferentes possibilidades e modalidades educacionais propostas às crianças com necessidades educacionais especiais nas discussões que vem sendo realizadas sobre as diretrizes da UNESCO a respeito da escola para todos. A autora fez um levantamento de diversos estudos que abordam estas modalidades de atendimento, onde o atendimento de educação nos hospitais está sempre presente, porém, como se fosse uma categoria diferenciada do sistema escolar.

Monereo (*apud* IDE, 1999, p. 22) acredita que as crianças portadoras de necessidades educacionais especiais deveriam ser atendidas em diferentes situações de Educação Especial, em uma pirâmide ascendente, que ele denominou como Sistema em Cascata de M. Reynolds. Ou seja, se não fosse possível a integração na primeira modalidade, iria para a seguinte e assim sucessivamente: 1) Classes Regulares; 2) Classe Regular com apoio consultivo; 3) Classe Regular com especialistas itinerantes; 4) Classe Regular com classe de apoio; 5) Maior parte do tempo em classe especial; 6) Classe Especial; 7) Escola Especial e 8) Escola Residencial. E, em conjunto com essas modalidades de atendimento, de

acordo com Monereo (1999), deveria existir uma ação grupal entre os sistemas educativos extra-escolares, centros especiais, hospitais e com serviços de apoio domiciliares.

Já Vercher (*apud* IDE, 1999, p. 23) considera que a escolarização em hospitais ou em casa e os serviços médicos de supervisão e assistência à crianças portadoras de necessidades educativas especiais deveria ser denominado de “*Programas de Assistência Sanitária*“. Existiria um professor de apoio itinerante entre várias escolas que faria a ponte entre as crianças do ensino regular e as crianças do ensino especial, e entre estas modalidades de atendimento, estaria incluída a modalidade de educação em hospitais. Ou seja, nos hospitais existiria um professor regular e um professor de apoio que faria os contatos com as escolas oficiais, e o auxiliaria nos planejamentos e que participaria do processo de inclusão destas crianças na escola oficial no período durante e posterior à alta hospitalar, formando portanto as REDES necessárias para integração, inclusão e continuidade de escolarização das crianças e adolescentes hospitalizados.

Considerar todas as crianças e adolescentes hospitalizados como portadores de necessidades educativas especiais pode estar gerando uma concepção de educação que ressalta as dificuldades destas crianças e não suas potencialidades, contribuindo para acentuar a distância dessas crianças de uma vida normal, princípios estes que não deveriam nortear a prática pedagógica no ambiente hospitalar.

A seguir, serão descritas diferentes práxis educativas, recreativas e culturais que têm buscado desenvolver ações para minimizar os traumas e efeitos da hospitalização.

2.4 DIFERENTES PRÁXIS DESENVOLVIDAS NOS HOSPITAIS

O professor, assim como outros profissionais das equipes multidisciplinares: psicólogos, enfermeiros, profissionais de serviço social, arte educadores, *clowns*, vem procurando escutar os dramas e angústias vividos pelas crianças, adolescentes e seus familiares. Eles buscam orientá-los diante das dificuldades e na compreensão e entendimento das patologias, além de desenvolver várias outras iniciativas. Dentre estas encontram-se as práticas recreativas- artísticas e culturais, as práticas psicológicas terapêuticas, práticas de orientação e assistência, assim como as práticas educativas. A inclusão destes serviços busca tratar a criança e o adolescente hospitalizado não somente como “pacientes”, mas como sujeitos de direitos, interesses e necessidades.

As fronteiras destas práticas são tênues e os objetivos muito próximos, o que muitas vezes gera conflitos nas equipes multidisciplinares no exercício de suas funções. Essas práticas se complementam e estão intrinsicamente relacionadas, porém, cada qual apresenta sua especificidade. Dentre as características que as distinguem, e os profissionais que as exercem, encontram-se:

- 1) Práticas Recreativas, Artísticas e Culturais – Caracterizam-se pelo aspecto da socialização, da integração das crianças e adolescentes no ambiente hospitalar e definem-se pelo trabalho com o lúdico, a cultura e a recreação. Suas atividades estão voltadas para brincadeiras de natureza diversas, visitas de palhaços aos leitos, gincanas, confraternizações, festas comemorativas, oficinas de arte, música, dança, manifestações populares, atividades com fantoches e literatura infantil, passeios fora do hospital (para aquelas crianças que podem se locomover) à instituições como museus, galerias de arte, teatro e cinema. As atividades também são realizadas nas brinquedotecas hospitalares. Essas atividades normalmente são realizadas por artistas, palhaços, musicoterapeutas, bibliotecários, brinquedistas, animadores culturais, assim como pelos professores. Esses vários trabalhos já estão sendo documentados, como a obra produzida por Massetti (1998), referente aos Doutores da Alegria em São Paulo e de Wuo (1999), que revela a ação dos *clowns* do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Vários outros grupos se expandem a cada dia na realidade brasileira, e em lembrança vale ressaltar os Terapeutas do Riso, na Cidade de Salvador, que visitam 3 vezes por semana as crianças das enfermarias realizando um trabalho muito interessante no Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce.
- 2) Práticas Psicológicas – Caracterizam-se pela busca de minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, buscando trabalhar as seqüelas e as decorrências emocionais do processo. Os profissionais que atuam nessa área são os psicólogos e suas ações estão mais voltadas para abordagem psicoterápica sobre o conjunto de fatos que decorrem da hospitalização e implicações para as pessoas internadas. A ludoterapia também é utilizada para a cura de determinados sintomas apresentados pelas crianças. Alguns desses trabalhos estão descritos nos livros de Psicologia Hospitalar de Angerami-Camon (1995, 1996, 1998), Leitão (1993) e Muylaert (2000).
- 3) Práticas de orientação e assistência – Caracterizam-se por atividades de orientação aos familiares e crianças hospitalizadas, quer seja de forma individual ou através de dinâmicas em grupo. Nelas se discute as regras e rotinas do hospital, as normas de internação e alta, os esclarecimentos das patologias, as condutas de pré e pós operatório e

discussão e oferta de diversas formas de assistência que envolvem a internação hospitalar para classes populares. Por exemplo: fornecimento de vales – transporte para aqueles que necessitam, o contato com ambulâncias e o atendimento as diversas questões sociais. Essas atividades normalmente são realizadas por profissionais do serviço social e enfermeiros e podem ser encontradas nos artigos de Martins (1979), Ferraz(1980) e Jacob (1989).

- 4) Práticas Educacionais – Caracterizam-se por atividades de acompanhamento da escolarização (para crianças que permanecem muito tempo internados), reabilitação da escrita (para as crianças e adolescentes que perderam essa habilidade), avaliação e acompanhamento de crianças e adolescentes com distúrbios de aprendizagem, alfabetização, encaminhamento de crianças a escolas regulares (inclusão de crianças nas escolas), assim como discussões culturais e construção de conhecimentos. Esses trabalhos normalmente são realizados por professores. Pode-se encontrar essas referências nas produções de Barbosa (1991), Ribeiro (1993), Borges (1996), Ceccim (1997), Araújo (1998), Cavalcante (1998), Fonseca (1999), Barros (1999), Kosinski (1997, 2000), Matos (1998) Paula e Gil (1999) Matos e Mugiati (2001) e Fontes (2003). Nascimento (2004) e Amorim (2004) também descrevem ações psicopedagógicas que vem sendo desenvolvidas nos ambulatórios e nas enfermarias de hospitais. O que diferencia essas práticas é a natureza do trabalho com as crianças e adolescentes hospitalizados, bem como os significados diversos que assumem nas instituições hospitalares. Todavia, há de se considerar que os significados se entrelaçam. Uma prática educativa não necessariamente trabalha somente com os aspectos educativos. Essa *práxis* envolve o trabalho com recreação e, em alguns momentos, os aspectos psicológicos e cuidados de assistência dos pacientes também são considerados, mesmo que não se trabalhe diretamente com aspectos psicoterápicos. Assim como as práticas recreativas muitas vezes contém elementos educativos envolvidos. Portanto, essas áreas têm relações bem estreitas. Todavia, a forma de atuação dos profissionais possuem ações específicas. As ações educativas dos professores compõem uma *práxis* pedagógica particular neste contexto.

A concepção de *práxis* educativa está relacionada a elementos que compõem o cotidiano escolar, no qual a prática reflete a teoria que a fundamentava.

Vasquez (1977, p.185) ao definir *práxis* considera que: “toda *práxis* é atividade, mas nem toda atividade é *práxis*.” Para ele, a *práxis* é uma determinada forma de atividade material que apresenta formas, meios e métodos específicos que a define. A *práxis* também

não é uma atividade puramente material, pois ela produz finalidades e conhecimentos teóricos que a sustenta. Desta forma, Vasquez discute o fato de que existem diferentes tipos de *práxis* que necessitam de um quadro de referências para a constituírem como tal. Sendo assim, existe a *práxis* da produção de materiais, da produção de obras de arte, *práxis* social, *práxis* política, dentre outras que foram sendo constituídas através de ações do homem de transformação da natureza e que se reconstituem a cada dia.

O conceito de *práxis* está em muitas situações associado ao conceito de *poiesis*. Para Macedo (2002, p. 192) *poiesis*: “designa a produção humana, a criação humana não destacada da subjetividade, da sensibilidade de que é atravessada.”

De acordo com Imbert (2001), Aristóteles já fazia uma distinção entre *práxis* e *poiesis*. O que caracterizaria a *poiesis* seria o fato de ser uma atividade transitiva, de um movimento que ao ser concluído, acaba por se cessar, representando os meios e não os fins:

A *poiesis* realiza-se em uma obra (*érgon*) exterior ao agente. Neste caso, a atividade cessa quando a sua finalidade é alcançada. (...) Pelo contrário, a *práxis* é uma ação cujo único fim será ela mesma, que aperfeiçoa o agente e não tende para a realização de uma obra fora desse agente: seu fim último não é senão o uso e o próprio exercício. (IMBERT, 2001, p. 30).

Desta forma, para Imbert, a *práxis* pedagógica não estaria restrita somente ao campo da produção do conhecimento, nem tampouco do simples exercício de uma atividade, mas estaria relacionada a auto produção dos sujeitos no desenvolvimento de suas capacidades para se autocriar e existir através dos outros com quem se interage em movimentos constantes de atualizações.

Gadotti (1998) ao conceituar a *práxis* pedagógica também enfatiza esta idéia de movimento, de transformação do outro através do ato pedagógico:

Práxis, em grego, significa literalmente ação. Assim, pedagogia da *práxis* poderia ser confundida com pedagogia da ação, defendida pelo movimento da escola nova. Poderia ser considerada como uma nova versão da pedagogia pragmática que entende a *práxis* como estritamente utilitária, reduzindo o verdadeiro ao útil. Contudo, mais do que a escola nova, a pedagogia da *práxis* evoca a tradição marxista da educação, embora a pedagogia aqui apresentada transcenda o marxismo. Nessa tradição, *práxis* significa ação transformadora. (...) Fazer pedagogia é fazer prática teórica por excelência. É descobrir e elaborar instrumentos de ação social. Nela se realiza de forma essencial a unidade entre teoria e prática. A pedagogia, como teoria da educação, não pode abstrair-se da prática intencionada. A pedagogia é sobretudo a teoria da *práxis*. (GADOTTI, 1998, p. 30)

Nesse sentido, a pedagogia é concebida com o meio de descoberta e elaboração de instrumentos de ação social e é construída através de uma prática intencionada.

A inspiração metodológica da etnopesquisa contribuiu para compreender as referências utilizadas pelas professoras desta pesquisa para construírem suas *práxis* pedagógicas com os alunos no hospital.

Retomando a Macedo (2000), que utiliza os conceitos de *poiesis* e *práxis* na perspectiva teórica da etnopesquisa, como elementos constitutivos dos etnométodos utilizados pelos atores sociais na produção de seus trabalhos, ele considera que os profissionais subjetivamente criam referências para construir as suas realidades no cotidiano pois são os meios encontrados para torná-los racionais. Mas essas referências, não são apenas transposições simples e descontextualizadas do cotidiano, mas de um trabalho que se aprende, refletindo e realizando em conjunto com as pessoas.

É sabido que os professores não existem sem os alunos. No hospital, o trabalho pedagógico do professor não somente re-significa a vida dos alunos, mas também dos professores que se vem fortalecidos afetivo e profissionalmente pelas experiências com as crianças hospitalizadas, as quais contribuem para transformar as práticas e histórias de vida dos professores.

Vygotsky (1988, p. 99) argumenta que os homens são capazes de se influenciarem mutuamente e considera que: “ [...] o aprendizado humano pressupõe uma natureza social específica e é um processo através do qual as crianças penetram na vida intelectual daquelas que as cercam”.

O processo de reflexão da prática pedagógica e as interações com os alunos possibilitam aos professores desenvolverem as capacidades e habilidades para realização de seus trabalhos. Nesse processo, a pesquisa inserida no cotidiano escolar contribue para este exercício.

3 O MÉTODO

3.1 RITOS DE INICIAÇÃO EM PESQUISAS

Para falar do método deste trabalho, senti necessidade de retomar minha itinerância e desenhar rituais em pesquisa os quais vivenciei, que auxiliaram a refletir no doutorado, a respeito de uma opção metodológica que atendesse tanto os meus interesses emocionais, como intelectuais, para condução deste trabalho.

Meu interesse por pesquisa surgiu em 1987 na Graduação. Consegui uma bolsa de Iniciação Científica do CNPq para estudar Educação Infantil. A pesquisa foi realizada nos moldes mais tradicionais da sociologia. O objetivo era estudar a concepção dos pais de alunos sobre as creches públicas e as creches particulares em Campinas. Naquela época, não se discutia implicação, não se pensava em dialogar esses conceitos com os “sujeitos”. Aquela pesquisa de certa forma estava voltada somente para constatar. Também não se pensava em restituição e em divulgação do que se escrevia. Alguns poucos setores da Universidade estudavam os movimentos de educação popular, os movimentos sociais, e, de forma geral, na educação, poucos pesquisadores preocupavam-se em trocar conhecimentos com a classe popular. É preciso destacar que nesse trabalho, os “sujeitos” das pesquisas não eram encarados como pessoas, e sim como objetos distanciados. Nesse processo, minha aproximação ocorria somente com a entrevista determinada e fechada. A questão da restituição escrita do trabalho também não era uma tarefa simples de ser realizada. Era tudo escrito à mão e re - escrito, passado a limpo para as orientadoras avaliarem. Aliás, duas orientadoras de atenção exemplar: Ivani Pino e Ana Lúcia Goulart de Farias, que muito me motivaram e incentivaram a estudar. Mas, não posso deixar de relatar que, naquela época, apesar da motivação, as condições materiais não eram ideais. Perdia-se noites e noites de sono datilografando o trabalho sem saber se ele seria colocado em algum canto da biblioteca para alguém conhecer ou mesmo consultar.

Em 1990, durante a pesquisa de mestrado, novamente me ocupei da Educação Infantil. Encontrei uma orientadora muito parceira, professora Zilma de Moraes Ramos de Oliveira que o tempo todo foi além de uma grande educadora, uma excelente companheira. Durante dois anos de coleta de dados, foram realizadas muitas gravações em vídeo de vários episódios. Minha presença com a câmera no princípio, incomodava, mas com o tempo fui ficando tão presente, que muitas vezes era como se estivesse ausente. Mas esse processo era

negociado diariamente. Para me tornar um “membro” daquela comunidade tive que gravar muitos eventos, acontecimentos, aniversários, só não casamentos. Muitas atividades, que hoje percebo que ficaram na obscuridade, revelavam aspectos significativos que poderiam ter sido abordados. A restituição das análises da pesquisa foram feitas após a defesa da dissertação. Em uma espécie de compromisso particular, levei um exemplar da dissertação e re-apresentei as conclusões para as educadoras que não acreditavam que realizavam aquelas ações com as crianças. Mas a socialização dessa pesquisa ocorreu mesmo em outros contextos, outras universidades, outras Cidades, mas muito pouco para aquela comunidade.

Depois vieram muitas “andanças” e mudanças de cidades. Nesse processo, já fui interpretada por muitas pessoas como alguém desterritorilizada, “avoada”, sem raízes e matizes. Mas, quando se muda muito, começa a se pensar e reparar o jeito que se vive em cada lugar. Nesse processo, se aprende muito sobre as diferenças, mas também leva-se um tempo para entender a lógica de cada lugar, suas pessoas e suas crenças.

Nos primeiros anos na Bahia, principalmente na Pós-Graduação, era uma grande indefinição. Para conseguir um local para realização da pesquisa de campo, fiz uma verdadeira peregrinação percorrendo hospital em hospital, pedindo para realizar a pesquisa. Os amigos que me acompanharam muito se solidarizaram e muito me ajudaram. Foram momentos de tensões e indagações constantes. Até que consegui chegar à Cidade Baixa no Hospital Irmã Dulce. Encontrei pessoas doces que compreenderam o meu desejo de pesquisar e comigo quiseram se solidarizar. Caminhamos em um processo de muitas trocas e negociações. Com o tempo, fui conhecendo melhor as pessoas, vivendo, aprendendo.

Na Pós-Graduação, depois de muito tempo ter sido tratada como diferente, falante, para alguns ser considerada irritante, encontrei um amigo, o Antenor, e um outro professor- amigo, grande parceiro e meu orientador, Roberto Sidnei Macedo, que entenderam a minha linguagem e compreenderam que eu estava lidando com um contexto plural. Sentiam e sabiam o que é viver e ser multicultural. Roberto Sidnei me apresentou a etnopesquisa que estava voltada para buscar compreender uma maneira diferente e crítica de se pensar educação. Uma outra visão. Gostei muito das discussões e suas implicações que geraram em mim constantes inquietações. O grupo do seminário da disciplina foi muito especial. Com os amigos: Ligia, Sandra, Lourdes, Isabel e Manuel, lemos muito, discutimos bastante e fomos nos auto constituindo e nos auto gerindo. Os conceitos da etnopesquisa em um processo de intermitente interação, ao mesmo tempo que esses conceitos se auto definiam, em poucos segundos, também se auto dissolviam. E, como atrizes e atores sociais, construímos, partilhamos conhecimentos, fomos nos auto regulando em nossas apreciações e

informações. A cada encontro, os conceitos instituídos se tornavam instituintes e se imbricavam em um movimento constante de tensões, contradições, divergências e ajustes em um processo de flexibilidade e indexabilidade. Foi uma construção coletiva muito especial mediada por outros companheiros como Roberto Sidnei, Sérgio Borba, Sônia Sampaio, Felipe Serpa, Alan Coulon, René Lourau, René Barbie, parceiros mais experientes, excelentes interlocutores que não estiveram presentes fisicamente em nossos encontros, mas com certeza, intermediaram muitos dos nossos debates, embates, nossos pensamentos, nossas mentes!

3.2 FUNDAMENTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS

Esta pesquisa configura-se como um estudo de caso qualitativo, tendo como referencial teórico metodológico os princípios da etnopesquisa defendidos por Macedo (2000).

A etnopesquisa tem suas origens na etnografia e existem vários aspectos que a definem. Dentre estes encontram-se: uma postura particular de se fazer pesquisa onde o trabalho de campo é uma fonte essencial e direta de coleta de dados, o contato prolongado do pesquisador com o ambiente de estudo e o olhar para os atores sociais voltado para a compreensão de como eles constroem os significados e os conhecimentos sobre a realidade. A implicação do pesquisador com o trabalho e a utilização de procedimentos éticos, que se manifestam desde o ingresso do pesquisador no campo de estudo até a restituição do trabalho, são componentes essenciais desta perspectiva teórica. O procedimento da “escuta sensível” e da escrita materializada na descrição densa dos fenômenos observados a respeito da cultura do contexto analisado, bem como a utilização de vários instrumentos para captar a realidade, são elementos que permitem entender os mecanismos de funcionamento, organização e estruturação da realidade pesquisada. A etnopesquisa busca portanto, não somente se ater ao método de pesquisar, mas está voltada para uma discussão ampla da inteligência institucional que ultrapassa a questão do método. Segundo Macedo (2000) a etnopesquisa interessa-se por uma rede de significados sociais que orientam as ações das pessoas:

Com sua preocupação *etno* (do grego *ethnos*, povo, pessoas), a etnopesquisa em geral volta-se para o conhecimento das ordens sócio econômicas em organização, constituídas por sujeitos intersubjetivamente edificados e edificantes, em meio a uma “bacia semântica” (Durand) mediada socialmente. Neste sentido, preocupa-se com primordialmente com os processos que produzem o homem em sociedade.”(MACEDO, 2000, P. 30).

A opção pela etnopesquisa foi fundamental para compreensão deste trabalho. Porém, múltiplos fatores interferiram até esta pesquisa assumir um cunho etnográfico. Caminhos diversos foram percorridos, algumas vezes de forma “serena”, outros entretanto, de forma bastante “tumultuada”. Vários ajustes e modificações foram realizadas ao longo do processo de investigação. Essas modificações ocorreram tanto na reconstrução do próprio objeto de estudo, na abordagem da pesquisa de campo, como na adoção da perspectiva metodológica, aspectos estes que implicaram, inclusive, em mudanças de orientação.

Algumas etapas desse processo serão aqui descritas para que o leitor possa entender como se configuraram esses diversos momentos de ajustes e desajustes para que o objeto de estudo desta tese: “a *práxis* pedagógica de professoras com crianças e adolescentes de um hospital público da Cidade de Salvador” fosse compreendida e analisada nos seus aspectos singulares e na sua complexidade.

Nessas mudanças, foi necessária uma concepção científica que privilegiasse os atores sociais desta pesquisa: os professores e os alunos da escola no hospital como os personagens principais. São eles que estão construindo a história da educação escolar nesta instituição, ambiente considerado, até bem pouco tempo atrás, inusitado para a ocorrência desta prática.

De acordo com Macedo (2000), a etnopesquisa está voltada para a investigação dos atores pesquisados procurando entender o seu universo cultural e simbólico. Nas suas nuances, nas suas vozes, em suas expressões, em seus rituais, existem modos específicos de construção de saberes e formas complexas de inteligibilidade que precisam ser conhecidas, estudadas e trazidas para o centro do estudo em primeira instância. Diferentemente do que foi realizado pelas pesquisas sociológicas durante muito tempo, que consideravam a ação desses sujeitos como aspectos complementares da pesquisa e não como constitutivos, eixos centrais de análise. Dessa forma, o autor defende que:

No processo de construção do saber científico, a etnopesquisa crítica não considera os sujeitos do estudo um processo descartável de valor meramente utilitarista. Entende como incontornável a necessidade de construir junto, traz, irremediavelmente e interpretativamente, a voz do ator social para o corpus empírico analisado e, para a própria composição conclusiva do estudo, até porque a linguagem assume aqui um papel co-constitutivo central. (MACEDO, 2000, p. 30)

Nesse sentido, neste trabalho priorizei a proximidade com os atores sociais onde a relação com os atores ocorreu com trocas de idéias, aproximações e distanciamentos. Sendo assim, alguns fatores, que em determinadas concepções teórico metodológicas, são

considerados muitas vezes como “não oficiais”, neste trabalho foram considerados constituintes e fundamentais para sua estruturação, pois mostraram como a pesquisa foi sendo construída e “desconstruída” em vários momentos através de processos instituintes e instituídos, que ora se apresentavam de forma contraditória, ora se apresentavam de maneira harmônica.

Macedo (2000) considera que nos estudos de campo, os chamados fatores “não oficiais”, assumem um significado especial, diferentemente de pesquisas que valorizam os dados substantivos. Ele defende que esses fatores “não oficiais” :

[...] facilitam o entendimento real dos procedimentos burocráticos quase sempre reificados, bem como questões como a posição do observador em relação aos atores a serem estudados; os meios de acesso e como ele afetará suas relações com os sujeitos; como se realizou o contato oficial. Essas são questões cruciais para o entendimento das conclusões do estudo. (MACEDO, 2000, p.147)

Esses aspectos portanto, e as interações que realizava com os atores sociais, com o tempo, foram configurando o modo como a pesquisa foi sendo construída e a realidade desvelada. Neste processo, a “escuta sensível” do pesquisador foi um recurso significativo para poder captar a política de sentidos do ambiente. Macedo (2000) define “escuta sensível” como:

A “escuta sensível”, como dispositivo de pesquisa, é uma conquista catalizadora de vozes recalcadas por uma história científica silenciadora e castradora. A necessidade de ouvir sensivelmente, no ato de pesquisar, é ao mesmo tempo, um recurso fundamental para os etnopedisadores, considerando suas bases filosóficas e epistemológicas, bem como mais um dispositivo facilitador para a democratização do saber (MACEDO, 2000, p. 198)

Desta forma, a opção pela etnopedisica contribuiu para uma aproximação com o grupo pesquisado onde procurava escutar as vozes e até mesmo entender o silêncio dos atores sociais, buscando compreendê-los na sua complexidade e não apenas em momentos isolados e descontextualizados. Nessa concepção, o mundo não é dado, mas construído. Os fatos sociais não são estáveis, mas produtos de atividades contínuas dos homens e, as atividades corriqueiras da vida cotidiana, são compreendidas como fenômenos plenos, onde as crenças e os comportamentos do senso comum e os modos como os homens tomam as decisões são constituintes dos comportamentos socialmente organizados.

Coulon (1987) afirma que as atividades concretas dos homens revelam modos como eles procedem e interpretam a realidade social, utilizando a linguagem como recurso. Linguagem esta entendida não somente como um código lingüístico, mas como gestos, regras

e ações que compõem o cotidiano. Nessas atividades exercidas pelos homens, não há diferenciação entre o conhecimento prático e o conhecimento científico. Para a etnometodologia, o modo de conhecimento prático é:

Esta faculdade de interpretação que todo indivíduo, erudito ou comum, possui ou aplica na rotina de suas atividades práticas cotidianas.. Procedimento regido pelo senso comum, a interpretação se põe como indissociável da ação e como igualmente compartilhada pelo conjunto dos atores sociais.. O modo de conhecimento científico não se distingue em nada do conhecimento prático quando se considera que se acham confrontados com um problema de elucidação similar: nenhum deles se pode desenrolar fora do domínio de uma linguagem natural e sem aplicar toda uma série de propriedades indiciais que lhes são aferentes.(COULON, 1987, p. 53).

Esta pesquisa portanto, não se contentou em descrever as situações do cotidiano, mas preocupou-se em entender como as professoras e os alunos, através de seus comportamentos, narrativas e expressões estavam, construindo os sistemas de significados culturais da escola no hospital. A narrativa dos atores, com seus saberes práticos, trouxeram à pesquisa a elucidação do quadro teórico utilizado onde as falas dos mesmos se entrecruzavam com a teoria e auxiliaram a “tecer” o trabalho.

Barbier (2002) considera que nas pesquisas de Ciências Humanas e Sociais está começando a existir uma mudança nos paradigmas epistemológicos tradicionais, nos métodos de pesquisa e nas relações entre pesquisador e objeto de estudo que estão sendo profundamente reavaliadas:

Um ponto totalmente novo: a emergência inelutável do sujeito envolvido pela pesquisa no universo restrito dos pesquisadores (laboratórios, colóquios...) os sujeitos não são mais ratos de laboratório, mas pessoas que decidiram compreender ou lutar e não aceitam ser privados das análises ligadas às informações transmitidas aos pesquisadores e diretamente saídas de suas tragédias cotidianas. Eles querem saber e participar. (BARBIER, 2002, p.64/65)

As exigências e trocas realizadas com os atores sociais neste processo de aproximação do pesquisador com o seu universo de estudo, acaba fazendo com que, muitas vezes, ele se torne membro do contexto de investigação. Para isso, o pesquisador precisa levar em conta suas próprias implicações na pesquisa e adquirir uma visão íntima do mundo social que está pesquisando. Nesse sentido, ele precisa compartilhar com os membros do grupo uma linguagem comum. Isso não significa somente captar o ponto de vista dos membros. Não consiste simplesmente em executar o que os membros dizem, nem mesmo em pedir que explicitem o que fazem, mas situar as descrições em seu contexto, e considerar os relatos dos membros como instruções de pesquisa.

Segundo Coulon (1987) há um “diálogo etnográfico”, onde as descrições e explicações dos membros são vistas como apropriadas. Mas isso não significa que o pesquisador transfira a sua competência de autoridade analítica para os sujeitos da pesquisa. É preciso considerar que o processo desta pesquisa, em alguns momentos, foi realizado de forma individualizada, e, em muitos momentos de forma coletiva com o auxílio do orientador, de alguns professores da Pós Graduação e principalmente dos atores sociais que ajudaram a montar uma espécie de “quebra cabeças” do trabalho. Sendo assim, em ações ora coletivas, ora solitárias, procurava unir os pedaços, sempre envolvida nesta espécie de “brincadeira”, que às vezes gerava muita ansiedade, pois nem sempre os encaixes eram perfeitos e controlados como desejava.

A subjetividade auxiliava no entendimento das estratégias objetivas que teria que utilizar na composição deste “quebra cabeça” maior, bem como as idéias e ensinamentos do professor Serpa (2004), as quais potencializaram esta “brincadeira séria” de fazer ciência como uma espécie de “aventura” científica onde mesclavam sensibilidade, alegria, ludicidade e também angústias. Serpa definia sua existência e o processo de construção de saberes como um eterno movimento de “jogos-jogantes e jogados”:

Vejo-me criança, cuja dimensão lúdica carrega a densidade de jogojogante, onde a tensão jogojogado - jogojogante é ainda predominantemente jogojogante, sem regras pré-estabelecidas, onde me encantam as possibilidades infinitas, em potência, do jogar. Esse encantamento é o fator do alto ritmo de aprendizagem quando criança, exatamente um período que eu não estava na escola e nem tinha professor, desde quando nasci até os três anos. Sob esse aspecto, para vivenciar ludicamente a vida, tenho de conservar a criança dentro de mim, mesmo porque o universo potencial de possibilidades, sendo infinito, sempre terá uma densidade maior de jogogogante do que jogojogado, privilegiando o universo potencial do jogojogante, ou seja para, para vivenciar ludicamente a tensão não posso ser paralisado pelo jogojogado.(SERPA, 2004, p. 229-230)

Serpa ensinou que na vida e neste “jogo” de construção de conhecimentos, é preciso saber lidar com o imprevisto, com as tensões e entender essas situações como componentes significativos para o auto conhecimento, a constituição humana e construção de saberes.

No “quebra cabeças” desta pesquisa, para poder agrupar e organizar as novas peças que chegavam, com as peças que já possuía, tinha que buscar soluções de forma persistente para concretizar esses encaixes, que traziam formas infinitas, as quais, em determinados momentos desse “jogo”, assim descritos com muita propriedade por Serpa, pareciam me paralisar frente à imensidão de situações. Mas embora ocorressem esses

momentos que estagnavam a pesquisa, a mesma também trazia desafios os quais o universo do “jogojogante” propiciava em uma “brincadeira” envolvente e contraditória de prazeres e desprazeres.

Macedo (2000) defende que o envolvimento do etnopedisador é de fundamental importância para realização do trabalho científico e a relação subjetividade e objetividade estão presentes e onde o pesquisador se transforma através das tensões e prazeres que a pesquisa possibilita:

É fundamental o entendimento que o etnopedisador é parte irremediável da pesquisa. Representante de um segmento que, ao longo da história, se quis um construtor de regularidades e leis, o etnopedisador deve acostumar-se com a angústia do método, um questionamento constante sobre a pertinência de suas posturas e métodos, da sua visão de mundo, da visão dos pesquisados e suas construções, dos seus costumes teóricos e epistemológicos. Daqui nasce o desejo curioso e a inventividade no processo de pesquisar. (MACEDO, 2000, p. 245)

Macedo (2000) também alerta para o cuidado do pesquisador em não envolver-se demais com o trabalho e distanciar-se das críticas, das ambigüidades, dos conflitos e contradições que fazem parte da pesquisa, até mesmo de suas implicações nesse processo. A descrição da realidade com rigor científico e vigilância epistemológica é uma constante para o pesquisador desta área, que não deve perder de vista essa aproximação e o distanciamento de seu objeto de estudo para compreendê-lo de forma crítica.

Dessa forma, podemos perceber que, a etnopedisa é um processo constante de criações e recriações infindável que exige inventividade, rigor ético e criticidade. É como se um mesmo “quebra cabeças” fosse observado e montado de diversas formas, nos quais fossem criadas várias estratégias de montar pelos jogadores, que realizam diferentes encaixes e leituras do universo.

Borba (1998) na perspectiva multirreferencial, também considera que fazer ciência não é um processo de acomodação onde se encontra um método específico para investigar como se fosse uma fórmula específica pronta:

É o fazer ciência, o criar, o construir ciência que definirá a “composição”, (a bricolagem), o metodológica. É na construção do campo da pesquisa que se define a elaboração (*in loco*) das metodologias (a composição inteligente das mesmas) e não o inverso. Não é a ciência que deve andar a reboque (servilmente) da metodologia e sim o contrário. A metodologia é um conjunto de procedimentos necessários no fazer e criar ciência, no entanto, ela só é definida (enquanto fazer ciência) a posteriori, jamais a priori, sob pena de conformismo. E deve sofrer, assim, transformações constantes, dialéticas e paradoxais, como um ser híbrido ou uma hidra (serpente de sete cabeças que renasciam assim que eram cortadas) virtual e real tal qual a sua plastiCidade e complexidade. (BORBA, 1999, p. 17)

Nesse trabalho, em muitos momentos, também parecia me encontrar com esta “serpente” descrita por Borba (1998). Em alguns períodos, quando acreditava que a metodologia estava em concordância com os referenciais teóricos e que tudo estava resolvido, quando realizava a pesquisa de campo, os dados “coletados”, traziam algumas rupturas com o que estava estabelecido. Em vários movimentos, era como se renascessem essas “cabeças cortadas das serpentes”, as quais entravam em dissonância com o que estava instituído. Foi preciso muita agilidade e destreza para saber lidar com esses movimentos. Esses processos contínuos e descontínuos estiveram presentes a todo momento. As descobertas que encontrava estavam implicadas com vários elementos como: as informações que os atores sociais me traziam sobre o contexto, as percepções e análises dos fatos observados oficiais e “não oficiais”, assim como as análises dos registros realizados. Vale ressaltar que na relação sujeito - objeto desta pesquisa, ao mesmo tempo que os atores sociais constituíam o objeto de estudo, também me influenciavam e me constituíam enquanto pesquisadora.

Desse modo, a opção pela etnopesquisa e pelo estudo de caso, através de um estudo sistemático e prolongado das professoras que lidavam cotidianamente com crianças, adolescentes hospitalizados e seus familiares, a proximidade com esses atores e o conhecimento de seus modos próprios de construção de saber, foram princípios essenciais que nortearam este trabalho.

Cabe destacar que, desde o ingresso enquanto professora no hospital, muitos atores sociais nos hospitais passaram em minha vida e ajudaram a compor minha história pessoal e profissional. A etnopesquisa trouxe, portanto, possibilidades para unir as experiências prévias e reflexivas que possuía enquanto pesquisadora com minha percepção sensibilizadora.

3.2.1 A itinerância da pesquisadora e as implicações

O projeto desta tese surgiu em função de preocupações que havia detectado na trajetória do meu trabalho vivenciado nos Estados de Goiás, Maranhão e Paraná. Minha atuação foi como professora hospitalar no Hospital Sarah das Doenças do Aparelho Locomotor da Associação das Pioneiras Sociais, de Brasília⁵ e, posteriormente, em São Luís do Maranhão (1994-1997). A permanência em período integral nestes hospitais oportunizaram

⁵ No Hospital Sarah de Brasília permaneci durante três meses durante o período de treinamento, depois fui transferida para São Luís para implantar o trabalho de professor hospitalar naquela unidade.

contatos próximos com as crianças internadas e seus familiares e foi possível observar múltiplas interações naqueles contextos, que não estavam restritas somente à escolarização, mas à situações que envolviam o afeto, a partilha e a compreensão do ambiente. O resultado dessas observações foram relatados na monografia que produzi no final do treinamento intitulada “O trabalho do professor no hospital”, Paula (1994) que serviu como base para as minhas primeiras sistematizações teóricas a respeito deste assunto.

Em 1998, ao ingressar como docente no departamento de educação da Universidade Estadual de Ponta Grossa UEPG/ Paraná, em conjunto com a professora⁶ e a acadêmica do curso de Pedagogia, através do Programa de Iniciação Científica P.I.B.I.C/ CNPq/ UEPG, realizamos a pesquisa: “História da criação de brinquedotecas em Hospitais no Paraná: contribuições para a discussão da educação neste contexto”. Nela foram mapeados nove hospitais existentes no Estado do Paraná, onde existiam atividades recreativas, educativas e culturais. Neste processo, conhecemos os professores hospitalares que trabalhavam com brinquedotecas nestas instituições e eles nos mostraram como auxiliavam as crianças e adolescentes internados a enfrentarem de forma mais tranqüila as dificuldades que apresentavam naqueles contextos. Publicamos o resultado deste trabalho no artigo: “Brinquedotecas em hospitais: uma conquista nova para novos tempos”, Paula, Gil e Marcon (2002).

Paralelamente a esta pesquisa, a participação no projeto de extensão: “Pedagogia Hospitalar”, coordenado pela professora Juliana Dallarmi Gil, possibilitou a emergência de vários olhares sobre a condição da criança hospitalizada e do papel do professor nesse contexto. Este projeto funcionava como estágio extra-curricular para atuação das acadêmicas de Pedagogia no hospital, as quais realizavam atividades de recreação, de forma voluntária, uma vez por semana em dois hospitais da Cidade. Essas visitas esporádicas às enfermarias em Ponta Grossa assumiam características diferentes do projeto pedagógico contínuo e sistematizado do trabalho do professor no Hospital Sarah. Neste Projeto de Extensão, as ações das professoras possuíam um significado importante na medida em que oportunizavam a presença do lúdico nos hospitais através da oferta de brinquedos, do trabalho com teatro, música, arte, fantoches e literatura infantil, porém, não acompanhavam a história e a evolução das crianças na enfermaria. Os resultados desse trabalho foram publicados nos artigos: “Pedagogia Hospitalar “ e “O significado da prática pedagógica no contexto hospitalar”, Paula e Gil (1999, 2001).

⁶ A docente era Juliana D. Gil do Depart. Métodos e Técnicas de Ensino e a acadêmica Andresa Marcon

As diferenças nestes projetos educativos e das ações dos professores fizeram com que surgissem inquietações quanto a definição de atuações específicas para formação de profissionais nessa área. Tais inquietações, transformaram-se no projeto de tese encaminhado a Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Federal da Bahia em 2001.

Outro aspecto, que também impulsionou a elaboração do projeto de pesquisa e a necessidade de aperfeiçoamento nesta área, deve-se ao fato de que a educação para crianças e adolescentes hospitalizados é recente em nosso país e a discussão ainda incipiente. A literatura a respeito deste assunto está sendo produzida e existem poucos interlocutores. Desta forma, a construção dos referenciais teóricos está relacionada a atuação dos profissionais da área, seus olhares, percepções e o contato com diferentes atores sociais onde se mesclavam aspectos subjetivos e objetivos na construção de saberes. Nesta tese, em determinados momentos, os aspectos subjetivos eram preponderantes em relação aos aspectos objetivos, mas isso não significava afirmar que a objetividade não existisse.

Sampaio (1997) considera que a história pessoal do pesquisador, seus desejos de pesquisa, sua formação, suas vivências, são aspectos que influenciam e ajudam a compor o trabalho: “Toda realização humana revela seu ator, com impressões digitais, as marcas e cicatrizes do vivido falam de sua trajetória. O trabalho científico não poderia escapar a esse destino.”(SAMPAIO, 1997, p. 4).

Na perspectiva da etnometodologia, a subjetividade do pesquisador também é enfatizada como constituinte do trabalho. Para Coulon (1987), o subjetivismo destas ciências durante muitos anos, foi criticado pela sociologia, que possuía tradição objetivista que dissociava os pesquisadores de seus objetos de estudo. Para ele:

O subjetivismo opera na contra corrente dessas concepções; o objeto não é mais uma entidade isolada, está sempre em inter-relação com a pessoa que o estuda; não existe corte epistemológico, a necessária objetivação da prática leva em conta as implicações de todo gênero do pesquisador, cuja subjetividade é restabelecida e analisada como fenômeno pertencente de pleno direito ao terreno considerado, que é heurísticamente levado em conta; os métodos usados dependem mais da análise qualitativa, a única que pode ser significativa, assim como o não-mensurável; os quadros sociais resultam de uma contínua construção, de uma permanente criação das normas pelos próprios atores; o subjetivismo reabilita o transitório, o tendencial, o singular. (COULON, 1987, P. 54)

As aproximações e interações intensas com os atores sociais, as professoras e as crianças, faziam com que a subjetividade estivesse sempre presente e forneciam “pistas” para entender questões que pareciam de difícil acesso e compreensão da realidade.

Sampaio (1997) descreve como tarefa impossível dissociar o que se observa do observador, pois o dado de campo é realizado em função da subjetividade de quem realiza a observação: "Nunca observamos simplesmente, no sentido que essa palavra supõe uma exterioridade impossível de alcançar, mas sempre **partilhamos** o que nos é dado viver, pesquisar." (SAMPAIO, 1997, p. 36).

Mas, esta proximidade com o objeto de estudo e essa característica da predominância subjetiva na construção do trabalho científico, em alguns segmentos nas universidades, ainda é interpretada como ausência de clareza no referencial teórico. No início do doutorado e da pesquisa de campo, possuía algumas indefinições quanto ao referencial teórico metodológico a ser adotado. As primeiras orientações metodológicas que recebi pressupunham um distanciamento dos atores sociais. Em algumas situações, fiz várias tentativas de distanciamento dos atores, mas era como se a subjetividade do trabalho estivesse sendo negada. Desta forma, os desajustes eram constantes, pois parecia que o trabalho não expressava minhas intenções e a objetividade não se concretizava. Nesse processo, muitas angústias foram vividas até encontrar o caminho que procurava para unir as preocupações da pesquisa com um referencial teórico desejado que possibilitasse uma junção tanto das idéias, quanto da forma da observação, assim como análise do contexto estudado. Foram necessárias três mudanças de orientação. Essas mudanças foram marcadas com ansiedades, tensões e emoções variadas, tanto para mim, como para os orientadores. Porém, esses orientadores, entenderam esse meu processo de busca e não impediram esta "caminhada", tampouco dificultaram a mudança de orientação, pois constataram que existiam alguns desencontros em relação as referências que possuíamos, as quais estavam comprometendo o trabalho. A minha "caminhada" na pesquisa somente começou a se fortalecer quando freqüentei no 2º semestre de 2002, a disciplina "Etnopesquisa Formação", do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Educação da UFBA, com o professor Roberto Sidnei Macedo, o qual expôs com muita propriedade os princípios da etnopesquisa. Nessa disciplina, fui percebendo as possibilidades que esse referencial teórico trazia para o meu trabalho, bem como as identidades que aconteciam com a minha forma de desenvolver a pesquisa. Esse encontro trouxe uma maior fluidez nas idéias para a realização deste trabalho que culminou na mudança para este orientador.

Macedo (2000) considera que os fenômenos observados na etnopesquisa estão sempre em um processo de co-participação dos sujeitos com experiências vividas. Os âmbitos existenciais dos conhecimentos produzidos no cotidiano e a intersubjetividade do pesquisador trazem a essência dos fenômenos observados e neste processo de aproximação dos

fenômenos, de inclusão e exclusão dos conteúdos, ocorre a objetivação do trabalho. Nesta tentativa de apreender os fenômenos, o pesquisador da etnopesquisa interroga o significado de determinadas ações, descreve o mundo vivenciado e não considera os acontecimentos fechados em si, mas pertencentes a um determinado tempo e contexto. A convivência com os fenômenos, a proximidade e a apropriação dos mesmos, o trato com o cotidiano é que possibilita a construção de conhecimentos:

A valorização do cotidiano possui uma certa sabedoria que se consubstancia na crença de que, para que uma mudança seja profunda, é necessário partir da intimidade das coisas, para entrar na intimidade das coisas, é preciso partir delas, conviver com elas, então podemos distinguir as que não interessam, e, a partir de dentro, montar o caminho da transformação mais relevante e pertinente, dentro da radicalidade que não desreferencializa, não arrasa. (MACEDO, 2000, p. 63)

A intenção deste trabalho foi de mergulhar na intimidade das pessoas no cotidiano da escola no hospital. A etnopesquisa trouxe elementos significativos para realizar este “mergulho” no sentido de escolher a forma como “nadar”, o lugar para mergulhar para depois poder “voltar a margem”. Nesse processo, os cuidados éticos foram essenciais na condução deste mergulho.

3.2.2 Questões éticas da pesquisa

O ambiente hospitalar apresenta uma rotatividade muito grande em relação as crianças, adolescentes e familiares. Conhecer todos esses atores nas suas singularidades, é uma tarefa quase impossível e alguns cuidados éticos precisam ser considerados na abordagem desses sujeitos.

Quando uma pessoa é hospitalizada, principalmente em hospitais públicos, sua vida é invadida sob vários aspectos: ela tem que compartilhar o mesmo leito com pessoas que não conhece, seu corpo permanece sob o controle da equipe médica, seu cotidiano é compartilhado com dores e alegrias das outras pessoas que convivem em seu quarto. A convivência com o outro é um imperativo e sua intimidade fica exposta.

Um aspecto peculiar observado em determinados trabalhos produzidos na área, que têm chamado a atenção, diz respeito a ausência de alguns cuidados necessários em relação as questões éticas que envolvem os grupos pesquisados e das análises das relações políticas, sociais, institucionais que envolvem as escolas nessas instituições. Em muitos trabalhos, os pesquisadores não têm a conduta de solicitar autorização para realizarem

fotografias ou filmagens. Nesses processos, não se respeitam os casos em que as crianças encontram-se deformadas fisicamente, que não querem ser fotografadas ou filmadas. É preciso considerar também que muitas vezes, essas pessoas não são informadas dos motivos para que estão sendo abordadas, nem ao menos têm tempo para falar das suas necessidades, dos seus anseios, problemas e das suas emoções. Nesse sentido, é como se os sorrisos dessas crianças fossem “vitrines” para promoção e valorização dessas pesquisas e das instituições, mascarando a realidade do cotidiano que aquelas crianças e adolescentes enfrentam⁷.

A maioria das pesquisas de educação nos hospitais parece seguir um mesmo roteiro: os pesquisadores oferecem brinquedos e materiais escolares para as crianças em hospitais públicos, pois muitas vezes essas crianças não tem nada para interagir e, a partir destas ações, verificam como as crianças reagem a esses materiais. Nesse processo de observação dos estímulos e das respostas realizadas, esses pesquisadores registram as mudanças de comportamento, as emoções apresentadas, sem se preocupar com o contexto mais geral no qual essa criança está vivendo, o universo das questões que a hospitalização traz e os aspectos que circundam esse ambiente. Nesse sentido, essas crianças e adolescentes hospitalizados, assim como seus familiares, muitas vezes são tratados como peças de uma engrenagem e fornecedores de dados que têm suas vidas invadidas em uma situação de extrema fragilidade. Nestes trabalhos, há um enfoque e predominância da análises micro estruturais e imediatistas. Quando estas pesquisas terminam, muitas realidades opressoras de determinadas instituições hospitalares continuam existindo. Para que as crianças e seus familiares mostrem como vivem o cotidiano de forma natural é preciso proximidade, confiança e esses elementos não se constroem em visitas esporádicas. Sendo assim, faz-se necessário que sejam possibilitadas situações para que esses atores sociais interajam com os pesquisadores e saibam os motivos pelos quais estão sendo abordados.

Os hospitais têm começado a se preocupar cada vez mais com as questões éticas das pesquisas que são realizadas. Em alguns momentos, em determinados hospitais, os cuidados parecem até ser excessivos, o que causa estranhamento para quem é de educação, de certa forma, acostumado a ter uma liberdade maior para entrar nas escolas. Porém, ao ler o artigo de Lobo (1979) foi possível compreender que na história da medicina, principalmente da pediatria clínica, muitas violências físicas e abusos foram realizados nas pesquisas médicas

⁷ Poucos pesquisadores fazem referência ao fato de submeterem seus trabalhos aos Comitês de Ética dos Hospitais, que é um dos primeiros passos para que alguns cuidados sejam observados. A dissertação de Fontes (2003) já apresenta esses cuidados.

com crianças hospitalizadas, explica-se, portanto, a necessidade deste rigor ético e às vezes, o excesso de burocracia exigido para a realização das pesquisas nos hospitais.

Lobo (1979) como pediatra fez várias críticas e denunciava o modo com que as crianças eram submetidas as punções biópticas e a punções venosas em situações traumáticas e adversivas. As crianças corriam muitos riscos nessas intervenções terapêuticas e não existiam regulamentações quanto aos procedimentos éticos a serem adotados:

Mesmo quando os pais consentem no uso da criança para determinadas pesquisas não têm nenhuma idéia do risco real a que o filho está sendo submetido. No dia a dia das enfermarias, de indigentes principalmente, temos um grande número de crianças submetidas a pesquisas de todas as ordens e com possibilidades de lesões físicas graves. Nem me arriscaria a falar quanto à possibilidade de lesões psicológicas, através desse tipo de experiências. A própria condição da criança doente e entregue a estranhos já torna o ambiente tenso: a criança quando hospitalizada nunca está livre de tensão. (LOBO, 1979, p. 19)..

Com o avanço da bioética surgiram as normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, segundo dados de Lobo, Freitas e Gonçalves (2003). Em nosso país, a partir de 1997, começaram a surgir os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) para exercer proteção do direitos dos sujeitos dos trabalhos. Essas diretrizes impulsionaram a implantação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), com intuito de analisar os projetos de pesquisa que estão sendo desenvolvidos nos hospitais brasileiros, que a cada dia vem se expandindo nas áreas mais diversas e não somente na medicina⁸.

O rigor ético da pesquisa, as implicações do pesquisador, a maneira de olhar e dialogar com os atores sociais, um estudo mais aprofundado do contexto através de estudo de caso, foram aspectos que contribuíram para opção da etnopesquisa como fundamentação teórica deste trabalho.

⁸ De acordo com Hossne (2003), foram criadas no Brasil as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, pelo Conselho de Saúde (CNS) segundo a resolução no 196/96. Essas normas estão voltadas para questões como reprodução humana, genética, biossegurança, pesquisas envolvendo estudos multicêntricos, pesquisas envolvendo grupos indígenas, equipamentos e dispositivos odonto médico hospitalares, fármacos e medicamentos. Alguns dos projetos de pesquisa que envolvem alto risco, após serem avaliados pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), também são encaminhados para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Atualmente existem cerca de 400 Comitês de Ética em Pesquisa, espalhados pelo Brasil, todavia, para funcionarem, necessitam de cumprir alguns critérios regulamentados pelo CONEP. Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), são colegiados multidisciplinares e têm como objetivos avaliar os aspectos éticos das pesquisas, os quais seguem um protocolo elaborado pela CONEP onde se avalia a metodologia das pesquisa, os riscos e benefícios envolvidos, a maneira como é apresentado o consentimento informado (se a linguagem é acessível aos sujeitos da pesquisa) e adequação das informações relativas aos sujeitos da pesquisa. Em caso de pesquisas de medicamentos, quais os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos no estudo e os aspectos que o pesquisador elabora para privacidade e confidencialidade dos sujeitos. Os CEPs também tem função de acompanhar o desenvolvimento dos trabalhos.

3.2.3 Acesso ao campo e negociações

No princípio deste trabalho acreditava que não teria dificuldades de aceitação da pesquisa pelos hospitais pois, com o movimento de re - humanização hospitalar, esta temática tem sido bem acolhida por alguns setores da área médica. Mas, para a execução do trabalho, comecei a perceber que politicamente não existia consenso em relação a estas preocupações.

Uma das primeiras dificuldades de acesso aos hospitais ocorreu em relação a quem procurar, pois a maioria dos projetos de educação em hospitais na Bahia, são realizados em parceria entre os hospitais e as Secretarias de Educação. Sendo assim, não sabia a quem recorrer para solicitar o trabalho: Às diretorias dos Hospitais? Às Secretarias Municipal ou Estadual de Educação? Às duas instituições? Às equipes de saúde, às pessoas responsáveis pelos projetos educacionais?

Em princípio, a idéia da tese era estudar escolas em diferentes hospitais na Cidade de Salvador. Foram contatados três hospitais: Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), o Hospital Sarah da Associação das Pioneiras Sociais e das Doenças do Aparelho Locomotor e o Hospital São Rafael.

O Hospital das Obras Sociais Irmã Dulce, foi o primeiro a ser procurado em junho de 2001. Em uma conversa com a pediatra responsável pelo setor foram esclarecidas as intenções da pesquisa. Entreguei o projeto da pesquisa e ela também me entregou uma cópia do projeto que havia feito e entregue à Secretaria Municipal de Educação da Cidade de Salvador, para solicitar o convênio para implantação da escola na OSID. Porém, como naquela época, a escola ainda não havia sido implantada e estava em fase de negociação, a pediatra solicitou que eu voltasse quando o convênio estivesse sido estabelecido e iniciado as atividades. No mesmo período, realizei contato com o Hospital Sarah, onde já existia o trabalho de professor hospitalar desde 1994, mas não consegui sequer entregar as cartas de solicitação da pesquisa ao setor de Recursos Humanos. Os profissionais deste setor alegavam que o texto de solicitação das cartas estava incompleto para as exigências do hospital. Naquele época, refiz várias vezes as cartas e retornava ao hospital sem conseguir evoluções. Conversei com minha orientadora na época e discutimos a respeito destes procedimentos. Decidimos não insistir neste hospital, pois não poderíamos obrigá-lo a aceitar nossa pesquisa e consideramos que muitos entraves estavam sendo postos para nossa aproximação.

O Hospital São Rafael foi a terceira alternativa. Em conjunto com duas professoras, amigas da Cidade de Salvador⁹, havíamos proposto ao hospital a implantação de um projeto pedagógico para crianças e adolescentes hospitalizados através de um trabalho voluntário de professores na instituição. Os pediatras e a equipe de enfermagem responsáveis pelo setor ficaram empolgados com nossa proposta e tinham muito interesse em concretizar esse trabalho que chamavam de “re-humanização” hospitalar, pois consideravam que o hospital já era humano e era preciso re-humanizá-lo. Nos reunimos várias vezes para discutir o projeto de pesquisa e as intenções do trabalho. O Hospital solicitou que o projeto de pesquisa fosse apreciado pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Hospital. Nesse processo, de abril a junho de 2002, o comitê solicitou 16 documentos, os quais tinham que ser entregues rigorosamente nos dias determinados. Entregamos toda a documentação, nos prazos determinados mas o projeto foi negado (Anexo B) pois alegaram que o hospital não recebia crianças que ficavam internadas por um período de longa permanência, o que inviabilizou a pesquisa.

Em agosto de 2002, retornei ao Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce. Desta vez, a escola já havia sido implantada e estava funcionando há um ano. Encontrei com a pediatra do setor, que solicitou o encaminhamento do projeto do doutorado para à Coordenadora da Regional Cidade Baixa da Secretaria Municipal de Educação, pois as professoras a ela estavam vinculadas. O projeto foi encaminhado e após análise, a pesquisa foi aprovada (Anexos C e D) pelas duas instituições. A coordenadora da prefeitura solicitou que trocássemos idéias e que oferecesse sugestões ao trabalho realizado pelas professoras. Portanto, em agosto de 2002, foi iniciado o projeto piloto de coleta de “dados” e as reuniões.

Nesses “erros” e “acertos” para conseguir o acesso à pesquisa de campo, em muitos momentos, me surpreendi com o excesso de burocracia. Com o tempo, percebi que alguns destes procedimentos eram pertinentes, pois existe a necessidade do cuidado com a segurança, o bem estar físico e emocional das pessoas hospitalizadas, o perigo da infecção hospitalar, dentre muitas outras questões. Mas também comecei a refletir sobre a necessidade de mudança nos procedimentos de acesso das pesquisas de Ciências Humanas nos hospitais, pois alguns parâmetros utilizados nas pesquisas em Ciências Médicas não se aplicam às Ciências Humanas.

Após apreciação da Comissão de Ética do Núcleo de Apoio à Pesquisa (NAP) do Hospital Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) em Agosto de 2003, o projeto

⁹ A pedagoga Benali S. Santos, tinha como sonho trabalhar como professora hospitalar e a pedagoga Monica Di Nunzio, que havia trabalhado comigo no Sarah São Luis, expressava desejo em continuar atuando em hospital.

foi aprovado. (Anexo E). Nesse processo, em conversa realizada com o médico responsável pelo Comitê, dialogamos sobre a necessidade de profissionais de Ciências Humanas na composição da equipe multidisciplinar para avaliação dos projetos. Depois da avaliação do projeto fui convidada oficialmente pelo Comitê de Ética do Hospital Santo Antônio (Anexo F) para ser membro voluntário, o qual aceitei, pois foi uma oportunidade que possibilitou conhecer os procedimentos éticos da instituição, construir conhecimentos em relação as questões éticas na pesquisa em hospitais e oferecer sugestões quanto as questões educacionais do Comitê, as quais sempre foram bem aceitas pelos seus membros.

Nas negociações vivenciadas, embora tenha encontrado dificuldades em relação ao acesso aos hospitais, muitas conquistas foram alcançadas, as quais fizeram com que realizasse uma re-leitura das experiências passadas.

O Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) mostrou-se a melhor solução do contexto a ser investigado, por vários motivos: pelo projeto de educação estar em funcionamento há um ano (com algumas estruturadas delineadas), pelo fato das professoras terem construído uma história nesse local com seus etnométodos próprios, e fundamentalmente, pela historicidade da instituição. O modo com o qual o hospital se constituiu, mostrou que é um lugar de acolhimento e que reflete a política empregada por Irmã Dulce nas ações realizadas em sua vida.

3.2.4 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa configurou-se como um estudo de caso qualitativo, com características de observação participante periférica, baseados nos princípios da etnopesquisa crítica defendidos por Macedo (2000).

Ao analisar a característica do estudo de caso, Macedo (2000) considera que esta perspectiva tem como preocupação principal compreender uma instância singular e as análises relacionais que dela derivam, as quais consolidam-se como uma totalidade composta que agrega vários aspectos da realidade.

A perspectiva etnográfica orientou a pesquisa sobre a *práxis* pedagógica das professoras em interação com seus alunos do Projeto “Vida e Saúde” do Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), na Cidade de Salvador na Bahia.

Luz (2002) em uma pesquisa etnográfica, realizada na Cidade de Salvador, enfatizou que em muitas pesquisas acadêmicas existe uma negligência quanto aos fenômenos

complexos que envolvem a sala de aula, pois, convencionalmente, tem-se instituído à sala de aula um *status* e local privilegiado de promoção da aprendizagem, desconsiderando outras instâncias educativas da escola:

O olhar sobre a escola privilegia a sala de aula enquanto *locus* fundamental de desenvolvimento do processo ensino - aprendizagem, uma vez que é neste contexto que, por intermédio de disciplinas específicas, se estrutura o cenário para a transmissão do saber. Esse olhar não só destaca o espaço de dentro da sala de aula, como negligencia o espaço extraclasse, evidenciando, assim, a compreensão de que apenas o contexto da sala de aula propicia o processo ensino-aprendizagem. (LUZ, 2002,p. 63)

As ações das professoras no hospital ocorriam predominantemente nas salas de aula, portanto, a coleta de “dados” ocorreu na maior parte das vezes nestes espaços. Entretanto, acontecimentos que ocorriam nas enfermarias, as festas no refeitório e passeios externos, devido a importância que assumiam na estruturação da complexa *práxis* pedagógica do professor no hospital, também foram considerados.

Nesse processo de coleta de “dados”, no período de Agosto de 2002 a Agosto de 2003, ora atuava como observadora, ora fazia algumas observações nas aulas e nas reuniões, procurando manter um certo distanciamento que permitia uma análise do contexto, mas em alguns períodos, o movimento das aulas, as professoras e as crianças, solicitavam e permitiam a minha inserção no ambiente da escola no hospital. Portanto, participei em algumas aulas em co - orientação com as professoras e nas reuniões, oferecendo sugestões ao trabalho.

Barbier (2002) considera este tipo de participação como Observação Participante Periférica (OPP) onde: “o pesquisador aceita uma implicação parcial para poder ser considerado como “membro” sem, entretanto, ser admitido no “centro” das atividades do grupo.”(BARBIER, 2002, pg. 126). Desta maneira, nas observações, ocorreram uma certa predominância da atuação como espectadora, ora como atuante no processo. Todavia, a forma de participação nas atividades era moderada. Em consonância com Macedo (1988) que define na perspectiva da etnopesquisa a participação moderada ou restringida como aquela que: “ocorre quando o pesquisador tenta manter um equilíbrio entre ser de “dentro” ou ser de “fora” no momento da observação, a participação é tênue.” (MACEDO, 1988, p. 169).

A definição deste tipo de participação não ocorreu, entretanto, de forma tranquila. Nas observações do cotidiano das professoras, em muitos momentos, com as professoras e os alunos, me sentia como se fora um “membro” da pesquisa, mas nas reuniões, existiam algumas indefinições quanto à minha posição, diante das interações que eram estabelecias com o grupo.

Coulon (1987) define na etnometodologia o conceito de membro como:

Tornar-se um membro significa filiar-se a um grupo, a uma instituição, o que exige o progressivo domínio da linguagem institucional comum. Essa filiação repousa sobre a particularidade de cada um, sua maneira singular de enfrentar o mundo, de estar no mundo nas instituições sociais da vida cotidiana. (COULON, 1987, P. 18)

A aproximação com as professoras derivava do fato de já ter sido professora hospitalar, o que fazia com que tivéssemos uma certa identificação e reciprocidade em nossas concepções sobre a condição dos alunos e dos professores nos hospitais. Sendo assim, construíamos significados e enunciados particulares que definíamos em nossas trocas verbais, pois, em alguns aspectos, possuíamos uma linguagem comum sobre aquela realidade. Essas questões levaram em muitos momentos, a refletir e discutir com o orientador, se este estudo era uma pesquisa - ação pelas implicações que apresentava com o trabalho. Entretanto, embora apresentasse essa proximidade com as professoras, não possuía uma identificação com a linguagem institucional que era adotada nas reuniões pedagógicas que ocorriam sobre o projeto. Barbier (1977) define implicação como:

Implicação vem do latim *implicare*: envolver-se em, compreender em, e significa, em sentido figurado, encerrar, conter implicitamente. Implicação (do latim *implicatio*) é um termo jurídico: ação de implicar uma pessoa em uma ação. Em lógica, é o estado daquilo que implica contradição (...) Implicação, no campo das ciências humanas, pode ser então definido como engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passada e atual nas relações de produção e de classe, e de seu projeto sócio político em ato, de tal modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda atividade de conhecimento. (BARBIER, 1977, p. 120)

Barbier (1977), ao discorrer sobre a pesquisa-ação na instituição educativa em ciências humanas, considera que existem três níveis de abordagem do conceito de implicação nesses trabalhos: o nível psicoafetivo, o nível histórico-existencial e o nível estrutural-profissional.

Não se pode negar a influência da implicação a nível psicoafetivo nesta pesquisa, a qual sempre esteve relacionada a desejos pessoais de querer saber mais sobre a *práxis* das professoras no hospital para compreender questões que me inquietavam nesta área. Esse engajamento, levava também uma implicação histórico existencial com o trabalho.

Barbier cita Pages (1977) que descrevia como se configurava a pesquisa-ação realizada através de seminários com seus alunos e as implicação histórico existencial:

Cada vez mais, os seminários tornam-se para mim um acontecimento ligado à minha própria vida, à minha história, onde minha existência está em jogo e onde trabalho o mais profundamente possível os meus problemas do momento. Mas, pode alguém dizer (e sempre me dizem) que não estou num seminário para resolver os meus problemas pessoais, e sim para ajudar os participantes a resolverem os deles. Recuso essa oposição. Porque à medida que, durante o seminário, enfrentando com seriedade os meus problemas, é que me torno mais disponível para os participantes. Pois estou pronto a entrar em briga com eles e de forma real, não superficial, não para “ajudá-los”, isto é, incitando de maneira inacessível à tomada de consciência, alguns conflitos inconscientes em mim, uma certa incompletude essencial. Estou pronto a ajudá-los na medida em que eles podem me ajudar, pois também eu preciso de ajuda. O contato entre eles e eu é o de uma verdadeira troca de serviços (...) Um monitor engajado num trabalho de mudança pessoal, visivelmente falível, situado, é acessível e localizável. Pode-se servir dele, se for útil, abandoná-lo se for inútil, fugir ou atacá-lo, se prejudicial, ou tentar mudá-lo (grifo da autora) (PAGES *apud* BARBIER, 1977, p. 111).

Nesta pesquisa, em relação as implicações histórico existenciais, vivi as tensões das relações dialéticas que Barbier (1977, p. 112) considera como um duplo processo de: “interiorização da exterioridade e de exteriorização da interioridade.”

O movimento da pesquisa no processo de “coleta de dados” em alguns momentos me mostrava que, ora me posicionava do lado de dentro do contexto e ora me sentia uma pessoa externa a ele. Embora tivesse uma proximidade com as professoras, elas organizavam sozinhas suas aulas, seus planejamentos, sem meu auxílio e discussão e as minhas interferências ocorriam nas aulas, somente quando era solicitada. Entretanto, nas reuniões pedagógicas que participava, sempre era incitada a fornecer informações e sugestões sobre o projeto pedagógico. Em muitos momentos, procurei auxiliar o projeto nos problemas que a escola no hospital enfrentava, sendo acessível, mas também percebi que, com o tempo, me deixei envolver com alguns problemas que não necessariamente correspondiam a pesquisa.

Realizei várias visitas à CRE - Cidade Baixa, para socializar os artigos, bibliografia e livros que possuía da área de educação nos hospitais e discutir os problemas referentes as práticas pedagógicas das professoras. Porém, em muitos momentos, fui solicitada para auxiliá-las a buscarem material pedagógico em outras escolas da rede municipal, pois muitas vezes não tinham transporte para realizar essas ações, para auxiliá-las a resolverem problemas administrativos do trabalho, na digitação e produção de trabalhos científicos, assim como na compra de materiais para festas. Por ter tido dificuldades de acesso e autorização para realizar a pesquisa de campo na cidade de Salvador, inicialmente, sentia que tinha uma responsabilidade social e uma gratidão significativa pelas pessoas, por terem aceitado o trabalho. Estar envolvida com um compromisso cotidiano, era também uma das

formas de negociação deste acesso e da garantia do campo de pesquisa. Entretanto, com o tempo, essas ações, foram sendo interpretadas por alguns dos membros da pesquisa, como uma atitude natural e, novas exigências, assim como novos problemas e demandas foram surgindo. Comecei a ser solicitada para atender essas questões, dentre outras, como se fosse a coordenadora pedagógica da escola no hospital. No princípio, não me incomodava em assumir esta postura de auxiliar na construção do projeto de forma natural, mas, algumas inquietações foram surgindo em relação a este papel. Considerava que meu compromisso político e educacional não era assumir a função de coordenação da escola, visto que esta questão era uma de minhas sugestões para aquele projeto. Acreditava que a Secretaria Municipal de Educação deveria selecionar um profissional para assumir este papel. Embora buscasse discutir com os membros o meu papel no contexto, esta situação parecia às vezes ser incompreendida por algumas pessoas.

No começo, era interessante e suportável as relações conflituosas que eventualmente apareciam, com alguns membros da instituição. Mas, com o tempo, fui percebendo que existia uma forte tendência em transformar o projeto de educação em uma “vitrine política”. Em alguns momentos, comecei a sentir também que não conseguia dialogar as intenções da pesquisa com alguns membros do grupo, pois existiam interesses diversos os quais queriam determinar a forma que eu iria interagir na escola no hospital e na pesquisa. Desta maneira, me via como se estivesse envolvida em algumas teias que não conseguiria sair.

Para Votre e Figueiredo (2003), na abordagem interacionista de pesquisa, o pesquisador se sente seduzido de tal forma pelos atores sociais que apresenta uma forte imersão no campo, se identificando com os membros, sendo fascinado por eles, naturalizando os fenômenos ocorridos.

A abordagem da etnometodologia propõe em um certo momento da pesquisa, abandonar a familiaridade do pesquisador com o campo, procurando prestar atenção na ameaça epistemológica que consiste na identificação completa com os membros. Nesse sentido, a etnometodologia propõe que é preciso se encantar pela tese, entretanto, tomar cuidado com o fascínio.

No princípio desta pesquisa, me sentia fascinada pelo trabalho que as professoras conseguiam desenvolver diante das dificuldades que apresentavam. Todavia, meu orientador sempre me advertia em relação a este fascínio e seus desdobramentos. Com o tempo, fui me afastando do projeto e percebendo essas implicações. Barbier (1977) considera que os diferentes níveis de implicação se interpenetram e atuam uns sobre os outros. Para ele:

[...] na pesquisa – ação e na animação, nossa única liberdade é a liberdade de agir em contradição porque está metida num túnel onde fica a encruzilhada do compromisso com o comprometimento, nesse sentido, como diz D. Hameline, o agente de mudança é um agente duplo e sempre sujeito a ser passado para trás. (BARBIER, 1977, p. 118).

Esta encruzilhada estava presente neste trabalho, pois, para ser aceita como membro do grupo era necessário um sentimento de pertencimento àquele contexto, mas isso não ocorreu em alguns momentos. Coulon (1987) define a posição do membro de um grupo na seguinte afirmativa:

[...] Uma vez ligados à coletividade, os membros não têm necessidade de se interrogar sobre o que fazem. Conhecem as regras implícitas de seus comportamentos e aceitam as rotinas inscritas nas práticas sociais. Com isso não se é um estranho à própria cultura e, ao invés, os comportamentos e as perguntas de um estrangeiro podem parecer estranhos. Um membro não é portanto, apenas uma pessoa que respira e pensa. É uma pessoa dotada de um conjunto de modos de agir, de métodos, de atividades, de *savoir-faire*, que a fazem capaz de inventar dispositivos de adaptação para dar sentido ao mundo que o cerca. É alguém que, tendo incorporado os etnométodos de um grupo social considerado, exhibe “naturalmente” a competência social que o agrega a esse grupo e lhe permite fazer-se reconhecer e aceitar (COULON, 1987, p. 18)

Na pesquisa, portanto, vivia a tensão de ora me adaptar as exigências do grupo, mas em outros, de discordar sobre algumas questões que ocorriam. Com as professoras, os alunos e seus familiares não tive problemas, pois trocávamos muitas informações sobre o projeto e eles foram muito receptivos nas trocas que realizávamos. Quanto à socialização da pesquisa, sempre procurei socializar os dados parciais em congressos e eventos¹⁰ (ANEXO G e H). Os membros do projeto (professoras, coordenação e equipe do hospital) eram convidados a participar. Todavia, somente as professoras compareceram às minhas apresentações.

Com o tempo, as situações de tensão e oposição foram aumentando em relação às pessoas que discordavam das minhas opiniões. Nas reuniões pedagógicas, era solicitada a oferecer sugestões para o projeto. Porém, durante o período de um ano, percebi que as propostas que apresentava tanto nas discussões, assim como nos relatórios, sugerindo modificações quanto as questões estruturais do projeto, foram muito pouco incorporadas (Anexo I e J). Embora notava que as professoras realizavam individualmente algumas modificações, percebia que não estava existindo um acolhimento das sugestões estruturais que

¹⁰ Trabalho: “ A práxis pedagógica com crianças e adolescentes hospitalizados”. Comunicação Oral apresentada no VI Congresso de Psicologia Escolar na Faculdade Ruy Barbosa e o painel “Fome de viver e aprender na escola do hospital”., apresentado em 17/10/2003 na VI Semana de Mobilização Científica, SEMOC- Salvador.

oferecia, portanto não ocorrendo o diálogo. Barbier (2002) alerta para este aspecto do distanciamento de algumas pessoas na pesquisa através da seguinte colocação:

O pesquisador coletivo é um grupo-relê, indispensável na pesquisa ação. É preciso ter muito cuidado na sua constituição. Trata-se de encontrar, na população submetida às investigações, as pessoas mobilizadas, os líderes de opinião, suficientemente interessados em uma ação ligada à reflexão. O essencial na elaboração da pesquisa-ação desenvolver-se-á em seu seio, não sem conflito. É preciso ter cuidado para não estar com personalidades altamente ideológicas e fechadas à análise crítica de sua própria existencialidade. (BARBIER, 2002, p. 104).

Também existia por essas pessoas, uma forte tendência de cobrança de resultados técnicos e relatórios do trabalho e a tentativa de transformar a pesquisa e o projeto pedagógico em objeto de propaganda ideológica. Na medida em que não escondi minhas opções políticas e que não iria realizar esse procedimento, começaram a surgir as rupturas.

Gadotti (1998) denomina o aspecto da supervalorização de conhecimentos técnicos organizacional, da hierarquia exercida pelos aparelhos do Estado como a “tecnocracia” na educação, que tem tornado os sistemas de ensino cada vez mais ineficientes:

[...] Na tecnocracia o poder está entregue a uma espessa camada de burocratas que se fazem passar por técnicos, não habituados ao exercício do diálogo, da participação, ao debate livre e a crítica. Todo tecnocrata é conservador, por isso, está sempre defendendo o poder instituído. Os tecnocratas concebem as coisas e fenômenos estaticamente, como funcionam hoje; estabelecem, por isso, normas fixas e abstratas, incrementam a massificação e uniformização, reduzindo as possibilidades de participação efetiva dos indivíduos nas decisões. Não se trata, evidentemente, de condenar o progresso técnico e o planejamento educacional, mas de condenar sua utilização para gerar o conformismo e a repressão. Trata-se, portanto, de denunciar a ilusão técnica e a coisificação da cultura, que isso acaba acarretando. Com a tecnocracia escolar, a autoridade do sistema torna-se onipresente e difusa, freando o élan e a criatividade. O que predomina é a razão técnica, por isso diz-se que o sistema é tecnicista. A razão técnica adormece o entusiasmo e a espontaneidade. (GADOTTI, 1998, p. 25).

A principal ruptura que me fez afastar do projeto foi a produção do vídeo “Fome de Viver e Aprender”. Apresentei na comemoração de dois anos da escola no hospital em outubro de 2003 e na VI Semana de Mobilização Científica da Universidade Católica de Salvador. A proposta era da restituição do trabalho e apresentação dos resultados parciais da pesquisa, pois buscava expressar o meu olhar da escola com suas belezas, contradições e também algumas críticas. Para produzir este vídeo, sofri pressões de alguns dos membros da pesquisa, para que a edição fosse exercida em conjunto, certamente para mostrar somente os aspectos positivos da escola e que a autoridade analítica do trabalho fosse transferida para esses mesmos. Naquele momento, não quis atender essas pressões e realizei a edição com

técnicos da área, procurando apresentar as impressões que possuía do projeto. A questão que mais incomodou a esses tecnocratas foi o depoimento da médica que idealizou o projeto, que valorizou a autoria do trabalho das professoras no hospital e criticou a ausência do Estado no acompanhamento do trabalho daquelas professoras.

Bogdan e Biklen (1994) ao descreverem os princípios éticos que envolvem a pesquisa, enfatizam que:

Seja autêntico quando escrever os resultados. Ainda que as conclusões a que chega possam, por razões ideológicas, não lhe agradar, e se possam verificar pressões por parte de terceiros para apresentar alguns resultados que os dados não contemplam, a característica mais importante de um investigador deve ser a devoção e fidelidade aos dados que obtém. Confeccionar ou distorcer dados constitui o pecado mortal de um cientista. (BOGDAN e BIKLEN, 1994, p. 77).

Portanto, com este vídeo, procurava mostrar as percepções que possuía acerca da realidade. Mas, não imaginava que a apresentação deste vídeo gerasse tantas reações. As críticas apresentadas foram suficientes para que os membros que estavam discordando dos meus olhares, demonstrassem suas insatisfações, o que revelou a tecnoburocracia existente.

Para Gadotti (1988):

A tecnoburocracia é uma forma de organização da sociedade, subtendida quando se fala em planejamento, modernização, racionalização do trabalho, etc.. Portanto, os seus pressupostos não são educacionais, mas políticos e econômicos. Os tecnoburocratas não aceitam discutir esses pressupostos. Não aceitam discutir valores, finalidades, ideologias. Para eles, as ideologias são irracionais, expressão de paixões e interesses. A tecnoburocracia reconhece a existência de conflitos, só que ela os considera como defeitos técnicos, disfunções do sistema, que é preciso não revelar, mas camuflar e, dentro do possível, integrar ao sistema, recuperar, para estabelecer a harmonia, a ordem, a segurança. Na tecnoburocracia a escola tem que ser uma comunidade harmoniosa, imutável. Portanto, dentro de uma concepção tecnoburocrática de educação, o educador assume um caráter de agente do controle, defensor dos interesses do Estado dentro da escola e não de defensor dos interesses dos cidadãos diante do Estado (GADOTTI, 1988, p. 25/26)

A partir do dia da apresentação deste vídeo, não fui mais procurada para auxiliar no projeto. Para mim, foi um momento difícil e desagradável, pois tinha muitas afinidades com as professoras, com os alunos e com o hospital, mas também creio que esse momento foi importante pois essa forma de “tecnoburocracia”, rompeu com algumas amarras que estavam engessando este trabalho. Barbier (2002) defende a idéia que a pesquisa – ação visa à mudança de atitudes e práticas, e que podem ocorrer discordâncias:

Se houver um problema a resolver, é porque essa ordem estabelecida foi incapaz de, ou não quis que houvesse, mudança. Sob esse ângulo, a pesquisa

ação é sempre um questionamento político no sentido etimológico de uma organização da Cidade. [...] Por meio de sua ação de mudança, a pesquisa – ação remexe no “lodo” do social. Não se trata para ela de fazer agitação sob pretexto de análise, como em certas formas de socioanálises institucionais (um tanto desusadas hoje). Mas ela não poderia ser concluída sem levantar um certo número de questões incômodas para a ordem estabelecida. Inclusive no seio do seu próprio processo. (BARBIER, 2002, p. 107).

O fato de ter apresentado algumas críticas, incomodou a ordem estabelecida. O dia 03/10/2003, que correspondeu a apresentação do vídeo, coincidiu com a visita do padre Marcelo Rossi ao hospital, o qual estava auxiliando em uma campanha de arrecadação de donativos para a instituição que enfrentava uma séria crise. Portanto, poucas pessoas compareceram no evento da escola no hospital, apesar de ter sido noticiado pela instituição. Embora quatro fitas de vídeo tenham sido entregues às professoras, à pediatra do hospital e à Coordenadora da Secretaria de Educação, sendo que as últimas eram para serem repassadas aos órgãos competentes, a fita da Secretaria da Educação foi re-editada sem minha autorização. Neste “novo vídeo”, foram mantidas as imagens das crianças, professoras e familiares, no entanto, foi inserido um discurso em defesa das ações da prefeitura. Foram extraídas as críticas do trabalho, os créditos, assim como minhas imagens descrevendo a pesquisa. Este fato demonstrou que o vídeo foi transformado em vitrine e instrumento de ação política. Fui informada também que o mesmo foi apresentado no Fórum de Parceiros da Prefeitura, no final de 2003. No princípio da pesquisa, era sempre convidada a participar destes eventos, mas depois deste fato ocorrido, não me chamaram mais, o que demonstrava que o conflito havia sido instaurado. Esta atitude me fez pensar no rigor que buscava em relação aos procedimentos éticos com as crianças, sem familiares, a necessidade do consentimento informado para a realização das filmagens, a necessidade de informá-los sobre o trabalho, de que as imagens seriam utilizadas para fins específicos da pesquisa e da confiança que havíamos criado ao longo do trabalho. Cabe ressaltar que, após esse acontecimento meu vídeo foi proibido de ser passado no hospital, mostrando as relações de poder a qual as professoras estavam submetidas e as implicações desta pesquisa no campo. Essas atitudes geraram muita indignação. O vídeo foi registrado com os Direitos Autorais (Anexo K) e denunciei o fato ao Comitê de Ética do hospital (Anexo L) para que em futuras pesquisas que envolvessem imagens das crianças, esses acontecimentos fossem evitados.

Barbier (2002) ao discorrer sobre negociação e avaliação no processo da pesquisa, aborda a questão do conflito da seguinte maneira:

A negociação é primordial e permanente ao longo da pesquisa - ação. Todo consenso deve ser criticado se ela não levantar mais questões: o conflito é

inerente à pesquisa – ação. Mas trata-se de um conflito criador, necessário à vida, e não hipocrisia jurídico –institucional que dissimula os verdadeiros problemas (BARBIER, 2002, p. 110).

A partir deste momento, resolvi me distanciar do projeto, pois entendi que a forma de participação crítica era significativa para análise e discernimento do papel de pesquisadora no contexto.

3.2.5 Instrumentos utilizados

Vários instrumentos foram utilizados para observação dos atores sociais como:

- 1) Observações registradas em diário de campo de 31 aulas das professoras com os alunos em sala de aula e atividades extra curriculares, por um período de quatro meses (Projeto Piloto);
- 2) Observações gravadas em vídeo de 24 aulas e atividades das professoras e seus alunos por um período de oito meses (acompanhados de registros no diário de campo). Sendo que foram filmadas 12 aulas de cada professora,
- 3) Materiais obtidos através dos documentos utilizados pelas professoras como o Projeto Pedagógico da escola, fichas de admissão e encaminhamento dos alunos e ficha de metacognição (Anexos M e N). Relatórios produzidos pelas professoras e encaminhados à Secretaria de Educação e Cultura de Salvador sobre os dois anos do projeto, fotografias, produções escritas e artísticas realizadas com as crianças e professoras; reuniões realizadas na CRE- Cidade Baixa com a pesquisadora, as professoras e Coordenadora da Regional, relatórios emitidos pela pesquisadora sobre o trabalho das professoras,
- 4) Atividades científicas realizadas em conjunto com as professoras sobre classes hospitalares;
- 5) Entrevistas semi estruturadas às professoras, à coordenadora da Regional, a médica do hospital, idealizadora do projeto e a coordenadora pedagógica e depoimentos de alunos, pais e acompanhantes sobre a escola no hospital. (ANEXO O);

Cabe destacar que o diário de campo foi um recurso significativo deste trabalho.

A etnopesquisa possui um rigor científico que exige uma concentração intensa desde a maneira de se comportar no campo de estudo, assim como descrever o cenário, pois o

diário de campo não se limita a apresentação do que ocorre, mas torna-se um diário de reflexões onde são registrados os acontecimentos, assim como as impressões que o pesquisador observa dos fatos.

Os registros em vídeo também assumiram um significado especial neste trabalho.

André (1995) denomina o uso do vídeo na abordagem etnográfica como microetnografia. Para ela, quando o vídeo é utilizado como fonte primária: “o principal foco não é mais o que está acontecendo, mas o como está acontecendo. O texto base não é mais a vinheta narrativa, mas a transcrição do vídeo”. (ANDRÉ, 1995, p. 119).

Todavia, André (1995) discute o fato que as tomadas de vídeo associadas as anotações do diário de campo aperfeiçoam a qualidade do trabalho. Entretanto, para o pesquisador, algumas dificuldades existem para a efetivação do trabalho, pois as transcrições são trabalhosas e exigem conhecimentos e técnicas especiais.

Macedo (2000) também considera o uso do vídeo como um recurso interessante para a pesquisa etnográfica, mas alerta para o fato de que não se deva substituir a observação participante. Cabe ao pesquisador também, ao editar o trabalho, se ater a procurar mostrar a realidade nos seus aspectos globais e não omitir a realidade que as pessoas vivem, como se fosse um filme cinematográfico perfeito, onde as imperfeições não aparecem.

Souza (2000) descreve a importância do uso da imagem, do vídeo e de uma perspectiva etnográfica nas pesquisas em educação, no sentido que, quando as cenas retratam o cotidiano, como um entrelaçamento de linguagens, auxiliam a produzir conhecimentos que não extinguem os elementos considerados “ não cognitivos” como o desejo e a emoção e produzem uma forma de ciência que rompe com a fragmentação do pensamento. Nesse sentido ela defende que:

[...] as relações do cotidiano escolar são tão complexas que necessitam de uma teoria que comporte um olhar além do aparente, que não descarte os ruídos, mas ao contrário, incorpore-os, que dê conta de trabalhar com a unidade e a multiplicidade como elementos não excludentes. (SOUZA, 2000, p. 37)

A análise dos documentos também auxiliaram a entender tanto o modo de organização do trabalho das professoras, desde as fichas cadastrais dos alunos, a maneira com que preparavam e registravam suas aulas e as concepções de educação existentes presentes no currículo proposto. Os trabalhos produzidos pelos alunos como produções escritas e artísticas demonstravam o modo o qual os mesmos incorporavam as aulas. Os eventos realizados na escola do hospital, registrados em folders, as reuniões realizadas na Regional de Educação –

Cidade Baixa e os relatórios produzidos por mim para a Coordenadora, auxiliaram a compreensão de como ocorria a vida naquela escola.

Macedo (2000) afirma que os documentos revelam aspectos da cultura do ambiente escolar. Esses documentos podem ser de diferentes formas como: registros em bilhetes, cartas, desenhos e demais produções escritas. Ele defende que:

A densidade destas expressões é considerada pelos etnopedagogos como um indicador significativo de “patterns” de ações no meio escolar. Ademais, podemos comprovar que a própria vida escolar e seus rituais é muito feita a partir de orientações contidas em documentos. Isto é, sua burocracia aparece com todas as suas inspirações em meio à prática de uma cultura gráfica. O currículo, aliás, tem seu primeiro sopro de vida legitimado pela via de um documento.(MACEDO, 2000, p. 171).

As entrevistas realizadas com as professoras e as idealizadoras do projeto foram essenciais para entender a política de sentido da escola. As entrevistas foram semi-estruturadas, gravadas em vídeo e os diálogos foram construídos a partir das interações com os entrevistados. Em relação aos alunos e seus familiares não foram realizadas entrevistas, pois os vídeos traziam vários depoimentos sobre as diferentes concepções que estes possuíam da escola no hospital.

Os roteiros das entrevistas aos profissionais foram elaborados a partir de determinados aspectos e perspectivas que envolvem a práxis das professoras. Nesse sentido, os entrevistados foram solicitados a descrever o histórico do projeto, o processo de construção da práxis das professoras, a concepção de educação, as dificuldades e os alcances do trabalho, bem como as críticas e sugestões ao projeto. Portanto, buscou-se elaborar os roteiros baseados em questões nas quais os atores sociais pudessem expressar suas concepções sobre o trabalho desenvolvido. Cabe destacar que o roteiro das perguntas às professoras foi diferente do roteiro das perguntas das idealizadoras do projeto, pois pretendia-se que as professoras descrevessem aspectos mais específicos de suas práticas. Nas entrevistas, os atores sociais trouxeram através de seus discursos, as reflexões e o modo como conceituavam o projeto pedagógico da escola no hospital. Macedo (2000) argumenta que a linguagem é constante objeto de análise para o pesquisador e afirma:

De fato, a entrevista é um rico e pertinente recurso metodológico na apreensão de sentidos e significados e na compreensão das realidades humanas, na medida em que toma como uma premissa irremediável que o real é sempre resultante de uma conceituação; o mundo é aquilo que pode ser dito, é um conjunto ordenado de tudo que tem nome, e as coisas existem através das denominações que lhes são emprestadas (MACEDO, 2000, p. 165).

Buscou-se, através destes instrumentos, entender como as professoras exerciam sua profissão de educar no hospital, como os alunos exerciam suas competências interacionais e também como as idealizadoras concebiam o projeto pedagógico da escola no hospital. Existiu uma preocupação em conhecer as produções dos atores sociais, as emoções vividas e suas percepções acerca do trabalho desenvolvido.

3.2.6 Análise e categorização dos dados

Na perspectiva da etnografia, a análise dos dados é um processo que ocorre ao longo da investigação, portanto não se apresenta como um momento particular do trabalho. Todavia, como existe uma abertura desta perspectiva teórica para utilização de múltiplos instrumentos para observar e interpretar o cotidiano, muitas vezes, há uma infinidade de situações e dados que se apresentam ao pesquisador que, se não forem bem trabalhados, podem escapar a especificidade do objeto de estudo.

Sampaio (1997, p. 42) considera que na perspectiva etnográfica não é uma tarefa fácil encontrar as “lentes adequadas para analisar o material recolhido”, pois para ela, a análise pressupõe do pesquisador uma espécie de dissecação do fenômeno o qual estuda, fazendo com que abra ao máximo as suas lentes para observar os detalhes, descrevê-los, compreendê-los tanto na sua pequenez como na magnitude.

Macedo (2000) considera que no processo de interpretação dos dados faz-se necessário que o pesquisador realize uma filtragem em seu trabalho, refletindo e apresentando suas descrições em unidades de significado que apontem para a consciência do fenômeno estudado.

Nesta pesquisa, a análise de conteúdo foi utilizada como recurso de interpretação, pois, possibilitou compreender os fenômenos através do entrelaçamento das partes que compunham a totalidade. Para orientar a análise da leitura dos dados e entendê-lo na sua complexidade, foi necessário entendê-los em um contexto relacional, pois a pesquisa de campo trazia elementos muitas vezes imprevisíveis, muitas vezes diferentes e outras vezes, próximos dos elementos que se apresentam no cenário escolar.

A rigidez paradigmática de determinados métodos não correspondiam à realidade do contexto, dificultando o processo de descrição e análise do mesmo, uma vez que na escola do hospital, determinados parâmetros utilizados para análise de situações escolares, não eram adequados para o hospital, devido as questões clínicas que apresentava. Por outro lado,

também existiam semelhanças da rotina do hospital com a escola. Era como se educação hospitalar estivesse em um “entre lugar” entre o escolar e o clínico. Nesse sentido, era preciso elaborar um paradigma para esta situação onde a multirreferencialidade estivesse presente nos diferentes níveis de análise: na observação do campo, na interpretação e na análise. A etnopesquisa e a multirreferencialidade auxiliaram na condução deste trabalho.

Macedo (2000) defende que a epistemologia multirreferencial está aberta a uma pluralidade de referências, assim como para as contradições e dinamismo da *práxis*:

Tomando a questão do método partir de uma base epistemológica multirreferencial, Ardoino nos sugere três tipos de abordagem uma “multirreferencialidade de compreensão”, apreendida, em nível clínico, como uma forma de escuta destinada à familiarização do pesquisador com as particularidades indexais e simbólicas, bem como com as significações próprias vindas das experiências, das formas triviais expressadas espontaneamente dos sujeitos; uma “multirreferencialidade interpretativa”, exercida igualmente em nível de práticas, a partir dos dados precedentes e visando, através da comunicação, um certo tratamento deste material; e uma “multirreferencialidade explicativa”, mais interdisciplinar e orientada para a produção do saber, seria este um olhar interrogativo plural muito mais pertinente com a complexidade da emergência das ações humanas. (MACEDO, 2000, p. 95)

A análise multirreferencial, portanto, privilegia as inter-relações entre os fenômenos observados, buscando compreendê-los, interpretá-los e explicá-los em uma proposta plural, dinâmica e flexível. A partir desses referenciais foram construídas as três categorias para entender os aspectos específicos que construíam a realidade da escola no hospital. A partir das narrativas dos atores sociais surgiram as unidades de significação que auxiliaram na interpretação dos dados e na construção dos capítulos. Nos capítulos subsequentes serão expressos o cenário, os procedimentos da pesquisa e as categorias.

A primeira categoria: *A complexidade da escola no ambiente hospitalar* retrata as contradições e a complexidade do hospital e da sua escola, as dificuldades de adaptação das pessoas no ambiente hospitalar, seus processos de desterritorialização expressos nos depoimentos das privações existentes, assim como as características da escola e criação de novas referências.

Na segunda categoria: *Os etnométodos da prática pedagógica das professoras*, buscou-se compreender as trajetórias que as professoras percorreram para tornarem-se educadoras e ingressarem no hospital, os etnométodos empreendidos nesta prática e na construção dos currículos adotados.

A terceira categoria: *Aprender e ensinar: Alunos que se tornaram agentes no contexto multicultural da escola no hospital*, evidenciou com o currículo flexível e

multicultural possibilitou às crianças e adolescentes hospitalizados serem produtores de cultura e educação e sentirem-se agentes do seu processo de desenvolvimento e tratamento, transformando a realidade na qual estavam inseridos.

3.3 CENÁRIO E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

3.3.1 Hospital Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID)

O Hospital Santo Antônio das Obras Sociais de Irmã Dulce localiza-se no bairro da Cidade Baixa em Salvador e compreende diversos setores de atendimento para pacientes externos e internos, da pediatria até a geriatria.

A Cidade Baixa tem, como uma de suas características principais, uma grande densidade populacional e uma influência forte do comércio, quer seja formal ou informal: existem muitos camelôs, feiras e lojas de produtos diversos. Por ser um bairro localizado próximo ao porto da cidade e ao Terminal de *Ferry Boat*, que leva as pessoas à Ilha de Itaparica, sempre existe uma grande movimentação de pessoas chegando e partindo, trazendo e levando produtos de pesca, produtos agrícolas e artesanato para serem comercializados na cidade de Salvador e na Ilha.

No princípio da pesquisa, ainda como uma “estrangeira” na cidade, cometi muitos erros e tentativas frustradas para chegar até o local. Mas, nessas idas e vindas, foi possível me perder e me encontrar e conhecer várias facetas daquele bairro. No trajeto que realizava para chegar ao Hospital, principalmente próximo ao Terminal, a Feira de São Joaquim e a Estação de Trem na Calçada, observava a forte presença de adultos, idosos e crianças que, tanto nos dias de sol forte como nos dias de chuva, vinham de vários lugares e desciam do porto, da estação de trem, carregando mercadorias: alguns em carriolas, outros na cabeça, alguns as traziam nas mãos, outros em sacos jogados nas costas; em todos estava estampado o sacrifício daquelas pessoas para sobreviverem. Também próximo a feira de São Joaquim, no trajeto do hospital, encontrava vários homens acenando com gestos estranhos para meu carro. Não entendia o que aquele código queria anunciar e ficava intrigada com aquela situação. Após um certo tempo, as professoras do Hospital me contaram que há muito tempo neste local funciona a “Feira do rolo”, local onde se vende carros. Aquele sinal era para as pessoas pararem e negociarem a venda de seus carros. Jamais imaginaria que aquela forma de comunicação era

um meio de subsistência. Existia, portanto, uma influência forte do comércio no bairro que se utilizava das mais diversas formas de expressão para negociar e comercializar.

Nas primeiras vezes que fui à Cidade Baixa estranhava essa movimentação intensa e achava tudo tumultuado, caótico, muito barulho, muitas pessoas andando nas ruas, entre os carros, vários ônibus circulando apressadamente e a miséria coabitando com uma movimentação expressiva do comércio e do dinheiro. Tinha a impressão que estava acontecendo um verdadeiro “dilúvio”. Não um dilúvio de chuvas torrenciais, no verdadeiro sentido da palavra, mas um dilúvio infinito de pessoas comerciantes, trabalhadores, moradores do bairro com uma condição econômica estável, outros com condições precárias e também os excluídos. Todos pareciam buscar, das mais diversas formas, um lugar na sociedade, procurando superar as desigualdades sociais.

Irmã Dulce, na década de 30, ao chegar na Cidade Baixa, apresentou uma forma similar de estranhamento. Na biografia realizada por Passarelli (2003) sobre a vida da freira, ele descreve que, naquele período na Bahia, a população de Salvador havia crescido assustadoramente em função de uma seca que abalou o Nordeste, gerando uma grave crise econômica nas exportações de café, cacau e tabaco. Com isso, as pessoas saíram do campo e migraram para a Cidade de Salvador esperando encontrar uma vida melhor. Todavia se deparavam com o desemprego, a fome e a miséria. Irmã Dulce ficou impressionada com esta situação e com a quantidade de pessoas pedindo esmola nas ruas. Porém, embora na época existissem muitas pessoas sem emprego, a Cidade Baixa também era reconhecida como um bairro que concentrava a maioria dos pescadores e dos operários da Cidade de Salvador, pois já existia o comércio de produtos do mar e das fábricas do setor têxtil, de chocolate, dentre outras. Com o passar dos anos, a situação foi sendo modificada, a baía foi sendo poluída, as fábricas foram fechando e as pessoas encontrando mais dificuldades para sobreviver. Conseqüentemente, o desemprego aumentou e as condições de vida das populações menos privilegiadas se tornaram ainda mais difíceis.

As Obras Sociais Irmã Dulce, funciona como um local de acolhimento das pessoas em condições de extrema miséria, que, tanto de dia, como de noite, formam grandes filas esperando serem atendidas. Durante a noite, era comum observar pessoas dormindo na calçada em frente ao hospital procurando assegurar suas vagas para o outro dia.

Ao longo da pesquisa, comecei a observar melhor aquela movimentação do bairro, aquelas pessoas e fui me acostumando com esta movimentação. Também tive a oportunidade, após o término de algumas reuniões da pesquisa, no período noturno, levar as professoras em suas casas na Cidade Baixa e presenciei outras formas interativas neste bairro. Se durante o

dia o movimento era contínuo, durante a noite, em algumas ruas (exceto na rua do hospital), as pessoas colocavam suas cadeiras nas calçadas, e como nas cidades do interior, ficavam por muito tempo conversando. A agitação que ocorrera durante o dia, não mais existia.

Uma outra característica marcante do bairro é que nele está localizado uma das mais tradicionais igrejas da cidade, a qual possui um simbolismo muito forte no município de Salvador. Na Cidade Baixa está localizada a Igreja do Senhor do Bonfim onde, todo dia 06 de janeiro, na segunda 5^a feira do mês, após o Dia de Reis, é realizada a famosa lavagem das escadarias do Bonfim. Muitas pessoas procuram a Igreja do Senhor do Bonfim para fazerem seus pedidos e, certamente, alguns pacientes do hospital devem também procurá-la. Portanto, o caminho do Hospital entrecruza-se com o trabalho, o comércio, o mar, a ferrovia, a riqueza, a miséria e a fé. Outros aspectos também definem a Cidade Baixa. Ela também tem seus “segredos” e belezas naturais. Quando se conhece a Península de Itapagipe, a sorveteria da Ribeira e o Forte de *Montserrat*, entende-se o carinho que seus moradores tem por esse lugar.

Irmã Dulce, ao chegar na Cidade Baixa, começou a desenvolver diversas ações caritativas. O interessante é que ela utilizava as estratégias das pessoas excluídas para conseguir o que desejava. Sua convivência com essa população fez com que ela se apropriasse das suas estratégias, elaborando “etnométodos” próprios para criar canais de solidariedade. Com objetivo de dar conforto aos miseráveis, ela solicitava ajuda através das esmolas. Como era uma pessoa carismática, religiosa e aplicava o que recebia nas suas obras de caridade, foi adquirindo confiança das pessoas que lhe ajudavam. Com isso, Irmã Dulce demonstrava que possuía uma sensibilidade expressiva e pensamento empreendedor.

Uma das premissas fundamentais exercidas ao longo de sua vida era acolher a quem precisava, principalmente os enfermos. Desta forma, com a construção do Hospital Santo Antônio era como se Irmã Dulce estivesse construindo uma grande “Arca de Noé”, que colocava para dentro as pessoas que estavam excluídas da sociedade e buscava protegê-las das intempéries do meio social. Era como se no mundo fora do hospital estivesse ocorrendo um grande dilúvio e as pessoas precisassem de algum local para se abrigar e aliviar suas dores e, após a tempestade das dificuldades de suas vidas passar, pudessem retornar as suas atividades cotidianas. Talvez neste retorno, possivelmente as pessoas não encontrassem o “Paraíso”, como se prega no mito da Arca, porém, mesmo que suas vidas continuassem árduas, após serem bem atendidas, estariam modificadas interiormente, re-estabelecidas e melhor preparadas para enfrentá-las novamente.

A Arca de Noé é o símbolo de perseverança, dedicação e busca de um ideal. Assim como na lenda, Noé foi desacreditado pelas pessoas, mas mesmo assim construiu sua

arca, madeira por madeira, concretizando suas intenções. Irmã Dulce também construiu perseverantemente suas obras, tijolo por tijolo¹¹. Desacreditada por alguns e também encontrando vários seguidores, Irmã Dulce conseguiu realizar sua grande empreitada: a construção do Hospital Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce. Este tem por lema seguir a expressão: “O nosso hospital é como um navio navegando sobre a tempestade, mas tendo como comandante Deus. Por isso ele segue calmo, sereno e nada o perturba.” Dulce (*apud* GOUVEIA, 2002, P.115).

Irmã Dulce buscava a libertação das pessoas oprimidas que viviam nas condições mais adversas. Seu nome era Maria Rita de Souza Brito Lopes, mas era conhecida nacional e internacionalmente como a freira Irmã Dulce. Nasceu em Salvador em 26/05/1914, formou-se como professora e, a sua primeira missão religiosa como freira foi ensinar em um colégio em Massaranduba, no bairro da Cidade Baixa em Salvador. Também ofereceu durante muitos anos assistência aos pobres da comunidade de Alagados. Na década de 30, fundou o primeiro movimento cristão da Bahia, a União Operária de São Francisco, implantou o Círculo Operário da Bahia e inaugurou o Colégio Santo Antônio para filhos de operários do bairro de Massaranduba. Além de construir três cinemas para arrecadar donativos para o Círculo Operário. Esses movimentos serviram como precursores da implantação, construção e coordenação do Hospital Santo Antônio, localizado no largo de Roma, no bairro da Cidade Baixa em Salvador. (GOUVEIA, 2003)

Irmã Dulce sempre trabalhou com uma proposta inclusiva, de reconhecimento dos direitos das pessoas, bem como de acolhimento, sem distinção de raça, cor, sexo e credo das pessoas. Irmã Dulce também não se importava com os locais para abrigar os doentes pois, para ela, o importante era recebê-los. Chegou a abrigá-los em vários locais, como descreve Gouveia: “No início, abrigava doentes em casas abandonadas, no velho Mercado de Peixe e nos Arcos da Colina do Bonfim, onde contava com ajuda de médicos amigos, os primeiros de uma longa lista de profissionais voluntários.” (GOUVEIA, 2002, p.18/19). Ela os acolhia e providenciava, junto a voluntários, remédios e demais auxílios. Sua marca principal, que ocasionou no desdobramento do Hospital Santo Antônio, foi transformar uma área ocupada por um galinheiro do Convento das Irmãs Missionárias de Imaculada Conceição da Mãe de Deus em um albergue para abrigar 70 doentes, mesmo que, posteriormente, na inauguração do hospital, em 1969, já contava com 150 leitos. (GOUVEIA, 2002).

¹¹ O tijolo é um dos símbolos das Obras de Irma Dulce e atualmente é vendido para ajudar na campanha de sua beatificação.

Apesar de ser uma mulher frágil, pequena e no final de sua vida, com a saúde bastante abalada em função de um problema pulmonar, era uma mulher muito forte. “Debaixo de suas asas”, conseguiu abrigar muitas crianças, adolescentes, adultos e idosos doentes na Cidade de Salvador, mostrando que pensava sempre muito alto e “voava como uma águia”, concretizando várias ações em prol das pessoas enfermas.

Refletindo sobre a biografia de Irmã Dulce é possível traçar alguns paralelos de sua história com a história de James Aggrey, descrita por Boff (1997). Aggrey era um político e educador popular, proveniente de Gana na África Ocidental, que defendia o nacionalismo africano como um meio de libertar a consciência do povo. Criticando o colonialismo, que levava as pessoas a acreditarem que eram incapazes de transformar as situações opressoras na qual estavam submetidas e que os fragilizavam diante do mundo, Aggrey defendia a idéia que: “[...] somos constantemente desafiados a libertar a águia que nos habita.” Aggrey (*apud* BOFF, 1997, p 37).

Para Boff, Aggrey acreditava na solidariedade entre as pessoas e, através da história da “Águia e da galinha”, utilizou esta metáfora para contar a seu povo como as relações entre as pessoas podem ser modificadas. Aggrey privilegiou a beleza de voar, chamando a atenção para a capacidade que muitas pessoas têm de pensarem como águias, muito embora sejam levadas a acreditar e pensar como galinhas. Ele propunha a seu povo: “[...] Abramos as asas e voemos. Voemos como as águias. Jamais nos contentemos com os grãos que nos jogarem aos pés para ciscar.” Aggrey (*apud* BOFF, 1997, p. 34).

Irmã Dulce, não recolhia os doentes na granja para ali ficarem confinados. De acordo com seu depoimento¹², antes de instalar os doentes, Irmã Dulce limpou o terreno, matou as galinhas e ofereceu a eles para serem alimentados. Ela sabia que era preciso primeiro alimentá-los fisicamente para depois, na concepção religiosa, alimentar “as almas” das pessoas, em uma espécie de mediação para que as pessoas acreditassem em suas dimensões de “águias”; muito embora para muitas dessas pessoas, a doença e as condições de vida os levavam a não acreditar que pudessem “voar”. Irmã Dulce assim afirmava:

Cristo nos ensinou a dar o anzol e não o peixe àquele irmão necessitado. Mas também nos disse para dar água a quem tem sede e pão aos que têm fome. Então é preciso entender que um faminto pode não ter forças nem mesmo para pescar. Nesse caso, antes de lhe dar o anzol, precisamos lhe dar a água e o pão. Irmã Dulce (*apud* GOUVEIA, 2002, p. 71)

¹² Informações da guia, no dia 11/03/2003, na orientação da visita ao Memorial de Irmã Dulce.

Com sua perseverança, Irmã Dulce administrava o hospital conseguindo verbas e donativos de várias pessoas da sociedade civil, bem como de políticos do país e aos poucos conseguia o que queria para a instituição, para fortalecer os doentes. Dar primeiro o que comer para depois ensinar a pescar.

A recepção aos enfermos também era um aspecto que Irmã Dulce priorizava. A norma instituída da hospitalidade para os cristãos começava pela porta. Marcílio (2002, p. 33) ao descrever as ações dos religiosos nos hospitais no século IX relata que: “Era na porta que se faziam as distribuições aos pobres, era através dela que estes eram admitidos na hotelaria. A porta foi, no século IX, o serviço que centralizava a acolhida e a beneficência, através do seu porteiro (*portarius*), que deveria ter qualidades especiais.”

A menção à porta e a hospitalidade, nos depoimentos de Irmã Dulce, assume um aspecto bem peculiar. Irmã Dulce dizia: “Quando nenhum hospital quiser aceitar algum paciente, nós aceitaremos. Esta é a última *porta* e por isso eu não posso fechá-la”. Irmã Dulce (*apud*. GOUVEIA, 2002, p. 103.) A hospitalidade reaparece no discurso de Irmã Dulce quando dizia:

Aqui não se diz ao doente para voltar de hoje a oito dias. Aqui o doente jamais é rejeitado. Sabemos que se fecharmos a porta ele morre. Se não tiver lugar, a gente aperta, coloca até embaixo das camas, mas dá um jeito. A gente vê no doente apenas uma pessoa de Deus. Irmã Dulce (*apud* GOUVEIA, 2002, p. 107).

Marcílio (1998, p. 41) descreve também que a caridade cristã teve uma forte presença feminina: “... não se pode deixar de assinalar o papel das mulheres na caridade laica. Rainhas, nobres e burgueses fundaram *domus hospitalitatis* em várias partes da cristandade.” Nesse sentido, não só as mulheres da alta sociedade realizavam caridade: “[...] o baixo clero, através de iniciativas individuais, criaram os primeiros organismos de socorros à infância abandonada nas aldeias e cidades com baixa participação do alto clero (MARCÍLO, 1998, p. 49).

A origem do Hospital Santo Antônio na cidade de Salvador mostra que Irmã Dulce como uma religiosa do baixo clero, valorizava os preceitos da Igreja, seguindo algumas normas da Igreja Católica e em alguns momentos também “transgredindo-as”, como a instalação de doentes em um galinheiro. Ela empreendia suas ações em vários setores, procurando apoio das pessoas próximas para a construção do hospital, que foi iniciada em 1946, mas só foi oficialmente inaugurado em 1969¹³.

¹³ O Hospital Santo Antônio recebeu este nome em função da devoção da freira a este Santo. Conforme depoimento da guia do Memorial de Irmã Dulce, desde os 8 anos de idade, Irmã Dulce pedia seu auxílio em

Atualmente, o Hospital Santo Antônio conta com vários setores de atendimento, desde bebês até idosos. Segundo dados do hospital (2004), as obras têm caráter privado, todavia, são cadastradas no Conselho Nacional de Assistência Social e reconhecidas nos níveis Federal, Estadual e Municipal. Dentre os seus objetivos estão:

Atua prestando assistência nas áreas de saúde, assistência social e educação, dedicando-se ao ensino e pesquisa médica. Tendo como missão “Amar e Servir aos mais pobres dando assistência gratuita na saúde e educação para a vida, a OSID é a única instituição do país com mais de mil leitos para atender exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. (...) A OSID realizou em 2003 mais de 2 milhões de atendimentos a idosos, crianças, pacientes sociais, dependentes químicos, portadores de deficiência e portadores de anomalias crânio faciais, prestando assistência multidisciplinar através da unidade educacional e seus núcleos de saúde, equipados com tecnologia de ponta e outro diferencial da organização, o atendimento humanizado (2004, p. 1)

No que se refere aos setores de atendimento, os denominados núcleos da OSID, existem 13 áreas de atuação: o Hospital Santo Antônio (HSA), Hospital da Criança (HC), Centro de Reabilitação e Prevenção de Deficiências (CRPD), Centro Médico Social Augusto Lopes Pontes (CMSALP), Centro de Bio Imagem, Centro de Reabilitação de Anomalias Crânio Faciais (Centrinho), Ambulatório José Sarney, Clínica da Mulher D. Dulcinha, Centro Geriátrico Júlia Magalhães, Laboratório de Análises Clínicas Taciano Campos, Núcleo de Apoio à Pesquisa (NAP). Estes 12 setores estão localizados no Largo de Roma. O 13º setor, Centro Educacional Santo Antônio (CESA), localiza-se em Simões Filho, cidade da região metropolitana de Salvador.

Quanto ao número de atendimentos, segundo dados do hospital (2004), em 2003 foram realizados 2.034.336 atendimentos, 3.500 atendimentos/dia no ambulatório, 1.300 cirurgias/mês e também atendeu 500 moradores. Conta com 1.021 leitos e 1.700 profissionais.

Dentre estes setores de atendimento, encontra-se o Hospital da Criança. Fundado em 2001, atende crianças de 0 a 17 anos de idade. Neste setor, funciona o “Projeto Vida e Saúde”, objeto de investigação deste estudo. Esse projeto é uma parceria do Hospital com a Secretaria Municipal de Educação da Cidade de Salvador.

Na história do atendimento de cuidado às crianças e adolescentes em hospitais, essa instituição, desde a sua origem, esteve relacionada com as ações dos religiosos, mais especificamente da Igreja Católica. É preciso deixar claro que esse texto não pretende fazer uma apologia à religião católica e seus preceitos, pois embora seja cristã, não tive a intenção

várias situações e, se o Santo não atendesse aos pedidos era castigado e virado de costas para a parede. Portanto, Irmã Dulce demonstrava uma personalidade forte até com os santos.

de exaltar nesse texto a religiosidade presente nesse hospital. A intenção desse texto foi apenas contextualizar a origem do Hospital Santo Antônio, as ações de Irmã Dulce e sua concepção de atendimento às pessoas hospitalizadas.

As Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) foram estudadas na perspectiva sociológica por Santos (2000). Ela constatou que as Obras Sociais se fortaleceram como entidade de assistência social, através das ações de Irmã Dulce que articulou e mobilizou forças da sociedade civil para o provimento aos setores populares através de apoios que não estavam necessariamente subordinados e paternalizados pelo Estado. Essa iniciativa que surgiu bem pequena, aos poucos foi crescendo de tal maneira que hoje transformou-se em uma referência nacional. A marca de Irmã Dulce, de abrigar a todos sem distinção, fez com que esse hospital fosse e até hoje continua sendo, muito procurado por várias pessoas. Irmã Dulce possuía um estilo pessoal, um padrão para gerenciar que se calcava na pessoa, na confiança baseada em sua visão missionária, na cooperação, no improviso no momento de captar recursos, elementos esses que caracterizavam a sua forma “intuitiva“ de gerenciar. Após a morte de Irmã Dulce o Hospital passou a ser administrado por sua sobrinha, Maria Rita Pontes que possui uma lógica mais racional na condução do hospital, optando pelo planejamento estratégico visando resultados, pela postura profissional com controle e expansão organizacional.

De acordo com Santos (2000), embora haja uma mudança na forma de administrar, que recebeu muitas críticas e desconfiança por parte da população, a filosofia de Irmã Dulce continua presente no hospital. Entretanto, na atual administração, existe uma visão renovada da filantropia. Dar abrigo ao doente, como pregava Irmã Dulce em sua visão religiosa, continua existindo, todavia, nesse momento, a meta da administração é facilitar a reintegração dos indivíduos à sociedade. Na época de Irmã Dulce, o hospital era caracterizado como hospital que atendia aos setores mais desfavorecidos da população. Atualmente se constata que pessoas da classe média também freqüentam esse hospital, desmistificando a idéia de que esse hospital está voltado somente para atender à população menos privilegiada .

O que é interessante observar é que Irmã Dulce realizava a misericórdia e a caridade sem trabalhá-la com vergonha ou desprezo. Ela fazia com que a sociedade civil resgatasse o sentido da caridade utilizando a estratégia da escola, conseguindo convencer as pessoas dos mais diversos níveis sociais sobre seus objetivos.

Dos hospitais que conheci, o Hospital Santo Antônio das Obras Sociais Irmã Dulce impressionam pelo esforço empreendido em sua construção e também pela cultura que foi criada no seu atendimento. Ao entrar no Hospital Santo Antônio, aos poucos fui percebendo a

complexidade e o significado das ações de Irmã Dulce no hospital e na cidade de Salvador. Já conhecia alguns aspectos de sua história divulgados pela mídia mas, não tinha noção do universo cultural, simbólico, da religiosidade e do imaginário que circunda as pessoas internadas, os funcionários e voluntários que ali trabalham e freqüentam; bem como pessoas que conheceram Irmã Dulce e tiveram a possibilidade de compartilhar sua sabedoria e ensinamentos. Nas portas do hospital, várias pessoas se aglomeram para conseguir uma vaga e são pessoas muito simples, humildes, que têm uma devoção significativa por esta freira, que está sendo indicada para ser a primeira Santa do Brasil. Nas ações e nas falas das pessoas no *hall* de entrada, nas enfermarias, as pessoas conversam sobre Irmã Dulce com muita devoção, independente da religião a que pertencem.

Irmã Dulce contribuiu para que a história do cuidado com essas pessoas enfermas assumisse um significado muito especial na vida desses cidadãos. Certamente, se ela estivesse presente, teria muitas histórias para contar e compartilhar. O projeto da escola no hospital, embora não possa contar com a participação da freira, é um projeto que reflete o desdobramento das intenções dessa professora que há muito tempo já vislumbrava a possibilidade da liberdade dos enfermos, em várias áreas: no cuidado da saúde e na educação.

3.3.2 A escola no hospital

A primeira visita que realizei às Obras Sociais de Irmã Dulce (OSID) e ao Hospital da Criança ocorreu em junho de 2001. Um amigo que fazia mestrado na Pós Graduação, Teófilo, foi a primeira pessoa a me auxiliar nesta trajetória. Teófilo trabalha em um dos setores da instituição chamado Centro de Reabilitação e Prevenção de Deficiências (CRPD)¹⁴. Após a visita ao local de trabalho de Teófilo, fomos, através de vários “labirintos”, até o Hospital da Criança. (HC). Tive a impressão inicial que as Obras Sociais de Irmã Dulce (OSID) pareciam uma casa sempre em obras, em reforma, ampliando, fazendo “puxados”, adaptando novos espaços para receber novas pessoas, sempre aumentando esse hospital, tijolo por tijolo.

¹⁴ O trabalho do CRPD está voltado para o acesso e a democratização da tecnologia para pessoas que moram no hospital, do setor de Paralisia Cerebral, que foram abandonadas por familiares. Teófilo e sua equipe desenvolvem diversas adaptações tecnológicas para as pessoas Portadores de Necessidades Educativas Especiais e promove ações significativas de inclusão dessas pessoas no mundo digital.

O Hospital da Criança (HC) é um desses “puxados” das Obras, mas é um espaço moderno, novo e refinado. O que me chamou a atenção na visita, foi a arquitetura deste hospital e as paredes decoradas com os motivos infantis coloridos de desenhos da Arca de Noé e os animais. Os desenhos são expressivos e me levaram a pensar em uma associação das ações de Irmã Dulce com Noé. Outro aspecto também evidenciado é que nos corredores das enfermarias as paredes dos quartos eram de vidros, como vitrines. Através desses vidros, os profissionais do hospital, quando andavam pelos corredores podiam observar como as crianças e adolescentes estavam nos leitos. De certa forma, as enfermarias, eram uma espécie de “aquário” dentro da “Arca de Noé”.

O hospital havia sido inaugurado há três anos, e cada um de seu cantos foram arquitetonicamente pensados para as crianças. O prédio é composto de três andares. No andar térreo funciona a enfermaria para atender as crianças de 0 a 2 anos de idade e a sala da Assistente Social, que vive sempre rodeada de pessoas. Em cada andar, existe um balcão onde os médicos e os residentes realizam suas anotações nos prontuários e fazem suas reuniões. Há de se destacar que, durante a pesquisa, presenciei muitas vezes a equipe reunida discutindo os casos e as patologias dos pacientes. Algumas vezes também presenciei equipes de médicos americanos visitando o Hospital e participando também destas reuniões.

Em cada andar do HC também existia uma sala que funciona como a sala de aula, exceto no térreo. Na época da pesquisa, não existia um programa pedagógico para aquelas crianças, pois a alegação da Coordenadora da Secretaria de Educação – Regional Cidade Baixa é que elas eram muito pequenas para participarem das atividades pedagógicas, que estavam voltadas para a pré –escola. As crianças de 0 a 2 anos, eram consideradas de creche e não recebiam este atendimento, como se não pertencessem à Educação Infantil.

Na época da primeira visita no hospital, o projeto de educação ainda não havia sido iniciado. As salas de aula estavam vazias e sem nenhum cartaz na parede. Quando consegui a aprovação da pesquisa, as salas de aula possuíam outro cenário. Estavam repletas de crianças, das professoras e de cartazes. Era como se tivessem sido coloridas e ali já se percebia que o espaço educacional estava instaurado.

3.3.3 Os atores e atrizes da pesquisa: professoras, crianças, adolescentes hospitalizados e seus familiares

Esta pesquisa foi realizada com as professoras, crianças, adolescentes e seus acompanhantes, que participaram das atividades da escola no hospital e foram os personagens

principais deste trabalho. Também foram realizadas entrevistas com a médica, idealizadora do projeto e a Coordenadora da Regional de Educação da Cidade Baixa.

O projeto “Vida e Saúde” contava na época com duas professoras, Girassol e Violeta, que atendiam aos alunos da Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio. As duas professoras são da rede municipal de ensino e estão vinculadas a Secretaria Municipal de Educação, mais especificamente a Coordenadoria da Regional Cidade Baixa.

É preciso destacar que a escola no hospital não possuía uma diretora. Desta maneira, as vida burocrática das professoras estava vinculadas a duas escolas diferentes da rede municipal e aspectos como: aquisição de contra cheques, cadastramento do professor, vales transporte, *tiquets* alimentação, materiais didáticos eram realizadas pelas diretoras das escolas de origem das professoras, que encaminhavam esses materiais para a Regional Cidade Baixa, onde as professoras buscavam uma vez por mês. O controle da frequência das professoras no hospital era realizado pelas próprias professoras no livro ponto que possuíam e encaminhavam para a CRE - Cidade Baixa. No início da escola, as professoras tiveram uma coordenadora pedagógica que auxiliou na elaboração do projeto pedagógico. Mas, ela pediu exoneração da prefeitura e as professoras ficaram sendo acompanhadas, de forma esporádica e assistemática pela Coordenadora da Regional da Cidade Baixa, que se reunia com as professoras na Regional para discutir os problemas da escola. A prefeitura, na época, tinha um sistema de monitoramento das escolas para dar acessoria ao trabalho das professoras. Durante o tempo que estive na pesquisa, o hospital não foi visitado por nenhum monitor.

A professora Violeta da Educação Infantil, era formada em Pedagogia, pela Universidade Católica de Salvador e estava cursando especialização em psicopedagogia, também em uma Faculdade Olga Metting de Salvador. A professora Girassol, estava cursando Pedagogia da Universidade do Estado da Bahia, Programa Rede UNEB. As suas itinerâncias e a relação com o trabalho serão melhor descritas no capítulo sobre os etnométodos das professoras.

Quanto às crianças e adolescentes estavam na faixa etária de 3 a 17 anos de idade e eram provenientes da cidade de Salvador e do interior do Estado. Eram pessoas, em sua maioria, que viviam em condições muito precárias de vida, algumas tendo que trabalhar para ajudar os pais nas despesas familiares e conforme seus relatos, tinham condições de moradia, transporte, saúde e educação muito deficientes. Muitas crianças e adolescentes eram afro-descendentes e carregavam as marcas de preconceitos em suas histórias de vida e nas escolas que freqüentavam.

No documento “Projeto Vida e Saúde: Um desafio integrado” (SMED/OSID) elaborado em 2000, pela médica idealizadora do projeto, o público alvo estava voltado para atender a crianças de 4 a 16 anos de idade, com qualquer patologia, permanência hospitalar acima de uma semana e que apresentasse patologia recorrente à qual ocasionasse atrasos escolares.(SILVANY; MAIBORODA, 2000, p. 5).

Embora no documento oficial da parceria do Hospital com a prefeitura as diretrizes enfocavam o atendimento à crianças e adolescentes, na faixa etária de 4 a 16 anos de idade, da Educação Infantil e Ensino Fundamental, com período de permanência hospitalar acima de uma semana; esta não era esta realidade que ocorria no cotidiano do hospital. O projeto abarcava uma faixa etária bem maior. Muitas crianças, as quais ficavam somente um dia internadas para cirurgia, assim como crianças pequenas de 2 a 3 anos de idade, que estavam nas enfermarias, também freqüentavam as salas de aula e não eram excluídos do projeto. Estes aspectos foram discutidos com a Coordenadora da Regional de Ensino para que estas questões fossem revistas no documento oficial e que a faixa etária de atendimento fosse ampliada.

O que era possível evidenciar das crianças e adolescentes que ficavam internados na (OSID) é que, em sua maioria, eram pacientes das classes populares e que apresentavam diferentes patologias¹⁵ como: *Lupus* = Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença crônica de causa desconhecida, onde acontecem alterações fundamentais no sistema imunológico da pessoa, atingindo predominantemente mulheres; *Anemia falciforme* = uma das doenças hereditárias mais comuns no Brasil. Ela afeta principalmente a população negra. Cerca de 1 em cada 8 afro - brasileiros tem o que é chamado de traço falcêmico portador do traço. O falcêmico não é considerado doente, mas pode passar o gem para sua prole. A doença falciforme afeta o sangue e é degenerativa; *Calazar* = a Leishmaniose Visceral é, primariamente, uma zoonose que afeta outros animais além do homem. Sua transmissão, inicialmente silvestre ou concentrada em pequenas localidades rurais, já está ocorrendo em centros urbanos de médio porte, em área domiciliar ou peri-domiciliar. É um crescente problema de saúde pública no país e em outras áreas do continente americano, sendo uma endemia em franca expansão geográfica. É também conhecida como Calazar, Esplenomegalia Tropical, Febre Dundun, dentre outras denominações menos conhecidas. É uma doença crônica sistêmica, caracterizada por febre de longa duração e outras manifestações, e, quando não tratada, evolui para óbito, em 1 ou 2 anos após o aparecimento da sintomatologia;

¹⁵ Informações disponíveis em <http://www.gate.com.br/conteudo/medicinaesaude>. Acesso em 17/11/2004

Cardiopatia = problemas de má formação cardíaca; *Síndrome Nefrótica* = não é uma doença, mas um conjunto de sinais e sintomas. Ocorre nos pacientes que têm uma proteinúria (proteína na urina) maciça; *Nefrite* = patologia que é responsável por problemas renais; *Endocardite* = é o acometimento infeccioso do endocárdio, causado por bactérias ou fungos; *Rotavírus* = é um vírus que causa infecções no trato digestivo, mas é transmitido principalmente pela via respiratória, ou seja, da mesma forma que um vírus de gripe; *Pneumonia* = pode ser desencadeada por vírus, fungos, protozoários e, principalmente, bactérias e caracteriza-se pela inflamação dos pulmões, mais especificamente os alvéolos, onde ocorrem as trocas gasosas; *Asma* = é uma enfermidade que atinge os brônquios; *Diabetes* = é uma condição onde existe uma falta ou resistência a ação da insulina, levando ao aumento de glicemia (açúcar) no sangue; *Febre reumática* = é considerada uma complicação tardia de uma infecção por uma bactéria chamada de estreptococo; *Derrame pleural* = é o acúmulo de líquido viscoso, purulento ou sanguinolento na cavidade pleural localizada no tórax (peito). Quando ocorre alguma alteração na pleura, a fina membrana que reveste os pulmões, e, conseqüentemente, no líquido pleural, este pode provocar um derrame pleural. *Meningite* = são vírus, bactérias, fungos e protozoários que infectam o cérebro e suas coberturas (meninges cerebrais); *Adenite* = é a inflamação de um ou mais ganglios linfáticos, na virilha, na axila ou no pescoço. Popularmente se chama "ingua", "bubão", ou simplesmente "tumor"; *Hidrocefalia* = é o acúmulo de água na cabeça, do líquido cefalorraquidiano (adiante designado por CSF - cerebrospinal fluida, um líquido claro que é constantemente produzido nas cavidades, ou ventrículos, no interior do cérebro); *HIV* = ou AIDS é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; *Síndrome de Guillan Barre* = A síndrome de Guillain-Barré ou polirradiculoneurite aguda é caracterizada por uma inflamação aguda com perda da mielina (membrana de lipídeos e proteína que envolve os nervos e facilita a transmissão do estímulo nervoso) dos nervos periféricos e às vezes de raízes nervosas proximais e de nervos cranianos (nervos que emergem de uma parte do cérebro chamada tronco cerebral e suprem às funções específicas da cabeça, região do pescoço e vísceras). A síndrome de Guillain Barré tem caráter autoimune. O indivíduo produz auto-anticorpos contra sua própria mielina. Então os nervos acometidos não podem transmitir os sinais que vêm do sistema nervoso central com eficiência, levando a uma perda da habilidade de grupos musculares de responderem aos comandos cerebrais. O cérebro também recebe menos sinais sensitivos do corpo, resultando em inabilidade para sentir o contato com a pele, dor ou calor; *Osteomelite* = é o nome técnico de uma infecção por microorganismos que invadem os ossos. Os agentes causadores (bactérias) chegam ao tecido ósseo de diferentes maneiras: através de infecções originadas em

lesões cirúrgicas ou acidentais; através de partes infectadas do corpo que aumentam a sua área afetada, atingindo os ossos; pelo sangue, que pode trazer infecções de outras partes do corpo.

Outras patologias também eram atendidas como: hepatite, dengue, tuberculose, furúnculos, escabiose, celulites que provocavam abscessos e muitos procedimentos cirúrgicos. Também eram realizadas cirurgias de: hérnia, olhos, nariz, catarata, lábio leporino, adenóide, cirurgia plástica reparadora para queimados, amígdalas, fimose, cirurgia do cérebro, cirurgia de retirada de corpo estranho. Também eram comuns acidentes domiciliares que causavam fraturas e traumatismos e muitas crianças eram vítimas de maus tratos. Como é possível verificar, o Hospital da Criança atendia a diversas especialidades pediátricas.

Na época da pesquisa o atendimento às crianças ocorria da seguinte forma: no andar térreo, ficavam as crianças de zero a dois anos de idade, sem atendimento. No primeiro andar, ficavam as enfermarias que atendiam as crianças da Educação Infantil e no segundo andar, ficavam as crianças maiores do Ensino Fundamental e Médio. No terceiro andar, funcionava a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Porém, as crianças que estavam neste andar não eram atendidas devido ao estado de saúde bem agravado.

Cada enfermaria atendia em média 30 crianças pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O tempo de internação dos pacientes era muito relativo e variava conforme o estado de saúde da criança e sua patologia. Existiam crianças que eram internadas somente um dia para fazer cirurgias breves, assim como outros que permaneciam um longo período no hospital, portanto, a condição física e a patologia determinava o tempo de permanência. Mas, a média de internação era de 15 dias.

Quanto à escolaridade, no grupo de Ensino Fundamental e Médio, existiam muitas crianças que estavam defasadas em relação a idade/série, outras evadiram da escola em função das constantes internações e outras, entretanto, apesar das internações, não apresentavam problemas de escolarização. Na Educação Infantil, a maioria das crianças freqüentava escola particular e muitas freqüentavam escolas comunitárias dos bairros. Mesmo apresentando dificuldades econômicas, a maioria dos pais, pagavam escola para seus filhos, pois alegavam que existiam poucas ofertas de creches e escolas de Educação Infantil públicas para atender as crianças nesta faixa etária.

Quanto a equipe médica e paramédica, no Hospital de Criança existiam os médicos responsáveis pelos andares, assim como pediatras especialistas em diferentes áreas que atendiam as patologias específicas, os anestesistas e os cirurgiões. A enfermeira responsável pelo setor tinha curso superior e os profissionais que atendiam diretamente as crianças, eram assistentes de enfermagem. O Hospital da Criança também atendia a residência médica, o que

fazia com que todos os dias as enfermarias fossem visitadas por vários médicos residentes que ficavam seis meses estudando os pacientes da pediatria. Existia uma psicóloga para o setor, uma assistente social, as professoras e os “Terapeutas do Riso”, *clowns*, que visitavam as crianças três vezes por semana.

3.4 O PROCESSO DA PESQUISA DE CAMPO

A seguir, serão descritos a forma como os dados foram sendo apresentados e construídos a partir dos diferentes tipos de instrumentos.

3.4.1 Observações da *práxis* pedagógica das professoras

A *práxis* pedagógica das professoras do “Projeto Vida e Saúde “ tinha como eixo principal o projeto pedagógico por elas elaborado sobre a escola no hospital onde trabalhavam com a Pedagogia de Projetos. De acordo com Bezerra:

O sistema de Projetos trabalha questões e situações – problema em ambientes reais, ou seja, exprimem uma situação de vida real e estimulam assim a formação do raciocínio, aplicado às realidades e não à informação de memória. Tem, pois, por objetivo reorganizar os conteúdos da escola a partir de metas pré estabelecidas por alunos e professores. (BEZERRA, 2002, p. 94)

No primeiro ano da escola, em 2001, o tema elaborado pelas professoras foi “Viagem pelo Corpo Humano” e, no segundo ano, em 2002, o tema foi “ Corporeidade, Direito e Cidadania”. Mas é preciso considerar que no projeto pedagógico (documento elaborado pelas professoras) com roteiro para as atividades do mês onde se propunha uma determinada programação pedagógica, com temas escolhidos por elas relacionados às temáticas principais relativas ao Corpo e a questão dos Direitos Humanos, neste documento, embora estivessem presentes os objetivos específicos para as atividades, que procuravam abranger as áreas de língua portuguesa, matemática, história, geografia, ciências, artes e as avaliações, as professoras realizavam seus trabalhos de modos bem diversificados que, muitas vezes, “fugiam” deste documento por elas construído.

A escola no hospital funcionava em tempo integral. O primeiro turno era das 8:00 às 12:00 e o segundo, das 13:00 às 17:00 horas. Mas, devido as variações e especificidade da escola no hospital, os horários de funcionamento da escola sofriam várias alterações. As

observações da pesquisa foram realizadas no período da manhã, das 8:30 às 13:00 horas. Nesse período, segundo as professoras, eram realizadas as atividades do Projeto Pedagógico. À tarde, das 13:00 às 17:00 horas, era o horário de visitas dos familiares às crianças, que ocorriam, em sua maioria, nas salas de aula. As professoras relataram que neste período, realizavam atividades mais livres, disponibilizando brinquedos para as crianças e suas visitas, atendiam de forma mais individualizada àquelas crianças que ficavam nas enfermarias e que não participavam das aulas por não poderem sair dos leitos, assim como aquelas que não recebiam visitas. As professoras também utilizavam este período da tarde para preencher a documentação das crianças no hospital. Devido a esses aspectos, portanto, optou-se pelas observações no período da manhã.

Desde o início da pesquisa, os dias de observação foram realizados em dias alternados da semana com objetivo das professoras apresentarem seu trabalho da forma mais natural possível. O período das aulas tinha duração aproximada de três horas e variava conforme os grupos e o estado físico das crianças. Há de se destacar que as aulas no hospital eram realizadas em função dos alunos sendo que, muitos fatores interferiam para a sua execução como por exemplo: horário de medicamentos e a resistência física das crianças. Desta forma, às vezes as aulas iniciavam às 9:00 horas e terminavam às 12:00; às vezes, às 10:00 horas estendendo-se até às 13:00 horas. Não existia um horário rígido para o início e término das aulas.

No período de Agosto a Novembro de 2002 foram registradas 31 aulas em diário de campo das duas professoras. Nesse período, não foram realizadas filmagens pois o objetivo era uma familiaridade com o contexto. As gravações em vídeo, iniciaram no final de Novembro de 2002 e terminaram em Agosto de 2003. Foram gravadas 12 aulas da professora do Ensino Fundamental e 12 aulas da professora de Educação Infantil, assim como foram filmadas outras atividades consideradas extra-escolares, como: reuniões organizadas no hospital com o fisioterapeuta, as assistentes sociais e festas comemorativas. No total, assisti a 55 aulas das professoras.

As gravações em vídeo iniciaram em novembro de 2002 e foram autorizadas pela Secretaria da Educação e pelo Hospital, desde que os pacientes, antes de serem filmados autorizassem as gravações e vinculações de suas imagens através de Consentimento Informado para os familiares e profissionais (Anexos P e Q). Esses termos de consentimento foram elaborados para que as crianças, os adolescentes, seus responsáveis e os profissionais se pronunciassem oficialmente, autorizando por escrito a participação na pesquisa.

Não houve um roteiro determinado para as filmagens. Buscava-se centrar o foco na professora, nos alunos e suas interações. Foram gravadas 20 fitas de vídeo com aproximadamente três horas de duração cada uma, totalizando aproximadamente 60 horas de filmagem. Cabe considerar que, complementando essas gravações em vídeo também eram realizadas no mesmo dia das filmagens as anotações do diário de campo com as impressões que eu tinha do dia transcorrido.

As aulas foram gravadas com uma câmera modelo *Panasonic X 6*. A câmera era um modelo antigo e grande. Por apresentar essas características, muitas vezes, principalmente os familiares das crianças e adolescentes, achavam que eu era repórter com uma câmera profissional e realizavam vários depoimentos, alguns elogiando o hospital e também algumas vezes, começavam a contar sobre suas dificuldades econômicas, pedindo para que aquelas imagens fossem levadas adiante na tentativa de conseguirem auxílios financeiros para suas vidas. Estas questões me deixavam muitas vezes constrangida em não poder ajudar àquelas pessoas. Mas sempre informava que a função da pesquisa estava voltada para o estudo da escola no hospital e que eles não teriam benefícios financeiros do trabalho, mas que os benefícios seriam os resultados do trabalho para outras crianças, adolescentes, familiares e também outras escolas em hospitais. De certa forma, a presença desta câmera grande, alterava o comportamento das pessoas, mas por outro lado, também promovia aproximações.

As questões técnicas do equipamento não eram as ideais: o som era ruim. A câmera era antiga e por ser um contexto de grupo (as pessoas falavam juntas) o som nunca foi o ideal. A câmera também não tinha bateria, o que fazia com que eu tivesse que ficar centrada perto de um local onde tivesse tomada elétrica, (o que em muitos casos fez com que as aulas e as filmagens se centrassem nas salas de aula) mas, apesar das dificuldades, sempre considerei como importante apurar o olhar, as “lentes” de investigação. Desta maneira, procurei explorar de forma criativa tanto o equipamento que possuía como as imagens e situações que desejava.

3.4.2 Observações e gravação em vídeo da *práxis* das professoras

No início das observações, as crianças, os adolescentes e seus familiares ficavam curiosos em saber a razão da minha presença no hospital. Embora me apresentasse sempre comentando a respeito da pesquisa, e as professoras me auxiliavam a reforçar essa minha apresentação, algumas pessoas não sabiam ao certo o eu estava fazendo ali. Procurava

assumir uma posição discreta na sala de aula, me posicionando de forma periférica em um canto da mesa e registrando os acontecimentos no diário de campo. Mas, as crianças sempre queriam saber o que escrevia, perguntavam se eu também era aluna, se estava internada e até mesmo perguntaram se era irmã de Irmã Dulce. Sempre procurei responder às suas perguntas e explicava que estava realizando uma pesquisa para a Universidade, mas em muitos momentos, a posição de pesquisadora não lhes parecia muito clara. Todavia, as professoras, as crianças, os adolescentes e seus familiares sempre foram muito receptivos.

Quando eram internadas novas crianças e familiares que eu não conhecia, as próprias crianças se responsabilizavam em mediar minha inserção no grupo, me apresentando aos recém-chegados como mais uma “pró” (professora), o que me fazia sentir um “membro” do grupo, mesmo sem pertencer diretamente a ele. No período em que eu ficava escrevendo discreta em um canto da sala, sempre fui bem recebida por todos, professores, crianças e pais de forma carinhosa e afetiva. Mas, para crianças e seus familiares, quando a filmadora foi incorporada ao trabalho, foi como se tivesse ocorrido uma “revolução” nas enfermarias e as pessoas passaram a estabelecer novas interações comigo. Com a filmadora, a forma de aproximação com as pessoas foi modificada. Era como se meu “*status*” de pesquisadora assumisse uma outra característica. Eu me sentia uma pesquisadora – repórter a cada dia. Considero que este fato pode ter ocorrido, pois após as filmagens, sempre apresentava as cenas gravadas no vídeo da sala de aula, em uma espécie de restituição diária, onde os atores e atrizes se viam cotidianamente. Mesmo que o vídeo fosse apresentado de forma bruta, sem nenhuma edição, isso parecia não fazer diferença para as pessoas, que se sentiam muito valorizadas em se ver na televisão. Era como se elas estivessem assistindo a sessões de “cinema” no hospital, onde um filme estivesse sendo exposto e eles eram os personagens principais da história. As pessoas eram em sua maioria, muito humildes e parecia que em suas histórias de vida, eram excluídas da imagem, pois tinham poucas oportunidades de tirar uma fotografia e muito menos serem filmadas. Desta forma, o fato delas se verem na televisão, auxiliava a elevar a auto estima dessas pessoas no hospital, neste espaço em que elas se sentiam, muitas vezes, desprivilegiadas por estarem passando por uma condição de muitas privações em suas vidas. As restituições das cenas filmadas, portanto, implicava em uma intensa aproximação com os “sujeitos” da pesquisa.

Bogdan e Biklen (1994) ao descreverem sobre a presença da foto e da filmagem no trabalho de campo consideram que em algumas pesquisas os investigadores buscam explorar o modo como as pessoas reagem as máquinas fotográficas, mas em outras situações: “[...] os investigadores poderão utilizar o impacto de uma máquina fotográfica como um

“abre-latas” social para desenvolver a relação com os sujeitos. (Bogdan e Biklen, 1994, p. 141).

As gravações em vídeo não obedeceram a um roteiro previamente estabelecido, pois o cotidiano trouxe elementos que “fugiam ao roteiro”. Inicialmente, os vídeos estavam centrados na observação das práticas construídas em sala de aula pelas professoras. Com o tempo ocorreu um outro aspecto nesta pesquisa: a integração da câmera no projeto pedagógico da sala de aula da professora Girassol. Os alunos começaram a solicitá-la para que eles mesmos pudessem filmar. As crianças, inicialmente, filmaram cenas diversas que desejavam da sala de aula, até que em uma das aulas, elas mesmas construíram o roteiro da aula e filmaram, incorporando a câmera no currículo, um momento significativo da pesquisa.

As professoras, por serem as mesmas desde o início da pesquisa, sempre foram muito receptivas às filmagens. Em relação ao grupo de crianças e familiares, elas também aceitavam bem esses procedimentos. Mas, sempre procurava chegar antes das aulas no hospital, conversar com as crianças e suas mães, para depois iniciar as gravações. Nesses dias da pesquisa, portanto, em uma espécie de ritual, me apresentava para as pessoas e solicitava ao grupo autorização para os pais e para as crianças para serem filmados, explicando os objetivos da pesquisa e o consentimento informado. Depois solicitava aos pais algumas informações sobre a idade, escolaridade, cidade das crianças e patologias (Anexo R).

As crianças, no decorrer da pesquisa, pareciam esquecer que estavam sendo filmadas. Muitas delas me perguntavam em que canal iria passar, mas sempre reforçava a idéia que aquela era uma pesquisa acadêmica, voltada para a Universidade. Com o tempo, para as professoras e os alunos, a minha presença e a câmera, foram sendo tão bem absorvidas no cotidiano que passavam, em muitos momentos, despercebidas. Assim como afirmam Bogdan e Biklen (1994, p. 142): “ Se houver atividades suficientemente interessantes no local, os sujeitos darão pouca atenção à máquina fotográfica”.

Nesta pesquisa, além dos vídeos, foram também tiradas algumas fotografias.

3.4.3 Entrevistas e depoimentos

Foram realizadas entrevistas semi - estruturadas com a professora Girassol, com a Prof. Violeta, a médica idealizadora do projeto, Dra. Gardênia e a Coordenadora da Regional Cidade Baixa, Dália. Em relação às crianças, aos adolescentes, seus acompanhantes e alguns profissionais do hospital, no transcorrer da pesquisa, por se posicionaram espontaneamente

em frente à câmera e falaram das representações que possuíam da escola neste contexto, essas falas foram consideradas, não sendo necessário portanto, a realização das entrevistas.

Os roteiros das entrevistas aos profissionais foram elaborados a partir de aspectos e perspectivas que envolvem a *práxis* das professoras, que muito auxiliou na análise dos dados. Nesse sentido, as entrevistadas foram solicitadas a descrever o histórico do projeto, o processo de construção da *práxis* das professoras, a concepção de educação, as dificuldades e os alcances do trabalho, bem como as críticas e sugestões ao projeto. Buscou-se elaborar os roteiros baseados em questões nas quais os atores sociais pudessem expressar suas concepções sobre o trabalho desenvolvido. Cabe destacar que o roteiro das perguntas às professoras foi diferente do roteiro das perguntas a idealizadora do projeto e a coordenadora, pois pretendia-se que as professoras descrevessem aspectos mais específicos de suas práticas.

As entrevistas com as professoras foram realizadas após a conclusão das filmagens de suas aulas. Esta decisão foi tomada pois considerou-se que a entrevista poderia influenciar na forma com que conduziam seu trabalho. Desta maneira, optou-se por realizá-la no final das gravações. As professoras foram orientadas a realizar individualmente a entrevista com a pesquisadora e não assistirem as entrevistas já realizadas, para que não houvesse interferência nas respostas. As outras entrevistas com a coordenadora e a médica, também foram realizadas após a coleta dos dados. Todas as entrevistas foram filmadas o que causou um certo constrangimento inicial, principalmente para as professoras que mostraram-se bem tímidas diante da câmera.

O que pude evidenciar é que as professoras quando realizavam suas ações pedagógicas nas salas de aula do hospital, as faziam com maior naturalidade, sem constrangimentos diante da câmera. Levantei algumas hipóteses a respeito desse estranhamento das professoras em relação a câmera. Pode ter ocorrido em função de alguns fatores como por exemplo: o fato da entrevista exigir uma reflexão e teorização sobre o trabalho, requeria uma certa sistematização do pensamento, pode ter intimidado as professoras. Outro fator também, que pode ter gerado um certo constrangimento, refere-se ao fato de que, durante as aulas, várias pessoas participavam do trabalho e construíam coletivamente os sentidos da escola e, na entrevista, de certa maneira, essa construção de sentidos ocorria de forma mais individualizada.

As entrevistas foram significativas para captar os diferentes olhares e dizeres a respeito da escola no hospital. A estranheza de Girassol quanto a sua imagem no vídeo, bem como das outras profissionais ocorreu somente no início da entrevista. Em poucos minutos,

após a iniciar a filmagem e começarem a conversar sobre o trabalho, as entrevistadas foram se tranquilizando.

3.4.4 Observações das reuniões realizadas com a Coordenadora –CRE/Cidade Baixa

O Hospital da Criança solicitou o acompanhamento da pesquisa através de relatório proposto pelo Comitê de Ética que solicitava informações sobre onde a pesquisa havia sido socializada, artigos publicados e número de alunos/pacientes abordados. Já em relação a instituição parceira do projeto, desde a minha entrada no hospital, solicitei a participação em reuniões para oferecer sugestões, críticas ao projeto de educação no hospital, colaborar com a organização científica do trabalho realizado pelas professoras e auxiliar no estreitamento de vínculos da Coordenação com a Universidade Federal da Bahia. Por considerar essas ações como constituintes do trabalho, minha implicação com esta área de estudos, e pela negociação de acesso ao campo de estudo, essas ações foram realizadas no período de um ano, na etapa de coleta de dados, pois não consegui ficar indiferente às solicitações. Todavia, quando senti que estava sofrendo pressões no meu trabalho, para que a tese fosse escrita com aproximações políticas da instituição que contratava as professoras, resolvi me afastar do campo de pesquisa e exercer a construção do conhecimento crítico que defendo em educação. Barbier (2002) considera que o pesquisador necessita ter a escuta sensível para compreender o contexto pesquisado, todavia, quando sentir que existe interesse diverso, o caminho mais adequado é o do afastamento:

A escuta sensível reconhece a aceitação incondicional do outro. Ela não julga, não mede, não compara. Ela compreende sem, entretanto, aderir às opiniões ou se identificar com o outro, com o que é anunciado ou praticado. A escuta sensível afirma a coerência do pesquisador. Este comunica suas emoções, seu imaginário, suas perguntas, seus sentimentos profundos. Ele está “presente”, quer dizer, consistente. Ele pode não mais aceitar trabalhar com um grupo, se algumas condições se chocarem com seu núcleo central de valores, sua filosofia de vida (BARBIER, 2002, p. 94)

As reuniões que participei durante um ano eram realizadas na Coordenadoria Regional de Educação, CRE/Cidade Baixa, que localiza-se no bairro do Uruguai, em Salvador. As reuniões eram realizadas na CRE e a dinâmica era quase sempre a mesma. As nossas reuniões eram sempre interrompidas por ligações de telefone que a coordenadora atendia a todo momento, por professores e diretores que procuravam a coordenadora para resolverem problemas administrativos, etc. Essas reuniões não eram sistemáticas, só

ocorriam quando as professoras solicitavam à coordenadora para discutir problemas da escola no hospital, apresentar algum trabalho científico ou organizar as festas da escola, ou quando a coordenadora solicitava. Tentou-se estabelecer um cronograma para as reuniões, porém nunca foi cumprido. Estas reuniões não foram filmadas pois não eram o foco principal de investigação deste trabalho, mas foram consideradas como elementos integradores deste estudo.

Cabe destacar, que logo que iniciei a pesquisa, conforme me haviam solicitado em relação ao estreitamento com a Universidade, orientei as professoras e a Coordenadora a participarem do Grupo de Estudos de História Social de Criança na UFBA, coordenado pela Profa. Dra. Joseania Freitas, que ocorria quinzenalmente na UFBA. As professoras participaram dos primeiros encontros do Grupo, no período da tarde na UFBA, mas depois acabaram priorizando as aulas no hospital. A Coordenadora e uma monitora da CRE, participaram deste grupo e em outras atividades, como alunas especiais da disciplina “História Social da Criança”, também com a Profa. Dra. Joseania Freitas, do Programa de Pós Graduação em Educação da UFBA e no curso de Extensão “ Inclusão oficial da história e da cultura negra no currículo escolar das séries iniciais.”

As principais reuniões que participei foram: 1) reunião do dia 23/08/2002 para entrega e discussão de relatório produzido pela pesquisadora apresentado à Coordenadora e às professoras referente às observações realizadas neste período das aulas das professoras; 2) Reunião dia 12/09/2002 de organização do trabalho científico para o VII Fórum de parceiros da prefeitura realizado em 29/10/02 na qual o Projeto “Vida e Saúde” foi apresentado; 3) Reunião dia 02/10/2002 de preparação para o evento de comemoração de um ano da escola no hospital em 06/10/2002; 4) Reunião dia 13/11/2002 para preparação da primeira Semana de Inclusão organizada pela Regional Cidade Baixa no Bonfim de 17 a 19/11/2002; 5) Reunião dia 30/01/2003 para apresentação de trabalho na Jornada Pedagógica de Classes Hospitalares no CAP- Centro de Aperfeiçoamento Pedagógico aos Professores da Rede Municipal na Pituba com todas as Classes Hospitalares de Salvador de 03 a 07/02/2003; 6) Reunião dia 10/03/2003 para preparação da apresentação no Congresso de Psicologia da Faculdade Ruy Barbosa de Salvador ocorrido de 11 a 14/04/2003; 7) Participação no VIII Fórum de Parceiros da Prefeitura, dia 19/08/2003; 8) Reunião pedagógica dia 23/08/2003 e preparação para o 2º aniversário da escola e 9) Reunião dia 03/09 para preparação do evento de comemoração dos 2 anos da escola no hospital e entrega do relatório sobre o trabalho; (ANEXOS S,T,U,V,X).

O que foi possível verificar nesses encontros, é que pouco se discutia sobre os problemas dos alunos no hospital e as questões pedagógicas do projeto. As reuniões ficavam centradas em resolver conflitos existentes entre as duas professoras, organizar textos para apresentação do projeto em eventos científicos e preparação das festas no hospital. Embora considere que questões administrativas também façam parte do projeto político pedagógico da escola, creio que se dedicava muito tempo a resolver esses aspectos administrativos e os alunos eram esquecidos. Como as reuniões tinham um espaçamento muito grande entre uma e outra, os problemas ficavam acumulados e ficavam sempre em abertos para serem resolvidos. Posteriormente, muito pouco se resolvia ou se encaminhava propostas para solução dos problemas e as discussões acabavam encerrando naqueles momentos. Não existia um acompanhamento sistemático do trabalho das professoras. Considero também que essas reuniões deveriam ser realizadas no próprio hospital para que a coordenadora pudesse vivenciar um pouco daquele contexto, escutar, conhecer um pouco a realidade das crianças e dos adolescentes hospitalizados e da dinâmica do hospital, aspecto este que considero fundamental para o entendimento da condição das professoras, dos alunos e de um projeto educativo.

4 A COMPLEXIDADE DA ESCOLA NO HOSPITAL

4.1 A COMPLEXIDADE DOS HOSPITAIS

A complexidade é um aspecto característico das instituições hospitalares. Os hospitais também, apresentam formas particulares de expressarem seus potenciais e demarcarem suas identidades. Os Hospitais–Escola, por exemplo, que preparam os residentes, parecem ter em seus quadros profissionais, pessoas jovens, contentes, que se renovam sempre neste ambiente. Hospitais de pesquisa, mantêm equipes permanentes, profissionais que trabalham de modo intermitente procurando atender e desvendar os mistérios das patologias dos doentes. Hospitais que atendem emergência, necessitam dos profissionais que atendam com agilidade e responsabilidade, principalmente aqueles que estão de plantão, para que não deixem de socorrer as pessoas que chegam, muitas vezes, inconscientes de sua condição. Já nos hospitais onde existem as maternidades, existe uma outra concepção, pois sabe-se que cada criança ao nascer, é um novo coração a pulsar nas cidades, trazendo felicidade. Os que atendem diferentes especialidades, em cada setor existem regras próprias para lidar com as diversas realidades. Há uma infinidade de funções nessas instituições, que se mesclam e também se diferenciam. Cada hospital apresenta portanto, uma marca que demarca a sua condição.

No nosso país, até bem pouco tempo atrás, não existiam hospitais infantis. As crianças eram internadas com os adultos, longe de seus familiares e tinham que sobreviver, pois esta era a forma que a sociedade encontrava para lhes acolher.

Na minha infância, estudando em escola pública, lembro de poucos amigos que foram hospitalizados. Será que as crianças não ficavam doentes ou será que os casos eram abafados, silenciados? Todavia, “vasculhando” em minha memória, recordo que na década de 70, ocorreu um surto de meningite na cidade que morava, o que fez com que algumas crianças fossem internadas. Após receberem alta, aquelas crianças foram extremamente discriminadas na escola pois, não se sabia ao certo, se elas estavam curadas e, desta maneira, elas foram por muito tempo, estigmatizadas. Também recordo que meus irmãos, foram internados para fazer cirurgia para extração das amígdalas. Na nossa geração, as crianças operavam e depois tomavam sorvete. Na época, não entendia esse processo de recuperação. Eu pensava que toda pessoa que fizesse cirurgia, no outro dia, receberia um sorvete como sobremesa para alegrar o seu dia. Achava que aquele sorvete iria ser devorado,

sem sofrimento e por algum tempo, também quis estar naquele hospital, fazer cirurgia e receber um sorvete de presente. Não entendia a lógica desta intervenção.

Quando adulta, conhecendo as dinâmicas e as lógicas diversas de algumas instituições hospitalares, comecei a perceber que, cada hospital, dependendo da sua administração, tem uma concepção de cura, infecção e reabilitação. Presenciei hospitais que colocam açúcar para cicatrizar feridas (com ótima resolução), também encontrei pessoas e familiares de crianças internadas que levam animais nas suas visitas nos hospitais (zooterapia) assim como já encontrei enfermarias todas floridas e hospitais, que não admitem pensar a respeito destas ações.

Há uma complexidade que não é fácil compreender, por isso é necessário conhecer. Para as crianças, entender as lógicas e regras hospitalares, não é um processo fácil para absorver. Mas, assim como existem essas lógicas diferenciadas, também existem elementos comuns em algumas instituições: a solidariedade e a afetividade. Talvez esse seja o binômio de sua razão. As pessoas ficam muito agradecidas, quando são bem recebidas pelos profissionais de saúde que salvam as suas vidas.

Os professores que estão começando a trabalhar nos hospitais, em princípio, se surpreendem e levam um certo tempo para entender a sua estruturação. Depois vão procurando conhecer as regras, o cotidiano destas instituições, procurando encontrar soluções para os problemas e as diferentes situações.

As crianças e seus familiares, também não sabem em princípio como agir. É como se não soubessem mais “dirigir” suas vidas pois, durante a hospitalização, vivem-se momentos de muitas angústias e indecisão na espera dos diagnósticos e na cura das doenças. Todavia, essas pessoas têm muitas crenças no restabelecimento de sua saúde e recuperação.

4.2 CARACTERÍSTICAS DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

Convencionalmente, as instituições hospitalares, em diferentes sociedades, são vistas como locais geradores de sofrimento pela característica primeira que possuem de concentrar doenças. O hospital é concebido como um lugar do sofrimento. No entanto, o que pouco se revela é que, além da cura das doenças, coexistem nos hospitais uma infinidade de situações que tornam essas instituições bastante complexas, tanto para as pessoas que necessitam de seus serviços, quanto para os profissionais que nele trabalham, pela multiplicidade de interações, mediações e comportamentos que os envolve. Nestas

instituições, as situações mais diversas e as culturas das pessoas vão se tornando híbridas e sincréticas. Muitas histórias se cruzam e entrecruzam, assim como expectativas de vida, desejos, medos, solidariedade e partilhas. As incertezas são constantes para as pessoas internadas e seus familiares que muitas vezes se sentem impotentes diante das doenças que atravessam suas vidas. As intercorrências (o inesperado) são vividos intensamente. Neste cenário, pessoas de diferentes culturas, posições econômicas e sociais, vivem cotidianamente no mesmo espaço hospitalar com universos bastante diferenciados, o que, às vezes, torna difícil a comunicação.

A diversidade para alguns é um aspecto que permite a aproximação, por outro lado, para outras pessoas, ela promove o distanciamento e até mesmo, dificuldades de comunicação. Alguns profissionais da medicina ainda utilizam uma linguagem médica distanciada da linguagem popular dos usuários dos serviços de saúde. Além de funcionar como forma de demarcação das relações de poder da sociedade, ela não esclarece o que ocorre, favorecendo às vezes, a elaboração de imagens diversificadas e temerosas nos imaginários das pessoas e seus familiares sobre suas doenças, podendo mesmo gerar conseqüências desastrosas no tratamento. Entretanto, assim como existem esses profissionais que apregoam certo distanciamento dos enfermos, também existem aqueles profissionais que buscam modificar as relações existentes, procurando promover uma maior integração com a população atendida.

Nas enfermarias dos hospitais públicos de nosso país, crianças, adolescentes e familiares das mesmas cidades e dos mais diferentes lugares se encontram, compartilham dores, angústias, tristezas, mas também alegrias. É comum trocarem informações sobre suas vidas, seus problemas e criarem identidades, como se as diferenças e o mundo fora do hospital se dissolvessem e fossem criados novos elos identitários. As subjetividades dialogam entre si e os conhecimentos vão sendo construídos a partir destes diálogos e experimentações, da mistura de traços, valores, onde se elaboram culturas particulares e dissonantes sobre a forma de viver neste ambiente. Os familiares e enfermos acabam aprendendo neste contexto, que é preciso aprender a lidar com o que se desconhece, com o inesperado, para poder fazer a vida acontecer.

Utilizando o pensamento de Morin (2003) para analisar a complexidade desta instituição, é possível compreender as contradições presentes nos hospitais a partir da junção de diferentes prismas que se articulam dialeticamente como a questão da ordem e da desordem, da dor e do prazer, dos determinismos e dos acasos, das incertezas, das perplexidade, da autonomia, da dependência, da emoção e da lucidez.

Morin (2003, p. 38) considera que o pensamento complexo rompe com a simplificação quando se analisa os fenômenos de maneira articulada, relacionando os fatos e contextualizando-os. O pensamento complexo pressupõe que as análises das ações humanas não sejam simplificadas, todavia procura meios para compreender a simplicidade dessas ações para analisá-las na sua totalidade, nos seus aspectos multidimensionais, assim como na sua incompletude. A origem da palavra complexidade está associada ao movimento de entrelaçamento dos fatos:

Do ponto de vista etimológico, a palavra “complexidade” é de origem latina, provém de *complectere*, cuja raiz *plectere* significa trançar, enlaçar. Remete ao trabalho da construção de cestas que consiste em entrelaçar um círculo, unindo o princípio com o final de pequenos ramos. A presença do prefixo “com” acrescenta o sentido de dualidade de dois elementos opostos que se enlaçam intimamente, mas sem anular essa dualidade. Por isso, a palavra *complectere* é utilizada tanto para designar o combate entre dois guerreiros, como o abraço apertado de dois amantes. Em francês, a palavra complexo aparece no século XVI, vem do latim *complexus*, que significa abraçar, participio do verbo *complector*, que significa eu abraço, eu ligo. (MORIN, 2003, p. 43)

Quando as pessoas procuram os hospitais estão procurando a salvação de suas vidas e um lugar onde se sintam protegidas, recebam atenção, um pouco de conforto diante de uma situação que lhes é desconfortável e procuram também, de certa forma, serem acolhidas, abraçadas. Entretanto, o acolhimento oferecido nos hospitais para as pessoas das classes populares ao longo da história assumiu diferentes significados.

O filósofo Foucault (2000) enfatizou como em diferentes sociedades a segregação dessas pessoas nas instituições hospitalares era explícita. Ele apresentou questões interessantes sobre a mudança na concepção dos hospitais de “*morredouros a nascedouros*”. Ao descrever a história dos hospitais na humanidade, retratou que estas instituições não foram criadas com os objetivos da cura. Para ele, a finalidade principal destas instituições era a de segregar a população carente, afastando-a do contato da população considerada “*sadia*”. Deste forma, ele descreveu que:

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para 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. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. (FOUCAULT, 2000, p. 101)

Essa característica de internamento, exclusão, espaço de transformação espiritual e de morredouro nas instituições hospitalares teria sido modificada, segundo Foucault, quando foram iniciadas as discussões sobre os efeitos nocivos que o hospital acarretava. Outro aspecto que contribuiu para a modificar essa representação existente foi quando a intervenção médica começou a atuar com maior força neste contexto, pois, até o século XVIII, os hospitais eram dirigidos por pessoas leigas ou religiosas que possuíam uma noção muito restrita do hospital como um espaço de cura e terapêutica. A concepção predominante possuía caráter assistencialista.

O atendimento médico dedicado às crianças nas sociedades ocidentais, segundo Cunha (2000), até 1889 era realizado sob dois enfoques: existia uma corrente de estudos voltada para transferir conhecimentos nos estudos dos adultos e adaptá-los às crianças e outra corrente voltada para a prevenção de doenças desde a infância, biologia e patologia do desenvolvimento humano e a parte genética que tiveram influência nas investigações pediátricas. Somente quando as patologias das crianças e adolescentes começaram a ser tratadas com suas características próprias é que vieram as preocupações com os aspectos afetivos, biológicos e cognitivos dessas pessoas e foi-se configurando a área da pediatria.

Ranña (1988), ao estudar os aspectos psicossociais do tratamento de crianças, ele descreve que as primeiras enfermarias pediátricas surgiram por volta de 150 anos. Elas foram criadas de forma harmônica entre as famílias e as instituições hospitalares. Mas alguns fatores condicionariam mudanças nesta abordagem. O ambiente era próximo do ambiente doméstico, os pais transitavam pelas enfermarias, com relações bem próximas aos filhos. Os médicos e enfermeiras vestiam-se com roupas comuns. A partir do séc. XIX, este ambiente familiar das enfermarias foi sendo modificado. Pasteur descobriu a influência dos micróbios como causas das doenças e começam a surgir, então, as normas de internação. O medo das infecções hospitalares fez que os pais passassem a ser vistos como agentes contaminadores das enfermarias, constituindo-se em perigos para os hospitais. As rotinas nos hospitais começaram a mudar: regras rígidas em relação às vestimentas foram adotadas e restringiram-se a presença de objetos de uso pessoal da criança, roupas e brinquedos nestas instituições. Aos poucos, as enfermarias pediátricas foram se tornando ambientes higiênicos e assépticos, e, do ponto de vista das relações sociais foram considerados ambientes frios e pouco acolhedores. As crianças eram separadas em boxes, com rigorosa assepsia, evitando-se o contato físico com pais e outras pessoas da instituição. Esta conduta foi considerada adequada durante muito tempo do ponto de vista da higienização, porém, do ponto de vista humano, o ambiente

tornava-se artificial e antibiológico, pois a doença acabava privando a criança do seu contato com os familiares.

Este contexto fazia com que a recuperação da criança acabasse tornando-se mais tardia, pois elas não estavam tendo o desenvolvimento adequado no que se refere às questões de socialização, aos seus aspectos físicos, afetivos e cognitivos. As normas hospitalares, portanto, baseavam-se em princípios rígidos do ponto de vista da questão da contaminação. A condição ambiental que caracterizava uma determinada organização social nas instituições hospitalares gerava o denominado “*hospitalismo*”, que tinha conseqüências sérias para a criança. Durante muito tempo, a psicologia definiu o hospitalismo como um fenômeno conseqüente à falta de contato social nos primeiros anos de vida. A estadia prolongada de crianças no hospital mostrava diferentes implicações como perturbações físicas, de contato social e até mesmo no desenvolvimento da inteligência. (BARROS, 1993, p. 98)

No final dos anos 70, Sarti (*apud* RANNA, 1988. p. 60), realizou uma revisão sobre o papel da ausência das mães nos hospitais pediátricos e procurou enumerar as reações infantis, tanto na esfera somática, como na esfera psicoafetiva e listou as seguintes reações: retardo do crescimento e desenvolvimento, susceptibilidade a infecções, perturbações digestivas e nutricionais, dermatoses (eczemas), manifestações psicossomáticas, distúrbios do sono, distúrbios da linguagem, manifestações de desadaptação, hipermotilidade e variações de humor, diminuição da afetividade, desorientação, distúrbios de comportamento e perturbações de personalidade e perturbações motoras.

Torres (1990) também afirmou que as conseqüências de uma internação traumática para as crianças eram diversas desde o ataque à sua identidade, decorrente das alterações do seu esquema corporal provocados pela doença, até a própria degradação do sujeito, que deixava de ser o que ele era, para tornar-se um sujeito passivo. Aspectos como longos períodos de internação, hospitalização sem a presença de um acompanhante, submissão somente a procedimentos dolorosos, dificuldade de estabelecimento de vínculos dos profissionais de saúde exercidos sobre as crianças, geravam muitas ansiedades e angústias.

Em princípio, as discussões da psicologia, voltavam-se para denunciar as privações humanas e materiais das crianças hospitalizadas e os efeitos que produziam no desenvolvimento infantil. Tempos prolongados de internação e privações eram aspectos considerados como elementos que afetavam tanto os aspectos sociais, afetivos, como de estruturação da linguagem e da própria cognição, que refletiam nas modificações de hábitos e nas relações interpessoais das pessoas enfermas. Em um segundo momento, as reflexões

começaram a abordar formas de enfrentamento desta situação, valorizando a importância da mãe no acompanhamento do seu filho como elemento mediador importante no processo de recuperação deste.

Bowlby (1995) considerava que a presença da mãe era uma vantagem tanto para a criança, como para o hospital e para as próprias enfermeiras que ficavam com mais tempo para atender aos enfermos. Atualmente, alguns hospitais têm aceitado a presença dos pais como um elemento importante deste processo e até mesmo de irmãos, maiores de dezesseis anos e pessoas próximas da família para auxiliar nos cuidados. Alguns programas, como do Hospital Pequeno Príncipe em Curitiba, por muito tempo denominados de “*mãe – acompanhante*”, modificaram a nomenclatura e as concepções de interações neste contexto. Passaram a ser denominados de “*família - acompanhante*” e defendem a idéia da importância de múltiplas interações sociais para dividir e complementar responsabilidades.

Cabe destacar que, no caso dos hospitais, embora algumas instituições reconheçam a importância dos pais neste período, nem todos os hospitais têm esta atitude de propiciar às crianças hospitalizadas a oportunidade de interagirem com diferentes pessoas quando estão internadas. Alguns até proíbem a visita de irmãos. Na grande maioria dos hospitais públicos, muitas crianças são internadas, sem nenhum acompanhante e outras até mesmo são abandonadas nos hospitais por seus próprios pais.

Os hospitais encontram maneiras diversas de resolver esta situação. Muitas instituições tratam este problema como se fosse um fenômeno natural e não buscam meios para promover uma responsabilidade maior dos pais em relação a seus filhos, durante ou após o tratamento. Alguns hospitais até preferem que pais não estejam presentes durante a internação dos filhos, pois alegam que tem possibilidade de agir com mais “*liberdade*” no ambiente. Outras instituições defendem a presença dos pais ou acompanhantes, porém somente para utilizá-los como ajudantes na ausência ou precariedade de profissionais de saúde no atendimento. E também existem as instituições que priorizam a participação dos pais e acompanhantes neste contexto, tratando-os como pessoas que estão vivenciando momentos delicados em suas vidas, mas que, também estão se constituindo neste espaço enquanto seres aprendizes de novas relações e podem ser elementos ativos e auxiliares na recuperação mais rápida da saúde de seus filhos.

Há de se considerar que na sociedade brasileira atual nem todos os pais que trabalham podem permanecer tempo integral com seus filhos durante o período de internação, principalmente nos hospitais públicos. Também existem os casos em que os pais têm outros filhos em casa e não podem permanecer no hospital. Essa situação é muito freqüente e, os

pais, irmãos das crianças e amigos, acabam tendo horários restritos à visitas. Portanto, dessa maneira, muitas crianças e adolescentes ficam a maior parte do tempo sozinhos nos leitos, interagindo com os profissionais do hospital e principalmente as enfermeiras que na maior parte das instituições são sobrecarregadas de trabalho e têm poucos momentos para se dedicar aos cuidados afetivos, sociais e até mesmo lúdicos destas crianças.

No Hospital da Criança da OSID, a presença dos pais e acompanhantes era um direito conquistado para as crianças e adolescentes hospitalizados. Entretanto, mesmo com a presença dos pais, algumas crianças relatavam que sentiam falta de seus lares, muito embora, em alguns casos, eles fossem mais “desconfortáveis” do que os hospitais. Foi possível verificar esta situação no depoimento de Rut¹⁶, uma menina de 9 anos de idade que estava há dois dias internada e que se mostrava saudosa de sua casa e avessa as regras hospitalares:

Porque no hospital, a gente... a gente.. Não se.. É A gente não sente como nossa casa. A gente.. a gente..a gente.. O lar da gente é melhor. Porque mesmo que a gente durma no chão, o lar da nossa casa é melhor. Por quê? Lá a gente tem sossego, tem alívio. E aqui. Toda hora tem que toma remédio. Remédio é ruim. Eu não vou mentir. Não fica solt.. Aqui tem que ficar preso.. Porque se..se... A gente não pode comer bala. Não pode. Faz mal. Não pode descer dali. Dali. Nem do primeiro andar prá.. Não pode. Aqui não tá podendo imagine no primeiro andar?” (Ruth, dia 06/05/2003)

Neste depoimento, Rut¹⁷ demonstrava sentir que estava confinada no hospital com muitas de suas ações cerceadas mas, neste período ela também aproveitou para refletir e escrever uma poesia sobre sua condição de criança hospitalizada e da representação da escola no hospital. (Anexo Z).

Embora existam diferentes programas para melhorar a qualidade do atendimento e acolher as crianças enfermas, o processo de adoecimento e internação para algumas crianças representa uma situação de enclausuramento, pois elas têm que se submeter a regras que não estão acostumadas, a medicações, a privação de liberdade, situações complexas com as quais algumas crianças e adolescentes têm dificuldades para se adaptar.

A escola no Hospital da Criança da OSID foi idealizada com a finalidade de acolher às crianças e os adolescentes neste período de suas vidas, promover-lhes conforto e liberdade, bem como possibilitar a continuidade de seus estudos. No entanto, diferentes concepções representavam o projeto o que retratava um quadro complexo sobre sua existência e as questões a respeito da educação no hospital.

¹⁶ Os nomes dos atores e atrizes do trabalho foram alterados para preservar as identidades. O nome das crianças será expresso pelas três letras iniciais e das professoras e idealizadoras do projeto - nomes de flores.

¹⁷ Rut tinha 10 anos, estava na 3ª série. Era de Salvador e estava internada por escabiose. .

4.3 O PROJETO “VIDA E SAÚDE” NO HOSPITAL NA CONCEPÇÃO DE SUAS IDEALIZADORAS

O Projeto “Vida e Saúde” foi idealizado por uma médica e uma enfermeira no Hospital da Criança da OSID. Na entrevista realizada com a médica Gardênia, em 12/09/2003, ela descreveu como surgiu a idéia do projeto. Na sua itinerância, contou sobre as viagens que fez, conhecendo projetos de Classe Hospitalar na América Latina, os quais fizeram com que, através de seu engajamento como Membro da Sociedade Brasileira de Pediatria, auxiliasse na formulação e elaboração dos “Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados”.

A médica descreveu a “gestação” das Classes Hospitalares no Congresso Nacional, através das discussões dos membros da Sociedade Brasileira de Pediatria que se preocupavam com a forma e a concepção dos programas educativos que seriam implantados nos hospitais. Relatou que, nas discussões iniciais, a Sociedade preocupou-se com a concepção de educação dos projetos não estar voltada apenas para distrair as crianças no hospital, mas que apresentasse um caráter de continuidade da escolarização para os pacientes internados. Ela comentou sobre a distinção que ocorriam nas discussões entre “terapia educacional” e “classes hospitalares”, subtendia-se em sua fala, que a terapia estaria mais voltada para um atendimento psicológico e a classe hospitalar, possuía um cunho educativo. Comentou a importância de um projeto educacional, que estivesse voltado para a manutenção do currículo escolar. Como médica, apresentou uma clareza significativa quanto aos objetivos e a definição de uma concepção curricular que atendesse às necessidades das crianças e adolescentes internados. Em relação às origens e concepção de classe hospitalar, definiu o histórico da seguinte maneira:

Ercília: Poderia me dizer como surgiu a idéia da escola no hospital?
 Gardênia: Bom, na verdade, a idéia surgiu antes de 1995 quando em uma de nossas viagens a outros locais...A Classe Hospitalar surgiu de um conhecimento que nós tivemos de vários projetos existentes em vários locais do mundo, inclusive na América Latina como Uruguai, Paraguai e Argentina. Embora eles ainda não tivessem configurado na época como Classe Hospitalar como nós temos hoje configurado, mas foi daí, através dessa discussão que surgiu a idéia da Classe Hospitalar. E ela deu meu... o primeiro ponto de partida dela foi com a aprovação com uma normativa no Ministério da Justiça, o qual tive o prazer de ser relatora, representando a Sociedade Brasileira de Pediatria em 1995 em Brasília e que foi aprovado por unanimidade “Os Direitos da Criança e dos Adolescentes Hospitalizados”. E um dos artigos desses direitos é a manutenção do currículo escolar. Não tem implícito a Classe Escolar, mas manutenção do currículo escolar é o âmago. É o que faz o rio de diferença: terapia

ocupacional e classe hospitalar. Está bem definido isto na lei que é a manutenção do currículo escolar. Foi assim que surgiu a classe escolar. Acredito que não apenas nas Obras Sociais Irmã Dulce, mas em todo o Brasil. Em segundo lugar... eu disse que essa seria a divisória entre terapia ocupacional e classe escolar porque as pessoas confundiam muito o que era ter uma professora no hospital que era prá brincar com os meninos, ocupar a mente dos meninos, valorizar sua auto estima, enfim... Isso a gente poderia ter diversos meios de trabalho como o lazer, etc.. A idéia básica é realmente a manutenção do currículo escolar. Por que? Nós fizemos as estatísticas brasileiras, como internacionais, que tem crianças que perdem o ano escolar, não é? Tem dificuldade de se adaptar a escola devido a doença, por serem internados várias vezes por ano. A doença que mais.. digamos que seja a mais freqüente delas, né? É a asma. A asma severa que leva as internações com maior freqüência e com prejuízo na escola e conseqüentemente, em alguns casos, até provocando evasão escolar. Além de doenças crônicas como doenças reumatológicas, a febre reumática, as doenças cardíacas, o lupus, enfim.. uma série de condições clínicas que levavam essas crianças prá fora da escola. Então foi esse o motivo da criação da classe hospitalar. Que também vai servir, como toda escola para contribuir com o lazer, com a brincadeira, para melhorar a auto estima, mas nunca esquecer o NORTE dela: pelo menos foi isso que passou pela minha cabeça quando eu estava em Brasília. A necessidade de manutenção do currículo escolar enquanto a criança estivesse no hospital. (Gardênia, 12/09/2003).

A médica, ao comentar sobre a origem da escola no Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce, esboçou suas implicações pessoais e emocionais na produção deste trabalho, demonstrando as estratégias que utilizou para fazer implantar o direito à educação para a criança e o adolescente no hospital:

Ercília: Gostaria que falasse um pouco sobre o histórico da implantação do Projeto “Vida e Saúde” aqui no hospital. Gardênia: Na verdade o Projeto Vida e Saúde saiu quase que naturalmente. A gente tem vários sonhos, né? Um dos sonhos era criar um hospital que obedecesse a todos os direitos das crianças e adolescentes hospitalizados. Porque fomos nós mesmos que criamos. Se a gente iria trabalhar em um hospital, que o hospital obedecesse aquilo que a gente tinha sonhado e conseguido transformar em Resolução Ministerial. E, quando nós estávamos lançando a Caderneta de Saúde da Criança, né? Do Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce, estava presente a Secretária da Educação. E, dos enfoques que a gente deu na Caderneta de Saúde foi a valorização da educação. E, naquele momento do lançamento da caderneta, eu fiz em público, a solicitação à Secretaria Municipal de Educação prá que ela nos ajudasse a fazer a Classe Hospitalar e aí saiu.. O projeto muito simples, né? E a adesão foi quase que imediata da Secretária, né? Portanto da Secretaria Municipal de Educação, nos mandando duas professoras, exatamente o que a gente pediu. Duas professoras e nós pedimos também um Orientador Educacional. (Gardênia, 12/09/2003).

Para a Coordenadora da Regional da Prefeitura, Dália, o projeto foi construído e re-discutido pela prefeitura que acolheu a proposta. Ela lembrou a importância de Irmã Dulce

como uma idealista e construtora de movimentos inclusivos na sociedade e na educação, entretanto, associou seu discurso humanitário aos objetivos da Secretaria Municipal de Educação:

Ercília: Como surgiu a idéia de implantar uma escola no hospital? Dália: A idéia surgiu através da pediatra do hospital procurando a Secretaria Municipal de Educação através da Assessora Técnica. Ela levou o projeto, sentamos e discutimos os encaminhamentos e organizamos o projeto em si. O pensamento da instituição, da organização social Irmã Dulce com o pensamento da Secretaria. O que foi mais significativo é que Irmã Dulce, durante toda a sua vida, ela trabalhou com a inclusão. O trabalho dela foi assim muito voltado prá incluir os excluídos no hospital, no atendimento que até hoje a instituição oferece. Ela era uma educadora. Isso é importante. Ela era uma educadora e o sonho dela era que pudesse unir a questão da saúde com a educação. E nesse pensamento de inclusão que Irmã Dulce sempre lutou, a SMEC entende que a educação é um dever de todos e que todos devem estar incluídos nesse processo, e com um simples encontro e algumas reuniões podemos ajustar o pensamento da instituição com o pensar da SMEC. Que nós temos uma grande secretária, professora Dirlene Mendonça, uma pessoa muito sensível à educação e, esse trabalho, mais do que nunca, veio ampliar o nosso desejo de atender cada vez mais a população carente, e somos responsáveis pela Educação Infantil a educação fundamental. (Dália, 03/09/2003).

Quando a coordenadora foi solicitada a descrever o histórico da implantação do projeto de educação no hospital, o que ficou evidenciado no discurso é que ela possuía o desejo de fazer algo diferente, mas suas falas eram descontextualizadas do que já estava ocorrendo. Na sua narrativa, ela apresentou também alguns conceitos contraditórios sobre criança hospitalizada, pois ao mesmo tempo que dizia que a criança hospitalizada era um ser capaz, logo em seguida afirmava que ela trazia deficiências no campo cognitivo. Esta postura não tem sido defendida pelo pesquisadores desta área que estão procurando enfatizar que as crianças hospitalizadas são sujeitos capazes, que não tem seu desenvolvimento interrompido durante a hospitalização e que, o fato de estarem hospitalizadas, não traz deficiências cognitivas. Quando ela descreveu a implantação do projeto, assim definiu a sua idealização:

Ercília: Conte um pouco como foi a história da implantação do Projeto “Vida e Saúde” na OSID. Dália: Foi mexê... foi mexê com a instituição, com a Coordenadoria Regional que é responsável aqui nesse espaço da Cidade Baixa pelo acompanhamento, monitoramento do ensino, foi uma inquietação. Porque queríamos realmente realizar, realizar com qualidade e o primeiro pensamento nosso foi escolher profissionais que tem esse perfil de educador, que veja a criança como ser capaz e que possa gerenciar esse trabalho... que a criança hospitalizada, além dela trazer um déficit de saúde, da sua doença, patologia, traz também deficiências no aspecto cognitivo e o novo pensar era assim: atender. Como? É a primeira experiência da gente. A nossa prática era realmente só com crianças do ensino regular. É um atendimento multiseriado e nos inquietou muito. Mas o que existia atrás de

tudo isso era a vontade. O desejo de fazer algo e algo de qualidade. E a gente começou. E a primeira acompanhando esse trabalho foi a Girassol. Foi a primeira profissional que ao socializar se prontificou e ficava ali: O projeto já está pronto?. Eu dizia: Está, Girassol, vamos adequar. E fomos ouvindo e conseguimos realmente no dia 06/10 assinando esse Convênio. A Carta de Intenção da SMEC com as Obras Sociais Irmã Dulce. (Dália, 03/09/2003).

Como foi possível verificar, a concepção de criança hospitalizada era como se estivesse em falta de alguma coisa, na saúde, na cognição e não era essa a realidade das crianças.

As entrevistadas, ao serem interrogadas a respeito da seleção das professoras no hospital, disseram que as escolhas foram bem realizadas. No que se refere aos etnométodos, a médica elogiou a forma como as professoras construam seu trabalho, a práxis pedagógica no hospital, considerando-as como referências do projeto. Todavia, ela sugeriu que a Secretaria Municipal de Educação tivesse um maior reconhecimento do trabalho das professoras através da descentralização da função do coordenador na construção de multiplicadores. Também chamou a atenção para se valorizar a autoria das professoras:

Ercília: Como as professoras foram selecionadas? Gardênia: As professoras que estão no hospital foram muito bem escolhidas. Elas estão muito bem adaptadas ao meio hospitalar. Elas estão fazendo o trabalho delas com excelência. Seria muito interessante que o seu trabalho de pesquisa revelasse a importância da Classe Hospitalar para que a Secretaria, quer seja Municipal de Educação, quer seja Estadual de Educação, veja que a integralidade da educação é muito mais do que ensinar que um e um são dois. É educar para a Vida. Exatamente como diz o nomezinho do Projeto “Vida e Saúde”. **Ninguém pode ter saúde sem educação.** E essas meninas passam isso muito bem. Seria também muito interessante que as Secretarias, que implantassem esse programa, não tivesse uma pessoa única como Coordenadora Geral de alguma coisa, mas dividisse as oportunidades para ser criada novas e novas pessoas multiplicadoras de informação e valorizassem as professoras que trabalham no hospital perguntando a elas o que elas precisam porque quem mais sabe é elas que atuam. São elas que atuam realmente no projeto que podem sentar na mesa pra discutir o que está faltando, o que está precisando, etc.. Para mim, elas são as pessoas referências da Secretaria Municipal de Educação deste projeto e uma referência excelente, muito boa. (Gardênia, 12/09/2003).

A Coordenadora da Secretaria da Educação também elogiou o trabalho das professoras e os associou a aspectos religiosos:

Ercília: Como você vê a atuação das professoras nesse projeto? Dália: Eu digo a cada uma que elas são mil. Mil porque buscam a cada dia intervir, ser um educador. Esse educador que a gente busca assim. Eu me lembro muito de... Eu sempre digo pra elas e é o que a gente tem buscado ser, elas principalmente que estão trabalhando diretamente. Todo o sucesso, eu digo, que é muita responsabilidade o fato do fazer prazeroso que elas executam. E eu vejo que elas estão no caminho. No caminho do grande mestre Jesus,

permitindo que esses alunos dêem um vôo mais alto. Ela mexe com a subjetividade dessas crianças. Faz de tudo prá que essas crianças sintam essa escola prazerosa. E eu vejo que trabalhar a escola no hospital, existe uma movimentação, muito equilíbrio. Porque no momento que o professor está dando a aula, o aluno é requisitado prá tomar medicação, e sai prá fazer uma avaliação médica. O médico entra e a rotina... hoje acontece com muita tranqüilidade, né? E eu acho que as meninas. Acho não. Elas tem muita tranqüilidade, segurança e um equilíbrio prá conduzir. E eu acho também, o que tem contribuído com isso, é a transparência das ações da gente se colocar. Os novos acertos, os novos erros, onde devemos buscar. Acho que... Acho não ! É esse perfil desse educador e as meninas tem buscado a cada momento ser esse grão, esse grãozinho de areia que o mestre foi. Mexer, tentar revolucionar esse trabalho, visando o eu interior e o ser cidadão, com qualidade, com defeito, mas cada um buscando o seu crescimento como a gente, como pessoa, não é ? (Dália, 03/09/2003).

Em relação a formação das professoras para o trabalho, a coordenadora descreveu como foram realizadas as discussões iniciais, comentando a respeito do elo teoria a prática, mas não o explicitou:

Ercília: Existiu alguma preparação para as professoras trabalharem no hospital? Dália: Olha, o treinamento fomos nós: a vontade, o desejo e começamos a estudar. E a Regional, junto com a Assessoria, fizemos algumas discussões, alguns estudos e eu assumi enquanto Regional, enquanto Coordenadora Regional da Cidade Baixa, ficar próximos a elas em relação a essa discussão de estudos e pomos a “mão na massa”, pegar os livros, os autores e o que a gente encontrava prá trabalhar e o que importou prá gente, nesse momento, é como o educador, que tem uma visão de ver o outro como capaz e respeitar o conhecimento do aluno como ele traz, prá gente foi mais fácil fazer esse trabalho porque a gente partiu e como hoje ainda estamos partindo do referencial dos alunos, dessa prática e adequando a cada momento, proposta de educação que as próprias leis federais, né ? 93, 94 traz e a Constituição. O elo entre teoria e prática. Foi inicialmente eu, Girassol e Violeta estudando, discutindo, planejando... Iniciamos com o projeto de dois dias, de três dias e aí a gente foi ampliando. Como até hoje estamos estudando. (Dália, 03/09/2003).

No que diz respeito a complexidade do contexto escolar/hospitalar, a médica salientou que as duas professoras estavam bem adaptadas ao hospital e as considerava membros da equipe hospitalar. Seu discurso esboçava um movimento de reflexão constante a respeito das ações desenvolvidas pelas professoras no hospital, o que demonstrava uma proximidade com o trabalho e conhecimento do que era desenvolvido. Sua fala esboçava uma escuta sensível a respeito do que era feito:

Ercília: Qual a sua opinião do papel do professor no hospital? Gardênia: O professor em primeiro lugar ele faz parte da equipe. Quando você pretende fazer algum trabalho dentro de uma área hospitalar, você deve ter consciência de que essa pessoa pertence a equipe. Nós trabalhamos em equipe. A medicina hoje é uma medicina com visão multisetorial, multiprofissional, não é? Então você tem que juntar todas as forças prá atingir o mesmo objetivo. O professor então é visto no hospital não apenas

que vai levar o menino prá sala de aula e fazer sua obrigação, mas ele também deve nos auxiliar no tratamento da criança. Em alguns casos, as professoras já chamaram a atenção nossa em relação a abusos, maus tratos, o comportamento da criança na escola, o comportamento da mãe.. ah.. talvez bem trabalhado essa professora, ela possa até nos auxiliar no diagnóstico das doenças psicossomáticas.. porque que essa criança tem enurese noturna? É através do trabalho do professor no hospital. Nós enxergamos a professora como um membro da equipe médica. Ou melhor, nós enxergamos a professora como um membro da equipe hospitalar. (Gardênia, 12/09/2003).

Para a equipe médica, as professoras eram vistas como membros da equipe e profissionais que podem auxiliar a entender as crianças hospitalizadas na globalidade.

O discurso da coordenadora da prefeitura expressava um certo distanciamento, desconhecimento da realidade da criança hospitalizada e da complexidade do sistema hospitalar. Embora as professoras tivessem mais reuniões e contatos com ela, parecia existir pouca escuta em relação ao que as professoras lhe apresentavam sobre o cotidiano. No que tange à questão curricular, ela apresentou uma fala interessante em relação à complexidade da vida humana, principalmente relativos aos temas geradores da pedagogia de projetos trabalhada em relação ao Corpo Humano com direitos e deveres. Porém, quando ela fez referências às crianças hospitalizadas afirmando que o primeiro procedimento ao ser internada é “pegar a veia”, mostrou uma concepção equivocada de atendimento, pois no hospital existiam uma multiplicidade de ações e patologias das crianças. Em muitas internações, o procedimento de soro não é necessário. Além do fato de existirem muitos outros componentes, em alguns casos, que contribuem muito mais para que a criança apresente um estranhamento no ambiente hospitalar do que o soro, não era a causa principal desse estranhamento.

Ercília: Existe algum trabalho curricular com a criança hospitalizada? Dália: Existe um trabalho porque nós fizemos inicialmente o Projeto, os conhecimentos de três meses. Foi de Outubro a Dezembro, né? Nós começamos com projetos pequenos e no outro ano nós trabalhamos o corpo humano, Viagem pelo Corpo Humano. Porque nesta prática, as meninas sentiram a importância de estar estudando também o corpo. Porquê? As crianças sempre, ao ser internada, a primeira coisa, um passo, uma intervenção no tratamento hospitalar é pegar a veia, né? Um procedimento simples que vem desencadear toda a medicação que vem via veia, né? Então... quando a gente pega e analisa essa criança faz um... se procura a veia da criança prá passar a medicação, prá tirar sangue. Essa criança quando chega sentindo alguma dor, a gente dá alguns remédios. É importante ela entender esse corpo. Prá entender a função desta medicação e a escola tem que estar trabalhando essa integração educação e saúde prá preservação da vida. O Corpo Humano, o Projeto Viagem pelo Corpo Humano, o corpo humano sim, mas o corpo humano com direito à vida e saúde. E aí a gente já

trabalha a preservação desse corpo, nesse universo de vida, já visando também uma prevenção. Porque a criança quando está internada ela tem que estar trabalhando os valores, os direitos e, tanto no processo de cura e da internação como fora, prá até que ela evite essa internação. Então a gente ampliou essa Viagem pelo Corpo Humano. Esse Corpo Humano com direitos e deveres prá preservação desse planeta que passa pela preservação da vida. Do viver e do amar a vida. (Dália, 03/09/2003).

A médica reconheceu que o trabalho das professoras fez com que ela enxergasse possibilidades de ampliação do projeto e que pudesse detectar outras informações que anteriormente não haviam sido previstas. Ou seja, a *práxis* das professoras, a levava pensar na escola no hospital como um meio para conhecer as outras necessidades e a ausência de direitos das crianças hospitalizadas, que em sua maioria tinham seus direitos negligenciados. Para ela, o trabalho do professor no hospital era como um mediador e propulsor para elaboração e discussão de Políticas Públicas para infância e juventude em nosso país. Na sua narrativa sobre o histórico da escola no hospital argumentou:

Com a implantação do programa, eu verifiquei uma outra coisa: que além da manutenção do currículo escolar, nós poderíamos ir mais além. Como nós não tínhamos experiência na época que fizemos “Os direitos da criança e do adolescente hospitalizados”, nós não incluímos isso na idéia inicial e verificamos que na prática a gente pode conseguir reduzir a evasão escolar que não tenha relação a ver com a doença. Porque ao identificar aquela criança no hospital, que esteja fora da escola, ela pode ser estimulada a estudar. A gente pode ajudar também os meninos do trabalho infantil. A gente pode através da identificação daquela criança que trabalha, auxiliar essa família através do Serviço Social. Então ampliou o leque de atuação da escola no hospital, do professor no hospital, com uma ajuda social muito grande, né? Mas volto a insistir: sem perder a linha mestra que é a manutenção do currículo escolar. (Gardênia, 12/09/2003).

Em relação à contribuição do projeto para as crianças, a médica reconhece a escola como um local para as crianças terem o direito à educação assegurado, mas não desconsidera a complexidade do ambiente hospitalar no qual as crianças estão inseridas:

Ercília: Qual a contribuição que a senhora considera que a escola traz para os pacientes e familiares? Gardênia: Eu vou dividir esta resposta em três. A primeira, a contribuição é fazer com que as crianças sejam estimuladas para a educação, ou seja, o básico: é a manutenção do currículo escolar durante a hospitalização. Um exemplo claro disso é o Tim¹⁸, nosso paciente, que talvez você entrevistando o Tim, talvez você sinta o âmago do que eu estou dizendo. A essência do que eu estou dizendo. E um segundo ponto é que, toda pessoa doente, quer seja criança, quer seja adulto, precisa se sentir capaz de realizar alguma coisa. Além de se sentir amada, mas se sentir capaz. Apesar de doente, ela é capaz de estudar. Eu mantenho um pouco a

¹⁸ Este adolescente foi um dos precursores da escola, mas durante a pesquisa não o conheci, pois não esteve internado.

minha vida normal e isso me assegura a esperança de um futuro. A esperança da cura. A esperança da manutenção da vida normal. E o terceiro é o preenchimento do tempo que corresponde a humanização do processo hospitalar. Então nem sempre eu estou na cama, esperando a próxima furada da injeção. Vou ter meu tempo para ir para escola, para desenhar, para brincar. Então, prá ser feliz mesmo dentro do ambiente hospitalar que por mais que a gente possa transformá-lo, pintá-lo, humanizá-lo, ele sempre vai ser aquele ambiente em que pesa o motivo de eu estar aqui, de não estar bem. (Gardênia, 12/09/2003).

Em relação às críticas e sugestões ao programa, a médica esboçava um pensamento reflexivo sobre as ações educativas que não se esgotava no cotidiano, mas que constantemente precisam ser re-avaliadas e sugeria uma maior proximidade da Secretaria de Educação do trabalho das professoras:

Ercília: Quais as críticas e sugestões para o projeto? Gardênia: Eu acho que crítica e sugestão é a mesma coisa. Como todo projeto, não é? Ele precisa ser aprimorado, precisa ser re-avaliado constantemente, não é? E o processo de Classe Hospitalar precisa ser discutido constantemente e aprimorado. Essa é a crítica que eu faço, mas é também uma sugestão. Em segundo lugar, que também se possa manter uma co-relação entre Classe Hospitalar com as Secretarias de Educação, não é? Para assegurar que essas crianças ao saírem do hospital, que seja mantido esse currículo escolar, seja aceita nas suas escolas de origem não é? Que a credibilidade do programa está baseada exatamente nesta parceria entre Classe Hospitalar, Secretaria e a valorização das escolas, qualquer que seja ela, pública ou privada. (Gardênia, 12/09/2003).

Ela fez uma reflexão política a respeito das ações das professoras e as implicações políticas de transformações possíveis para a ampliação dos direitos de muitas crianças. Também discutiu o fato de que a educação não se restringe somente a conteúdos escolares, mas a uma ampla visão da concepção de pessoa cidadania.

Em relação as críticas e as sugestões ao projeto no hospital, a coordenadora fez uma auto avaliação e percebeu que deveria acompanhar de forma mais próxima o projeto e justificou suas ausência em função do acúmulo de trabalho na prefeitura. Quanto às sugestões, fez algumas propostas em relação ao projeto, algumas delas apresentei por escrito nos relatórios que já entregues e que, até o momento desta entrevista, ainda não haviam sido consideradas:

Ercília: Quais as críticas e sugestões do projeto? Dália: Crítica ? Bom... olha, uma crítica que eu acho começa por mim, né ? Diante das ações e da nova mudança de estrutura da... do Regimento da SMEC, e com a implantação de um novo sistema, nesse primeiro bimestre de 2003, houve uma dificuldade da gente acompanhar próximo, estar junto da escola observando, como a gente fazia anteriormente. A própria Regional que nós começamos com 17 escolas e hoje estamos com 26 escolas, com o próprio projeto. E essa dinâmica de escola prá gente acompanhar e as ações que demandam a SMEC. Então. Isso é um ponto, né ? E outra dificuldade nossa é de estar

mais próxima das meninas prá estar melhorando a intervenção. Isso é uma crítica. Sugestões. Então a crítica eu comecei por mim, pela minha, pela estrutura nossa, são as dificuldades de estar acompanhando mais o Projeto nesses dois primeiro bimestre do ano 2003. A sugestão é em cima do que a gente já vem pesquisando, tratando nos relatórios e até também na contribuição tua. Nós estamos agora, nesses dois anos que estamos completando, vamos fazer uma Carta de Intenções solicitando à Professora Dirlene Mendonça, essa grande educadora, no sentido da gente ampliar, ter mais um profissional na instituição para que possa estar atendendo as crianças que ficam no leito. Nos dias que... Porque tem dias que as crianças que estão internadas amanhecem dispostas, vai prá sala de aula. Mas o atendimento na enfermaria quando ela vem de um atendimento... de uma intervenção que só a parte médica pode estar registrando, as vezes, elas ficam um pouco debilitadas e a gente sente que ela cobra a presença do professor, né? E a importância deste professor estar atuando porque a gente sabe que, a criança ao ser internada, se ela não tiver esse vínculo, um vínculo social que lembre/ que lembre não, que supra o afastamento dela do convívio com a família, da sua escola de origem, é importante que a gente esteja próxima prá evitar até outros bloqueios que alguns autores nos trazem. Que o estresse ocorre muitas vezes quando a criança está sendo internada, nessa vai e vem, retorna, e que nós não podemos chamar como alunos e sim crianças atendidas, porque ela vai e vem, freqüenta nossas escolas, retorna ao lar e às vezes retorna por outras patologias ou pela mesma patologia... Então a gente precisa realmente, a escola precisa ter uma outra pessoa prá estar fortalecendo o trabalho. Um outro também, é que esse profissional possa estar auxiliando em alguns momentos, a Girassol e a Violeta e a própria Regional, nos registros de dados prá nossa pesquisa, porque as vezes alguns dados a gente nesse processo perdeu sim, né? Outros dados que a gente queria estar até mais próximo até da escola, porque o ritmo dessas crianças. A criança se interna hoje com a previsão de alta prá daqui há algumas semanas, mas o ser humano reage de forma diferenciada e as vezes ele não sai em uma semana, sai com 2 dias, 3 dias, legal. Mas aí tem dados que a gente faz nesse processo, nesse registro que de repente, a gente perde então.. isso é uma ação que vamos colocar prá Profa. Dirlene, uma terceira pessoa, prá atender os leitos e nos ajudar nesse trabalho. Também com o afastamento da Profa. Girassol. Ela passou no vestibular da Rede UNEB, que a SMEC ofereceu a formação à ela e a outros profissionais da Rede, uma atitude muito louvável, e ela ao se afastar prá freqüentar a Rede UNEB, a SMEC, coloca uma professora para ela e ela continua recebendo essas 40 horas, estudando em sala de aula, na faculdade, e 20 horas para completar os seus estudos da própria faculdade. Isso é importante. Que a gente tenha uma pessoa 40 horas e não de 20 horas como a prática. Nós colocamos uma pessoa e sentimos que nesse momento seria importante uma pessoa de 40 horas para que venha atender ela, essas crianças e venha nos ajudar nesses registros e também essas crianças, que estão **impedidas** de irem para sala de aula no hospital. E outros instrumentos como um computador, e várias ações que a gente tá querendo colocar prá Classe Hospitalar, né? No sentido de que a gente possa oferecer um serviço cada vez mais de qualidade e eu tenho a certeza que a SMEC vai dar sinal verde para ele. Eu venho estudando prá que a gente melhore mais o nosso momento de estudo. Que corrija as dificuldades que a gente teve até agora. Amplie a nossa qualidade de atendimento. (Dália, 03/09/2003).

Dália parecia se refugiar no discurso religioso e da prefeitura para definir as ações da professoras, que em muitos momentos, parecia desconhecer, assim como o cotidiano das crianças e adolescentes hospitalizados, seus processos de adoecimento e implicações.

4.4 O PROCESSO DE ADOECIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O processo de adoecimento para a espécie humana implica na alteração de algumas funções normais do organismo, principalmente quando se trata de doenças ou acidentes que põem em risco as vidas. As doenças são provenientes de vários fatores e há uma infinidade de situações físicas e psicológicas que levam ao adoecimento. Quando uma enfermidade acomete um indivíduo existem desequilíbrios que conseqüentemente produzem algumas marcas que mostram uma diferenciação no ciclo regular da vida. Alterações no corpo e nas expressões faciais são sinalizadores que fornecem pistas para indicar que algo não vai bem. A febre, a dor e a mudança de comportamento, a tristeza e a apatia são elementos muito particulares que demonstram que há um desarranjo funcional do organismo.

As crianças e os adolescentes quando são acometidos por uma doença na infância ou juventude alteram, de certa forma, seus padrões de interação com o mundo. Ser criança ou adolescente doente, principalmente com uma doença crônica, significa ter corpos invadidos por determinadas patologias que, muitas vezes interferem no próprio desenvolvimento físico pois podem gerar algumas deformidades. No caso das crianças que sofrem de problemas renais, por exemplo, quando estão em crise, são visíveis as deformações no corpo que levam as crianças a ficarem inchadas, com palidez na pele, os olhos amarelados, dentre vários outros aspectos. Também, em alguns casos, essas modificações corporais levam as crianças hospitalizadas a alterarem as suas relações sociais e a emoção.

Fontes (2003, p. 107), ao estudar escolas para crianças hospitalizadas, considerou que:

Adoecer faz parte da vida. Todavia, algumas doenças levam à hospitalização afetando a vida das pessoas durante um determinado período da vida. O caso torna-se mais grave quando o paciente em questão é uma criança e quando a causa da internação, além de ser alguma debilidade física, traz a marca da discriminação sócio –econômica de nossa sociedade e, por esta razão, acaba se tornando crônica, prejudicando uma das etapas mais importantes da vida: a infância.

Porém, apesar das privações que a criança enfrenta na hospitalização, este período não se traduz em uma interrupção da vida. As pessoas, mesmo hospitalizadas, apesar de sofrerem algumas limitações, não estão impossibilitadas de continuarem pensando, se desenvolvendo, sonhando e seus desejos continuem existindo. Estar doente implica em cuidados e auxílio. As fragilidades das crianças e adolescentes enfermos fazem com que o grau de dependência dessas crianças em relação aos adultos seja redobrado. Por sua vez, as crianças e os adolescentes também ficam mais suscetíveis ao auxílio e a esses cuidados. Porém, apesar das limitações encontradas, as crianças e adolescentes hospitalizados também têm muitas possibilidades no período de internação. Muitas vezes, embora o corpo não responda às necessidades desejadas de um padrão de normalidade, é possível se adequar, elaborando outras estratégias e adaptações para a sobrevivência.

Para as crianças e adolescentes hospitalizados, tanto a dor como o sofrimento fazem parte de seu cotidiano, assim como o medo da morte circunda seus imaginários. Não existe uma forma que defina criança e adolescentes enfermos, pois uma mesma doença pode possuir características comuns em seus aspectos exteriores, mas, interiormente ela é vivida de forma muito singular por cada indivíduo. Todavia, a brincadeira e o lazer são vividos de forma intensa por quem vive o presente muitas vezes sem saber se existirá o amanhã. Muitas crianças demonstram que possuem intensa flexibilidade para enfrentar as pressões impostas pelas doenças mostrando que a resiliência faz parte de suas vidas.

De acordo com Yunes e Szymanski o termo resiliência é originário da Física e significa:“ [...] a propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora duma deformação elástica.” (Yunes e Szymanski, 2001, p. 14).

Placco (2001, p. 1,2) define o termo resiliência nas Ciências Humanas como:

[...] a capacidade do indivíduo responder de forma mais consistente aos desafios e dificuldades, de reagir com flexibilidade e capacidade de recuperação diante desses desafios e circunstâncias desfavoráveis, tendo uma atitude otimista, positiva, perseverante e mantendo um equilíbrio dinâmico durante e após os embates, uma característica (poderíamos dizer características?) de personalidade que, ativada e desenvolvida, possibilita ao sujeito superar-se e às pressões de seu mundo, desenvolver um autoconceito realista, autoconfiança e um senso de autoproteção que não desconsidera a abertura ao novo, à mudança, ao outro e à realidade subjacente.

Portanto, existem diferentes reações ao processo de adoecimento e, pela capacidade de recuperação rápida, assim como as características da infância, levam muitas crianças a superarem as dificuldades, mesmo diante de circunstâncias desfavoráveis de desequilibradoras.

A concepção de doença, saúde e equilíbrio envolve muitas discussões sobre o que é ser saudável. Os seres humanos, mesmo livres de doenças, podem encontrar dificuldades para sobreviver.

Medina (1997), discute que atualmente o conceito de saúde vai além de uma visão ingênua que considera um ser saudável como aquele que não apresenta doenças. A concepção de saúde tem sido entendida como busca e ato de adaptação dinâmica das pessoas aos meios físico, psíquico e social. Para ele, é irreal a idéia de que exista um completo bem estar físico, psíquico e social. Nesse sentido, ele considera que é preciso reconhecer a existência de adversidades nesse âmbito, bem como se faz necessário compreender que conquistar a saúde consiste em buscar e atingir seu domínio em processo ativo e cumulativo. (MEDINA,1997, p. 151).

Embora Medina pontue como as adversidades estão presentes tanto nos momentos de saúde como de fragilidades orgânicas, não se pode desconsiderar que uma doença grave é um momento delicado na vida, quer seja de uma criança, um adolescente e seus familiares, pois eles se sentem ameaçados e invadidos. Mas o adoecer, embora seja um período de desequilíbrios, também significa um momento de revisão das suas atitudes perante a vida. Na realidade hospitalar, crianças e adolescentes se deparam com outros colegas em situações bem piores que as suas que os levam a refletir sobre a existência humana.

Nos hospitais públicos “mazelas sociais” estão presentes, como abandono de crianças, espancamento, descuido, acidentes domésticos e doenças da infância. Algumas crianças chegam aos hospitais maltratadas em vários sentidos: quer seja pela sociedade, quer seja pela família, pela escola, pelo ambiente em que convivem. Chegam em uma situação de exclusão antes mesmo da internação hospitalar. Mas, há de se considerar que os acidentes e o abandono físico não são realidades que se limitam somente às classes populares e nos hospitais públicos, pois ela está presente nas diversas classes sociais. As condições econômicas influenciam algumas vezes a constituição de doenças, não se pode negar entretanto, que, fatores diversos podem levar uma criança ao adoecimento, nas mais diferentes classes sociais.

Analisando a questão dos acidentes infantis, Amaral (2002) aponta razões que muitas vezes não aparecem explicitamente, mas que estão implícitas nos acidentes das crianças:

Se estivermos fincados na crença de que a criança é um ser que não sofre e não se angustia, então, ao nos depararmos com uma criança vítima de acidente, tentaremos buscar rever apenas a “ordem perdida”, dar apenas orientação para que seja restabelecida a imagem que nós mesmos criamos do

infante. Não seremos capazes de suportar a verdade de que talvez, por trás do acidente, encontramos alguém rejeitado, negligenciado, violentado e talvez até buscando formas de se autodestruir. (AMARAL, 2002, p. 37).

Dessa maneira, é possível evidenciar que o processo de adoecimento de crianças e adolescentes pode revelar mecanismos que esses indivíduos estão sinalizando sobre suas formas de adaptação no mundo. Nesse sentido, é preciso olhar de uma forma mais atenta a maneira como eles estão se desenvolvendo e solicitando o auxílio dos adultos para sobreviverem. Alguns acidentes podem ocorrer de forma proposital e servem para denunciar a forma com que as crianças estão encontrando para buscar mais acolhimento, solicitando mais cuidados dos adultos.

Ao serem internadas nos hospitais, as crianças e adolescentes começam a mostrar diferentes comportamentos e modos de vivenciar a doença no espaço hospitalar e nas complexas redes interativas que o compõe.

4.5 A CONVIVÊNCIA DAS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E FAMILIARES NO CONTEXTO HOSPITALAR ESCOLAR

Antes de entrar no hospital, a criança e o adolescente já tem uma história, uma trajetória de vida, às vezes, mesmo com poucos anos de existência, é marcada por muito sofrimento. Ao ser internado, longe de seu ambiente natural, instala-se uma situação de tensão para crianças, adolescentes e seus responsáveis. Esses comportamentos tendem a se acentuar, principalmente se essas crianças estão separadas de seus familiares, estão com acompanhantes (os quais não têm muita familiaridade), ou não encontram acolhimento na instituição hospitalar. Porém, mesmo quando esses requisitos são atendidos, existem algumas aspectos da própria estrutura e do cotidiano hospitalar, em princípio desconhecidos pelas crianças e adolescentes que geram também diferentes reações e estranhamentos.

Na pesquisa de campo desta tese foi possível perceber essa situação de tensão vivenciada por uma adolescente nos primeiros dias de sua internação, que será narrada a seguir a partir do registro extraído do diário de campo:

Naquele dia, 05/06/2003, antes de começar a aula, eu havia conversado com as professoras sobre a possibilidade de fazermos um trabalho conjunto, um grupo focal, onde entrevistariamos os pais, as crianças e os adolescentes sobre quais eram as reações das crianças e das professoras das escolas de origem quando estas crianças retornavam para suas escolas, após receberem alta. Essas reflexões surgiram de questionamentos que estávamos realizando a respeito do fato de muitos alunos hospitalizados, embora participassem

ativamente das aulas no hospital, quando voltavam para as suas escola, por estarem “defasados” dos conteúdos e do currículo trabalhado, muitas vezes eram depreciados por alguns professores. Fizemos conjuntamente um roteiro de questões, reunimos as crianças, seus pais e acompanhantes e os entrevistamos. O roteiro de perguntas foi modificado com o curso do debate, mas as idéias centrais foram mantidas. As professoras conduziram o trabalho e eu filmei. Nas conversas realizadas, os pais foram descrevendo as situações de seus filhos, não somente em termos escolares, mas existenciais. Neste dia, a mãe de Deb, descreveu de forma metafórica e bastante expressiva a condição de sua filha na internação. Mãe: No primeiro dia que ela chegou, ela estava se sentindo um peixinho fora d água. Aí depois ela chegou lá no quarto. Ai eu disse: Olha, já que tem aula aqui no hospital, tem escolinha, você participa.. Porque assim, né? Não fica pensando na doença, né? Desanimada como ela tava mesmo. Foi tanto que mudaram a cirurgia prá 2ª feira. Aí eu disse à ela: Vai conversá com os coleguinhas, vai brincá.. aí ela começou a se animá e foi. Aí eu gostei porque ela tá se sentindo bem melhor depois que ela está freqüentando as aulas. (Aula do dia 05/06/2003)¹⁹

Nesta situação, foi possível verificar que a presença da mãe, parceira, foi de extrema relevância para a adolescente. Ela propiciou a Deb não somente a segurança na hospitalização, mas atuou como uma mediadora para sua filha encontrar coragem em outras atividades e estímulos enfrentando assim a situação de uma maneira mais confortável. Ao reconhecer a variação do estado emocional de sua filha, a mãe contou como este fato levou a cirurgia a ser desmarcada. Sendo assim, a mãe buscou estimular sua filha a reagir a internação através da escola. Embora a mãe ainda concebesse a escola de uma forma um pouco pejorativa, como “escolinha, lugar de brincar e conversar com os amigos”, ela reconhecia que aquele espaço era salutar para sua filha.

Essa reação à hospitalização demonstrou que, mesmo nos adolescentes enfermos, que tendem a ter uma melhor compreensão da importância da hospitalização, também existem comportamentos de ansiedade, medo, tensões e fantasias.

As professoras da pesquisa, quando foram interrogadas na entrevista sobre as dificuldades de implantar a escola no hospital, também relataram que no início sentiram-se inseguras, pois se percebiam desterritorializadas no ambiente hospitalar estranho e um pouco diferente do escolar. Com o tempo, foram se adaptando e se ajustando a nova realidade:

[...] No início não foi fácil pela questão de nós não conhecermos sobre do que se tratava de uma classe hospitalar realmente. Éramos leigas em classe hospitalar, então foi uma dificuldade de estar buscando, procurando, pesquisando, como orientar nossas atividades dentro do hospital. Foi uma

¹⁹ Participaram da aula: Bar (10 anos, SSA, 6ª, Cirurgia para tirar cisto do joelho), Luc (12 anos, SSA, 4ª, Bactéria no rim), Ran (13 anos, SSA, 7ª, Celulite Face), Ig (6 anos, SSA, não estudava, Síndrome Infecciosa) Ail (14 anos, SSA, 5ª, Anemia Falciforme), Ias (9anos, SSA, 3ª, Acidente de Bicicleta), Ale (10 anos, SSA, 6ª série, Síndrome Nefrótica,), Deb (14 anos, SSA, 7ª série, Procedimento Cirúrgico), Car (11anos. SSA, 4ª, Cirurgia de Intestino), And (8 anos, 2ª série, Santo Amaro, Anemia falciforme).

dificuldade a adaptação à rotina dos hospital, adaptação aos funcionários, a visão de um professor dentro do hospital, para que que serve um professor dentro do hospital ? Quais são as ações de um professor dentro do hospital ? Mas com o tempo, com o dia a dia, com a parceria, porque nós somos parceiros, nós já conseguimos hoje fazer com que a escola, a classe hospitalar, a sala de aula, faça parte da rotina do hospital. (Violeta, 05/08/2003)

Bom... (pensou um pouco). Eu estava apenas com 3, 4 meses na prefeitura quando recebi um convite para ir a um órgão denominado “Coordenadoria Regional Cidade Baixa” onde recebi um convite da coordenadora, que me entregou o Projeto “Vida e Saúde” prá eu fazer uma pré- leitura e desse uma resposta positiva. Eu li o projeto e fiquei assim... um tanto receosa em aceitar o convite porque tratava-se de um desafio, eu nunca tinha entrado em um hospital prá realizar nenhum trabalho, a não ser prá receber atendimento médico. E fiquei assustada porque eu não saberia lidar com as crianças adoecidas dentro do hospital. Daí... quando voltei para dar a resposta, ela me inquiriu novamente que eu poderia demorar um pouquinho mais para dar a resposta, não precisaria ser tão rápido. Ela me convidou também para que eu viesse fazer uma triagem no hospital e verificar o ambiente. Vim fazer a triagem e fiquei assim... um pouco tentada a aceitar a proposta. No dia marcado para dar a resposta definitiva, no caminho eu fui elaborando muitas respostas e questionamentos. Quando cheguei para dar o sim ou o não, ela me fez uma pergunta que me tentou muito e que me influenciou talvez na resposta que foi positiva. Ela me perguntou que extensão tinha o trabalho do professor. Naquela hora eu fiquei me perguntando que a extensão do trabalho...ela é muito... vai mais além do que ensinar conteúdos, mas também de transmitir segurança, de amar as pessoas, de ser um tanto mais carinhoso e ter uma outra atenção, um outro olhar para as crianças, então por isso mesmo eu aceitei a proposta.” (Girassol, 04/06/2003)

O trabalho cotidiano e o compromisso com a criança hospitalizada, com os alunos e seus pais, fizeram com que as professoras fossem se sentindo integradas e mais seguras no contexto.

Outro aspecto, também evidenciado em relação a complexidade da convivência no contexto hospitalar, diz respeito a crianças que permaneciam muito tempo internadas e que acabavam se distanciando de suas realidades de origem, até mesmo de seus familiares e construindo vínculos com os profissionais da instituição hospitalar.

No primeiro dia da pesquisa de campo, 04/08/2002, na sala de Girassol, tive contato com Tai, uma menina/adolescente. Seu corpo já era de mulher, mas sua personalidade refletia que ainda vivia intensamente a infância. Estava no hospital há 2 meses com problemas renais e parecia ficar à vontade na escola. Era brincalhona e bastante participativa nas aulas. Embora estivesse defasada em relação à idade/série; tinha 10 anos e estava na 2ª série, não se intimidava perante os colegas.

Naquele dia, a professora estava abordando na aula o tema da semana: água. Nele estavam contidos os sub- temas como hidratação, desidratação, ciclo da água, contaminação e saneamento. Ela começou a fazer perguntas sobre o que as crianças sabiam e o que as crianças queriam saber sobre a água. As crianças inicialmente mostram-se um pouco tímidas para falar, mas depois foram se manifestando:

Pol disse: Professora, tenho vergonha. E Girassol respondeu: A gente vai falando, ganhando experiência e perdendo a vergonha. Algumas crianças começaram a se pronunciar. Rai perguntou: O que aconteceria se a natureza ficasse um dia sem a água? E Ser também perguntou: De onde vem os poderes de alguns animais que vivem nas águas? Girassol, posteriormente ao trabalhar a música “Planeta Água” de Guilherme Arantes com os alunos, perguntou o que eles entenderam da música. Tai, olhou para mim, que estava sentada ao seu lado e disse: Depois que eu fiquei doente eu não lembro mais de nada. Esqueci até do nome do meu irmão.²⁰

A frase dita por Tai me chamou bastante a atenção. O episódio mostrou que a permanência durante longos períodos no hospital pode ter “apagado” algumas de suas referências, mas Tai estava refletindo sobre esta questão. A professora, em sua prática pedagógica, estava fornecendo várias instruções, trabalhando com os alunos conteúdos pedagógicos voltados para a percepção da criança, atenção, memória e capacidade de solucionar problemas diante do tema. O que inicialmente, na fala da professora, parecia um conteúdo não relacionado de forma direta à vida da criança no momento da hospitalização, apresentou um significado diferente dos conteúdos da escola para àquela criança.

A professora, com as estratégias utilizadas para que as crianças pudessem organizar seus pensamentos, solicitando que a memória fosse estimulada, possibilitou que Tai refletisse sobre sua memória, o seu pensar e sua condição de hospitalização. Estar doente para Tai estava sendo uma situação vivida com tal intensidade de tensão que fez com que ela “*apagasse*” informações “*escolares*” e afetivas a tal ponto que chegou a esquecer o nome do irmão e, quando colocada em uma situação que lhe fez refletir, não pensou somente nos conteúdos escolares, mas refletiu sobre si. Portanto, a aula não funcionou somente como um momento de organização dos conteúdos cognitivos, mas também dos conteúdos vivenciais, afetivos. Aquele momento, embora tenha sido extremamente rápido, foi um momento de re-

²⁰ Os alunos que participaram da aula foram: Tai²⁰ (10 anos, 2ª série, síndrome nefrótica, Piatã), Rai (13 anos, 6ª série, pneumonia estafilococo, Juazeiro), Cam (9 anos, parou de estudar na 1ª série, cardiopatia e quadro psicótico, São Caetano), Ser (13 anos, 5ª série, síndrome nefrótica, Candeias), Pol (9 anos, 3ª série, dor abdominal, Catité,) Adr (15 anos, 7ª série, queimadura, Lauro de Freitas), Cat (4 anos, não estuda, diabetes, Fazenda Coutos), Lev (10 anos, parou de estudar na 5ª série, anemia falciforme e derrame cerebral, Madre de Deus), Rom (9 anos, parou de estudar na 2ª série, síndrome nefrótica, Conde), Gab (10 anos, 4ª série, Cirurgia de intestino, Salvador).

organização para Tai da sua própria história de vida. Nesse sentido, a prática pedagógica permitiu à Tai olhar para si, re-elaborando seus sentimentos sua razão, buscando equilibrar funções, que por determinados momentos, na doença, a desequilibraram. Estar na escola no hospital, de certa forma implicava em estar sendo cuidada, lembrada enquanto sujeito e abraçada, mas também a levou a se perceber distanciada dos entes queridos. A complexidade da instituição hospitalar se manifestava em um caráter dúbio. Se por um lado, Tai sabia que estava sendo cuidada físico e emocionalmente no hospital, ela também denunciava as dificuldades existenciais e circunstanciais que estava enfrentando com esta situação de afastamento dos familiares.

Martins (1998) argumenta que os encontros intersubjetivos apresentam características terapêuticas. Para ele, alguns encontros no processo de construção de conhecimentos possibilitam às pessoas não somente remeterem-se às questões técnicas ou cognitivas, mas a elementos outros: “ Tais elementos circunscrevem-se na ordem do psíquico, do desejo, da vontade, que implicam afetos nem sempre “divizíveis” em nosso cotidiano, mas que emergem a construção do conhecimento”. (MARTINS, 1998, p. 29).

Tai estava refletindo a sua condição através da sua dissociação. Morin comenta que no pensamento complexo existe a desintegração organizadora: “ Não se pode escapar da idéia inacreditável: é desintegrando-se que o cosmos se organiza”. (MORIN, 2002, p. 65)

Taí, ao afirmar que havia se esquecido de tudo e que a doença a havia desintegrado, também estava afirmando que ela queria se re-integrar, se reorganizar e voltar a lembrar de tudo, até do nome do seu irmão.

No que diz respeito à complexidade da instituição hospitalar, outro aspecto também evidenciado refere-se à convivência coletiva das crianças e adolescentes no cotidiano hospitalar. Não é uma tarefa fácil de ser realizada co-habitar ambientes em comunidade, onde não se escolhe as pessoas para compartilhar os espaços, onde a noção de casa/família está “desintegrada” e são necessárias outras concepções.

Esta situação foi narrada pelas crianças no dia 29/11/2002²¹, na aula da professora Girassol. A professora iniciou perguntando se as crianças haviam dormido bem à noite e elas narraram as dificuldades de compartilhar o espaço de dormir. A professora aproveitou a oportunidade para reforçar os laços de solidariedade entre as crianças:

Girassol: Esta noite foi legal, não foi? Ric: Não. Girassol: Você não se divertiu? Ric: Não. Girassol: Por quê? Ric: Porque os outros não me deixô

²¹ Participaram da aula do dia 29/11/02. Profa . Girassol. Ric (11 anos, SSA, 2ª série, Síndrome Nefrótica), Jos (14 anos, Santa Sé, 7ª série, Síndrome Nefrótica), Pat (9 anos, SSA, 3ª série, Anemia Falciforme), Lai (9 anos, Jequié, 2ª série, Lupus).

dormi. Girassol: Mas teve alguém, que fora isso, de estar brincando durante a noite, que não conseguiu dormir? Teve alguém que não dormiu muito legal? Girassol: Tá ouvindo, Lu? Jos, ali? Ela tá me dizendo que essa noite não passou bem. Por que Jos não passou bem? As crianças falavam junto e Girassol pediu: Deixa ela falar. Por que Jos? Tava com a barriga doendo? E agora, você está melhor? Graças a Deus. Então se a gente está se preocupando com a noite, com o dia do companheiro.. porque nós todos aqui somos companheiros, não é isso? De saber, você passou bem, está bem? Como está agora? Não passou bem não? Por que? Dor? Aonde? No quadril? Pat também disse que teve dor nas pernas. Girassol: Mas agora está melhor, não está? Pat balançou a cabeça afirmativamente.

As crianças relataram que: ou brincavam durante a noite, ou se sentiram mal. Em ambas as situações, a professora apontou a necessidade de regras coletivas de convivência a serem construídas em respeito aos parceiros de quarto, pois a convivência diária levava a muitos desencontros, desacertos e também brincadeiras. Entretanto, as noites mal dormidas tinham as implicações no outro dia para a saúde e humor das crianças.

Outra situação²² demonstrou novamente a necessidade de elaboração de regras de convivência. Na sala de aula existia uma televisão para todas as crianças e os pais assistirem nos momentos de lazer, mas implicou em conflitos quanto à sua utilização nos períodos em que as crianças não estavam assistindo aula. A professora novamente serviu como mediadora das divergências. Naquela aula, ela estava discutindo os direitos das crianças a escola e surgiram outros questionamentos frente à realidade do cotidiano hospitalar:

Girassol: E prá que que serve a escola aqui dentro do hospital? Cla: Aprende e prá.. Girassol: Mas você vai ficar o tempo todo na escola do hospital? Quando vocês estão dentro do hospital, vocês deixam de fazer o que? Cla: Estudá. Girassol: De ir prá escola de vocês... Que mais: Brincá com os vizinhos.. Criança: Sentá pra assistir TV. Girassol: Sentá pra assisti TV? Aqui a gente assiste também? (e riu) Kar: Mas não é igual em casa. Em casa a gente assiste: deitada, em pé, comendo... Até na privada (e todos riram). Aqui a gente não pode fazê isso. Tem que ficar sentado, quietinho ali e assisti o que os outro qué. Girassol: O que os outros? Mas a gente não pode combinar assim, por exemplo, no grupo que tivé assistindo televisão, sem brigá, dizendo assim: poxa eu estou preferindo assistir.. eu prefiro assistir tal programa. Vocês estão gostando desse aí que está passando aí na televisão? (e apontou a tv). Não é? Kar: É complicado. Girassol: De combinar mesmo com as outras pessoas que estão assistindo? Criança: Mesmo se não querê.. Se tive junto, aí a pessoa.. tá gostando desse programa? Não. A outra também tem direito de.. Girassol: Aí vai e muda.. Tem que combiná. Kar: TEM que ter diálogo. Girassol concorda: Tem que ter diálogo, conversá. Se for desse jeito e (falou brincando imitando as crianças) Eu não quero esse programa não. Eu não quero esse.. Aí.. Kar: Aí quem ia acabar sabe quem era? Girassol: Quem era? Kar: A televisão.

²² Dia 16/05/2003. Crianças que participaram da aula Prof. Girassol. Cla (10 anos, São Gonçalo, 2ª série, Maus Tratos), Kar (14 anos, SSA, 7ª série, Síndrome de Guillain Barre), Ram (8 anos, Camaçari, 2ª série, Cardiopatia)

Porque ela ia se dividir em um bocado de pedacinho (e todos riram)” (Aula do dia 16/05/2003).

As próprias crianças chegaram à conclusão da necessidade do diálogo para não ocasionar o conflito, a “desordem” no hospital. Se por um lado, estas questões de convivência para compartilhar espaços em, alguns momentos, eram difíceis de serem realizadas, em algumas narrativas, também foi possível observar que a escola inserida na complexidade hospitalar proporcionava um espaço de crescimento coletivo, da discussão sobre adaptação no hospital e da convivência harmoniosa.

Na aula do dia 29/11/2002²³, a professora Girassol contou a história do “Bichinho do Não”, de uma criança que se recusava a fazer o que os pais pediam. No final da história, a conclusão dizia que a criança não seria feliz com aquela conduta e que precisava rever suas atitudes. Os pais das crianças assistiram a aula e desenharam com os filhos. No final da aula, a professora fez uma avaliação com os pais, os quais demonstraram prazer em terem compartilhado junto com seus filhos esse momento no hospital, um momento de cidadania, de valorização da união das pessoas, que os fez se sentirem uma grande família dentro daquele contexto:

Girassol perguntou às mães se gostaram da atividade. Uma mãe disse: Vou já levar essa idéia daqui. Girassol: Você é professora? A mãe respondeu que sim. Girassol: Ah. Que ótimo. Tem muitas histórias bacanas que depois eu posso te passar. Tem umas histórias que reforçam a convivência. Mãe: Isso é bom. Na escola a gente tem que invocá a comunidade família- escola porque não adianta fazer .. quer fazer um papel só, porque não dá. Girassol: Com certeza não dá em nada. Mãe: A gente tem que tá juntando, unindo, buscando porque quando a gente tiver uma escola. Óh.. Quando a gente tiver uma escola assim como no hospital, busca o que? O ser humano, né? O melhoramento da criança. Na escola também o crescimento da criança. Então não adianta cresce na escola internamente e o pai e a comunidade... tem que cresce todo mundo junto prá.. ficá forte e se sustentá. Girassol: Exato. E tem uma coisa legal aqui também. A família não é só auxílio onde a gente convive 2, 3 pessoas. Essa grande família vai sendo.. aumentando a forma com que.. Mãe: A palavra família em si. Para quem conhece e considera diz tudo, né? Depende dos membros de quem considera. Eu considero vizinhos, parte da minha família. Naquele momento que tá perto da gente é família. Ela mesmo é vizinha (e aponta para uma mãe a seu lado).

²³ Crianças da aula do dia 29/11/2002. Professora Girassol. Fab (17 anos, não estudava, SSA, Paralisia Cerebral), Ala (8 anos, 2ª série, Governador Mangabeira, Cirurgia de Adenóide e Amigdalite), Rob (8 anos, 1ª série, SSA, Cirurgia de Adenóide), Cle (11 anos, 3ª série, Senhor do Bonfim, Tumor na cabeça), Jos (11 anos, 1ª série, Candeias, Bactéria no coração), Pat (10 anos, 4ª série, Ituberá, Síndrome Infecçiosa), Lua (12 anos, 5ª série, Miguel Calmon, Endocardite Bacteriana), Lui Ric (11 anos, 2ª série, SSA, Síndrome Nefrótica), Ed (9 anos, 2ª série, SSA, Osteomelite), Dou (10 anos, 4ª série, SSA, Procedimento Cirúrgico de Hérnia), Jos (14 anos, 7ª série, Santa Sé, Síndrome Nefrótica), Lai (9 anos, 2ª série, Jequié, Lupus) Ade (17 anos, 7ª série, SSA, Problemas Digestivos), Gra (13 anos, 5ª série, SSA, febre e infecção)

Ajudando a mãe de Leo. Então eu considero ela minha família. Então pra mim família é tudo. Representa tudo. É amor, carinho, compreensão. É tudo. É meu modo de compreender. Girassol: Exatamente e nesse modo de compreender a gente precisa se organizar para que esses laços sejam mais fortes. Mãe: Pra melhorar. Girassol: E o caminho tem que ser feito na escola. Acho que na escola a gente consegue resolver uma série de coisas. Mãe: É segunda família. Uma boa parte. Com a ajuda de todos os pais, melhor ainda. Igual aquele negócio que você falou aqui. **O importante que a gente sente é que você tá aprendendo, nunca se envergonhá.** Como você falou que vocês não aceitavam os pais que achavam que atrapalhavam. Já veio essa mente do nosso objetivo que você implantou e nós estamos aqui. Eu mesma vou levar. Girassol: É pra nós fica assim. Que é importante que vocês viessem pra escola, pra participá. Mãe: Professora, a gente pode até tá lá no quarto dizendo assim: Ah, vou pra lá fazer o que? Mas ninguém sabe que daqui.. quem souber aproveitar vai levar novos conhecimentos. Acho que todo mundo aqui, de um jeito ou de outro, a gente se desperta um sentimento que está guardado pela fala da gente, pelo desenho. Eu acho importante. É só a gente sentar pra conversar com uma ou duas pessoas que alguma coisa sai de bom, não é isso? Eu estava com um sentimento tão assim.....angustiada. A gente solta, fala já... tá mais aliviada. É maravilhoso. Girassol: É pra mim hoje já foi um grande ganho com vocês porque ontem a gente ficou feliz, não foi? Todo mundo saiu satisfeito falando: Ai que legal, que bacana. Até eu saí. Só não falei pular no corredor. Mas era bem capaz de eu pular. E hoje é bem capaz que eu pule (e todos riram). Obrigada viu, gente. Olha, eu tenho crescido não é porque eu lido com esse estado. É o convívio e esse relacionamento que eu tenho tido com inúmeras mães que aqui tem chegado e dividido comigo os seus problemas e também os meus. E elas passado assim pra mim os seus conhecimentos e eu tenho aprendido com elas.

Nota-se na narrativa da mãe, que também era professora, o ser valorizada pela colega da escola no hospital, principalmente quando disse que havia lhe ajudado a “não se envergonhá”. No ambiente hospitalar, muitos profissionais ainda utilizam uma linguagem médica rebuscada com os pais das crianças hospitalizadas, fazendo com que se sintam depreciados e envergonhados para dialogar sobre o tratamento de seus filhos. Nesse sentido, muitos pais acabam se emudecendo e não entendendo as doenças de suas crianças. A professora auxiliou a mãe, mesmo professora, a perder a vergonha de falar, a se perceber dentro da complexidade da escola no hospital, como uma “parte” da sociedade que, quando unida, consegue se fortalecer em várias instâncias. No depoimento da mãe, não adiantava só as pequenas partes, “as crianças”, viverem internamente a escola. Para ela, era fundamental que os pais e a comunidade também se integrassem para formar o “todo”, uma escola e uma sociedade mais fortalecida.

A desintegração das famílias na internação também promovia novos laços afetivos e a construção de novas “famílias”, através da solidariedade nas enfermarias. As intermediações realizadas pela professora também auxiliou-as a se perceberem com direito a

participação. Cabe destacar o conceito de participação de Teixeira citado por (FREITAS, 2001, p. 118):

A participação é concebida aqui [...] não apenas como a partilha de decisões, mas também na sua dimensão de expressão, de anseios, aspirações, necessidades, pela qual se constroem identidades e fortalece o sentimento de pertencimento e auto-estima, podendo ter ou não impactos imediatos nas decisões do poder político... A participação não é um mero ato de vontade dos atores, depende da existência e funcionamento de instrumentos e de condições subjetivas e objetivas para que eles possam ser utilizados.

Foi possível verificar também que a professora relatou que se sentia uma pessoa diferente depois de ter começado a trabalhar no hospital e participar em conjunto com as crianças e seus pais nas atividades escolares. Tal mudança teria ocorrido através das experiências na enfermaria, das conjunções, da sua construção pessoal e profissional nesse sistema complexo de inter- relações.

Os familiares das crianças avaliavam a participação de seus filhos na escola como um momento de transformação que repercutia subjetiva e objetivamente nas vidas das crianças as quais multiplicavam as ações das aulas para as outras crianças que ficavam nas enfermarias:

É muito bom assim a escola no hospital... De manhã eles já acorda, já sonhando com a professora que vai chegá... Que vai ter o lápis, que vai ter a folha de papel... E é ótimo. A gente acorda cedinho pra dar banho neles, que eles ficam aguniados prá vir prá aula. E sai mostrando prá todos os coleguinhas os trabalho que a professora fez durante o dia. Os colega que não participou da aula, ele sai mostrando. De sala em sala.(Depoimento de uma mãe que participou do Grupo Focal no dia 05/06/2003)

As mães também se sentiam valorizadas na dinâmica escolar, pela oportunidade que as professoras proporcionavam para a participação das famílias, como pelos processos inclusivos e de acolhimento que realizavam com as crianças internadas, elementos estes expressos na narrativa desta mãe:

Eu gostei das aulas. Eu gostei mais ainda das pró. Porque ela, se a gente mãe estão triste, elas não alegre só as crianças, elas alegre também as mãe, entendeu? Elas também alegre as mães. E também é um hospital que véve de doação, entendeu? E que outros hospital, que são do governo e que devia fazer a mesma coisa que esse Hospital Irmã Dulce faz, entendeu? Por que aqui, não podia nem ter escola. Porque aqui é uma doação e nem tanto foi uma escola prá crianças não sai daqui com a mente vazia, entendeu? Esquece de dá conta das tarefas do colégio... E quando meu filho sair daqui, ele já vai saber, o que ele chegar da escola e vai fazer, cê entendeu? Então ensina mais as criança a se expressá, entendeu? Não sai daqui um menino rebelde, entendeu? Vai sabê se comportá. Porque a maioria dos professores. Não sabe lida... quando vê que o menino está um tempo fora da escola... quando chega, quando volta é... mais pior do que quando tava na escola, entendeu? Então isso ajuda muito as criança que dá um outro

comportamento quando chega da escola, entendeu? É que os outro hospital deveria ter feito, entendeu? Então eu falo. Eu digo pelo meu filho, entendeu? Porque ele ficou muito tempo sem estudar, como eu já conversei com a professora, e quando ele volta as aulas, ele fica com medo de estuda. Porque nos outro hospital que ele passou, 6 meses no HGE, não tinha escola. Pedia um pedaço de papel lá e era o maior sacrifício para ele desenhá. Então ele tomô medo. Ele tomô medo. Então a coisa que eu falo. Eu falo prá todos. Foi o melhor hospital que meu filho teve internado até hoje entendeu? Até o tratamento de todas elas aqui dentro, entendeu? Então eu digo que os outro hospital fizesse a mesma coisa. Os outro hospital tem mais condições do que aqui. Nem entanto, esse aqui se mostrou melhor. Só isso! (Depoimento de uma mãe que participou do Grupo Focal no dia 05/06/2003)

Nóvoa (2002, p. 20) considera que a renovação da educação como espaço público só é possível quando se integram diferentes maneiras de pensar que conquistam uma sociedade em “redes e fluxos”. Nesse sentido, é preciso que as famílias e as comunidades sintam que a escola lhes pertence em uma cultura partilhada. O modelo escolar de espaços físicos fechados, estruturas curriculares rígidas e formas arcaicas de organização do trabalho, para ele, estão condenados:

A escola terá que se definir como um espaço público, democrático e participativo, que funciona em ligação com redes de comunicação e cultura, de arte e ciência. Numa curiosa ironia do destino, o seu futuro passa pela capacidade de “recuperar” práticas antigas(familiares, sociais, comunitárias), enunciando-as no contexto de modalidades novas de cultura e educação.

A escola no hospital está inserida em um sistema de relações complexas das vidas das pessoas que as freqüentam. Este aspecto acaba gerando ações partilhadas que, por sua vez auxiliam a construir um espaço público de educação onde as redes de comunicação e cultura são formadas, lembrando práticas antigas de convivência entre as pessoas.

Nóvoa (2002) também considera que a concepção de escola como um espaço aberto e com presença das comunidades, obrigam os professores a redefinirem o sentido social de seus trabalhos sendo necessário refazer a identidade profissional que valorize o papel desses professores como promotores de redes de aprendizagem, mediadores culturais e organizadores de situações educativas. Dessa maneira, defende novos sentidos para o trabalho docente que valorizem um conjunto de competências profissionais:

O novo espaço público para a educação chama os professores a uma intervenção técnica, mas também a uma intervenção política, a uma participação nos debates sociais e culturais, a um trabalho continuado junto as comunidades locais. A formação de professores tem concedido pouca atenção esta “família de competências” – expressivas e comunicacionais tecnológicas e sociais – que definem grande parte do futuro da profissão. Num certo sentido, é a própria concepção de trabalho pedagógico, tal como se desenvolveu nas escolas durante o último século, que se encontra posta

em causa. Estamos perante uma transição fundamental nos processos identitários dos professores. (NÓVOA, 2002, p. 24)

Os novos espaços educativos têm mostrado que a concepção de trabalho pedagógico precisa se modificar, pois a identidade do professor também vem sendo modificada em função desses contextos educacionais emergentes.

Nos próximos capítulos serão abordados os processos de construção profissional da professora da Educação Infantil e do Ensino Fundamental e Médio na escola do hospital.

5 OS ETNOMÉTODOS DAS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS DAS PROFESSORAS NO HOSPITAL

5.1 OS ETNOMÉTODOS DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL

Para elaborar modos de educar, aprender e ensinar no hospital, é preciso observar as ações e as pessoas que estão neste lugar. Há uma infinidade de histórias e cada um traz consigo a memória de suas trajetórias.

As crianças pequenas quando são hospitalizadas, são marcadas pela ingenuidade e humildade. Não sabem ao certo, como irão ser tratadas e as situações que irão enfrentar no ambiente hospitalar. Nesse sentido, a Educação Infantil no hospital representa acolhimento, divertimento e também um espaço para os ensinamentos.

Quando comecei a observar as aulas da professora da Educação Infantil, fiquei mobilizada com as reações e emoções das crianças, que expressavam seus medos, suas fantasias e o afeto para com a professora. Algumas esboçavam o desejo para realizar as atividades, outras, se não conseguiam realizá-las, demonstravam as suas resistências, com muita propriedade.

No Brasil, a Educação Infantil, ainda encontra muitas indefinições que se refletem nos currículos e atuações dos profissionais que com essas crianças começam a lidar. Há pouco espaço para o brincar e o cuidar. A ênfase maior está em escolarizar. Entretanto, as crianças, querem aproveitar a escola para poderem interagir com as outras crianças, se relacionar e também se divertir.

As crianças estão buscando a autonomia, mas ainda não sabem como fazer algumas atividades básicas do dia a dia. O professor, além de educador, precisa ser também um cuidador. Precisa ensinar as crianças a limparem o nariz, a pegarem no giz, a amarrarem os cadarços dos sapatos, a fazerem desenhos, retratos, a recortarem, encaixarem brinquedos, classificarem, guardarem, bagunçarem e também se organizarem.

A emoção e a ludicidade nessa fase são aliadas significativas para a educação. Todavia, muitos professores esquecem que foram crianças um dia. Esquecem da magia de usufruir da infância com direito à brincadeira, às “choradeiras”, às mamadeiras, às aventuras, à fantasia, ao lazer, ao contato com objetos e brinquedos repletos de significados que cercam a infância e o prazer de ser criança.

5.2 CARACTERÍSTICAS DA EDUCAÇÃO INFANTIL

A Educação Infantil no Brasil ainda sofre muitos preconceitos e discriminações. Embora os processos de educar crianças de 0 a 6 anos de idade tenham um significado expressivo na formação humana, este trabalho ainda é pouco valorizado pela sociedade. Mas, é preciso considerar, também, que para ser professor da Educação Infantil, são necessários saberes específicos que envolvem habilidades como: lidar com crianças, conhecimentos sobre desenvolvimento infantil, sensibilidade, valorização do lúdico, capacidade para responder as múltiplas indagações investigativas e cuidados específicos com esses pequenos cidadãos que, embora procurem realizar suas tarefas com autonomia, ainda são dependentes dos adultos em muitas situações.

Minha trajetória profissional, além da área de educação hospitalar, durante muitos anos esteve voltada para o trabalho de professora e pesquisadora de diferentes instituições de Educação Infantil.²⁴ Nessas experiências, tive contato com muitos professores(as) e pesquisadores(as) desta temática e com a literatura, que produziam, que contribuíram para a emergência de um olhar atento às necessidades desta faixa etária. O que pude verificar é que existiam muitas contradições nos discursos dos professores e nas práticas existentes dos profissionais que atuavam neste campo profissional, como por exemplo, a valorização da brincadeira, do conhecimento dos aspectos e das questões emocionais que envolvem as crianças desta faixa etária. As práticas pedagógicas conhecidas, em sua maioria, centralizavam o processo de ensino - aprendizagem no professor e reproduziam práticas convencionais de educação.

Os *Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Infantil* (BRASIL, 1998), embora tenham sido enfaticamente criticados por pesquisadores como Faria e Palhares (1999) que alegaram que na sua elaboração não foram respeitadas as discussões e materiais oficiais que já haviam sido anteriormente construídos historicamente e coletivamente nos fóruns de Educação Infantil, não se pode deixar de considerar que estes documentos foram um importante recurso elaborado pelo MEC para os professores da Educação Infantil. Todavia há de se respeitar as devidas limitações quanto a propostas e referências “universalizantes” para todas as crianças que compõem a diversidade brasileira.

²⁴ Professora de Maternal da Escola João de Barro em Campinas (1986-1988). Bolsista de Iniciação Científica CNPq na UNICAMP (1989). Pedagoga da Creche do Instituto de Tecnologia de Alimentos ITAL de Campinas (1989). Pesquisadora da CAPES no mestrado na Creche Jardim de Abril em São Paulo (1990/1994). Professora da Pré –Escola na Cooperativa Educacional do Banco do Brasil em São Paulo (1994) e Diretora da Creche do Hospital Sarah- São Luis do Maranhão (1996/1997).

Segundo dados do *Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil* (BRASIL, 1998, vol 1), para sua produção, foi realizado um diagnóstico de diferentes propostas de educação nos diferentes Estados e Municípios brasileiros. Foram constatadas contradições quanto as organizações curriculares desenvolvidas pelos professores:

Essa análise aponta para o fato de que a maioria das propostas concebe a criança como um ser social, psicológico e histórico, tem no construtivismo sua maior referência teórica, aponta o universo cultural da criança como ponto de partida para o trabalho e defende uma educação democrática e transformadora da realidade, que objetiva a formação crítica dos cidadãos. Ao mesmo tempo, constata-se um grande desencontro entre os fundamentos teóricos adotados e as orientações metodológicas. Não são explicitadas as formas que possibilitam a articulação entre o universo cultural das crianças, o desenvolvimento infantil e as áreas do conhecimento. (BRASIL, 1998, p. 43)

Parece existir, portanto, um hiato entre o que se propõe e o que se realiza na Educação Infantil, pois nem sempre os professores são formados ou estão preparados para trabalhar com essa realidade. Em muitas propostas pedagógicas, ou existe uma infantilização das crianças, já que não são inseridos no currículo debates contemporâneos quanto as questões sociais dos direitos que as envolvem, ou as propostas pedagógicas enfatizam somente o processo de alfabetização, tratando os alunos como escritores e leitores em potencial quando ainda não estão preparados para essa realidade; ou mesmo, não se tem clareza de uma opção curricular a ser adotada.

Para alfabetizar na pré escola é preciso considerar que a criança nas sociedades letradas, desde que nasce, já vive em um mundo de símbolos, letras e códigos da escrita, que estão a todo momento a seu redor. Porém, alfabetizar significativamente essas crianças implica em um processo complexo que envolve um conhecimento aprofundado do professor para realizá-la. Não basta o professor afirmar que realiza a alfabetização baseada na perspectiva construtivista se não possibilita descobertas para as crianças, não respeita os caminhos que elas percorrem para entender o funcionamento desse código escrito e suas nuances, se não utiliza mecanismos motivadores para essa compreensão e não propõe atividades diversificadas para o entendimento da escrita. Dessa forma, o professor precisa ter clareza sobre os objetivos do seu trabalho, sobre a forma de conduzi-lo e até mesmo de algumas características que cercam a sua profissão que os diferencia de outros profissionais.

Oliveira Formosinho (2002), estudiosa da Educação Infantil em Portugal, têm contribuído nos últimos anos nos fóruns de discussão desta área no Brasil. Ela analisa alguns

aspectos específicos que denomina de profissionalidade das educadoras²⁵ da infância. Entre esses aspectos estão: conhecimentos, competências, ação integrada da educadora com as famílias das crianças, sentimentos que estão implicados nos diferentes contextos de exercício profissional, bem como em diferentes modelos de infância. Para ela:

Evidentemente o papel dos professores das crianças pequenas é, em muitos aspectos, similar ao papel de outros professores, mas é diferente em muitos outros. Esses aspectos diferenciadores configuram uma profissionalidade específica do trabalho das educadoras da infância. Os próprios atores envolvidos na educação da infância têm sentimentos mistos no que se refere à questão de seres iguais ou diferentes dos outros professores, nomeadamente do ensino primário. (OLIVEIRA FORMOSINHO, 2002, pg. 43)

A especificidade do professor no trabalho da Educação Infantil está voltada para as características das crianças pequenas como: a vulnerabilidade, que exige cuidados físicos, afetivos, sociais e psicológicos constantes deste professor; da globalidade das mesmas, que requer integração de conhecimentos; assim como a dependência da criança de suas famílias, que também exigem uma aproximação do professor com esse universo.

O papel do professor de Educação Infantil, portanto, sofre indefinições de fronteiras pois ele precisa não dicotomizar a educação e o cuidado, aspectos estes que estão extremamente inter-relacionadas, além de ser necessário compreender as necessidades da criança e avaliar seu trabalho cotidianamente.

Para Oliveira Formosinho (2002, p. 49) o profissional de Educação Infantil precisa ter uma rede de interações amplas e saber integrar funções uma vez que a base de sua atuação está centralizada na criança e na globalidade da sua educação: isso requer integração de saberes. Ele precisa também saber cuidar, o que requer integração de funções, principalmente na relação com os pais, mas também com outros profissionais, bem como com a comunidade, pois é preciso que saiba lidar bem com as interações e interfaces.

Nos *Referenciais Curriculares Nacionais para Educação Infantil* (BRASIL, 2002, p.41, Vol. 1) também existe uma definição quanto ao perfil do profissional de Educação Infantil:

O trabalho direto com crianças pequenas exige que o professor tenha uma competência polivalente. Ser polivalente significa que ao professor cabe trabalhar com conteúdos de naturezas diversas que abrangem desde cuidados básicos essenciais até conhecimentos específicos provenientes das diversas áreas do conhecimento. Esse caráter polivalente demanda, por sua vez, uma formação bastante ampla do profissional que deve, tornar-se, ele também, um aprendiz, refletindo constantemente sobre sua prática, debatendo com

²⁵ A autora justifica o nome educadoras por predominar nesta área profissionais do sexo feminino, por isso não utiliza o gênero masculino, embora reconheça que não se deve caracterizar a profissão somente como feminina.

seus pares, dialogando com as famílias e as comunidades e buscando informações necessárias para o trabalho que desenvolve. São instrumentos essenciais para reflexão sobre a prática direta com as crianças a observação, o registro, o planejamento e a avaliação.

Historicamente no Brasil, a Educação Infantil sofreu as influências dos contextos sociais e políticos que marcaram a sua existência e que também orientavam o modelo de infância que direcionaram as interações e interfaces do professor.

Kishimoto (1988) e Kuhlmann Jr (1998) têm-se dedicado especificamente a estudar a evolução histórica das creches e pré- escolas em nosso país. Oliveira (2002) e Arroyo (1995) e Macedo (1988) também estudaram a Educação Infantil, enfocando os aspectos históricos que a envolvem, todavia como características complementares de seus estudos. Esta evolução histórica será tratada de forma breve neste trabalho, apenas para situar como as concepções educacionais foram elaboradas ao longo dos tempos e como vem determinando diferentes concepções de infância e modelos educacionais.

Arroyo (1995) considera que, nos primórdios da Educação Infantil no Brasil, a criança era tratada apenas como objeto de cuidado e a infância era concebida somente como objeto de assistência. Posteriormente, nas décadas de 60 e 70, principalmente as crianças de classes populares foram concebidas como futuros trabalhadores e através da educação, deveriam ser preparadas visando este futuro. A concepção de educação estava voltada para compensar as carências sociais dessas crianças, como se a educação fosse o único meio de resolução dos problemas sociais. No final da década de 70, surgiu uma concepção de infância, ainda predominante nos dias atuais, que concebia a pré escola com uma função voltada estritamente para a alfabetização. Segundo Arroyo:

Outra concepção muito freqüente no projeto educativo para a infância: a criança enquanto sujeito de domínio de atividades letradas. A pré – escola, o que significa a palavra? Significa que entre os cinco/seis anos de idade a criança já tem que estar pré-escolada, já tem que dominar, se possível, habilidades de leitura, de escrita porque assim evitamos a reprovação na primeira série. Esta concepção de submeter o mais cedo possível criança aos cânones da escola dominou durante várias décadas e continua dominante. Não vai ser esta a nossa direção. Não queremos escolarizar precocemente. Não queremos que a criança não viva a infância em nome de uma escolarização precoce. Gostaríamos de eliminar a palavra pré escola de nosso dicionário. Ela não sintetiza a nossa visão de uma proposta político – pedagógica para a infância. A nova LDB não fala em pré escola e sim em Educação Infantil. Em num sentido muito certo, de que a idade de zero a seis anos tem uma identidade em si mesma, ela não está apenas definida pela futura inserção na escola. A pré-escolarização prematura, fazer tudo para que a criança tenha controle motor para segurar o lápis, para que entre logo a matemática, tudo isso não vai em nossa direção. (ARROYO, 1995, p. 20/21)

As críticas de Arroyo são pertinentes para se discutir o que se têm feito em nosso país com nossas crianças, pois predominantemente, elas têm sido ainda concebidas como um projeto de futuro do país e não crianças com valor em si mesmas.

Na década de 80 e 90, nós Fóruns de Educação Infantil, têm-se discutido uma concepção da infância voltada para tratar a criança como um sujeito de direitos não considerando-a como um futuro cidadão, mas respeitando-a como um cidadão real que já existe e precisa ter seus direitos materiais, pedagógicos, culturais, sociais, alimentares, humanos, lúdicos e afetivos atendidos. Todavia, há muito a ser feito, pois ainda predomina em muitas instituições de Educação Infantil a visão de criança como um futuro homem, um vir a ser.

5.3 A EDUCAÇÃO INFANTIL NO HOSPITAL E SUAS CRIANÇAS

Na literatura da área de educação nos hospitais não é comum encontrar referências à Educação Infantil. No próprio documento *Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar* (BRASIL, 2002) com o objetivo de estruturar ações políticas de organização deste sistema de atendimento, encontra-se a seguinte definição quanto aos alunos da Classe Hospitalar:

O alunado das classes hospitalares é aquele composto por educandos cuja condição clínica ou cujas exigências de cuidado em saúde interferem na permanência escolar ou nas condições de construção de conhecimento ou, ainda que impedem a frequência escolar, temporária ou permanente. (BRASIL, 2002, p. 15).

Embora na definição citada, não esteja muito claro se as crianças da Educação Infantil estão ou não inseridas nas classes hospitalares, neste mesmo documento, encontra-se outra definição quanto às sugestões para os espaços físicos das classes hospitalares e seu alunado, na qual se já se apresenta, de forma muito bem definida, para quem se destinam às classes hospitalares:

Os ambientes serão projetados com o propósito de favorecer o desenvolvimento e a construção do conhecimento para crianças, jovens e adultos, no **âmbito da educação básica, (grifo da autora)** respeitando suas capacidades e necessidades educacionais especiais individuais. (BRASIL, 2002, p. 15/16)

Nota-se, portanto, que a prioridade das denominadas Classes Hospitalares é para que crianças e os adolescentes hospitalizados da **educação básica**, não tenham “prejuízos” na

sua vida escolar e nos conteúdos trabalhados nas escolas de origem, devido as ausências nas aulas. Nesse sentido, pode-se verificar que Educação Infantil no documento não é tratada como um direito da criança e também um espaço de promoção de conhecimentos.

Nos *Referenciais Curriculares Nacionais de Educação Infantil* (BRASIL, 1998), existem algumas referências quanto ao atendimento às crianças com necessidades especiais em instituições de Educação Infantil, mas as crianças dos hospitais não são citadas. Os materiais produzidos pelo MEC, que visam complementar esses referenciais, *Estratégias e Orientações Pedagógicas para a Educação de Crianças com Necessidades Especiais* (BRASIL, 2002, p. 34), faz uma breve definição de classes hospitalares, mas não inclui as crianças hospitalizadas como parte do seu alunado.

É preciso considerar que, assim como nos documentos oficiais, não se tem uma definição quanto a essa modalidade de ensino no hospital. Também nas práticas educacionais existentes que estão sendo realizadas, não existe essa subdivisão entre os níveis de ensino, pois as aulas nos hospitais geralmente não são organizadas em função das idades das crianças, mas dos agrupamentos que as enfermarias comportam, que basicamente são determinados pelas equipes médicas. Esses agrupamentos geralmente ocorrem em função das patologias comuns e até mesmo pela própria concepção de infância que os hospitais possuem.²⁶

A concepção arquitetônica e estrutural de criação de espaços específicos para educação, interações e brincadeiras das crianças hospitalizadas é muito recente em nosso país. A noção de cuidado e interações nos hospitais esteve, durante várias décadas, centrada na relação familiar-criança e profissional de saúde, pois não existiam as equipes multidisciplinares. Igualmente não era disseminada a idéia de que as próprias crianças são parceiras no desenvolvimento dos seus pares e que, um ambiente elaborado especificamente para elas, pode propiciar múltiplas formas de ação entre as mesmas e até mesmo “suavizar” as necessidades de cuidados e atendimento dos adultos.

O estudo das interações de crianças pequenas no Brasil, até bem pouco tempo atrás, baseava-se em uma visão de criança como um ser “incompleto e incapaz”, onde cabia ao adulto socializá-la na cultura. A concepção de criança como um sujeito ativo e competente na produção de significados sociais e conhecimentos com seus pares através de interações sociais estabelecidas ainda é recente. Todavia, segundo Carvalho e Beraldo (1989), embora

²⁶ A sala de aula separada da enfermaria e especificamente voltada para atender a esta faixa - etária, como ocorria na OSID, é uma situação muito rara de ser encontrada. Normalmente as classes hospitalares funcionam nas enfermarias com crianças na faixa etária de 0 a 16 anos de idade.

as teorias psicológicas tenham privilegiado por um bom tempo, a interação com o adulto, principalmente com a mãe, como uma das experiências mais ricas do desenvolvimento infantil, cada vez mais as pesquisas têm focalizado de forma mais ampla a interação entre coetâneos, discutindo a importância da mesma no desenvolvimento infantil. Oliveira (1988) e Pedrosa (1989) tratam desta questão contribuindo para o debate sobre a educação coletiva de crianças pequenas.

Porém, apesar desses estudos estarem contribuindo de forma significativa para uma discussão sobre a condição da criança pequena em nosso país, as pesquisas nesta área ainda estão muito restritas às análises das interações de crianças em contextos específicos, como: o ambiente familiar, as instituições de Educação Infantil (mais especificamente creches e pré-escolas), brinquedotecas, instituições de apoio a menores carentes, comunidades rurais, indígenas e espaços urbanos. Existem poucas produções sobre o comportamento das crianças hospitalizadas de Educação Infantil.

Os primeiros estudos sobre crianças hospitalizadas e suas reações foram realizados pela Psicologia, que foi uma das primeiras áreas a compor as equipes multidisciplinares dos hospitais. Esses estudos têm demonstrado que as crianças de 0 a 6 anos de idade são mais suscetíveis à fragilização nos períodos em que estão internadas, pois a dependência dos pais ou de cuidados substitutos nesta fase e formação de vínculos, são aspectos significativos. Robertson *apud* (BOWLBY, 1995, p. 198) ao analisar as reações das crianças hospitalizadas nesta faixa-etária evidenciou que:

As reações à separação descritas por Robertson são, de modo geral, confirmadas por outros estudos. Um deles observou comportamentos de protesto em crianças internadas em hospital, por pouco tempo, para se submeterem à extração das amígdalas, e concluiu que, nas crianças de menos de cinco anos, a ansiedade provocada por esta situação deve-se mais à separação dos pais e entrada em um ambiente estranho do que operação ou anestesia. Outro observou as reações de crianças entre dois e doze anos de idade no hospital e descobriu que, embora todas as crianças apresentem perturbações iniciais, estas são mais acentuadas no grupo de dois a quatro anos, sendo geralmente, de forma muito clara relacionada com o fato de separarem dos pais.

Pode-se verificar que as crianças pequenas ao serem internadas manifestavam maiores reações diante da separações dos pais se comparadas as reações aos procedimentos invasivos. Em relação aos protestos estabelecidos pelos bebês face a este momento, Bowlby citou os estudos de Schaffer para ilustrar as conseqüências da separação dos bebês de seus pais:

Schaffer mostra claramente que a reação de bebês no primeiro ano de vida à separação e à hospitalização varia de acordo com a idade. Crianças de sete meses para cima apresentam um padrão de protesto típico de crianças de um e dois anos. Por outro lado, os bebês de menos de sete meses não protestam; ao contrário, trocam a mãe pelas atendentes e reagem a todas as outras mudanças em seu ambiente aparentemente com pouca perturbação. Contudo, no decorrer de sua estada, mostram-se anormalmente quietos, choram e balbuciam muito menos do que é o normal em bebês de sua idade. Schaffer (*apud* BOWLBY, 1995, p.198).

Fonseca também chamou a atenção da necessidade de cuidados específicos com as crianças pequenas, pois existem muitas variações nos seus aspectos emocionais :

Estudos iniciais por Prugh e colaboradores (1953) e por Vaughan (1957), demonstraram que crianças hospitalizadas, especialmente as com menos de 3 anos de idade, apresentavam distúrbios que podiam prejudicar negativamente a relação da criança com sua família, pois a criança poderia passar a desconfiar daqueles a quem ama e desacreditar das atitudes perante ela. (FONSECA, 1999, p. 26).

É possível observar portanto, que a presença dos pais é de fundamental importância para o bem estar das crianças hospitalizadas, principalmente das crianças pequenas.

Robertson *apud* Bowlby (1995) analisando as reações que a criança pequena pode passar a partir do momento de separação de seus pais durante a internação, estabeleceu três etapas clássicas segundo as quais a criança pode vir a enfrentar. A primeira etapa foi chamada de fase do “*protesto*”, na qual a criança ao ficar angustiada pela ausência dos pais, manifesta condutas agressivas em relação aos profissionais dos hospitais ou agarra-se a eles como substitutos maternos. A segunda etapa, pela qual a criança passa, foi considerada a fase do “*desespero*”, logo após esta fase do protesto. A criança passa a perder a esperança em sua volta. Não reage mais de forma violenta aos profissionais do hospital e tende a apresentar um comportamento adaptativo ao contexto. A terceira etapa foi considerada a fase do “*desapego*”. A criança já não recusa mais a presença de figuras na instituição, aceitando seus cuidados, alimentos e brincadeiras. Porém, na presença da mãe, a criança tende a mostrar-se distante e apática, revelando um comportamento de quem se sentiu abandonada ou traída pelos pais. Nesta fase é que a criança investe em vínculos mais intensos com profissionais da instituição, o que muitas vezes se apresenta de forma comprometida em razão do rodízio de pessoal determinado pelas rotinas hospitalares.

No caso das professoras no hospital analisado, o fato de trabalharem cotidianamente e em período integral com as crianças,²⁷ fez com que elas fossem profissionais constantes nas enfermarias. Sendo assim, as crianças estabeleciam fortes vínculos afetivos com essas professoras.

Ceccim e Fonseca ao analisarem esta relação permanente dos profissionais com as crianças hospitalizadas concluíram que:

No que se refere ao atendimento de crianças pequenas, seguindo a linha de pensamento de BOWLBY (1958) e LINDQUIST (1980), quando uma relação de vínculo se estabelece entre a criança e o profissional que com ela trabalha sistematicamente, esta relação lhe propicia a oportunidade de seguir, sem bloqueios, o seu desenvolvimento normal. Segundo VYGOTSKY (1935), o campo das construções cognitivas é campo de atualização de afetos e elaboração de aprendizagens complexas. (CECCIM; FONSECA, 1999, p. 26).

Este estreitamento de vínculos das professoras com as crianças era um elemento extremamente importante para conduzi-las até a escola no hospital.

Em pesquisa realizada por Fonseca (2000), sobre as classes hospitalares que funcionam em hospitais infantis, constatou-se que mais de 50% dos alunos têm idade inferior a três anos e que os professores que lidam com esta faixa etária encontram muitas dificuldades associadas tanto a situação de hospitalização, como quanto ao planejamento das atividades. Para ela, estes aspectos repercutem no desenvolvimento e na avaliação das atividades propostas, principalmente para os bebês, que também fazem parte da Educação Infantil. Em seus estudos constatou que:

Professores de bebês hospitalizados utilizam materiais lúdicos, mas muitas vezes, não se sentem seguros quanto à adequação e validade dos mesmos para com o trabalho a desenvolver com os alunos, demonstrando certa dificuldade em perceber as relações entre a utilização do material lúdico, os objetivos neles implícitos e a importância que possam ter para a criança hospitalizada, seu desenvolvimento e recuperação da saúde. (FONSECA, 2000, p. 14)

Fonseca (1999) elaborou um *Kit* de brinquedos e brincadeiras para o atendimento pedagógico educacional hospitalar para crianças pequenas com a finalidade de auxiliar os professores que estão trabalhando nesta área de Educação Infantil.

A utilização do lúdico no ambiente hospitalar para essas crianças é de extrema relevância, porém, não basta ofertar brinquedos se elas não forem estimuladas a interagir com os mesmos, a explorar, compartilhar com seus pares e também se sentirem responsáveis por

²⁷ A professora Girassol iniciou trabalhando em período integral, depois que teve que se afastar para cursar a faculdade.

esses materiais. A Educação Infantil é um espaço repleto de negociações e aprendizagens. Os professores, além de serem medidores dessas negociações, também precisam saber reconhecer e identificar algumas características das crianças de 0 a 6 anos de idade: aspectos da aquisição da linguagem, aspectos psicomotores, afetivo corporais, cognitivos, elementos estes que estão presentes não somente nas salas de aula da Educação Infantil no hospital, mas em diferentes instituições que atendem às crianças pequenas. Assim, há necessidade de se conhecer as características das crianças com quem se trabalha. Oliveira argumenta que:

Nesse período, o pensamento infantil ainda tem perspectivas egocêntricas, o que gera dificuldades para a criança sair do seu ponto de vista a fim de captar o de outra pessoa. As crianças passam por muitos momentos de crise e auto-afirmação, apresentando acessos de birra e manifestações de ciúmes. Essas características tornam o trabalho com crianças pequenas tarefa exigente, gerando ansiedade em muitos professores, que temem estabelecer vínculos fortes com elas. Muitos preferem, nesses casos, apoiar-se em um modelo que preconize uma relação interpessoal mais distante de pressuponha a criança pequena como alguém independente, coisa que ela não é. Com isso há o risco de a criança experimentar uma sensação de abandono, levando-a a diminuir sua participação nas situações como forma de defesa. Embora, por vezes, o professor se sinta impotente para lidar com as crianças, deve apreciá-las como seres reais, não como ideais. Ao observá-la em suas atividades individuais e grupais, pode constatar quanto a criança é alguém plena de desejos, que aguarda serem realizados. (OLIVEIRA, 2002, P. 208)

Portanto, para as crianças da Educação Infantil em geral, é preciso que o professor propicie momentos interativos com outras crianças e que promova uma *práxis* pedagógica que parta de uma concepção de criança como sujeito ativo no seu processo de desenvolvimento, procurando o equilíbrio nas relações com essas crianças, não subestimando ou mesmo supervalorizando as capacidades infantis. No caso do hospital, a Educação Infantil, quando realizada de forma competente, é um importante recurso para a criança sentir-se agente do seu desenvolvimento e tratamento.

Nessa perspectiva, esta Pesquisa objetivou conhecer como se processava, a *práxis* da professora de Educação Infantil no hospital.

5.3.1 A professora da Educação Infantil no hospital

A professora da Educação Infantil tinha uma personalidade reservada e não era de falar muito. Esta característica ficou expressa na sua entrevista, em suas respostas breves e sucintas. Em suas aulas, minhas interações ficaram predominantemente centradas na postura

de pesquisadora-observadora, pois ela solicitava muito pouco minha interferência em seu trabalho. Ela possuía um modo particular e reservado de conduzir suas aulas, aspecto este que procurei respeitar. Mas, isso não significava que não dialogássemos sobre a condução do seu trabalho e da pesquisa. É preciso destacar também que a professora, sempre me recebeu bem, era muito prestativa em me apresentar aos pais e às crianças e explicar o consentimento informado, auxiliava-me a solucionar problemas burocráticos em relação a pesquisa dentro do hospital e também contribuiu para minha inserção naquele contexto.

Na época da entrevista, realizada em 05/08/2003, ela estava com 28 anos de idade e cursava especialização em Psicopedagogia. Ao descrever sua trajetória na educação, informou que trabalhava com educação há cinco anos, sendo que estava há três anos na Prefeitura onde trabalhou com Educação Infantil e pelo Estado ministrou aulas para o terceiro ano de Magistério.

Em relação à sua história de vida, perdeu seu pai aos 12 anos de idade e segundo ela, ele possuía um significado grande em sua vida. Seu pai era médico e o contato com a realidade hospitalar esteve associado a sua infância pois, desde pequena, já conhecia alguns aspectos desta estrutura. A lembrança do pai teria tido influência na sua opção pelo trabalho na escola no hospital. Todavia, a sua atuação enquanto professora desta escola somente ocorreu quando foi convidada para o trabalho o que, segundo ela, lhe possibilitou unir suas áreas de interesse:

Eu nunca tinha trabalhado na área de educação e saúde e principalmente dentro do hospital. Eu recebi um convite feito pela Coordenadoria da Regional – CRE – Cidade Baixa – e de acordo com o perfil de trabalho já realizado nas escolas da rede municipal, convidou e ... a princípio fiquei meio receosa, mas por já ter um convívio com hospital, por conhecer hospital, meu pai era diretor de um hospital, de uma maternidade, então... eu pensei em unir as duas coisas, os meus dois grandes interesses que é a Medicina e a Educação.

Quanto à sua itinerância, referiu que em suas brincadeiras, já expressava o desejo de ser professora:

Desde pequena, sempre gostei da profissão. Brincava com as bonecas. Eu e minha prima. Tanto que eu e minha prima somos professoras, as duas e... com o decorrer da vida, no andamento dos estudos foi tudo levando prá esse lado, prá esse caminho. Aí eu me formei em Magistério, depois que conclui o Magistério fiz vestibular prá Pedagogia, conclui Pedagogia e hoje eu faço... estou concluindo agora a pós-graduação em Psicopedagogia. Tudo voltado na área de educação.

Quanto ao planejamento de seu trabalho e a forma como construiu seus etnométodos, Violeta explicitou este processo apresentando as dificuldades da implantação do projeto e posteriormente relatou a parceria criada na realização desta pesquisa. Ela comentou que não tinha nenhum conhecimento desta área de educação nos hospitais e que, quando começou a atuar, a presença da pesquisadora foi um elemento importante para socializar as matrizes teóricas deste trabalho:

Ercília :Você segue algum planejamento? Quando você ingressou no hospital, como constituiu o trabalho com os alunos? Teve algum curso de formação? Como foi esse processo? Violeta: O processo foi meio complicado porque na verdade nós, eu e a outra professora, entramos na classe hospitalar, sem ao menos conhecer o que se referia a Classe Hospitalar. Então foi um processo longo, de construção diária e de muita pesquisa e estudo. Nós não tivemos curso, nem nenhuma orientação específica sobre Classe Hospitalar, então começamos a trabalhar o dia a dia e no dia a dia nós fomos construindo com a realidade do dia a dia do hospital e pesquisando sempre. Ela deu uma risada e falou: Pode falar de você ? E continuou: Outro aspecto que nos auxiliou bastante e que foi muito importante foi a pesquisadora Ercília, pois ela nos orientou muito sobre Classe Hospitalar, nos trouxe muito material teórico. Toda parte teórica de estudo ela sempre está nos ajudando e isso foi de muito valor e muito ganho prá nossa prática.

Ercília: Quais as críticas e sugestões ao trabalho? Violeta: Nós tivemos a dificuldade especificamente nesse hospital onde nós estamos, mas... conseguimos observar, mas observamos que outras colegas que trabalham com classe hospitalar em outros hospitais não conseguem superar essas barreiras de... porque um professor está dentro de um hospital. É como se o professor, a educação tivesse que tomar o lugar de alguém dentro do hospital e não é, não é isso. Tem que ser mais divulgado e orientado o objetivo e o valor da educação dentro do hospital

Nota-se que a professora fez algumas críticas em relação a dificuldade de inserção na equipe multidisciplinar, da ocupação do espaço do professor em um território diferente e da necessidade de uma linguagem comum com os outros profissionais. No que diz respeito à questão curricular do projeto realizado em parceria com a outra professora, ela tinha clareza quanto ao projeto de base idealizado que estava documentado na Pedagogia de Projetos:

Nós temos um macro projeto que é o projeto “Vida e Saúde” e em cima desse macro projeto, nós fizemos o projeto pedagógico do professor que é o projeto “Viagem pelo Corpo Humano” e através desse projeto nós trabalhamos com SUB-TEMAS que são abordados tanto pela minha turma de Educação Infantil, quanto pela outra turma do segundo andar dos meninos maiores.

No entanto, a professora citou apenas o projeto pedagógico desenvolvido no primeiro ano de trabalho: “Viagem pelo Corpo Humano.” O projeto do segundo ano, “Corporiedade e Valores Humanos“, ela não fez referência e pouco desenvolvia em suas

aulas. Quando foi interrogada sobre o seu projeto curricular na Educação Infantil, ela teve uma certa dificuldade em responder e não se mostrou produtora, autora, sujeito do currículo, mas pautada em outros documentos. Quando perguntei:

Ercília: Como é o currículo para a hospitalizada ? Como é a sua operacionalização, assim... para Educação Infantil como é o currículo da criança hospitalizada ? Violeta olhou com cara de interrogação e perguntou: Não entendi. Como é o currículo da criança hospitalizada que a gente segue aqui ? Ercília: É. Violeta: O currículo que a gente segue, o currículo do projeto é com base na proposta escolar de Alegria da Prefeitura Municipal de Salvador, e com os documentos legais referentes a educação como o PCN, os parâmetros, né ? Todos ligados, referentes as leis nacionais de educação.

Percebe-se que a professora somente fez menção à proposta curricular da Prefeitura e os Parâmetros Curriculares Nacionais que são referentes à educação básica. Ela não comentou a respeito dos *Referenciais Curriculares Nacionais para Educação Infantil* (BRASIL, 1998) e dos documentos elaborados pelo MEC de *Estratégias e Orientações Pedagógicas para educação de Crianças com Necessidades Especiais* (BRASIL, 2002) dedicados exclusivamente aos professores de Educação Infantil. Talvez não os conhecesse ou não os tomasse como referenciais para sua *práxis*.

No que se referia ainda à questão curricular, sobre as áreas de atuação do professor no hospital, Violeta apresentou-as de forma operacional e pragmática:

O professor atua tanto no atendimento às crianças hospitalizadas quanto no atendimento aos acompanhantes também. E já estamos também fazendo atendimento aos funcionários.

Cabe destacar que o atendimento aos funcionários era centrado no auxílio das tarefas escolares de funcionários do hospital que estavam sendo alfabetizados, assim como funcionários que estavam freqüentando cursos técnicos de enfermagem.

Em se tratando da concepção de criança hospitalizada, quando interrogada se existia alguma diferença no trabalho com estas crianças e com as crianças das escolas oficiais, Violeta demonstrou que na sua prática, referenciada pelo teórico Ricardo Ceccim, da área hospitalar, lhe ensinaram que não existiam diferenças entre as crianças. Ela apresentou uma concepção inclusiva de criança hospitalizada considerando que existia uma necessidade diferencial no trabalho que era a questão da afetividade:

Eu gosto sempre de lembrar com minhas colegas da rede normal que as crianças que estão no atendimento de agravo à saúde são as mesmas crianças que estão nas escolas normais. Não há muita diferença. A diferença é que a gente tem que ter um cuidado maior, uma sensibilidade maior prá entender as necessidades que a criança tem nesse momento. Mas as nossas crianças são as mesmas que estão nas escolas normais. (..) Eu continuo a dizer que as crianças que estão hospitalizadas que são as crianças das escolas normais e

que por algum motivo, agravo de saúde estão hospitalizadas momentaneamente. Então, a diferença é que a gente tem que estar observando mais as necessidades deles, mas elas são as mesmas crianças. Assim como Ricardo Ceccim coloca que “as crianças estão hospitalizadas, mas que mesmo assim, elas continuam se desenvolvendo, tanto intelectualmente, como culturalmente como socialmente. A diferença tem que estar na sensibilidade de perceber as necessidades das crianças. Trabalhar muito a parte de educação e saúde também pelo que nós já observamos com algumas crianças internadas, hospitalizadas aqui no hospital. Grande parte das patologias é referente a falta de educação em saúde, por isso é importante trabalhar. Também é muito AMOR. Muito amor no que faz.

É preciso destacar que a professora tinha uma preocupação com o que ela denominou de “falta de educação em saúde.” Ela priorizava em suas aulas as orientações de cuidados básicos com a saúde. Quando interrogada sobre a potência do trabalho, ela fez uma associação com a *práxis* pedagógica e seus objetivos terapêuticos e psicológicos:

Eu acho que a questão do stress, do emocional da criança hospitalizada – reduz bastante na sala de aula, a volta a esse cotidiano, não perder esse laço do cotidiano da vida da criança extra-hospital. Isso diminui bastante o stress e diminuindo o stress eleva a auto estima. Elevando a auto estima nós falamos de melhoria, de um processo de recuperação mais rápido.

No que tange à concepção que ela apresentava da contribuição de seu trabalho às crianças e seus familiares, ela enfocou aspectos de Políticas Públicas para essas crianças:

O trabalho do professor na classe hospitalar é acima de tudo assegurar a continuidade da formação do indivíduo, da criança, né? Dentro do hospital. Eles estão aqui e continuam se desenvolvendo, então é preciso assegurar esse direito, a formação. Os familiares, pelo que a gente pode observar começam a ter uma participação maior, melhor, no processo de formação dos seus filhos, das classes em si. Eles buscam na verdade, realmente estar mais participante na formação dos meninos, eles buscam mais estar presentes nas atividades. Sugestão: Que a classe hospitalar seja mais divulgada e que o seu valor seja reconhecido prá que outros hospitais... Digamos que é uma UTOPIA, mas que cem por cento dos hospitais ofereçam esse serviço de classe hospitalar, observem o seu valor que é um ganho para o hospital, tanto para as crianças como para os acompanhantes, para os familiares e as...

Quanto à complexidade do ambiente hospitalar, quando Violeta foi interrogada sobre algo que lhe chamou mais atenção neste ambiente, ela citou a questão dos paradoxos que cercam este ambiente tanto em relação as perdas, quanto as conquistas:

Poxa... Tem muitas, heim... Tem muitas que realmente me tocaram. Algumas situações de perda. Lidar com a situação de perda é complicado. É muito complicado. A gente tem que estar reforçada. A gente tem que estar segura sobre isso, são momentos que realmente mexem. Em compensação acho que tem os momentos felizes de retorno das crianças quando estão bem

e só voltam prá visitar. Prá rever, prá dizer que estão bem. Isso também é uma recompensa.

A professora fez menção às questões existenciais que são presentes no hospital, pois lida-se com o limiar da vida e da morte a todo momento. Observa-se que ela começou a refletir sobre as contradições presentes neste trabalho do professor, pois ao mesmo tempo que era preciso aprender a lidar com as perdas, os re - encontros também eram muito valorizados.

Os hospitais têm elaborados mecanismos para que as crianças possam conviver de forma mais harmoniosa com as dores que enfrentam. A própria estruturação espacial dos ambientes têm sido um desses mecanismos voltados para atender algumas das demandas físicas, afetivas e cognitivas infantis e auxiliar essas crianças no enfrentamento dessas situações.

5.3.2 O ambiente da sala de aula da Educação Infantil no hospital

A sala de aula da Educação Infantil no hospital possuía alguns recursos que simbolizavam que aquele contexto era voltado para crianças. O mobiliário era adaptado às mesmas: existiam conjuntos de mesas de plástico amarelas pequenas com cadeirinhas vermelhas. Dois sofás ficavam encostados nas paredes e eram utilizados ora pela professora para ministrar sua aula, ora pelas crianças quando se sentiam indispostas e assistiam as aulas deitadas, assim como por algumas mães que ali permaneciam. Os armários, onde as mães guardavam os seus pertences, também eram localizados na sala de aula. Vale lembrar que este móvel às vezes interrompia um pouco as aulas quando as mães guardavam os seus objetos.

Existiam algumas janelas bem altas que as crianças ficavam curiosas em observar. Várias vezes, encontrei algumas crianças bem pequenas, que se posicionavam na pontinha dos pés em cima dos sofás próximos as janelas, tentando olhar para ver o mundo do lado de fora da sala de aula do hospital e se surpreendiam quando chegavam um adulto que lhe observava. Ficavam muito tímidas como se estivessem fazendo algo errado. Em função da segurança as janelas eram altas e não possibilitavam que as crianças pudessem enxergar outros horizontes.

Segundo Oliveira (2002) os ambientes na Educação Infantil funcionam como um importante recurso pedagógico e de aprendizagem e a organização dos mesmos denota uma concepção educacional. Nas creches e pré escolas regulares, nos últimos anos, o planejamento dos ambientes é muito valorizado na construção arquitetônica das instituições. Para a autora:

“ [...] as pesquisas são claras em demonstrar a importância da significação que a criança pequena empresta ao ambiente físico, que pode lhe provocar medo ou curiosidade, irritabilidade ou calma, atividade ou apatia.” (OLIVEIRA, 2002. p. 192).

No caso do espaço físico da sala de aula no hospital, o mobiliário, principalmente as mesas e as cadeirinhas eram muito bem aceitas pelas crianças que gostavam de empurrá-las e arrastá-las, por todos os cantos daquele território. As crianças também gostavam de participar das aulas naquele espaço que inspirava atividade, um pouco diferente do contexto das enfermarias. Quando não tinha aulas nesta sala, as crianças assistiam televisão, seus desenhos e programas prediletos.

A qualidade do ambiente na Educação Infantil atualmente têm sido discutida não somente no que diz respeito às características higiênicas, mas das inter-relações entre os componentes físicos e humanos que dele participam, pois os ambientes não são neutros e têm impactos sobre o comportamento e as reações humanas.

Oliveira (2002) chama a atenção a respeito dos símbolos presentes no ambiente da Educação Infantil que podem denotar a concepção de educação do professor. Nesse caso, um ambiente pode apresentar características que expressem uma concepção pedagógica de Educação Infantil voltada para um aspecto mais escolar, outro ambiente decorado com desenhos, figuras e produções infantis, pode nos remeter a infância, assim como existem configurações e várias representações que envolvem este universo.

Na sala de aula da Educação Infantil no hospital, a lousa posicionada em frente às mesinhas, os crachás com os nomes das crianças nas paredes, os cartazes, o calendário, o abecedário, caracterizavam um cenário predominantemente escolar que expressava a preocupação constante com a alfabetização. Cabe destacar que o abecedário era colocado em cima da lousa em um lugar bem alto para não ser retirado.

Para Oliveira (2002) como o ambiente da Educação Infantil é um importante recurso de desenvolvimento e o educador um parceiro privilegiado que a criança dispõe, esse educador precisa planejar este ambiente a fim de possibilitar à criança diversas vivências, explorações, utilização de vários recursos e possibilidades para que ela reconheça objetos, vivencie diferentes experiências, significados de palavras e expressões, além de ampliar seu mundo perceptivo. Desta maneira, o simbolismo presente nos ambientes faz com que as crianças reconheçam as funções as quais estão relacionados:

A criança, desde cedo, reconhece o espaço físico ou atribui-lhe significações, avaliando intenções e valores que pensam ser-lhe próprios. Daí a importância de organizar os múltiplos espaços de modo que estimulem a exploração de interesses, rompendo com a mesmice e o imobilismo de certas

propostas de Educação Infantil. O que importa verificar não são as qualidades ou os aspectos do ambiente, mas como eles são refratados pelo prisma da experiência emocional da criança e atuam como recursos que ela emprega para agir, explorar, significar e desenvolver-se. O ambiente constitui expressão de um sistema social com suas rotinas, relações, ideologias, etc. É esse sistema que prescreve a função de um espaço físico - social e as pessoas que podem fazer o que com quem. O ambiente define diversas práticas sociais que desenvolvem diferentes competências. (OLIVEIRA, 2002, p. 194)

No caso da sala de aula no hospital analisado, não existiam cantinhos com fantasias, baús, livros infantis, materiais e brinquedos que ficassem ali disponibilizados para as crianças interagirem. Quando os brinquedos eram levados para sala, eram levados pela professora que os usava em suas aulas e posteriormente os recolhia e guardava no armário. É certo que, no hospital, a higienização destes materiais é algo de extrema relevância para ser pensado e realizado, pois nem todo brinquedo, fantoche ou fantasia serve para este contexto. Muitas vezes, se esses materiais se não forem bem higienizados, podem-se transformar em agentes de contaminação. A professora demonstrava significativa preocupação com este aspecto da limpeza e infecção hospitalar e relatava que já havia disponibilizado brinquedos e materiais pedagógicos fora dos horários das aulas, mas, além de muitas vezes não serem devolvidos²⁸, eles também eram utilizados pelas crianças ou para rabiscar as paredes, ou eram transformados em objetos que, segundo ela, podiam machucá-las ou mesmo ficavam espalhados pelas enfermarias. Então, as professoras eram advertidas pela enfermeira responsável pelo setor em relação a esta questão. Procurei discutir com a professora sobre o significado e a importância de orientar as mães e as crianças sobre o cuidado com esses materiais, com os bens públicos, a necessidade de negociar com a enfermeira espaços para as crianças terem acesso aos brinquedos, mas a professora relatava que já havia tentado várias vezes e que não conseguia resultados satisfatórios, o que a levou a não insistir nesta conduta de disponibilizar brinquedos e materiais pedagógicos fora dos horários das aulas.

Oliveira (2002), em seus estudos sobre Educação Infantil, também discute o fato de que não basta realizar um arranjo espacial que não seja condizente com a proposta de educação da professora. Neste sentido, não basta organizar cantinhos, distribuir diferentes materiais em sala de aula, se a condução da aula não incorporar a perspectiva de descentralização das ações do professor.

As crianças da Educação Infantil, além do espaço da sala de aula, também tinham um espaço no terceiro andar, ao lado do refeitório, na área externa. Ali existia um brinquedo

grande de plástico bem colorido que comportava vários outros brinquedos. Era um brinquedo composto por um escorregador e também possuía alguns obstáculos e buracos para as crianças entrarem e saírem. Nesse espaço havia também uma Casinha de Bonecas.

Esta área ficava aberta e os brinquedos ficavam constantemente expostos ao sol e à chuva. Por serem de plástico, não eram danificados. Mas, durante o período no qual observei o cotidiano das crianças, nunca presenciei as crianças utilizando aqueles brinquedos. Era necessário uma programação permitindo-as utilizá-los antes do sol das 10:00 horas da manhã, no período do verão e na primavera, quando as chuvas não fossem tão frequentes. Cheguei a sugerir à professora que a Casinha de Bonecas fosse levada para dentro da sala de aula da Educação Infantil, já que não estava sendo utilizada. Mas a professora me disse que aquele brinquedo era muito grande para aquele espaço e iria atrapalhar a sala de aula, pois seria difícil controlar as crianças com soro, que tivessem desejo de entrar dentro da casinha e não pudessem. Quanto aos horários de utilização desses brinquedos, ela relatou que antes das 10:00 horas da manhã as crianças tinham de permanecer nas enfermarias, pois era um horário reservado para medicação e visitas médicas, o que dificultava interromper esta rotina hospitalar, pois para ela, a escola no hospital tinha que respeitar as regras e a organização estrutural do hospital e não elaborar as suas próprias regras. A professora era muito apreensiva em romper ou mesmo negociar algumas regras da escola naquele ambiente de trabalho. Considero que era preciso respeitar as regras da instituição hospitalar, entretanto, penso também que algumas negociações e regras podiam ser realizadas para que, mesmo que esporadicamente, as crianças tivessem acesso àqueles brinquedos do terceiro andar. Recordo-me certa vez que a própria médica, responsável pela pediatria, também na minha presença, conversou com as professoras sobre a necessidade de uma utilização maior dos brinquedos e daquela área. Nesse sentido é que se faziam necessárias mais reuniões e encontros entre as professoras e os profissionais de saúde para que ocorressem debates e planejamentos conjuntos da equipe multidisciplinar quanto a ações comuns ou diferenciadas para atuação no atendimento integral às crianças.

Durante a pesquisa, tive a oportunidade de filmar várias festas no refeitório no terceiro andar (que ficava ao lado desse *playground*) e observei muitas crianças pequenas contemplarem aqueles brinquedos com olhos sedentos que expressavam um forte desejo de brincar. A intenção, quando realizei esta sugestão de levar os brinquedos externos para a sala de aula, era de lançar algumas idéias para melhor utilizá-los e também, modificar, tornar o

²⁸ Este fato é muito presente nos hospitais, pois dado as condições econômicas e sociais de muitas crianças que nunca tiveram acesso a esses materiais, elas os guardam para levarem para suas casas e escolas de origem.

ambiente da sala de aula mais acolhedor e voltado para o brincar. Com o tempo, fui percebendo que a concepção de Educação Infantil da professora estava voltada predominantemente para criar um ambiente alfabetizador dentro da sala de aula.

O termo ambiente alfabetizador é utilizado em práticas educativas realizadas em instituições que promovem o letramento de crianças. Os *Referenciais Curriculares Nacionais de Educação Infantil* (BRASIL, 1998) destacam um aspecto significativo para reflexão acerca deste conceito:

Algumas vezes, o termo “ambiente alfabetizador” tem sido confundido com a imagem de uma sala com paredes cobertas de textos expostos e, às vezes, até com etiquetas nomeando móveis e objetos, como se esta fosse uma forma eficiente de expor as crianças à escrita. É necessário considerar que expor às crianças às práticas de leitura e escrita está relacionado com a oferta de oportunidades de participação em situações nas quais a escrita e a leitura se façam necessárias, isto é, nas quais tenham uma função real de expressão e comunicação. (BRASIL, 1998, p. 151)

Embora reconheça que em nossa sociedade a escrita e a leitura são elementos fundamentais para inserção das crianças na leitura do mundo, é necessário pensar não somente em ilustrar a sala de aula e construir um ambiente alfabetizador, mas refletir sobre metodologias de alfabetização que tenham significado para a criança.

Em um determinado período da pesquisa, a professora conversou comigo sobre sua inquietação quanto a manter ou não os trabalhos dos alunos expostos nas salas de aula pois, segundo ela, tanto as crianças, como alguns familiares que participavam das visitas no período da tarde, retiravam as produções das crianças das paredes, o que a fazia questionar sobre o significado da exposição desses trabalhos. Entretanto, quando realizei a pesquisa, na maioria das vezes, as produções das crianças permaneceram expostas nas paredes. Algumas vezes, alguns dos trabalhos desapareciam, mas na maior parte dos dias, os crachás com os nomes das crianças, o calendário com os dias da semana, as condições do tempo e o abecedário, que era sempre mencionado nas aulas, estavam nos mesmos lugares. Discutia com a professora a necessidade do trabalho de orientação das crianças, seus familiares e acompanhantes para valorizar a documentação e o significado das atividades desenvolvidas em sala de aula, pois como neste universo a rotação de crianças e acompanhantes é muito cíclica, as questões de respeito as produções infantis precisavam ser retomadas cotidianamente com os grupos que utilizavam esses espaços.

É preciso destacar que o Hospital da Criança da OSID não possuía uma conduta higienista que predominava em algumas instituições hospitalares que conheci. Em alguns deles os trabalhos das crianças hospitalizadas não podiam ser expostos nas paredes pois

alegava-se que eram fonte de contaminação. Dessa forma, creio que esses espaços de exposição e valorização das produções dos trabalhos infantis poderiam ser mais explorados e cultuados na prática pedagógica da Educação Infantil na OSID.

Apesar de considerar que a sala de aula da Educação Infantil necessitava de um investimento maior na preparação do espaço para receber de forma mais acolhedora as crianças, é preciso destacar que a professora gostava de sair daquele ambiente. Ela realizava passeios fora da sala de aula com os alunos para diversificar o espaço, tais como: visita ao computador (que registrava os prontuários dos pacientes) no *hall* de entrada das enfermarias, visita ao Memorial de Irmã Dulce e ao refeitório localizado no terceiro andar. Em conjunto com a outra professora, também levou as crianças em passeios externos como a Feira do Livro e a um museu da cidade para verem a exposição “Os Quadrões” de Maurício de Souza.

5.3.3 A rotina da professora e os etnométodos utilizados

Nas observações do cotidiano das aulas de Violeta, foi possível verificar que ela construiu modos próprios de organização de sua aula. Seus etnométodos estavam voltados para a continuidade de algumas atividades que, em uma espécie de ritual, se repetiam quase todos os dias da mesma maneira. Ela elaborou algumas formas estratégicas para fazer com que as crianças se sentissem em uma escola de Educação Infantil com uma proposta pedagógica similar das que ocorrem na maioria das pré- escolas (4 a 6 anos), que buscam alfabetizar as crianças com intuito de prepará-las para a escola básica.

É preciso destacar também que, nas aulas observadas, como a presença das mães não era muito constante, às vezes a professora se sentia sobrecarregada quando tinha que executar algumas tarefas de cuidados físicos para com as crianças como: levá-las até o banheiro, auxiliá-las quando o soro acabava e mesmo auxiliar aquelas que não estavam se sentindo bem. Em contrapartida, em alguns momentos, também foi possível presenciar situações onde algumas mães ajudavam bastante a professora, a seus filhos, bem como aquelas crianças que as mães ou acompanhantes não estavam presentes.

Para descrever o cenário da sala de aula, não se pode deixar de mencionar um dos aspectos diferenciais desta proposta pedagógica no hospital que ocorria no início da aula, quando professora visitava as crianças nas enfermarias e as chamava para irem à sala de aula. Era a professora que se dirigia até as crianças e não as crianças até ela. Esta chegada da professora no hospital era sempre bem recebida pelas crianças que geralmente vinham abraça-

la logo que ela aparecia. A professora, de leito em leito, chamava as crianças que já a conheciam para irem até a escola e, aquelas que ainda não a conheciam, ela se apresentava e dizia os objetivos da escola. Na maior parte das vezes, as crianças aceitavam seu convite e iam para a escola de forma bem tranqüila.

Violeta priorizava a realização das mesmas atividades e pouco modificava seu planejamento, não ousando alterar as atividades e avaliar os efeitos de ações diversificadas.

5.3.4 A roda de conversa

A professora sempre iniciava suas aulas reunindo as crianças na sala fazendo uma roda com as cadeirinhas. Ela ficava na frente das crianças, ao centro, sentada em um sofá. Em algumas aulas, ela começava o dia perguntando sobre como as crianças haviam passado a noite, se estavam bem, se tinham tido algum problema, dor ou desconforto.

No dia 22/11/2002²⁹, a professora iniciou a aula perguntando às crianças se estava tudo bem e se alguém havia sentido alguma coisa. As crianças em coro repetiram: Não. Violeta perguntou a uma criança: E aí Glei, você acordou a noite? Glei: Eu dormi um pouquinho e acordei. Violeta: Acordou por quê? Glei: Porque eu tava com dor no braço. Violeta: E melhorou já? Glei balançou a cabeça que não. Violeta: Não melhorou ainda não? Dá o bracinho aqui. Ela pegou no braço dele e disse: Mas vai passar, viu? Fica aqui trabalhando prá passar um pouquinho a dor.

Esse momento inicial era percebido pelas crianças como uma forma carinhosa de aproximação da professora com os mesmos. Algumas crianças se sentiam muito acolhidas pela professora quando conseguiam contar e expressar suas angústias e dores da noite. Em outros dias, porém, foi possível observar que algumas crianças não queriam falar sobre si e suas patologias. No caso desta criança, observa-se que a mãe intermediou a voz do filho:

Na aula do dia 04/04/2003³⁰, a professora começou perguntando às crianças se haviam dormido bem. Violeta: Como foi a noite? E as crianças responderam em coro: Bem. Violeta: Bem? Violeta: Quem sentiu alguma coisa de noite? Criança: Eu não senti nada. Outra criança: E eu também. Violeta: Quem teve febre de noite? Violeta: Não sentiu nada? Que ótimo. Beleza! Uma mãe disse que seu filho teve febre. Violeta: Ian, você teve febre

²⁹ Participaram da aula da Profa. Violeta dia 22/11/2002 Crianças. Luc (5 anos, SSA, Jardim 3, Pneumonia), Gra (2 anos, Serrinha, Creche, Síndrome Nefrótica), Glei (5 anos, SSA, Jardim 1, Pneumonia e Anemia Falciforme), Graz (6anos, SSA, Alfabetização, Pneumonia), Cle (8 anos, Iraquara, 1ª série, Pneumonia), Ela (5 anos, Iraquara, creche, Pneumonia), Ede (5 anos, Serrinha, Jardim 1, Osteomelite), Reb (4 anos, Madre de Deus, não estudava, Síndrome Infecçiosa)

³⁰ Participaram da aula da Prof. Violeta, dia 04/04/2003 Crianças = Ian (2 anos, SSA, creche, síndrome infecciosa), Jac (6 anos, Candeias, 1ª série, pneumonia), Ama (6 anos, SSA, 1ª série, anemia), Mic (2 a, Serrinha, Creche, BCE), Mat (2 anos, SSA, não estava na escola, pneumonia e síndrome infecciosa), Ben (5 anos, SSA, Jardim 1, Anemia Falciforme

Ian? Teve? Ficou quentinho? Tomô remédio? Tomô? Ele ficou quieto e não respondeu. Depois ela perguntou para outras crianças. Quem sentiu alguma coisa, dor.. Crianças: Não.

A roda de conversa era iniciada a partir da fala da professora e as crianças ficavam atentas, prestando atenção no que iria ser proposto. Alguns aspectos da caracterização da rotina desta professora eram muito próximos dos evidenciados na pesquisa de Galvão (1996) quando estudou sob a ótica walloniana, as adequações das exigências e propostas do meio escolar na Educação Infantil. Galvão centrou-se na questão específica do movimento das crianças na pré-escola, mas também levantou elementos importantes de análise deste cotidiano escolar, retratados na seguinte afirmativa:

Quando o dia começava com a rodinha, atividade que visava proporcionar momentos de conversa entre o grupo, as crianças sentavam-se no chão, formando um círculo na área livre de mobiliário. Geralmente era a professora quem lançava o tema de conversa, simplesmente iniciando um assunto ou então lendo um livro ou notícia de jornal (...) Era a professora quem coordenava a participação das crianças na roda, garantindo a sua organização e o espaço na fala de cada um. Nos dias em que não havia roda, sentavam-se diretamente nas cadeiras e esperavam a professora anunciar o que iriam fazer.(GALVÃO, 1996, p. 61)

Na escola do hospital, também era a professora que garantia a fala de cada criança. A roda era sempre formada pelas cadeirinhas nas mesmas posições, mas nunca as crianças sentavam no chão, pois no hospital a infecção hospitalar é um perigo constante. Quando as crianças se dirigiam para a aula, sempre aguardavam a professora arrumar as cadeiras e iniciar a aula.

5.3.5 Chamada e apresentação

No que diz respeito à localização das crianças, a professora fazia um movimento no início de algumas aulas, para situá-las, atentando para o fato de que estavam dentro de um hospital e de uma escola. Em princípio, algumas crianças se atrapalham em definir o que a professora estava pedindo e diziam que a sala de aula era da “professora” e do “médico”. Algumas crianças, por serem bem pequenas e estarem adquirindo a linguagem, ainda não sabiam definir esses espaços como a instituição escolar e a hospitalar:

No início da aula ela perguntou às crianças o que ela era e elas repetiram em um coro bem alto: Professora. Uma criança bem pequena disse: Pefessora. Violeta disse: Eu sou professora e isso aqui é o quê? Olha aí? E começou a fazer um gesto com as mãos para que as crianças observassem a sala. É o

banheiro? Aqui é o banheiro? E as crianças disseram: Não. Violeta: Aqui é o quê? Uma criança disse: Sala. Violeta: É uma sala? Sala do quê? Criança: De professora. Violeta: Só sala de professora? Crianças: Não. Dos alunos. Violeta: E o que é que a gente faz aqui? Crianças: Dever. Violeta: E o dever a gente faz aonde? Crianças: Aqui. Na mesa. Violeta: Mas que lugar a gente faz o dever? E as crianças voltaram a responder: Na mesa. Violeta: Mas o lugar aqui, o prédio, a casa que a gente faz o dever? Como é o nome que a gente chama? Uma criança respondeu: Professora. Violeta continuou perguntando: Que a gente acorda, toma banho, se arruma e vai pra onde? Outra criança disse: Escola. E todos repetiram em coro: Escola. Violeta: E nós estamos aqui na escolinha? Crianças: Tamos. Violeta: Mas essa escola fica aonde? Dentro de onde? Crianças: Do médico. Violeta: Do médico? Criança: Da escola. Violeta: Como é o nome desse grandão que gente tá aqui? A gente tá na sala de aula na escola. Mas a escola da gente fica dentro de um outro lugar. Como é o nome do lugar? Criança: Médico. Violeta: Médico. Uma mãe “soprou” e as crianças disseram: Hospital. Violeta: É a escola no hospital. Como é o nome da escola da gente? Criança: É hospital. Violeta: Escola no hospital. E as crianças passaram a repetir: Escola no hospital. Ela disse: Muito bem..

Uma mãe, parceira da escola, ajudou as crianças a responderem. Nota-se neste episódio que a concepção de escola para as crianças estava associada a dever e que o mesmo era realizado na mesa. O espaço da sala de aula era representado como espaço do trabalho. As crianças não fizeram menção à escola como espaço da brincadeira.

Em outra dia, a professora realizou as mesmas perguntas, porém como o grupo de crianças era de idades próximas e algumas já haviam freqüentado as aulas, elas já sabiam como responder as perguntas da professora:

No dia 04/04/2003³¹, Violeta iniciou a aula perguntando às crianças: Qual é a primeira coisa que a gente faz todo dia? Os nomes, né? Como tem gente nova que a pró não conhece, a pró já disse o nome dela. Como é meu nome? Eles disseram bem alto: Pró Violeta. Eu sou médica, é? Crianças: Não. Violeta: Eu sou o que? Uma criança disse: Professora. Violeta: E isso aqui, como é o nome desse lugar? Crianças: Sala de aula. E a sala de aula é da onde? Da es.. Crianças disseram em coro: Da escola no hospital.

Posteriormente a essa conversa inicial, a professora começou a identificar as crianças através de seus nomes e crachás. Algumas crianças, que já haviam participado da aula, tinham seus crachás fixados na parede. Violeta fez a “chamada” com as crianças perguntando sobre quem estava presente e quem já havia recebido alta, chamando a atenção das mesmas para os nomes escritos dos crachás de seus colegas. É possível notar que a “chamada” da escola no hospital era um pouco diferente das escolas regulares, pois algumas vezes, a impressão é que tinham mais crianças ausentes, que haviam recebido alta, se comparadas as que estavam presentes e que continuavam internadas.

Quando observava a professora realizar essa chamada, me interrogava sobre qual seria o sentimento das crianças que continuavam internadas lembrando seus amigos que haviam recebido alta? Será que elas não ficavam tristes? Todavia, observava que aquela “chamada” estava tão naturalizada naquele contexto, que as crianças ficavam felizes por seus amigos terem voltado para casa. Sendo assim, elas também ficavam na expectativa de um dia receberem alta e serem lembradas pelos amigos que ficavam no hospital. Portanto, poder retornar para a casa, era uma espécie de “presente” para aquelas crianças. O significado da ausência e da presença são questões relativas na escola no hospital. O importante era já ter participado da aula anteriormente e ter compartilhado momentos comuns:

Neste dia, a professora depois de ter realizado a chamada perguntando às crianças sobre os amigos que estavam na aula, foi procurar os nomes dos mesmos nos crachás afixados na parede. Muitas crianças já haviam ido embora e os amigos ajudaram a dizer o nome das crianças ausentes e das crianças presentes. Violeta perguntou: Lua está aí? Cadê o Lua? E os amigos apontaram para ele. Ela pegou o crachá e lhe entregou. Depois perguntou: Gio está aí? Uma criança respondeu: Foi embora. Violeta: Foi embora? Crianças: Foi. Violeta: Ele teve alta? Criança: Foi.. Depois perguntou sobre Glej, Rai e Gei. Violeta: Rog está aí? Crianças: Está no quarto. Violeta: E cadê Rog? Ele está dormindo? Ele não passou bem a noite, não foi? Eu vou deixar o nome dele guardadinho aqui. Depois pegou o nome de Mat que também estava no quarto dormindo. Violeta ficou na dúvida de Vit e Ana Vit. Pois Ana Vit tinha recebido alta. Ism e Lar também tiveram alta, assim como Pau, Dio e And. Depois ela começou a fazer o crachá novo das crianças que chegaram. Iniciou perguntando para as crianças dizerem a primeira letra do nome de Bem. Eles disseram em coro: B.

A professora também colocava alguns apelidos carinhosos nas crianças e, aparentemente, elas gostavam. Em relação às crianças que haviam chegado naquele dia, ela perguntava os nomes e fazia novos crachás. Neste processo de confecção, perguntava às outras crianças sobre as letras desses nomes:

No dia 22/11/2002³², Violeta disse às crianças: Vamos começar a trabalhar? O que a gente faz de manhã todo dia quando a gente chega na escola? As crianças responderam todas juntas, bem baixinho e o som ficou inaudível não sendo possível a transcrição. Depois a professora disse: Os nomes. Diga aí, Kin. Diga o seu nome para todas as crianças da sala. Diga aí, Kin. E a criança respondeu: Éri. Violeta: Qual a primeira letra do nome de Éri? É de que? Depois solicitou às crianças: Procura alí (e mostrou o abecedário em cima da lousa). Crianças disseram: É de estrela. Violeta: É de Éri e É de estrela. Lia, diga o seu nome? Lia respondeu: Lia. Violeta: Ela repetiu o nome de Lia, depois levantou do sofá e foi pegar os crachás afixados na parede. Pegou o crachá de Lia e mostrou para as crianças perguntando: Qual é o primeiro nome (se corrigiu), a primeira letra do nome de Lia? Uma

³¹ Crianças que participaram da aula. Idem pág. 144

³² Crianças que participaram da aula. Idem pg. 144

criança respondeu: A letra é lápis³³. As crianças riram. A professora perguntou: Qual o nome da letra? Algumas crianças disseram: LÊ. Gleí fala: A letra lê de avião e apontou para o abecedário. Violeta disse à criança: O quê? Lê de avião? Procura ali. Gleí insistiu e mostrou: É ali oh. Algumas crianças o corrigiram: Não. Violeta: É LÊ de que? Algumas crianças responderam: É lê de lápis. Violeta: Lápis, olhe o lápis ali em cima (e mostrou o abecedário) Lê de lápis e de Lia. Depois entregou o crachá a Lia.

Neste episódio foi possível verificar que nem todas as crianças estavam familiarizadas com a escrita e buscavam fazer associações das letras com o abecedário que ficava em cima da lousa. Mas algumas vezes, as crianças que não sabiam ler, arriscavam fazer algumas associações das letras, como foi o caso de Gleí que associou a letra L com a inicial A de avião e a professora o corrigiu. É preciso destacar também que o método que a professora utilizava era o silábico.

Em outro episódio ocorrido em outra aula, dia 09/06/2003³⁴, a professora iniciou escrevendo os nomes nos crachás. Novamente ela reiniciou fazendo “chamada”. Uma criança pequena, Ale, pediu para que ela escrevesse o seu nome e a professora disse que iria dar um papel para escrever. Mas, até o final da apresentação ela não o fez e continuou ela mesma escrevendo os nomes de todas as crianças. A professora era muito preocupada em realizar sua rotina da atividade de fazer os crachás e chamar a atenção das crianças para as letras que compunham os nomes dos colegas:

Violeta fez a roda e iniciou a aula perguntando às crianças o que haviam comido no café da manhã e as crianças foram respondendo. Depois ela começou a se apresentar: O meu nome é Violeta. Eu sou professora da escolinha. Depois perguntou seu nome individualmente para cada criança. Ela disse: Agora que todo mundo sabe meu nome eu quero saber o nome de cada um. A pró vai escrever aqui na parede. Levantou da cadeira, pegou um crachá e disse às crianças: Todo mundo diz o seu nome. A gente vai ver todos os meninos que já estiveram aqui, todo mundo escreve o nome e prega aqui na parede, tá certo? Ale disse: Eu já sei fazer o meu nome sozinho. Violeta: Sabe? Hum.. Então a gente vai fazer daqui a pouco. Uma outra criança bem pequeninha também diz à professora: Eu vou fazer. Violeta: Vai. A pró vai dar o papel prá você fazer, tá certo? Depois ela começou a pegar os crachás nas paredes e foi dizendo: Esse nome aqui é de Jos. Jos já teve alta na sexta feira e foi embora prá casa. Ficou bom e foi embora pra casa. Pegou outro e disse: Esse aqui, ó. Era de Nat. Nat também teve alta e foi embora prá casa. Esse aqui é o de Mat. Mat está aqui? Quem é Mat aqui? Levantou a mão prá pró ver. Cadê Mat? É esse aqui, óh e apontou uma criança que estava sentada e muito tímida. Ela disse, lhe entregando o crachá: Mas esse nome aqui não é desse Mat não. É de outro Mat que esteve internado e já teve alta. Também já foi embora prá casa. Depois ela tentou

³³ É interessante verificar que no abecedário fixado a figura do lápis estava ao lado da letra L.

³⁴ Crianças da aula do dia 09/06/2003. Profa. Violeta Gab (5 anos, Cabaceira, não estudava, gripe e febre), Ale (5 anos, Itamira, jardim 1, cirurgia do Testículo), Mat (3 anos, Jauá, não tinha escola na cidade, cirurgia da visão), Ed (2 anos, SSA, creche, pneumonia), Bru (3 anos, SSA, creche, pneumonia), Est (2 anos, SSA, creche, febre)

entregar o nome à Mat da sala, que se recusou a aceitar. Ela lhe perguntou: Quer que eu faça outro? Ele não respondeu. Ela voltou a pegar os crachás e pegou outro dizendo: Esse aqui é de Uam. Quem conhece Uam? Esse aqui foi hoje embora prá casa. Pegou outro crachá e disse: Esse aqui é o nome de Jam. Jam está lá em cima. Ela está lá no centro cirúrgico. Foi fazer uma cirurgiazinha. Eu vou deixar o nome dela guardado aqui que é pra quando ela voltar, estar na sala. Pegou outro crachá e disse: Esse aqui é o de Vit. Vit teve alta esse final de semana e foi embora prá casa. Esse é o de Ril. Ele também foi embora prá casa.

Mesmo que a maioria das crianças tivessem recebido alta, as outras pareciam gostar desta chamada e que a professora escrevesse seus nomes para se sentirem representadas naquele espaço. Nesta mesma aula, a professora, após ter realizado a chamada dos alunos, começou a escrever os nomes das crianças presentes. Uma criança que sabia ler e escrever, Ale, ficou extremamente motivada para que a professora escrevesse o seu nome. Mas, a professora parecia ter uma conduta dúbia em relação a escrita pois, ao mesmo tempo que ela desejava que os alunos aprendessem a ler e a escrever, ela queria que essas ações fossem realizadas a seu tempo, à sua maneira. Nota-se que Ale teve que esperar até quase o final da aula para que seu nome fosse escrito e, quando a professora foi escrever, embora tenha solicitado ajuda da criança para escrever o nome, o corrigiu para que não utilizasse os gestos que fazia, desenhando no ar as letras de seu nome, mas as soletrasse:

Na aula do dia 09/06/2003³⁵, a professora Violeta falou: Vamô agora colocá o nome de quem está aqui no hospital com a gente, na aula? Vamô embora. Então vou pegá.. Ale perguntou à professora: Você também escreve meu nome? Violeta: Vou aprendê agora. Você me diz como é que escreve seu nome? E a criança toda feliz balançou a cabeça afirmativamente. As outras o observaram em silêncio. Ale começou a soletrar as letras de seu nome e desenhar com gestos a escrita no ar. Violeta disse: Espera um pouquinho. Vou escrever o nome de todo mundo. Senão não dá. A gente vai escrever o nome de todo mundo aqui. Violeta estava sentada em frente a roda com o papel em seu colo e dizendo às crianças: Vou escrever a primeira letra do nome de Raf, óh. Levantou o crachá, mostrou para as crianças e disse: Olha a primeira letra do nome de Raf. O Rê de Raf. Agora olha lá pra cima (e apontou o abecedário) e disse: Qual é o bichinho que está ali desenhado? Ale respondeu: Alí, no rato. Re de Raf e Re de Ratinho. Ela voltou a escrever e fazer o crachá de Raf e depois entregou a ele. Perguntou à outra criança o seu nome. A criança ficou tímida e o amigo disse que era Mat. Violeta começou a escrever o nome de Mat e pediu para as crianças olharem no abecedário onde está a letra Mê. Algumas crianças se empolgaram em procurar. Ale logo encontrou. A professora disse: É uma fruta. Que fruta é? E soletrou: Mo-ran-go. Depois ela perguntou à outra criança: Como é seu nome? Diz prá pró o nome? Como é o nome da gatinha, alguém sabe? A criança ficou quieta e não respondeu. A mãe respondeu por ela: É Mar. Violeta: Paula? Que nome bonito Mar? Escreveu e depois lhe entregou. Depois perguntou para Ale: E o seu, como é que a gente vai escrever? E a criança foi lhe dizendo: A .. Depois faz assim e mostrou a escrita com um

³⁵ Crianças que participaram da aula. Idem pg. 148.

gesto com as mãos desenhando na ar. Violeta lhe mostrou: É assim? A criança: É. Violeta perguntou: E depois? A criança novamente fez outro gesto com as mãos. Violeta lhe corrigiu para soletrar a letra e não gesticular: Como é assim? Que letra é essa? Criança: Lê.. A criança parou de fazer os gestos com a mão e começou a soletrar para Violeta que escreveu: Ale. Depois ela finalizou essa parte da aula escrevendo nome de Aim. Ale pegou seu crachá, olhou para o mesmo e disse prá professora corrigindo-a: Isso aqui não tem não. É assim ó? E fez um outro gesto com as mãos. Violeta disse: Pera aí que eu corrijo. Depois ela escreveu o nome de Dud e se esqueceu de corrigir o nome de Ale. Posteriormente ela começou a contar a história da Branca de Neve.

Percebe-se que a professora, assim como solicitou que a criança se desprendesse do gesto para escrever a letra, acabou posteriormente se esquecendo de corrigir o nome de Ale, pois segundo ele, seu nome estava escrito errado. Violeta falou que iria corrigir, mas não corrigiu e começou a contar a história.

Wallon (1995) ao caracterizar o desenvolvimento infantil, define que as crianças de 3 a 6 anos de idade estão na fase projetiva e sentem necessidade de explicar suas ações acompanhadas por gestos. O gesto para Ale representava uma etapa da função simbólica e, em relação ao processo de descoberta da escrita, era uma espécie de pré-história da escrita.

Para Wallon (*apud* DANTAS, 1990) no surgimento da função simbólica na criança existe uma sucessão de etapas, que é composta primeiramente pelos sinais, depois indícios, os símbolos e signos que seriam os degraus ao longo dos quais significante e significado se dissociariam até chegarem a manter apenas o vínculo arbitrário e abstrato, característico da função em sua etapa semiótica. Nesta concepção, as crianças pequenas, entenderiam o mundo dos signos e da cultura através da comunicação com os outros sociais e, como nessas crianças, a atividade mental é ainda incipiente, os gestos as auxiliam nesta comunicação. Por isso, Wallon denomina essas ações como ideomotoras. Para ele: “A ideação apóia-se na motricidade; sua existência ainda bruxuleante precisa da força motriz para não se apagar. Se a gesticulação que acompanha a fala for impedida, o processo ideativo desfalece e interrompe. Wallon (*apud* DANTAS, 1990, p. 15)

Vygotsky (1989, p. 121) considera que: “ O gesto é o signo visual que contém a escrita”. Portanto, para ele, não somente os desenhos das letras significam a escrita, mas também os gestos que as crianças elaboram para compreendê-la, as garatujas, os desenhos em princípio disformes e posteriormente com características idênticas das letras é que vão se manifestando em um processo evolutivo, como marcas e signos escritos que vão demonstrando que as crianças, ao lidarem com esses elementos, vão aos poucos sinalizando a compreensão destes símbolos.

Outro aspecto que merece ser comentado neste episódio diz respeito ao nome da fruta utilizada para as crianças associarem a letra M de morango, a qual possivelmente poucas crianças do hospital tinham acesso. Embora considere necessário mostrar às crianças uma variedade de conhecimentos gerais e não apenas regionais, talvez outro desenho que fosse mais próximo ao universo dos alunos possibilitasse maiores associações para partir do local para o universal.

Nesta outra aula, dia 28/07/2003³⁶, foi possível compreender um pouco mais como se caracterizava a metodologia de alfabetização utilizada pela professora:

Violeta: Vocês já me conhecem. Só que tem alguns gatinhos aqui que eu vou querer conhecer. Então prá eu conhecer... Eu vou pedir que cada um me diga o seu nome. Uma criança disse: Eli. Ela falou para a criança: Calma. Me diz o nome para os coleguinhas que a pró vai escrever o nome aqui, óh.. na fichinha. (e mostrou o crachá). Só que tem alguns alunos que a pró já escreveu. Vamos ver? Vamos ver quem veio hoje pra sala de aula? Ela mostrou um crachá para as crianças e perguntou: De quem é esse nome? Algumas crianças leram: Vin. Ela repetiu: Vin. Muito bem. Vin veio hoje na sala? Crianças: Veio. Violeta: Veio? Cadê Vin? Algumas crianças começaram a apontar um garotinho. Violeta disse: Alí. Olha a primeira letra do nome de Vin. Uma criança disse: Vê. Violeta: Vê de que mais? Outra criança disse: Ve de.. Violeta esticou a mão e falou à Vin: Toma aqui o seu nome. Vin era muito tímido, pequeno e estava bem fragilizado. Ele não se levantou da cadeira, mas uma menina maior levantou o pegou o nome por ele. Mas, ela esqueceu que estava presa ao soro e quase se machucou. A professora pediu para que ela tomasse cuidado e sua mãe também. Violeta continuou: Vê de Vit e pegou outro nome – Mat e perguntou quem sabia de quem era aquele nome. Apenas uma criança leu: Mat. Violeta: Tem algum Mat aqui? Crianças: Tem olha ele ali. Violeta: Tem? Ele é novo. E perguntou para a mãe a seu lado: Ele não é novo aqui? A mãe disse que sim. Violeta pegou o crachá que estava na mão e disse: Esse Mat aqui já teve o que? Teve o que Gis? Ela ficou muito tímida e não conseguiu responder.. Violeta: O que Gis? Diga a seus colegas desse Mat aqui? Tá aqui ele? Teve o que? Ninguém sabe. Diga. Você que sabe. Outra criança falou de Gis: Tá com vergonha. Violeta: Ela disse nesse instante aqui. Teve alta e foi pra casa. Ste também, não foi Ste? Ste já esteve aqui, ficou boa, teve alta, ficou um tempão em casa e agora voltou, não foi Ste? Mas vai ficar boa de novo, vai ter alta de novo, depois vai embora de novo. E esse nome: Cai. Outras crianças leram em conjunto. Violeta: Cai está aqui? Crianças: Já foi. Teve alta. Ela mostrou outro crachá: Eri e pediu para as crianças a ajudarem a ler. Ela distribuiu os nome de Eri e foi fazer os novos nomes. Violeta: Como é o seu nome? Criança: Wil. Violeta mostrou o crachá para todos e disse: Olha a primeira letra do nome de Wil. Ó que letra é essa, Gis. Ela lhe respondeu: W. Violeta escreveu o seu nome, mas ele teve que ir até a enfermaria. Ela falou

³⁶ Crianças da aula do dia 28/07/2003. Profª. Violeta. Gis (6 anos, Pojuca, Alfabetização, Calazar), Wel (3 anos, Campo Formoso, não estudava, Abcesso no pescoço), Gab (2 anos, Teresina, Maternal, Rotavírus), Ped (3 anos, Teresina, Jd 1, Rotavirus), Mat (7 anos, SSA, 1ª série, Cirurgia do ouvido-surdez), Ana (5 anos, SSA, Jardim 1, Cirurgia de correção da visão), Wag (5 anos, Teresina, Jd 2, Rotavirus), Vin (3 anos, Camacan, não tinha escola no povoado, biópsia mecacolo), Tai (5 anos, Barro Branco, Alfabetização, Amigdalite), Mic (6 anos, SSA, Jardim 3, Abcesso no pescoço)

que iria guardar até ele voltar. Depois escreveu o nome de Gis. Chegou uma criança que sempre frequentava as aulas e Violeta disse: Você estava onde Tatá? Eu te procurei e não te achei? Criança: Eu estava amuada. Violeta: Tava amuada? Pegue uma cadeirinha aí e senta aí na cadeirinha. Depois falou o nome de Sté e pediu sempre para as crianças dizerem a primeira letra e as crianças dizem: Si. A professora repetiu: Si. Si de que? Tatá falou: Si de sapo e a professora diz: Si de sorvete.(e pediu para as crianças olharem no abecedário) e assim continuou por um bom tempo fazendo a apresentação e completando os crachás com os nomes de todas as crianças.

No final da apresentação, a professora chamou a atenção para a letra **s**. Para ela, essa letra correspondia a **si** de **sapo** e **si** de **sorvete**. Essas associações da fala oral com a escrita me causavam um certo estranhamento. Entretanto, o que foi muito complicado para meu entendimento, para algumas crianças, essas associações foram concebidas de forma muito natural. Possivelmente, nas suas escolas de origem, as outras professoras também utilizavam a mesma metodologia de alfabetização da professora da escola no hospital.

5.3.6 O calendário, as músicas e as cinco palavras mágicas

Dando seqüência às atividades, a professora perguntava às crianças como estava o tempo, pedia para que eles observassem na janela e chamava a atenção para um cartaz, um calendário que existia na sala com os dias da semana, do mês e alguns desenhos indicando se estava sol, chuva ou nublado.

Após essa exposição, eles cantavam a música da “Janelinha” que se referia ao tempo e faziam os gestos da música junto com a melodia³⁷: Eventualmente, após essa música também cantava a música do “Amiguinho” com seus gestos próprios³⁸. Após cantarem essas músicas ela anunciava o tema que ia ser trabalhado e, na maioria das vezes, antes de realizar as atividades manuais, ela contava uma história com livros infantis ilustrados. Também, antes de começar a história, cantava a música correspondente³⁹.

Nas observações das aulas de Violeta foi possível verificar que, na rodinha, sendo as crianças estimuladas a falar e cantar, elas gostavam de participar dos rituais que se repetiam cotidianamente. Pode-se verificar essa questão no seguinte episódio, quando uma

³⁷ A janelinha fecha quando está chovendo. A janelinha abre quando o sol está aparecendo. Fechou, abriu, fechou, abriu, fechou, abriu, fechou, abriu, fechou, abriu, fechou, fechou..

³⁸ Como vai amiguinho, como vai. A nossa amizade nunca sai. Faremos o possível para sermos bons amigos como vai amiguinho, como vai. Legal.

³⁹ E agora minha gente uma história eu vou contar. Batam palmas minha gente pra essa história que eu vou contar. Tralala..Tralala...

criança advertiu à professora que ela havia se esquecido de iniciar a aula falando das “cinco palavras mágicas”:

No dia 05/10/2002⁴⁰, Violeta começou a aula perguntando às crianças se queriam ouvir a história da Árvore dos sonhos e as crianças disseram que sim. Depois ela disse: A pró trouxe um livro de história prá vocês, mas quando a gente começa a história a pró sempre canta uma musiquinha. E ela começou a cantar: E agora minha gente.. Uma criança que estava do seu lado, lhe cutucou e chamou sua atenção: E as cinco palavras mágicas? Violeta se corrigiu: Ah, sim. E as cinco palavras mágicas que eu esqueci de falar e a Eli me lembrou. Todo dia, nós aqui.. prá quem é novo, quem já está aqui já sabe. Nós todo dia, nós temos cinco palavras mágicas que nós temos que falar todos os dias, não temos? As crianças ficaram quietas e ela disse: De manhã cedo quando a gente acorda, que abre o olho que vê mamãe, que vê a enfermeira, que vê o médico, a gente diz o que? As crianças repetiram em coro: Bom dia. Violeta: De tarde, quando o carrinho da alegria chega, a gente vai dizer o que para a moça do carrinho? Crianças: Boa tarde. Violeta: E de noite, antes de dormir, a gente vai dizer o que? Crianças: Boa noite. Violeta: Quando a gente pede alguma coisa emprestado a alguém pede como? Crianças: Por favor. Violeta: E quando a gente agradece, a gente agradece como? Crianças disseram: Brigado. Ela fala: É brigado? A gente vai brigar com as pessoas? Crianças soletraram: Obrigado. Violeta: Então essas são as cinco palavrinhas mágicas que a noite a gente vai lembrar que a pró ensinou. Violeta: Deixo eu lembrar? De manhã cedo quando a gente abre o olho a gente diz o que? Algumas crianças se atrapalharam um pouco e disseram: Obrigado. Ela olhou com cara de assustada e outras crianças as corrigiram dizendo: Bom dia. Violeta reforçou: Bom dia. De tarde a gente diz o que quando chega a moça do carrinho da alegria? Algumas crianças disseram obrigado e outras boa tarde. Violeta reforçou: Boa tarde. E de noite antes de dormir? Todas as crianças disseram: Boa noite. Violeta: E quando a gente vai pedir alguma coisa emprestada? Algumas crianças disseram: Obrigado. Violeta as corrigiu: Quando pede alguma coisa emprestada pra alguém pede como? Algumas crianças disseram: Por favor. Violeta: Por favor e quando agradece? Obrigado.

Embora reconheça que as escolas podem existir e funcionar sem esses rituais, na escola no hospital, esses rituais faziam com que as crianças se sentissem crianças como todas as outras das sua idade, com o direito de pertencer e freqüentar a escola com seus símbolos e rituais específicos. Nesse sentido, a continuidade dessas atividades era muito bem recebida pela maioria das crianças que demonstravam prazer quando sabiam reproduzir a rotina da aula, cantar suas músicas, fazer seus gestos correspondentes, aspectos estes que demarcavam

⁴⁰ Crianças da aula do dia 05/10/2002. Prof. Violeta. Gab (3 anos, SSA, parou de estudar porque a escola era úmida, infecção respiratória), Ada (2 anos, Senhor do Bonfim, não estudava, síndrome anêmica e nefrótica), Car (4 anos, SSA, creche, pneumonia), Leo (6 anos, SSA, alfabetização, varicela), Ia (6 anos, SSA, 1ª série, infecção nos rins), Pri (3 anos, Irecê, creche, derrame no pulmão), Reb (4 anos, Madre de Deus, não estudava, cálculo na uretra), Ama (2 anos, SSA, não estudava, febre e cansaço), Sue (5 anos, Candeias, creche, cirurgia de adenóide), Wel (4 anos, SSA, não estudava,, cirurgia do palato), Er (8 anos, Cana Brava, alfabetização, abscesso no pescoço)

que as crianças estavam incluídas e pertenciam àquela estrutura escolar. Algumas crianças muitas vezes não sabiam como se comportar, responder as perguntas da professora, pelo fato de estarem assistindo a aula pela primeira vez, mas demonstravam por suas feições, gestos, movimentos corporais e palavras, que se sentiam bem naquela roda quando sabiam responder às perguntas da professora. Outras crianças também mostravam-se descontraídas, conversavam sobre suas vidas, suas escolas e riam muito. Outras entretanto, ficavam silenciosas, prestando atenção no movimento da aulas, de seus colegas e não se pronunciavam. Também existiam aquelas crianças que elaboraram mecanismos próprios, até mesmo de resistência, neste primeiro dia de aula no hospital e estes serão analisados detalhadamente nos episódios escolhidos para discutir a questão da adaptação das crianças na escola do hospital.

Para McLaren (1991), os rituais fazem parte da dinâmica cultural que constitui a vida escola e estão imersos em vários significados. Em um primeiro momento, acredita-se que os rituais representam um papel crucial na vida dos estudantes pois são transmissores de códigos culturais. Existe uma concepção na qual as escolas são “depositórios” para as manifestações e dimensões variadas dos processos ritualísticos e são intrínsecas aos eventos e transações da vida institucional, pois os rituais fazem parte da tessitura da cultura das mesmas. Desta forma, os rituais assumem dimensões e significados variados a partir do modo com que são conduzidos pelos professores e instituições. Para McLaren, os rituais representam a cultura, que segundo ele, é formada de rituais inter-relacionados e sistemas de rituais.

Nesse sentido McLaren (1991, p. 29) defende que: “ a representação teatral ritualística reflete o *modos operandi* do encontro pedagógico. “ Desta maneira, para situar os rituais na escola, ele considerava que era preciso analisá-los tanto nas características teatrais das lições diárias, assim como verificar o modo o qual operavam nas várias formas de adaptação e resistência dos alunos à essas instruções fornecidas pelo professor. Sendo assim, ao estudar o funcionamento desses rituais na escola, o autor os considerou como eventos que não expressavam somente a reprodução ideológica, mas produziam subjetividades em processos contraditórios e dialéticos. Para ele, os rituais servem tanto para disciplinar, administrar, limitar as atividades que os alunos trazem para as escolas, assim como para mostrar suas resistências que constituem a maneira que os alunos encontram para dignificar e afirmar as suas experiências de vida fora da escola.

Ao traçar um panorama geral da literatura que analisam os rituais na escola, McLaren considerou que a maioria dos trabalhos enfatizavam os rituais a partir de uma visão

funcionalista – estruturalista. Todavia, as análises de Connelly e Clandinin, citados por McLaren (1991, p. 58) concebiam os rituais escolares com uma função integradora dentro das instituições escolares, assim como as produções de Gehrke, igualmente citado por MacLaren (1991, p. 59), os quais consideravam que os rituais socializavam os alunos na ordem dominante das escolas, tendo também a função de acalmar os conflitos e promover harmonia entre os estudantes.

No caso da professora de Educação Infantil, os rituais que ela utilizava representam seu estilo pedagógico e a forma que ela encontrava para construir sua *práxis* no hospital, buscando integrar as crianças no universo e na simbologia daquela sala de aula. Na maioria das vezes, esses rituais eram bem recebidos pelas crianças e exerciam funções integradoras e harmoniosas.

5.3.7 As atividades

Após a roda de conversa inicial da aula, a professora re-arrumava as cadeirinhas e mesinhas em pequenos grupos. Ela separava as crianças em mesas e grupos, com idades aproximadas, com o intuito de reunir as crianças que já sabiam ler e escrever. Entretanto, essa era uma realidade que variava muito, pois poucas crianças tinham domínio dessas habilidades. Posteriormente a esta divisão de grupos, ela distribuía papéis e lápis pelas mesas e começava a escrever na lousa e ditar em voz alta o cabeçalho: “Escola no Hospital, Projeto Vida e Saúde e a data do dia”, pedindo para os alunos copiarem. Porém, muito pouco dos alunos eram alfabetizados e realizavam o que era solicitado.

Apesar das crianças gostarem do primeiro momento da aula, dos rituais desenvolvidos na roda de conversa, logo após eram desenvolvidas as atividades educativas voltadas para a questão da escrita. Quando as atividades eram de cópia para todas as crianças de idades e níveis de letramento variados, gerava-se uma certa ansiedade nas crianças que ainda não estavam alfabetizadas e, diante dos amigos e familiares demonstravam intimidadas ao não conseguir realizar a tarefa.

A metodologia utilizada pela professora, associada a um outro aspecto também evidenciado, que era a ausência de algumas mães e acompanhantes na sala junto com as crianças nos primeiros dias de internação, tinham impactos diferentes sobre as crianças. Tais fatos faziam com que algumas delas apresentassem diferentes reações e protestos como ansiedade, angústia e até mesmo de resistências as instruções da professora. Esses aspectos

foram considerados os mais evidentes na observação da *práxis* da professora da Educação Infantil no hospital, pelo fato de fazerem parte da política de sentidos daquele contexto.⁴¹

5.4 DESAFIOS DA EDUCAÇÃO INFANTIL NA ESCOLA NO HOSPITAL: A ADAPTAÇÃO DAS CRIANÇAS

Os primeiros dias de aula, para crianças que nunca freqüentaram pré escolas regulares, são marcados com muitas situações, tanto para os pais, quanto para os alunos. Por ser um período de sofrimento, a tensão e os choros tendem a ir desaparecendo, aos poucos, conforme as crianças vão se sentindo seguras e formando vínculos com o professor e seus pares. No caso da escola no hospital, as crianças de 0 a 6 anos muitas vezes não compreendem o contexto hospitalar com suas regras, símbolos e a diversidade de profissionais.

Nos primeiros dias de uma criança pequena na escola, para muitos, o choro determina as interações iniciais entre professores e alunos. Na escola do hospital, a presença do choro na sala de aula, não é um aspecto marcante, pois essa reação emocional é um elemento que se encontra predominantemente nas enfermarias. O espaço da sala de aula no hospital raramente é percebido pelas crianças como um ambiente ameaçador e desencadeador do choro. Mas, apesar de não ser cercado pelo sofrimento, a tensão não deixa de estar presente e perceptível. Ela não se manifesta através do choro, mas de outros elementos que determinam um estranhamento da criança para essa escola que se evidencia através das expressões faciais, corporais e suas narrativas.

Este período de adaptação da pré-escola foi descrito por Nunes (1995), em sua pesquisa na Escola Municipal de Educação Infantil no Estado de São Paulo (EMEI), que atendia crianças de 4 anos de idade. A autora analisou a chegada das crianças na escola quando elas tiveram que aprender a lidar com um conjunto de situações e elementos. Estes lhes exigiram condutas específicas para vivenciarem o ambiente diferenciado do familiar, o qual elas estavam acostumadas. A partir da perspectiva walloniana, estudou as reações apresentadas pelas crianças e pela professora que neste período:

Este clima de tensão emocional permeou os primeiros dias de aula. A preocupação da professora, contudo, era com o estabelecimento da rotina a ser seguida pela classe. Isto era muito difícil, pois as crianças estavam extremamente subjetivadas devido ao seu estado emocional, não se envolviam nem com o ambiente, nem com as pessoas, nem mesmo com seus

⁴¹ Foram gravadas em vídeo 12 aulas, com duração de 3 a 4 horas por aula, mas, para como o material era muito extenso para análise, foram necessárias realizações de alguns recortes.

pares. Em sua maioria, elas passavam a maior parte do tempo quietas, apreensivas, fazendo da carteira um refúgio ao qual se prendiam. A dificuldade para a realização das atividades, até as mais corriqueiras, parecia também estar ligada a uma incompreensão das solicitações feitas. Estas solicitações eram sempre coletivas, isto é, a professora se referia ao grupo todo e as crianças, quase sempre, não se percebiam como parte dele. Para que uma atividade fosse realizada, era preciso que a professora se dirigisse a cada criança em particular, dizendo-lhe o que fazer, com o que gastava mais tempo ainda para realizar aquelas atividades. Isto se dava porque a professora partia do princípio de que devia fazer com que todas as crianças agissem da mesma forma durante todo o tempo, e a isto tentava persuadi-los através do discurso (NUNES, 1995, p. 115)

No caso da escola no hospital foi possível verificar também, que as crianças estavam bastante subjetivadas nos primeiros dias de internação. Algumas crianças buscavam se envolver com a professora e seus pares e outras permaneciam bem quietas. Algumas crianças tinham dificuldades em realizar as atividades propostas pela professora, dificuldades estas que serão apresentadas na evolução dos episódios de aula e que analisei de forma detalhada.

5.4.1 A ansiedade de Irã

Irã era uma criança de 6 anos, tinha Hidrocefalia e estava há dois dias hospitalizado. Na aula, ele se mostrou impaciente em estar internado e também freqüentando a escola. Solicitou várias vezes minha ajuda durante a aula. A professora não fez objeção e pediu até mesmo, em alguns momentos, que eu o ajudasse. Era o meu primeiro dia com Irã e ele pareceu ter se afeiçoado a mim, portanto, procurei acolhê-lo.

Na aula do dia 04/04/2003⁴² a professora discutiu o tema adoção, presente no Planejamento Pedagógico daquela semana que correspondia a semana dos Direitos da Criança:

Neste dia a professora iniciou a aula perguntando às crianças se elas tinham dormido bem, depois perguntou o nome da escola e as crianças responderam “Escola no hospital”. Violeta perguntou às crianças sobre os amigos Gio e Dio e as outras crianças disseram que eles haviam ido embora, receberam alta. As crianças que participaram da aula foram: Mic, Ama, Lua, Ran, Irã, Cás, Yan, Ben, Gleí, Jaqu, Fer, Gei e Dav. Violeta começou a recortar papéis pequenos para escrever os nomes. Enquanto fazia os nomes, Ray, que estava com soro, pediu para a professora que queria ir ao banheiro: “fazer cocô”. A professora pediu ajuda para uma mãe levá-la, que assim o fez. Depois

⁴² Participaram da aula da Prof. Violeta, dia 04/04/2003 Crianças. Irã (6 anos, SSA, Jardim 1, hidrocefalia), Yan (2 anos, SSA, creche, síndrome infecciosa), Jac (6 anos, Candeias, 1ª série, pneumonia), Ama (6 anos, SSA, 1ª série, anemia), Mic (2 a, Serrinha, Creche, BCE), Mat (2 anos, SSA, não estava na escola, pneumonia e síndrome infecciosa), Ben (5 anos, SSA, Jardim 1, Anemia Falciforme)

Violeta encerrou esta atividade dos nomes e começou a cantar a música dos amigos. Posteriormente perguntou sobre o tempo e pediu às crianças para olharem na janela, assim como perguntou sobre os dias da semana, que as crianças não sabiam responder. Violeta fez revisão da aula anterior e depois cantou a música da janelinha e do amigo, a qual Irã cantou junto. Violeta perguntou por que abrir e fechar a janela e as crianças responderam que era para não cair chuva. Irã me chamou para ajudá-lo e fez birra que queria mudar de lugar. Violeta o ajudou e depois perguntou se as crianças conheciam a história do Peter Pan de orfanato e adoção e propôs escrever essas palavras com as crianças. Depois ela distribuiu papéis para os alunos e os dividiu em grupos de diferentes idades nas mesinhas.

No princípio da aula, na roda inicial, Irã cantou com a professora, mas depois começou a se movimentar impacientemente em sua cadeira e a se recusar a aceitar as atividades que a professora propunha. Choramando, me pediu para auxiliá-lo. Porém, como eu estava com a câmera, não consegui ajudá-lo naquele momento. A professora levantou-se, dirigiu-se até ele e o ajudou a mudar de lugar. A seguir, ela começou a fazer uma revisão da aula anterior e discutir brevemente com as crianças sobre a questão da adoção, mas não se aprofundou no assunto. Embora tenha procurado adaptar o tema à aula, buscando a história de Peter Pan, no entanto, ela se centrou na questão da escrita dessas palavras, que acabou não sendo realizada. Em princípio, ela forneceu a instrução para as crianças escreverem as palavras: orfanato, adoção e criança. Mas, em poucos minutos depois, ela forneceu outra instrução: distribuiu papéis, solicitou que as crianças o dividissem no meio, escrevessem somente de um lado do papel e escrevessem as palavras correspondentes ao cabeçário da escola. As crianças ficaram observando e não sabiam o que fazer:

A professora perguntou se as crianças lembravam da história do Peter Pan. Lua disse que lembrava. A professora comentou sobre algumas crianças que não tinham pai e nem mãe e que iriam morar, segundo ela no OR - FA.. Lua respondeu: Orfanato. Violeta: Que lá elas ficam esperando o que? Lua: Um pai. Violeta: Um pai e uma mãe prá fazê o quê? A-do.. Lua: Adotá. Violeta: Não foi? Então a gente vai escrever todas as palavrinhas: Orfanato, criança. Adoção. Que mais que a gente trabalhou? As crianças ficaram quietas. Lua você lembra? Então vamos escrever essas que a gente trabalhou essa semana e o que a gente for lembrando a gente vai escrevendo. Tá certo? Então vamô sentá na mesinha que a pró vai dar o papel e já com uma listinha. Ela vai colar o papelzinho aqui ó. Dividiu o papel no meio e falou: E a gente vai escrever aqui, tá certo? Vai escrever o cabeçário da escola, o nome, a data de hoje e o nome da gente, Tá certo? As crianças a observaram.

Inicialmente, Fer se recusou a escrever e chorou. A professora foi consolá-la. A criança se sentiu mais aliviada e voltou a escrever. Ben e Irã também se recusaram, porém Irã pediu minha ajuda. Procurei auxiliá-lo, na medida do possível, sem contestar a aula da professora e o ajudei a escrever as palavras da maneira que a professora solicitava.

O que era possível verificar é que a professora queria que as crianças executassem a atividade. Ela era muito centrada na escrita, preocupada com o grupo, e nesse processo, algumas vezes, acabava se esquecendo da individualidade de cada criança. Em alguns momentos, quando circulava pelas mesas, as auxiliava individualmente, mas algumas crianças pareciam se sentir incapazes de executar a tarefa proposta e resistiam a realizá-la:

As crianças estavam separadas em grupos nas mesinhas e já com os papéis nas mãos. Fer, uma criança maior, começou a chorar e disse que não ia escrever. A professora foi até ela, a acalmou e a incentivou a escrever. Fer se recompôs, parou de chorar e começou a prestar atenção na professora que foi até a lousa e começou a escrever na lousa dizendo bem alto e soletrando o nome da escola: E-S-C-0-LA. Depois apontou para Ben e disse: Escreva aí escola. Ben: Eu não sei. Ela se virou novamente para o quadro e disse: Vamô embora, Ben. E ele ficou com a cabeça deitada na mesa. Ela continuou soletrando e escrevendo no quadro: LE – A. Ben continuou com a cabeça deitada. Um amigo, que chegou depois e estava com roupa de cirurgia, o tocou com a mão, incentivando-o a escrever. Mas ele permaneceu com a cabeça deitada sobre a mesa. Violeta passou pelas mesas vendo o que as crianças escreveram e disse: Escola no hospital. Muito bem Rai. Escreveu? E ela se dirigiu a Irã. Ele começou a dizer choramingando: Não vou fazê não. Violeta: Eu te ajudo. Vamo fazê. Vamô embora. Ele começou a choramingar. Eu te ajudo e tentou pegar na mão dele. Depois ela passou a mão carinhosamente sobre sua cabeça e ele disse: Faça nós.. nós.. grande. Violeta: É o que? Irã: Faça nós de lá. Violeta disse a ele brincando: Nós grande? E você não é grande não é? Violeta: Te dei o lápis, vá. Você quer que a Ercília lhe ajude? Violeta: Quer? Você não disse que queria que ela te ajudasse hoje? Irã: É.. e ele disse que sim.

Quando fui auxiliar Irã, deixei a câmera em cima na mesa, pois não tinha tripé e coloquei de um modo que focasse Irã. O ajudei a copiar seu nome, segurei na sua mão e fui desenhando as letras com ele. Depois escrevi seu nome em letra de forma e pedi para ele copiar. Não me senti em uma situação confortável de estar fazendo aquela tarefa, mas queria incluir aquela criança na atividade, já que ele havia solicitado o meu apoio. Nesse mesmo tempo, a professora ajudou Ben a escrever ditando-lhe e soletrando seu nome na lousa. Nota-se que a professora não sabia ao certo se Irã já sabia escrever e, pelo seu tamanho, ela julgou que já soubesse. Irã, em princípio se recusou a realizar a atividade e pediu para que ela fosse observar os trabalhos “dos grande”. Ele percebia que a sala era dividida entre aqueles que sabiam escrever “os grande” e os que não sabiam. Depois de ter realizado suas garatujas, Irã voltou a me procurar para pedir minha aprovação sobre sua escrita. Mesmo mostrando seu dever de ponta cabeça lhe respondi que estava muito bom e que era melhor ele voltar para sua cadeira e fazer o que a professora solicitou. Ele voltou animado para seu lugar.

Após este momento, resolvi circular com a câmera entre as mesas para que Irã voltasse a procurar a professora a fim de evitar algum conflito ou situação de tensão na sala de

aula. Mas, uma outra criança de outra mesa, vendo minha aproximação, também pediu minha ajuda para escrever o N que ela não sabia. Desta vez, desliguei a câmera e fui ajudá-lo. É interessante observar que as crianças neste dia de aula, estavam me percebendo como professora. Portanto, fui assumindo esses papéis. As crianças queriam fazer a atividade, mas precisavam de ajuda pois a atividade era muito complexa. Existiam algumas mães que estavam na sala e ajudavam seus filhos, inclusive algumas até escrevendo por eles.

Um outro fato ocorrido também me chamou a atenção sobre Irã. Antes de começar a aula, ele havia conversado comigo sobre a história de sua escola de origem. Como ele estava tendo dificuldades naquele aula, me aproximei dele novamente e pedi para que repetisse o depoimento que havia me contado sobre sua história escolar. A impressão que tinha é que ele parecia estar em conflito consigo mesmo sobre em qual nível de escolaridade estava. Na sua escola de origem estava no Jardim I, mas na escola do hospital estava realizando as atividades do Jardim 2. Essas questões lhe pareciam confusas:

Ercília: O que a sua pró falou para sua mãe, para não pegar na sua mão?
 Como é que é? Irã: Éh.. Pra eu fazê o dever sozinho. Ercília: E por que sua mãe pega na sua mão? Irã: Prá eu fazê o dever. E minha mãe dizendo que eu tô Jardim 1. Agora tá.. ela dizendo Jardim 1. Agora mudou. Tô no Jardim 2.

É certo que muitas crianças que ficam enfermas, ou que têm patologias crônicas, acabam recebendo cuidados especiais, as vezes mesmo de super proteção de seus pais. Mas, neste caso, a impressão que tinha é que Irã percebia que algo estava diferente na escola no hospital, que ele não conseguia entender. Ele também estava no limiar entre realizar a atividade sozinho, de forma autônoma, ou com ajuda de outra pessoa.

A Zona de Desenvolvimento Proximal (ZPD) proposta por Vygotsky (1989), na qual uma pessoa mais experiente auxilia a outra a internalizar os símbolos da escrita, estava sendo importante para Irã naquele momento, pois ele pedia ajuda, o que demonstrava que ele ainda não havia entendido o mecanismo da escrita e não sabia como realizá-lo de forma solitária. Seu nível de desenvolvimento real ainda não lhe permitia solucionar sozinho aqueles problemas com a escrita, por isso precisava de ajuda de alguém potencialmente mais capaz para poder internalizar aquela função.

Vygotsky (1989, p. 64) considerava que a transformação de atividades que utilizam signos e a realização da operação externa que depois era reconstruída internamente, era de particular importância para o desenvolvimento dos processos mentais superiores. Também enfatizava a importância da ajuda do parceiro potencialmente mais experiente para

auxiliar as pessoas neste processo de construção e reconstrução desses signos na construção de conhecimentos.

Irã, através de suas resistências, demonstrava que ainda não tinha compreendido esse modo de operacionalização da escrita e percebia que as atividades eram muito complexas para ele.

Dando seqüência a aula, o que se podia observar é que as crianças não estavam concentradas na cópia do cabeçalho, atividade esta proposta pela professora. Ben estava copiando seu nome do crachá, Irã começou a mexer na gaveta que tinha na mesa e Rai avisava insistentemente que a comida havia chegado e que já era hora do almoço.

A professora disse que não era hora da refeição e continuou a circular pelas mesas ajudando as crianças a escreverem. Depois propôs uma atividade mais complexa de escrever sem olhar para o quadro. Irã perguntou à professora se ele precisava fazer. Em princípio ela disse que não, mas depois foi até ele e perguntou se ele havia escrito. Ele pegou a folha da amiga, Rai, (onde estava escrito o nome dela) e mostrou para a professora, como se fosse ele que tivesse escrito. A professora corrigiu sua atitude e depois pediu para ele escrever a letra c da palavra criança. Irã não entendeu a instrução e falou que já havia escrito seu nome, mas a professora queria que ele escrevesse a letra c. Ele escreveu uma garatuja no seu papel e a professora concordou. Ele ficou motivado em poder participar deste movimento da aula e pediu mais letras para escrever:

Irã me perguntou: E agora? Fazê o que? Ercília: Eu pedi a ele: Agora, continua escrevendo do teu jeito, com a sua letra. Ele se posicionou na sua cadeira e tentou escrever. Violeta perguntou quem havia estado na aula naquela semana. Ele respondeu que estava e voltou a prestar atenção no que a professora começou a falar sobre os assuntos tratados a respeito das crianças órfãs. Depois ela começou a circular pelas mesas falando: Crianças: Agora cada um tentando escrever sem olhar o da pró no quadro. A criança com roupão de cirurgia diz: Eu olhei e fiz. Violeta: Mas a gente vai fazê agora sem olhar no quadro. Tentar escrever sem olhar o da pró, ta certo? Irã lhe perguntou: Eu também é pro? Eu também? Violeta: Não escutou. Depois foi para o quadro: Vamô tentá escrever sem olha o da pró? Depois ela foi até Fer, ajudá-la. Irã começou a apagar o que Rai havia escrito, enquanto Violeta estava no quadro pedindo para as crianças localizarem no abecedário a letra c do cachorrinho para escrever a palavra criança. Violeta disse: Criança começa com essa letra. Pode escrever Nanda. Depois é que foi até Irã e disse: Achou Irã a letra? Ele pegou o papel da amiga e Violeta disse: Esse é o de Rai. Violeta: Ó essa letra aqui. Faça aqui em baixo. Irã: Mas eu fiz já meu nome. Violeta: Não não é essa daqui não. É essa aqui, óh. Igualzinha essa que você fez. Pronto. C... E Irã fez suas garatujas. Ela saiu e falou: Agora letra do Ratinho. Irã ficou feliz pela atenção da professora. Olhou para mim e disse: Já fiz. Eu me aproximei, olhei suas garatujas e falei: Olha que legal. Ele disse: Agora outra. Ercília: Agora é a letra do ratinho. E ele se posicionou e foi tentar fazer. Depois, como não sabia, se dispersou novamente puxando a cadeira que estava apoiando o pé enfaixado de Rai

que ficou muito brava. Ele pediu para a professora alguma coisa que ela não entendeu e foi separá-lo do conflito com Rai.

Nota-se que novamente Irã pediu minha aprovação e ajuda. Solicitei, nos moldes da professora, para ele fazer o R do Ratinho, mas ele não sabia como fazer e novamente se dispersou. O que foi possível observar dessas aulas é que as crianças não sabiam como se comportar e o que fazer. Queriam participar, mas não sabiam como e acabavam se desinteressando e começando a explorar os objetos da sala, a criar conflitos com outras crianças ou mesmo esperar passivamente pela professora.

Quando Oliveira afirma que o trabalho com criança pequena é uma tarefa exigente e requer do professor conhecer suas etapas do desenvolvimento, é necessário saber também adequar as atividades para que as crianças se sintam capazes de realizá-las, pois em muitos casos, as crianças são extremamente dependentes dos adultos. Essa incompreensão do professor, segundo Oliveira (2002, p. 14) “[...] pode levar a criança a experimentar uma sensação de abandono, levando-a diminuir sua participação nas atividades como forma de defesa.”

Como é possível verificar, nesta etapa da pesquisa, a professora dedicava muito tempo na realização da escrita do cabeçalho, sendo que ela poderia propor outras atividades para discutir a questão da adoção e dos direitos da criança como por exemplo: dialogar com as crianças sobre as condições de vida das crianças de classes populares, usar revistas para procurar figuras de crianças abandonadas ou mesmo discutir a representação das crianças nas revistas, fazer colagens, pinturas, desenhos que fossem significativas e relacionadas ao tema da aula, fazendo com que as crianças se sentissem mais à vontade para exporem suas opiniões e motivadas para com a escrita.

5.4.2 A tensão de Ana

Ana era uma criança que estava freqüentando a sala de aula na enfermaria pela primeira vez no dia 28/07/03⁴³. Ela tinha 5 anos e havia sido internada no dia anterior para

⁴³ Crianças da aula do dia 28/07/2003. Profa. Violeta. Ana (5 anos, Jardim 1, SSA, Cirurgia de correção da visão) Gis (6 anos, Alfabetização, Pojuca, Calazar), Wel (3 anos, não estudava, Campo Formoso, Abcesso no pescoço), Gab (2 anos, Maternal, Teresina, Rotavírus), Ped (3 anos, Jardim 1, Teresina, Rotavírus), Mat (7 anos, 1ª série, SSA, Cirurgia do ouvido-surdez) Wag (5 anos, Jardim 2, Teresina, Rotavírus), Vin (3 anos, não tinha escola no povoado, Camacam, biópsia mecacolo), Tai (5 anos, Alfabetização, Barro Barnco, Amigdalite), Mic (6 anos, Jardim 3, SSA, Abcesso no pescoço)

fazer uma cirurgia de correção na visão. Para ela, o hospital, a professora, a sala de aula, os amigos, tudo parecia expressar muita novidade. Ana mostrou-se falante desde o princípio da aula e contestava as ações que ocorriam naquele contexto. Em suas narrativas, pode-se observar que, durante a aula estava bastante tensa, desconfiando das pessoas que estavam a seu redor e suas emoções voltavam-se para falar e participar dos rituais e atividades solicitadas, do seu jeito. No final da aula, Ana já estava bem mais tranqüila e confiante.

Como normalmente fazia, a professora começou a aula perguntando se as crianças a conheciam e sabiam qual era a sua função no hospital. Algumas crianças responderam que já a conheciam e sabiam que era professora. Com os mesmos rituais, ela pediu para as crianças se apresentarem e mostrou os crachás na parede. Depois fez a chamada e apontou para um cartaz que havia feito com os alunos sobre meios de comunicação, (aquela era a semana da comunicação). Neste cartaz, foram coladas figuras de revistas de rádio, televisão, celular, telefone, computador e cartas. As crianças começaram a dizer o que tinha no cartaz e suas respectivas funções. Após esta atividade, a professora propôs uma brincadeira. Uma criança, Mat, inicialmente recusou-se a brincar dizendo à professora que iria operar, que estava de Dieta Zero, por isso não poderia participar da brincadeira. A professora disse que também estava de dieta zero, assim como Ana:

Violeta: Vamos fazer uma brincadeira legal. A gente vai descobrir um segredo. O que foi que sumiu. Como a gente vai fazer? Vai escolher um coleguinha que vai sair da sala. Mas antes dele sair, a gente tem que olhar ele todinho, da pontinha do cabelo até a ponta do dedo (e mostrou esses lugares com a mão). Vai ver tudo o que ele tem: a cor do cabelo, o sapato, as mãos, viu? Mat disse que não iria. Violeta: Você não vai por que? Mat: Por que eu vou operar. Violeta: Você está de dieta zero? Violeta: Está igual a mim de dieta zero? Então somos nós dois Mat. Ana disse: E eu também tô.

O momento em que a professora iniciou a aula, aproximadamente 10:00 horas da manhã, coincidiu com o horário do lanche das crianças. Normalmente os lanches eram servidos nas enfermarias, mas neste dia foi servido na sala de aula e, para as crianças que não podiam comer pois iriam fazer a cirurgia, aquela situação se tornou um verdadeiro martírio. A professora procurou suavizar esse momento cantando a música do lanche com as crianças, sendo auxiliada por Ana. Mas a professora percebeu que as crianças de Dieta Zero estavam fragilizadas e aproveitou o momento para explicar as razões das crianças não poderem se alimentar antes da cirurgia. Neste caso pode-se observar que o currículo no hospital é construído em uma rede complexa de intervenções, dentre essas, o drama da dieta zero que faz parte da política de sentido deste contexto.

A professora, relatou que depois de ter vivenciado essa mesma situação da dieta zero com várias outras crianças, tanto ela como a outra professora, começaram a ajudar a equipe médica na orientação das mesmas. As crianças escutavam a palavra das professoras no hospital as quais tinham uma boa aceitação, pelo fato de serem percebidas como pessoas que sabiam explicar, ensinar. Para muitos, eram consideradas como autoridades.

Neste dia, Violeta estava brincando mais com as crianças e procurando adequar sua fala a linguagem delas, sem deixar de repassar as informações. Fez um papel de professora orientadora, ajudando, apoiando as crianças a resistirem a tentação de comer e também ensinando porque não podiam se alimentar, demonstrando uma concepção de que as crianças eram capazes de entender seu tratamento para poderem colaborar.

As crianças estavam sentadas nas cadeirinhas. Algumas lanchando e as que estavam em DIETA ZERO só olhando com carinha de fome. Violeta se agachou perto das crianças e disse: Deixo dizer uma coisa aqui. Deixo conversar uma coisa aqui. Tem duas, tem três pessoas aqui que não estão podendo lanchar. Quem sabe quem são? Ped disse apontando para as crianças certas: Ele, ela e.. (Mat, Ana) Ana disse: E a pró. Violeta disse sorrindo: E a pró. Uma criança disse: E ela. Violeta: Gis não, Gis está lanchando. Violeta: A pró também está de Dieta Zero, bem zero, zero zero. Ana e Mat vão fazer cirurgia. Não é isso? Não é cirurgia? Falou para Ana que balançou a cabeça positivamente concordando com a professora. Olhou para Mateus e disse: Não é cirurgia Mat? Ele disse: É. Violeta: Vocês sabem porque vocês não podem lanchar? Por que? Sabe? Ana balançou a cabeça que sim e disse: Porque vai fazê cerurgia. (ela falou a sua maneira). Violeta: Ah, mas por que? Quem sabe? Quem sabe por que? Quem já ficou de dieta zero aqui? Pedro comendo uma banana levantou o dedo e disse: Eu já pró. Violeta lhe apontou dizendo: Você já ficou? Mateus: Eu já. Violeta: Você já ficou uma vez, é verdade. Ana: Eu não pró. Eu não pró. Violeta olhou para Ana e disse: Agora é a primeira vez, né? Uma criança disse: E eu não. Violeta: E você, Gis, já ficou? Não? O Wel já ficou? Não já, mamãe? Mãe: É. Da outra vez. Violeta: A gente não tá podendo comer agora porque a gente.. eles vão fazer cirurgia. Ana (bem ansiosa perguntou bem alto): **Ó pró, você amanhã.. você vai vim, pró?** Violeta: Venho.

Ana estava bem atenta e participativa na exposição da professora, mas, de repente, em sua fala, ela fez uma pergunta como se não estivesse participando do movimento da aula, o que Bakhtin denomina de metanarrativa. Bakhtin analisou o uso das palavras na comunicação discursiva e mostrou que as palavras têm expressividade, são instrumentos da consciência e que a experiência discursiva individual de cada pessoa se desenvolve em uma constante interação com os enunciados alheios.

Para Bakhtin (*apud* FREITAS, 1996, p. 137) : “ um enunciado está cheio de matizes dialógicos e nosso próprio pensamento é constituído nessa interação dialógica com pensamentos alheios”.

Desta forma, toda enunciação é um diálogo e as enunciações não existem isoladas, elas estão em uma cadeia. O enunciado é apenas um elo na cadeia e só pode ser compreendido no interior desta cadeia. Sendo assim, é preciso compreender a linguagem a partir do contexto em que se localiza e perceber que a sua significação varia conforme os momentos vividos das pessoas. Quando a escola desvincula a palavra de seus contextos trata a linguagem como um sistema de normas e como se as palavras fossem neutras. Bakhtin defendia a importância da polifonia em oposição ao monologismo uma vez que na polifonia são vários os sentidos das palavras expressos em oposição a leituras com sentidos direcionados.

Nesta fala de Ana foi possível observar em seu enunciado, que embora estivesse participando da aula, respondendo ativamente as perguntas da professora, ela também estava preocupada e tensa em relação ao contexto pré cirúrgico no qual estava imersa. Todos esses aspectos, associados aos fatos que Ana estava assistindo a aula sozinha, pois sua mãe estava na enfermaria, desencadearam sua dúvida se a professora, ou alguém, estaria ali para recebê-la quando voltasse da cirurgia. A ausência de sua mãe pode ter gerado sentimentos de abandono e necessidade de estabelecimento de vínculos fortes com a professora, por isso a necessidade de confirmar e garantir sua presença acolhedora no hospital.

Como já foi explicitado anteriormente, os estudos de Robertson (*apud* BOWLBY, 1995) auxiliam a compreender as fases que a criança enfrenta na hospitalização após a separação dos pais: a fase do protesto, desespero e desapego. No caso de Ana, pode-se verificar que ela estava procurando investir em um vínculo intenso com a professora sem saber ao certo quem ela representava. Ana tinha dúvidas se ela era professora ou médica, se ela estava ali todos os dias ou era um profissional de rodízio (de plantão), como ocorre com outros profissionais no hospital. Entretanto, Ana demonstrava que estava confiante na professora que era um pessoa que podia lhe ajudar diante de sua inexperiência com aquelas novas situações.

Neste episódio foi possível observar que a professora respondeu rapidamente a pergunta de Ana, dizendo-lhe que estaria no hospital, mas considerou a pergunta natural e continuou suas explicações sobre a Dieta Zero. Entretanto, poucos minutos depois, Ana voltou a perguntar até quando a professora estaria ali:

Violeta continuou explicando: E prá fazer a cirurgia tem que tomar um remédio chamado anestesia. Olhou para Mat e perguntou: Já ouviu falar de anestesia? Mat: Não. Ana: Já. Violeta: Já ouviu falar em anestesia? Já tomou esse remédio? Depois Mat balançou a cabeça afirmativamente. Anestesia. Esse remédio vai fazer a gente óh.. (fechou as mãos e colocou a mão na bochecha fingindo que estava dormindo e roncando). Prá não sentir dor. Não sentir nada na cirurgia. A gente vai dormir. Não vai nem sentir que está

fazendo cirurgia. Ana a observava atentamente. Violeta: Então, quando a gente toma esse remédio, o remédio vai prô estômago e a gente não pode estar com nada no estômago, nada na barriga. Nem comida, nem suco, nem água, nem biscoito. Nada. Ana: E nem banana (que havia sido o lanche dos amigos ao seu lado). Violeta: Nem banana, nada. Sabe por que? Se a gente vai tomar um remédio prá dormir e vai fazer a cirurgia, se a gente for beber água, beber suco, comer alguma coisa, vai dar vontade de fazer xixi ... e Ana complementou: Toda hora. Violeta: Vai dar vontade de fazer cocô. E na hora da cirurgia. Já pensou? Os médicos todos lá e você dormindo porque tomou a anestesia e dá vontade de fazer, não dá nem prá se segurar...Quando chega na mesa da cirurgia, óh.. xxxxiiii e (fez um gesto com a mão para frente com se o xixi estivesse se espalhando..) faz xixi na mesa dos médicos, faz xixi em todo mundo. Já pensou? Que vexame (põe as mãos no rosto) oh...e Ana deu muita risada (esboçando relaxar). Violeta: Então a gente não comer nada por causa deste remédio chamado anestesia. E depois, se comer, quando tomar o remédio faz fuuu (e mostrou um movimento de vômito), vai botá tudo prá fora, vai vomitar. É por isso que a gente não pode comer nada. **AGORA** (falou frisando). Depois que voltá, aí come. Violeta: Combinado? Mat balançou a cabeça afirmativamente. Ana (**continuava ansiosa**) e **perguntou a Violeta: Você vai ficar aqui até que horas? Violeta: Vou ficar até de tarde.** Aí quando você voltar e Mat voltar , ai come eu, você e Mat. Ana: Tá. Violeta: Tá certo? Combinado assim? Ana balançou a cabeça afirmativamente. Mat explicou: De tarde vai se ... Violeta não entendeu: De tarde vai o que? Mat: Botá isso aqui ó (e apontou o amigo que estava com soro) Violeta: Vai botá o soro? E ele balançou a cabeça afirmativamente. Ana disse: Só ele vai botá. Eu não porque eu já botei. Violeta: Ja botô? Ana: Já.

A professora continuou a explicação e Ana foi se acalmando. Nota-se também que Mat explicou aos amigos e a professora que quando voltasse da cirurgia, ele iria ter que colocar o soro, pois já havia passado por essa situação anteriormente, que é um procedimento natural após as cirurgias. Pode-se verificar que as crianças também ensinam aos professores sobre os sentidos do contexto, mesmo que não saibam denominar os nomes dos objetos dolorosos.

Após terminar o lanche, para as crianças que puderam se alimentar, a professora começou a explicar os objetivos da brincadeira. A professora propôs para Mat sair para se esconder do grupo. Inicialmente ele resistiu. Violeta iniciou falando da instrução do jogo:

Violeta: A gente vai descobri o que é que tem de diferente nele. Depois ele aceitou. Ana logo foi dizendo: O cabelo dele. Violeta: Pera aí. E pediu para Mat se levantar. Violeta: Todo mundo olha o Mat. Olha bem Mat. O cabelo, o olho, o nariz, a orelha, a roupa de Mat, o sapato de Mat. Olhe como é que está o sapato de Mat. Ana: Tá velho.

Pode-se verificar que Ana continuava ansiosa e falante. Quando a professora pediu para as crianças observarem o colega, Ana com toda a sua honestidade e ingenuidade infantil, disse que o sapato do amigo estava velho, mas a professora não discutiu esse conceito

com as crianças. No currículo para crianças pequenas também é possível discutir padrões socialmente impostos. A professora ignorou a fala de Ana e continuou centrada em explicar as regras da brincadeira.

No episódio novamente reapareceu a tensão de Ana. Embora aparentemente extrovertida, ela demonstrava estar ansiosa com a sua hospitalização. Estava incomodada com a ausência da mãe, com os acontecimentos que estavam ocorrendo, e também a presença da câmara e da “professora- pesquisadora” que lhe era estranha. Todos esses aspectos unidos, assim como sua lógica operatório concreta, na perspectiva piagetiana, começavam a se manifestar e Ana estava bastante apreensiva. Quando a professora disse que iria sair com o amigo Mat (aquela criança que, assim como ela, também iria fazer cirurgia e estava em dieta zero), Ana mostrou-se preocupada em saber para onde a professora e o amigo iriam.

Violeta continuou a instrução às crianças dizendo: Todo mundo tá olhando bem Mat? Mat vai sair com a pró. Quando Mat voltar, a gente vai descobrir em Mat o que é que Mat tem de diferente. Ana: E vai saí prá onde? Violeta: Vai ficar aqui fora com a pró. Violeta: Vai ter algumas coisas. Ana: Qual pró? E depois apontou para mim e para Violeta para saber com quem iria ficar. Violeta disse: Comigo. Ana falou contestando: Ah, pró.. e se balançou na cadeira como se quisesse ir também com a professora e não ficar na sala. Violeta: Escute. É rápido. Dois minutinhos. Então quando Mat voltar com a pró, a gente vai descobrir o que é que de diferente tá em Mat. Certo? Ped apontou o braço do seu soro dizendo: Aqui.. Violeta: Presta atenção. Não saímos ainda. Pera aí um pouquinho.. E Violeta saiu, voltando dali a alguns minutos. Ana prestou atenção na professora e permaneceu quietinha aguardando o retorno de ambos.

Ana, naquele ambiente estranho poderia estar se perguntando: Para onde eles iriam? Com quem ela ficaria na sala de aula? Ela iria ficar sozinha? Com uma professora? Com os amigos os quais não conhecia direito? Quem era aquela pessoa com a câmara? O que a professora e o amigo verdadeiramente iriam fazer? Seria mesmo uma brincadeira? O que poderia lhe acontecer naquela sala ali, sozinha? E se fossem buscá-la para a cirurgia?

Esse episódio possibilita refletir o fato de que Ana estivesse pensando com sua lógica infantil as associações com sua vida, pois, se o amigo que também estava em jejum, também iria fazer cirurgia e iria se retirar com a professora, por que ela também não poderia? A impressão deste acontecimento é que Ana desejava “fugir” daquela sala e da situação pré cirúrgica com o amigo e a professora. Muitas dessas questões poderiam ter passado pelo pensamento daquela criança que se mostrava apreensiva e desconfiada das pessoas ao seu redor. A minha presença e câmara também lhe causavam um certo estranhamento. Ana havia me conhecido aquele dia como professora. Embora tivesse procurado me aproximar, ainda

não tínhamos estreitado nossos vínculos, diferentemente de Irã que rapidamente se afeiçoou a mim.

Aquele era o segundo dia de Ana no hospital e, por mais que o ambiente fosse afetivo e que ela parecesse tranqüila, esses pequenos recortes de suas narrativas, esboçavam que não existia uma entrega total na brincadeira. A tensão estava presente em questionamentos como: Para onde vai essa professora que está me agradando neste ambiente que pode me ferir? Para onde ela vai levar o aluno, que não é só aluno, é também “paciente”? Quem sou eu? Que papel estou exercendo? De aluno, de “paciente” ou as duas coisas? Que papéis são esses que tenho que assumir e não estou acostumada? Quais são as regras dessa brincadeira e desse lugar? A regra da dor ou da diversão? Quem são essas pessoas? Ela é minha médica ou professora? Onde está minha mãe?

As pessoas tem vivências subjetivas dos espaços, pois eles definem formas de relações e regras. Para muitos, o hospital e a escola tem características distintas. Embora as novas gerações estejam crescendo com valores onde os espaços não são hermeticamente determinados, algumas crianças ainda não compreendem bem as regras e simbologias desses novos espaços híbridos que estão emergindo e integrando diferentes áreas.

Não é possível saber o que as crianças sentem quando estão internadas, nem mesmo o que pensam, mas é possível perceber seus medos através de suas falas, gestos, reações de insegurança e elaboração de possíveis fantasmas e fantasias, expressões estas que desencadeiam ansiedade. As crianças pequenas mostram o que têm a dizer através de diferentes formas de comunicação e reações emocionais.

Para Wallon (1995) o medo tem suas origens ligadas a sensibilidade orgânica e ao equilíbrio. Ele aparece quando a pessoa encontra-se em um estado de incerteza que provoca desequilíbrios e, à medida que o medo se prolonga, ele vai provocando um estado de tensão tônica, uma desordem postural que vai se transformando em angústia.

Quando estudei reações de medo de crianças diante da injeção e de procedimentos pré-cirúrgicos, no hospital que trabalhei em São Luís do Maranhão, constatei que o medo da violação do corpo e da morte para crianças pequenas era algo que lhes causa muito temor. Publiquei este trabalho no artigo “Ai que medo de injeção”, Paula (2004), onde discuto a necessidade dos profissionais de saúde e educação que lidam com essas crianças, terem equilíbrio para explicar os procedimentos médicos que serão realizados, dosando as informações, nem explicando demais, para não superdimensionar seus fantasmas; nem enganando-as, para que não se sintam traídas.

É comum muitos pais e profissionais negociarem com as crianças pequenas suas participações no tratamento. Alguns pais prometem recompensas para irem ao médico ou quando são hospitalizadas. Em determinados momentos, essas negociações são necessárias porque as crianças precisam de fantasias, mas, quando muitas dessas promessas não são cumpridas, as crianças se sentem ludibriadas. Nos casos em que as doenças são crônicas, elas precisam ser informadas sobre a situação na qual se encontram. Mas muitos pais acabam não conseguindo sustentar por muito tempo as negociações e “barganhas mercadológicas” utilizadas com essas crianças.

No caso de Ana, suas ações demonstravam que ela não estava entendendo ao certo se as atividades da professora eram brincadeiras ou se ela estava sendo enganada. Ana estava atenta o tempo todo nas questões da hospitalização e parecia não conseguir distinguir o real da fantasia.

É preciso considerar que nesse momento de adaptação da criança ao hospital muitas novidades estão presentes nesse ambiente desconhecido, como os objetos (soro, injeção, agulhas) e as próprias regras e seus significados (dieta zero, convivência coletiva nas enfermarias, dentre outras). Nesse sentido, o professor precisa compreender o processo de construção do conhecimento da criança sobre a lógica deste lugar e lhe auxiliar oferecendo segurança para que a criança se sinta confortável. Desta forma, conhecimentos sobre o comportamento infantil e sobre reações das crianças à hospitalização são significativos para que o professor construa os seus métodos e as estratégias que vai adotar para com essas crianças.

Este caso de Ana chamou a atenção, tanto para os profissionais de saúde, como para os professores e os próprios pais das crianças hospitalizadas no sentido que, nessas negociações para o tratamento é preciso ficar atento para não enganá-las o tempo todo pois elas constroem seus significados particulares a partir dos vários diálogos e enunciados que participam. Dessa maneira, ações enganosas podem contribuir para dificultar o tratamento.

No caso da dieta zero, a professora explicou de forma competente e com uma linguagem adaptada às crianças o que iria ocorrer. As crianças, por sua vez, solicitavam informações verdadeiras. É preciso considerar também a necessidade da existência de uma linguagem comum entre os profissionais que atuam nos hospitais. As crianças ao conviverem com informações discordantes, ficam em dúvida sobre o que realmente irá acontecer com suas vidas, seus corpos, o que pode gerar ansiedade, medo e, em alguns casos, pânico. Se alguns profissionais lhes dizem que não irão sofrer mas outros reforçam o temor quando as crianças recebem “agulhadas doloridas”, não saberão em quem acreditar em uma outra vez que

necessitarem desses procedimentos. Dessa forma, é importante que o professor tenha uma atitude de mostrar a diversidade de reações das crianças nos momentos mais simples explicando que algumas crianças sofrem mais, outros menos e que cada um reage de uma forma, mostrando o quadro amplo e diversificado do contexto hospitalar.

Retomando as questões abordadas nesta aula, a professora, após se retirar da sala e voltar com Mat, com algumas alterações na sua roupa, pediu para que as crianças observassem o amigo e dissessem o que havia sido modificado. As crianças participaram ativamente e se sentiram capazes, mostrando-se boas observadoras:

Depois de um tempo, Violeta trouxe Mat e disse: Mat chegou. Olhem prá Mat, Olhem pra Mat, o que é que ele tem de diferente? Mat ficou todo sorridente. Crianças: A roupa. Violeta: O que é que tem a roupa? Tá diferente como a roupa dele? Ped: Os boneco. Violeta: Os bonequinhos? (os bonequinhos eram os desenhos de Irmã Dulce na roupa). Alguém percebeu alguma coisa na roupa? Tai: O calção. Violeta: O calção dele está assim por dentro e estava por fora... e as crianças foram apontando muito felizes as diferenças: o anel, o relógio, a sandália aberta

Após essa brincadeira, a professora sentou perto das crianças e começou a anunciar que iria contar a história da “Fada Cisco Quase Nada” de Sílvia Ortoff. Pediu para as crianças cantarem a música antes da história e, neste momento, Ana demarcou sua posição de iniciante naquele ritual:

Violeta se levantou da cadeira e falou que ia pegar uma coisa só ali. Ana disse. Eba. Eba. Quando Violeta trouxe uma flor de papel, ela faz carinha de espanto. Ohhhh.. (parece que ela ficava observando tudo para ver o que ia acontecer) Violeta: Tem uma música da historinha. Quem lembra da música? Ana demarcou sua posição de aluna iniciante: Eu não. Violeta começou a música da história” E agora minha gente, uma história em vou contar.. Ana aprendeu a musica rapidinho, cantou e participou ativamente com os gestos.

Depois, quando Violeta disse o nome da história, Ana logo se apressou a perguntar:

Violeta disse. O nome da história é “Fada cisco quase nada” e rapidamente Ana perguntou: Então ela não tem pé? Violeta: Será? Olha ela aqui e mostrou a Fada cisco. Uma fadinha bem pequena que morava dentro de uma flor e que tinha pés.

Esta dúvida de Ana talvez tenha surgido porque nesta aula ocorreu um fato que a deve ter impressionado. Na aula, dentre um dos seus companheiros de sala, estava uma criança bem pequena com lábio leporino e uma deformidade física bem visível. Entre o lábio e a boca existia uma abertura muito grande, uma espécie de mutilação que esteticamente causava uma sensação estranha para quem observava. Quando vi essa criança pela primeira vez, também fiquei impressionada, mas aos poucos, aquela criança foi me cativando com seu

jeito quieto, meigo e observador e passei a admirá-la. Esteticamente não é o que estamos acostumados a ver. É sabido que nos hospitais existem muitas crianças que em alguns casos, fogem dos padrões estéticos das crianças consideradas “normais”. Algumas crianças quando são hospitalizadas encontram nas enfermarias parceiros que foram mutilados, queimados, crianças desnutridas, entre várias outras patologias com deformidades diversas. Esses aspectos podem levar as crianças, consideradas esteticamente “normais”, começarem a repensar sobre essas diferenças que muitas vezes não aparecem na sociedade, assim como nas próprias escolas, pois muitas destas crianças ainda são escondidas ou mesmo não vão para as escolas pelo temor que têm da segregação. As enfermarias e as salas de aulas nos hospitais são os ambientes de encontros e confrontos com essas realidades.

Naquele dia, a narrativa de Ana sobre a mutilação dos pés da “Fada Cisco” parecia demonstrar que ela estava começando a pensar, a seu modo, sobre as diferenças entre os homens. É possível que ela estivesse pensando sobre o que é ter tudo, um ser completo e não ter nada ou quase nada, um ser incompleto, uma “Fada que é um Cisco”, uma “Fada que não é Quase Nada”?

Ana começou a notar a diferença física presente entre os homens e trouxe a discussão para a aula do que é um ser completo, a partir de um simples título de uma história infantil. Para ela, “Fada Cisco Quase Nada” era uma fada incompleta, sem os pés. Esta “não” estética das pessoas, vivenciada na enfermaria, trouxe para aquela criança elementos para refletir sobre o que era um ser que tem tudo e aquele ser que era “quase nada”. Para Ana, ser quase nada, era aquela pessoa que não tinha a base, um ser mutilado, que não tinha pés. Ela começou a pensar e construir as diferenças a partir do que não era estético, nos levando a pensar sobre como é viver com essa pretensa completude e a incompletude humana.

A narrativa de Ana mostra que a sala de aula no hospital é um desafio da diversidade e também da multiculturalidade, tanto para o professor, como para as crianças. É preciso trabalhar com as diferenças, assim como com os padrões culturais e de valores sobre a complexidade do que é estético e não estético. Existia uma outra estética das pessoas naquele lugar. Assim como existia o esteticamente considerado “não belo”, o embelezamento também fazia parte do cotidiano daquelas crianças, pois cada vez mais, o hospital procurava formas de trazer uma nova estética para as crianças hospitalizadas como por exemplo: trazendo gorrinhos coloridos para as crianças sem cabelo, pijamas enfeitados do hospital que combinavam com os acessórios que as crianças colocavam, brilhos, trancinhas, terêrs, batons, esmaltes, dentre vários outros enfeites, tudo para trazer um embelezamento para as enfermarias. Mas, a questão estética do currículo da sala de aula extrapolava as questões da

aparências e do belo. Era uma construção e reconstrução constante a partir do que não era estético existindo uma relação dialética entre a valorização da aparência, como também da aceitação e respeito das pessoas na condição em que se encontravam. A questão da estética era perpassada pela sensibilidade.

Após esta observação de Ana sobre a “Fada Cisco Quase Nada”, a professora começou a contar a história:

Em uma floresta bonita morava uma pessoa bem pequenina na rosa da cor desbotada morava uma pessoinha e Violeta mostrou a rosa de papel para as crianças. Na Fada Cisco Quase Nada só se pode entrar no cheiro da rosa. A professora cheirou e passou para as crianças cheirarem. Depois continuou: E só pode entrar na rosa quem sentir o cheiro da rosa que for bem pequeno ou se for vovô e vovó. Ana disse: Você diz que a flor é cheirosa. Você que botô perfume (ela estava desconfiada). Violeta sorriu e disse: Eu não botei perfume. Ela é uma rosa cheirosa assim mesmo. É porque é uma rosa encantada e só se abre prá quem quer conhecer a fada. Violeta perguntou: quem quer entrar pela rosa para conhecer a morada da Fada cisco? As crianças responderam em coro: Eu...Depois a professora mostrou no livro a casa cor de rosa da fada e mostrou os meios de comunicação que estavam lá dentro. Em um determinado momento da história, Ana perguntou: Ela veio aqui, foi? Cadê ela? Violeta mostrou a rosa falando que a fada estava lá dentro. Ana se levantou para ver. (nesse momento ela estava com soro que a enfermeira havia colocado, mas se esqueceu do soro e quase se machucou. Eu a observei e fiquei desesperada dizendo: Olha o soro.. o soro e a professora foi ajudá-la. Depois continuou contando a história. As crianças começaram a observar os meios de comunicação que existiam na história no livro. Posteriormente, a professora mostrou nas ilustrações a comida que a fada guardava na geladeira e que dormia em uma cama que era uma pétala de violeta. De vez em quando, a fada saía do quarto e ia brincar no quarto das crianças bagunçando tudo. Por isso, a moral da história era que: se um dia as crianças crescerem e ficarem com o quarto desarrumado, é para lembrar que a fada passou por ali.

Esta passagem da aula demonstrou que as crianças gostaram de participar do jogo proposto: imaginar uma fada morando dentro de uma flor cheirosa e cheirar uma flor de papel crepom. Algumas crianças cheiraram e pareciam sentir o perfume do “faz de conta”. Ana expressou a sua desconfiança dizendo ter sido a professora quem colocara o perfume. Em seguida, a professora passou a flor para a criança individualmente procurar a Fada Cisco escondida na rosa. Neste momento, Ana já estava mais familiarizada com a brincadeira e mais solta. Olhou dentro da flor e disse à professora: “Tô vendo..”

Após a história, a professora fez a avaliação com as crianças perguntando se haviam gostado e eles concordaram. Depois a professora falou que iria distribuir papel para desenharem o que mais gostaram da história e o que a Fada Cisco tinha para se comunicar

com os colegas. Ela separou as crianças em dois grupos: das crianças grandes e as pequenas e começou a distribuir os papéis e lápis.

Tai chamou a atenção de Violeta e disse que não conseguia desenhar com a mão do soro. A professora falou para ela desenhar com a outra mão. Tai tentou realizar esta adaptação e foi traçando alguns rabiscos vagarosamente. Depois, a professora disse que ia dar o papel para desenhar o que mais gostou da história e o que a Fada Cisco tinha para se comunicar com os colegas. As crianças estavam em uma mesa grande feita da união das pequenas, e ela separou depois em dois grupos: as crianças grandes e as pequenas. Ela pediu primeiro para as crianças escreverem na folha os seus nomes. Gab disse à professora que não sabia. Parece que ela não escutou. Continuou distribuindo as folhas e os papéis para as crianças. Gab começou a observar como a amiga do lado escrevia seu nome. Olhou para a câmera, voltou a olhar para a professora e se sentiu meio perdido. Violeta continuou atendendo as outras crianças. Ela foi até ele e disse: Ficou sem lápis, foi? E lhe entregou um lápis. Como ele estava com a mão direita no soro, ele não conseguia pegar direito no lápis. Depois ajeitou melhor o lápis nesta mão com o soro, o adaptou do jeito que podia e tentou escrever. A tia de Gab, se aproximou dele, segurou na sua mãozinha e foi ajudá-lo. Wag, na outra mesa, preocupado com o irmão, chamou a atenção de Violeta: Tia, ajuda aqui o Ped, que ele não sabe não. A avó se aproximou de Ped, se agachou perto dele e foi ajudá-lo. Gab disse: Eu sei fazê. A avó ficou ao seu lado e deixou ele escrever do seu jeito. Poucos segundos depois, surgiu a mãe para socorrê-lo e disse: Deixa eu fazer com você, deixa. E as duas o ajudaram. Violeta estava dando atenção para outras crianças. As mães auxiliares se levantaram e disseram: Pronto. E Ped continuou a escrever do seu jeito.

Percebe-se que a sala de aula estava repleta de crianças com idades bem variadas, portanto, o currículo demandava um atendimento específico para essa classe multisseriada. Como a professora solicitou que todas as crianças realizem a mesma atividade, Wag, quando viu seu irmãozinho menor na situação de ter que desenhar e escrever seu nome sem saber, se desesperou e logo pediu ajuda à professora para ajudá-lo, demonstrando a solidariedade com o irmão.

Conversando com a mãe de Gab e Wag descobri que a internação dos irmãos ocorreu devido à uma contaminação. De toda a família, vinda do Piauí para passar as férias na casa de familiares na cidade de Salvador, os dois irmãos e um primo foram contaminados com Rotavírus. Ao serem hospitalizadas, as crianças puderam contar com a presença da mãe e da avó que eram muito solidárias, não somente com as suas, mas também com as outras crianças que estavam no hospital e aquelas que participavam da aula. Existia uma certa tristeza da família por estarem passando suas férias no hospital. Entretanto, elas também demonstravam muita gratidão pelo atendimento que estava sendo oferecido tanto na questão médica, quanto na escola do hospital, o que possibilitava que as suas “ férias “ não fossem marcadas somente pela tristeza da internação.

Retomando a questão da aula, neste caso específico dos irmãos, foi possível verificar que embora a mãe tenha ido ajudar, Wag solicitou ajuda da professora, como se ela fosse a autoridade máxima para ensinar naquele contexto. Neste episódio, também é possível observar a importância da participação e colaboração das mães na aula, pois às vezes a professora estava atendendo outras crianças e não conseguia atender a todos, por isso a necessidade da colaboração das mães nas aulas.

Neste caso específico, a ausência da professora, oportunizou que fosse criada a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZPD) elaborada por Wag ao ajudar Ana a escrever seu nome:

Ana chamou Violeta e disse: Pró, eu seu fazê meu nome, pró. E Violeta foi conferir. E ela disse: Tá faltando só essa aqui e apontou o R. Ana mostrou que escreveu algo em seu papel, dizendo: Aqui ó.. mostrando o e. Violeta: Aqui? E puxou para próximo do crachá com o nome para ela conferir. Ana: Ah é. Violeta disse: Vou pegar a borracha e saiu. Wag tentou ajudá-la: Aqui ó. É o R óh. R que tem uma perna que não é como essa,(e mostrou o E). Ana mostrou que já sabia alguma coisa sobre letras: O B é assim ó e fez uma letra em seu papel. Wag disse lhe explicando direitinho: Aí, tu tem que fazê assim. Essa não é como essa. Então tem que fazer um traço reto e é essa assim ó. Violeta se aproximou novamente e perguntou: E como é o nome dessa letra. Os dois responderam em coro: RE. Violeta: Re de que? Ana: R de rato e apagou para Ana fazer o nome de novo.

As crianças, ao interagirem uma com as outras, começavam a prestar atenção no nome dos colegas. Foi possível observar também que, entre as próprias crianças, existia uma preocupação com o cumprimento da tarefa e o tempo de execução do trabalho:

Ana disse para Wagner: Teu nome é grande. (pois no crachá estava escrito Wag Junior). Vai demorar o seu. Depois que eles terminaram, Violeta pediu os crachás para colarem na parede. Ana terminou de escrever, levantou, olhou seu papel e foi levar para Violeta, mas estava presa no soro e quase o derrubou. Violeta a ajudou com o soro a ir colar o crachá na parede.

Nota-se que Ana ficou tão relaxada com a atividade que se esqueceu de novo que estava com soro e, no momento de ir pregar o seu crachá na parede, quase se machucou. Outro aspecto a ser destacado é que algumas crianças não tinham familiaridade em se misturar com crianças menores na sala:

Wag era preocupado que as crianças realizassem a atividade corretamente e disse à professora: Tia, o Gab riscô (falando do primo). Violeta: Riscô o que? Wag: Alí o papel dele. Violeta: É prá ele riscá. Prá ele desenhá a fada. É tudo que tem na casa da fada que a gente olhou.

Quando as crianças terminaram de desenhar, a professora sentou-se perto delas e foi perguntando se gostaram do dia e quais eram os meios de comunicação que existiam na

casa da Fada Cisco. As crianças gostaram da atividade e foram respondendo às perguntas. Violeta pediu para irem mostrando os desenhos dos meios de comunicação para os amigos e elas assim fizeram. Neste momento, a mãe de Ana chegou na sala. Ana já estava bem mais tranqüila, dizendo sobre o que desenhou e pediu para Violeta abrir o livro para ela mostrar a página que ela desenhou para sua mãe e os amigos. Depois, a professora reuniu todas as crianças em uma mesa, pediu para darem as mãos e agradecerem com uma oração pelo dia:

Violeta perguntou: Alguém conhece alguma oração prá agradecer Papai do Céu, que queira falar? Ana balançou a cabeça que não e Tai disse que sim. Violeta: Conhece? Tai balançou a cabeça que sim. Violeta: Diz aí pra pró pra ela pode fala. Tai: Mas só que é de escola. Violeta: É de escola? Mas serve também. Tai ficou com vergonha. Violeta: Prá gente agradece que hoje a gente pintou, aprendeu. Aprendeu um monte de coisa, não foi? Tai ficou muito envergonhada e não conseguiu dizer. Violeta: Posso falar a minha então? Posso? E perguntou para Tai. As crianças disseram: Pode. Violeta: A pró faz. Se vocês quiserem, vocês repetem junto com a pró: Papai do Céu, Obrigado e as crianças foram repetindo. Por ter me dado minha mamãe, meu pai, meus avós, minha família, os médicos, as enfermeiras, as prós e todos aqueles que cuidam da gente com amor e carinho. Papai do Céu, eu te peço pra ficar logo bom e voltar logo prá casa.

Penso ser pertinente inserir a avaliação no final da aula. Quando iniciei a pesquisa, esse procedimento não era realizado. No primeiro relatório que produzi para a CRE- Cidade Baixa sugeri que as professoras fizessem o fechamento das aulas, pois muitas vezes observava que as crianças entravam e saíam das aulas a qualquer momento e as professoras não se incomodavam. É evidente que no contexto hospitalar não se pode exigir que a criança permaneça na aula o tempo todo, pois não existe essa obrigatoriedade da educação. Porém, como as aulas nunca tinham fechamento, parecia que as crianças se sentiam descompromissadas com aquela situação e aquele encontro. As professoras concordaram com esta sugestão e passaram a realizar essa avaliação final. Creio ter sido um aspecto bastante positivo no trabalho, pois as crianças começaram a demonstrar um comprometimento maior com as aulas e uma participação em todo o processo.

Em relação as orações que as professoras realizavam também dialogamos a respeito. Em princípio, as professoras rezavam ou no início ou no final das aulas a oração do Pai Nosso e falavam que era uma oração universal. Conversamos sobre a diversidade religiosa que estava presente nas famílias das crianças e no contexto multicultural daquelas pessoas em relação a seus credos e as professoras começaram a repensar essas questões. Violeta realizava esta oração de agradecimento que não necessariamente implicava uma religião definida e as crianças a acompanhavam. Pode-se verificar também que ela, antes de começar a rezar, foi cuidadosa em perguntar se alguém conhecia alguma oração para poder realizar.

Para finalizar sua aula, Violeta terminava com a oração e com os rituais que ela sempre desenvolvia, para as crianças olharem as mãos, verificarem se estavam sujas e lavarem-nas na hora do almoço, lembrando às crianças que estavam de dieta zero que não podiam comer. Depois as aconselhava a escovarem os dentes. Nesta aula, Wag concordou dizendo que tinha que escová-los “porque senão pegaria bactéria e os dentes ficariam podres”, demonstrando que as crianças já estavam internalizando os elos entre saúde e educação.

5.4.3 Formação de professores de Educação Infantil no hospital

Nos episódios da sala de aula da Educação Infantil evidenciou-se a complexa rede de interações que constituía a experiência escolar diária. Como foi possível verificar, as tarefas propostas pela professora, em sua maioria, estavam voltadas para a escrita e utilização do desenho como processo complementar a alfabetização. No final da pesquisa, algumas atividades lúdicas e brincadeiras foram realizadas nas aulas. Entretanto, sempre estiveram voltadas para sua aplicabilidade pedagógica, expressando um processo de “pedagogização” do lúdico no qual toda brincadeira era avaliada com as crianças quanto a aprendizagem que gerava.

Nos *Referenciais Curriculares Nacionais para Educação Infantil* (BRASIL, 1998) há uma crítica chamada “pedagogização do lúdico” onde o professor direciona as brincadeiras sem propiciar as crianças a escolha, a descoberta, a liberdade :

É preciso que o professor tenha consciência que na brincadeira as crianças recriam e estabilizam aquilo que sabem sobre as mais diversas esferas do conhecimento, em uma atividade espontânea e imaginativa. Nessa perspectiva não se deve confundir situações nas quais se objetiva determinadas aprendizagens relativas a conceitos, procedimentos ou atitudes explícitas com aquelas nas quais os conhecimentos são experimentados de uma maneira espontânea e destituída de objetivos imediatos pelas crianças. Pode-se, entretanto, utilizar os jogos, especialmente aqueles que possuem regras, como atividades didáticas. É preciso, porém, que o professor tenha consciência que as crianças não estarão brincando livremente nestas situações, pois há objetivos didáticos em questão (BRASIL, 1998, p. 29)

Na sala de Educação Infantil do hospital, a professora dedicava muito tempo ao trabalho escrito com as crianças e pouca diversão. Desejava que copiassem o cabeçalho e não utilizava recursos e estratégias variadas para que fossem organizadas situações de leitura e escrita de forma mais agradável. A tentativa de incluir as crianças menores nos grupos poderia inserir brincadeiras lúdicas com as palavras como: identificação de rótulos, de

símbolos, trava-línguas, elaboração de listas, bilhetes, cartas, folhetos, convites, leituras de poemas de fácil compreensão para as crianças, textos diferenciados, contextualizados e que tivessem significado para aquelas crianças.

Era preciso que a professora dedicasse mais o seu tempo, na própria roda da conversa, para conhecer o que aquelas crianças sabiam em termos de escrita e leitura. De certa forma, a professora fazia essa sondagem inicial com seus alunos quando confeccionava os crachás e perguntava quais eram as letras correspondentes. Mas, poderiam ser utilizadas outras formas que deixassem os alunos mais à vontade para se manifestarem e também poderiam ser elaboradas outras estratégias que seduzissem mais alunos atraindo-os para a leitura e escrita. Todavia, a professora elaborou, na medida do possível, as suas próprias estratégias. Mas, considero que eram necessárias mudanças constantes em seus caminhos e planejamentos, pois nem todas as crianças sabiam ler e escrever, o que gerava ansiedade para as crianças que não pertenciam àquele grupo. Também era necessário um tempo maior para entender como aquelas crianças eram, o que pensavam e qual o sistema de educação que freqüentavam.

Uma das maiores dificuldades na prática pedagógica do professor no hospital, é identificar quem é alfabetizado. Porém, são necessárias sondagens iniciais para se conhecer este aluno. O mais adequado é entrevistar os pais e as próprias crianças, preenchendo uma ficha inicial do aluno para saber a sua vida e situação escolar, que serve de documentação do histórico desta criança no hospital, a ser anexada no prontuário. Mas também é preciso que o professor dedique, nos momentos iniciais que chega no hospital ou quando inicia sua aula, um tempo para escutar essas crianças, suas histórias, conhecer suas culturas e as contribuições que trazem. A professora ficava ansiosa em executar a rotina que estabelecia, mas era preciso que ela dedicasse mais tempo para ouvir as experiências das crianças, conhecer as suas necessidades, seus processos de desenvolvimento infantil, suas aprendizagens e conhecimentos.

Oliveira (2002) argumenta a importância das práticas discursivas do professor se articulem com a construção de uma rede de significações existentes nas diversas vivências culturais da criança. Em sua prática de muitos anos de estudo na área de Educação Infantil revela:

Muitos de nossos professores apreendem apenas superficialmente o universo simbólico infantil. Por vezes identificam vários sentidos potenciais e escolhem um deles para trabalhar, sem refletir sobre o critério que utilizam para fazê-lo. Dão respostas muitas vezes apressadas, em decorrência mais de sua angústia por trabalhar em campos de múltiplas significações do que das necessidades das próprias crianças. Com isso a sondagem dos interesses

infantis não sai de um nível superficial e não se tem uma relação de escuta, uma dimensão de confronto de subjetividades e significações culturais e histórias básicas para a formação humana. Para conhecer a significação que cada criança empresta a elementos do meio, o professor necessita observar suas reações, incentivá-la a expor sua forma de perceber determinada situação ou conceito, encorajá-la a considerar, ao mesmo tempo, os aspectos valorizados por outras crianças e que as levam a encarar o elemento em questão de modo diferente. Com isso ele ajuda a superar visões restritivas e obter esquemas flexíveis, complexos e criativos de significação. (OLIVEIRA, 2002, P. 206)

Violeta era muito preocupada em fazer com que as crianças identificassem as letras e aprendessem a ler. Porém, ela possuía uma prática de alfabetização silábica centralizada na professora. A alfabetização silábica pressupõe um contato contínuo das crianças com esse método de alfabetização, o que era complexo de ser realizado em um contexto hospitalar em que as crianças, na sua maioria, tinham uma rotatividade alta em função das patologias, diferentemente do contexto escolar, no qual as crianças permanecem por muito tempo. A professora também focava-se no reconhecimento das letras e palavras como um produto final, sem entender que, para uma criança reconhecê-las ela precisa criar hipóteses sobre a escrita, por isso a necessidade de elaborar meios para esse processo da descoberta.

A concepção de currículo também estava muito voltada para o que a professora elegia como prioritário no trabalho com os alunos. Não existia uma discussão coletiva do que as crianças queriam fazer ou realizar na sala de aula, nem mesmo redefinições dos projetos a serem executados. Oliveira esboça uma concepção de currículo para a Educação Infantil como um sistema aberto e flexível:

O currículo não pode ser entendido como um plano individual predeterminado. É um projeto coletivo, uma obra aberta, criativa e apropriada para o “aqui e agora” de cada situação educativa. Ocorre com base na análise dessa situação, no estabelecimento de metas e prioridades, no levantamento de recursos, na definição de etapas e atividades básicas, na reconstrução do projetado na interação (*inter-ação*) com as crianças, na verificação de aspectos do seu comportamento que se vão modificando no decorrer do processo. Envolve sensibilidade e uma visão de criança como alguém competente e com direitos próprios. (OLIVEIRA, 2002, P. 169)

Para o currículo da Educação Infantil ser construído buscando uma proposta pedagógica que venha de encontro às necessidades infantis, Oliveira corrobora sua posição afirmando que:

Construir uma proposta pedagógica implica a opção por uma organização curricular que seja um elemento mediador fundamental da relação entre a realidade cotidiana da criança, as concepções, os valores e os desejos, as

necessidades e os conflitos vividos em seu meio próximo e a realidade social mais ampla, com outros conceitos, valores e visões de mundo. Envolve elaborar um discurso que potencialize mudanças, que oriente rotas. Em outras palavras, envolve concretizar um currículo para crianças. (OLIVEIRA, 2002, p. 169)

É preciso destacar que, quando as ações estão muito centradas no professor hospitalar é como se ele representasse o elemento mediador principal das crianças, um “super protetor”. No caso do hospital, essa preocupação o faz assumir o papel de “salvar a dor” daquelas crianças. O que se verifica é que as próprias crianças, desde as mais pequenas, têm muitas contribuições a oferecer e trocar com seus companheiros, não só no hospital, mas nas escolas em geral. Nesse sentido, é preciso repensar a concepção de educação com práticas direcionadas e exaustivas que possibilitam poucas interações.

A professora solicitava pouca ajuda das crianças para auxiliá-la, como também não estimulava as crianças para interagirem, brincarem juntas e aquelas que não soubessem ler, ajudassem umas às outras. Dessa maneira, o que se verificou na sala de aula da Educação Infantil era que existiam poucas interações criança-criança e poucas parcerias. Algumas interações entre elas ocorriam esporadicamente e estavam baseadas ou em alguns conflitos (centrados na disputa pelas cadeiras e por materiais escolares) ou mesmo na disputa pela atenção da professora.

Nos estudos de Nunes (1995), sobre adaptação das crianças nos primeiros dias de aula na pré-escola, observou-se que dentro das salas de aula as crianças se sentiam muito direcionadas e que era no parque os momentos que elas podiam interagir entre si e se sentirem livres. No caso da escola no hospital existe um diferencial. Não existe o momento do recreio ou do parque para as crianças interagirem livremente, por outro lado, a convivência das crianças ocorre a todo momento nas enfermarias e em tempo integral. Porém, normalmente, as enfermarias não são espaços em que as crianças possam se sentir livres. Pressupõe-se que a sala de aula é o lugar onde elas fiquem mais à vontade, relaxadas, sem sofrerem as imposições que o contexto hospitalar determina, muito embora, seja necessário que as crianças também se sintam à vontade nas enfermarias.

Nunes (1995) também observou as interações das crianças da pré-escola nos primeiros dias de aula e verificou que os confrontos são muito presentes, pois elas estão em um processo de busca e descoberta de suas afinidades com os parceiros, até mesmo quando compartilham brinquedos e brincadeiras:

As primeiras interações porém não ocorriam sem conflitos. Havia muitas brigas, e o parque era o palco da grande maioria delas. Temos que considerar

que as crianças encontravam-se numa situação pouco confortável emocionalmente, ficando sob tensão grande parte do dia. Quando chegavam num local onde se sentiam mais à vontade era natural que procurassem extravasar um pouco de toda tensão. Mas havia também outra espécie de conflito, decorrente das tentativas de contato entre as crianças. Cada novo parceiro exigia regulações que não ocorriam de imediato. Neste processo de descoberta do outro e tentativa de aproximação aconteciam muitos desacertos até que se descobrisse a melhor forma de interação. Estes conflitos diminuía à medida que se formavam grupos com componentes mais estáveis, o que não impedia de todo o aparecimento de brigas entre as crianças. O aumento das interações parecia propiciar uma identidade coletiva, auxiliando as crianças a darem conta mais prontamente das exigências escolares; elas começavam a perceber no outro o que deviam fazer e passavam a se guiar não só pelo que a professora dizia, mas pelo que viam seus companheiros fazerem, sendo também comum algumas indicarem para as outras o que deveria ser feito (NUNES, 1995. P. 119)

Na Educação Infantil no hospital, como existia uma rotatividade grande de crianças, elas tinham pouco tempo para criar identidades e formar parcerias. Entretanto, o espaço da escola no hospital pode intermediar essas interações e ser um espaço maior de acolhimento. Nunes enfatiza esta necessidade de acolher no processo de educar e cuidar da criança pequena:

Acolher adequadamente a criança exige que se tenha um trabalho coletivo, em que todos se empenhem em organizar o espaço e a estrutura da escola, visando atender as necessidades infantis. Como bem pudemos ver, as crianças dessa faixa etária estão num estágio de desenvolvimento cuja tarefa principal é a construção do eu. Neste sentido, a rotina escolar deve favorecer o conhecimento de si nas dimensões física, afetiva e cognitiva, sendo necessário que cada criança possa se perceber como personalidade diferenciada. Não basta colocar o conhecimento do Eu como conteúdo programático: é preciso que seja respeitada a individualidade de cada criança. Fazer com que todos os alunos realizem as mesmas ações, durante todo o tempo, não é o melhor caminho para isto. É preciso que cada um deles tenha a possibilidade de se opor, de se negar a fazer e de escolher o que fazer, não devendo ser sempre forçado a se conformar com as exigências que lhes são feitas. Uma rotina em que esteja baseada na participação ativa da criança também é útil para poupar o trabalho da professora. Organizar o espaço e dispor os objetos de modo que todo material necessário esteja ao alcance das crianças, que devem ser chamadas a arrumá-los e mantê-los em ordem, diminui consideravelmente o tempo de espera aos quais são submetidas, bem como minimiza a quantidade de tarefas a serem desenvolvidas pela professora (NUNES, 1995, p. 127)

Na proposta de formação de professores para Educação Infantil, Oliveira (2002) defende que:

A constante orientação do trabalho educativo deve respeitar a infância, captá-la na complexidade de sua cultura com sua pluralidade de características. A perspectiva que defendemos é a de que o projeto pedagógico daquelas instituições busque fazer o olho infantil saltar o muro,

quebrar as barreiras, e que o olhar dos educadores procure reconhecer aquilo que as famílias das crianças sabem, vêem e esperam. A proposta ora apresentada põe ênfase no processo, em oposição a uma pedagogia de produtos e de produtividade. O novo contexto educacional para a Educação Infantil requer estruturas curriculares abertas e flexíveis. Isso envolve nova concepção de currículo, entendido como trajetória de exploração partilhada de objetos de conhecimento de determinadas cultura por meio de atividades diversificadas constantemente avaliadas. (OLIVEIRA, 2002, 171)

Portanto, o que se verifica é que não somente na Educação Infantil no hospital, mas nas instituições de Educação Infantil em geral, o que se propõe é a flexibilidade, o cuidado com o outro, a partilha e construção coletiva de conhecimentos.

Nunes não culpabiliza a professora por exercer ações centralizadoras:

Não queremos com essas observações culpabilizar as professoras, responsáveis diretas pelo fazer na sala de aula. Elas também são vítimas neste processo. Não há empenho para uma formação técnica e teórica que lhes permita repensar a sua prática. A equipe técnica (coordenador, diretor etc.), que teria por sua função auxiliá-las, exige que elas dêem conta de seu trabalho de forma a causar o mínimo de transtorno para a escola. (NUNES, 1995, p. 126)

A professora da Educação Infantil da escola no hospital era muito solitária para resolver seus problemas. Suas aulas, durante o período que realizei a pesquisa, nunca foram assistidas e acompanhadas pela coordenadora pedagógica do projeto, o que fazia com que ela elaborasse mecanismos próprios para enfrentar os desafios que eram apresentados. Muitas vezes, mecanismos esses, que não estavam apropriados às necessidades daquelas crianças.

O acolhimento e as atividades de Educação Infantil do professor para crianças hospitalizadas exige inventividade, criatividade, utilização do lúdico nas suas mais variadas expressões, da brincadeira livre, dirigida, do teatro, dança, música, utilização de fantoches, fantasias, dentre outros materiais. O contato com a literatura infantil também é imprescindível, assim como com a leitura e escrita. Porém, alfabetizar a criança no hospital é um processo complexo, que exige flexibilidade do professor e do método que utilizará, pois, se ele não estiver atento a essas questões pode estar gerando um duplo sofrimento para a criança: da hospitalização e da exclusão nas atividades da escola no hospital.

5.5 O ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO NA ESCOLA DO HOSPITAL

5.5.1 O contato com escolas multisseriadas

Meus primeiros contatos com escolas multisseriadas ocorreram na minha infância. Minha mãe durante muito tempo foi professora de escola rural. Como na cidade onde morávamos não tinha creche, ela levava os filhos pequenos para seu trabalho. Desde os três anos de idade, freqüentei muito aquela escola rural. Não sabia que, anos mais tarde, iria estudar uma realidade próxima daquela, todavia em outra cidade e uma escola na qual se faz presente a diversidade.

Na escola rural eu e meu irmão menor éramos muito bem recebidos pelos meninos e meninas da fazenda que nos ajeitavam com carinho, no meio de suas carteiras de madeira. Eles seguravam nas nossas mãos, nos ajudavam a pegar no lápis para fazer nossos desenhos e colorir a nossa história, da qual não apaguei essas cenas de minha memória. Aquelas crianças, das mais variadas idades, mostravam-se dedicadas para estudar e, cada qual com os seus cadernos, copiavam e resolviam o que estava escrito em uma lousa enorme, com várias divisões, dedicadas cada canto à uma série, uma lição a qual as crianças resolviam com verdadeira adoração. Para essas crianças da escola rural, na hora do recreio, a merenda era um “sopão”, do qual minha mãe era responsável por levar e esquentá-la em um enorme caldeirão.

Quando comecei a atuar como professora e pesquisadora na área hospitalar, conheci muitas crianças dos Estados de Goiás, Maranhão, Paraná e da Bahia. A maioria das crianças era do interior e também freqüentavam escolas rurais, mas não tinham muitas histórias boas para contar. Essas crianças diziam que, às vezes, não tinham o que comer em casa e na escola e que, suas condições de saúde, não lhes permitia andar longos caminhos para poderem estudar. Entretanto, de algumas elementos elas recordavam: do carinho, do respeito das professoras e dos colegas, que os ajudavam a ler e escrever. Aquelas crianças vislumbravam através dos estudos a possibilidade de uma vida melhor para poder vencer as dificuldades e buscar superar as desigualdades.

Quando conheci a professora da escola fundamental do hospital na Bahia, a forma que lidava com a esperança daquelas crianças, esses aspectos fizeram com que relembresse as escolas multisseriadas que, quando criança, freqüentei muitos dias. Todavia, a escola no hospital não era de zona rural, mas na capital. Nessa escola, existiam tanto as

crianças da cidade, que denunciavam a violência e as atrocidades que estão presentes em muitas escolas urbanas e as crianças da zona rural, que começavam a conhecer um cenário diferente e multicultural. A sensibilidade da professora e as narrativas das crianças surpreendiam, pelos diálogos estabelecidos para a construção de uma escola crítica, como lugar para se refletir as desigualdades sociais, assim como um espaço para se poder dialogar e também sonhar.

5.5.2. Características do Ensino Fundamental e Médio na escola do hospital

O Ensino Fundamental e Médio na escola do hospital possui características que são únicas para os alunos como: a condição de fragilidade que se encontram; sua condição de reclusão, por estarem fechados em um ambiente em período integral; assim como a convivência coletiva que lhes permitem compartilhar tanto momentos de tristeza assim como de felicidade com os companheiros de enfermagem e os familiares que os acompanham. Entretanto, ao mesmo tempo em que na sala de aula no hospital se manifestam essas características, também ocorrem uma interação que se assemelha muito as escolas multisseriadas existentes no Brasil como: a convivência destas crianças e adolescentes de séries, idades e culturas diferentes em um mesmo espaço e com um único professor, polivalente.⁴⁴

No início de minha atuação enquanto professora no hospital, não conseguia estabelecer a relação da escola no hospital com as escolas multisseriadas. Porém, ao conhecer diferentes classes hospitalares em vários hospitais brasileiros e participar do XI Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino (ENDIPE), realizado em Goiânia em maio de 2002, com o tema “Igualdade e Diversidade na Educação”, algumas reflexões começaram a emergir sobre a identidade dessas modalidades de escolas. Naquele ano, alguns trabalhos foram agrupados na sessão denominada “Práticas didáticas, metodológicas de ensino e avaliação da aprendizagem para a diversidade humana, cultural e social em vários contextos educativos” e o meu trabalho foi selecionado para este grupo. Na sessão de apresentação desses trabalhos foram relatadas diferentes experiências pedagógicas como a de Flores (2002) sobre Currículo e Cultura Camponesa, de Caritá (2002) a respeito de Estágio Supervisionado em Escolas

⁴⁴ O MEC conceitua escolas multisseriadas como as escolas rurais, escolas indígenas e algumas escolas bilingües que funcionam no sul do país onde as crianças, além de freqüentarem as escolas regulares, também participam dessas escolas com ensino de línguas de países europeus.

Indígenas em Santa Catarina, o trabalho de Motta (2002) sobre Práticas Didáticas oferecidas a Idosos e o meu trabalho- Paula (2002) que abordava a questão da Educação para Crianças e Adolescentes Hospitalizados. Em princípio, esses trabalhos possuíam temáticas bem diversas e pareciam ter sido agrupados de forma aleatória. Porém, quando as apresentações foram iniciadas, as diferenças foram se dissolvendo e foi possível constatar que os ideais educacionais eram muito semelhantes, mesmo sendo exercidos em contextos tão diversificados. As realidades que mais se aproximavam do contexto da sala e aula no hospital estavam nos trabalhos de Flores e Caritá.

Algumas características marcam elos identitários entre as escolas nos hospitais e as escolas rurais. Essas características foram reconhecidas no trabalho de Flores (2002) que discutiu a necessidade de valorizar a forma de pensar do homem rural, seu *modus vivendi*, pois muitas vezes os alunos das escolas rurais eram vistos como dóceis e receptores passivos de conteúdos externos a seu contexto social. Dessa maneira, ela defendia a idéia de que era preciso resgatar a dignidade do homem camponês, assim como da sua cultura em um movimento de preservação e valorização da identidade camponesa, uma vez que muitas escolas rurais privilegiavam o modo de vida urbano. Este aspecto fazia com que a evasão da escola assumisse contornos elevados dado que as escolas desprivilegiavam o modo de falar, vestir, se alimentar e até mesmo de viver daqueles alunos. Os objetivos defendidos para as escolas rurais tinham como ponto de partida a cultura camponesa para possibilitar a renovação humana, material e promover a construção coletiva do próprio espaço camponês. Para Hernandez (*apud* FLORES, 2002, p. 7): “A escola, se reiventada pode favorecer que às pessoas que sofrem diferentes formas de exclusão e de discriminação encontrem um lugar a partir do qual possam escrever sua própria história.”

Na apresentação de Caritá (2002) sobre as escolas indígenas, defendia-se o direito dessas populações terem uma escola que respeitasse a diversidade étnica e garantisse a manifestação dos costumes e das tradições de diferentes culturas. Discutia-se a necessidade do estabelecimento de políticas para assegurar e fortalecer o processo educativo de cada etnia, considerando as tradições sócio-culturais dos índios para produção de metodologias específicas, que expressasse uma concepção de um currículo fundamentada nos princípios da diferença, da especificidade, da interculturalidade e, no caso das nações indígenas, do bilinguismo.

É possível notar que nessas modalidades educativas estavam presentes conceitos de valorização dos sujeitos com suas culturas e diferentes etnias, o respeito a esses cidadãos nas suas diferenças, a garantia de igualdade de oportunidades aos alunos, o fortalecimento da

auto estima desses alunos, a produção de um currículo democrático e multicultural e, assim como afirmou Hernandez, a idéia de que era possível a reivenção das escolas.

Nas escolas dos hospitais, esses elementos também se fazem presentes, sobretudo porque elas são compostas por uma diversidade de crianças e adolescentes com uma infinidade de histórias de vida, histórias escolares e culturais. Inclusive, em muitas escolas nos hospitais encontram-se alunos de escolas rurais, indígenas, assim como de várias outras modalidades.

Quando trabalhei no Hospital no Maranhão tive a oportunidade de dar aulas nas enfermarias à muitas crianças provenientes de escolas rurais do interior do Estado e de escolas multisseriadas das periferias do Maranhão, assim como para crianças indígenas dos povos *Guajajara* que sabiam falar muito pouco o português. Todas participavam das aulas com muita motivação e interagiam bem com os colegas e a professora. Os agrupamentos das crianças e as estratégias das aulas eram muito próximos aos exercidos nas escolas multisseriadas, aspectos estes que naquela época ainda não reconhecia.

O trabalho do professor de escolas multisseriadas no Brasil historicamente têm sofrido muitos preconceitos pois essas escolas têm sido identificadas como escolas isoladas do sistema nacional de educação. São consideradas escolas pequenas, com poucos alunos, salas precárias, uma professora ensinando a diferentes alunos de séries e idades variadas e geralmente, as professoras são vistas como aquelas que têm pouca qualificação. No entanto, o que pouco se discute é a capacidade dessas professoras de conseguirem integrar esses alunos, adequar metodologias e ensinar na diversidade com propriedade.

Várias alternativas têm sido elaboradas para as escolas multisseriadas no Brasil. Segundo Piza e Sena (2004), envolvidos com o Projeto Escola Ativa no Maranhão, um projeto que foi criado pelo MEC para melhorar a qualidade de ensino nessas escolas, estão ocorrendo modificações no conceito destas escolas visto que no Brasil elas representam uma parcela significativa no atendimento às crianças e adolescentes brasileiros:

Em 1998, o MEC/Projeto Nordeste iniciou em parceria com estados e municípios do Nordeste, a implantação da proposta pedagógica “Escola Ativa”. Posteriormente, com o Programa FUNDESCOLA, a experiência se ampliou para 10 estados das Regiões Norte e Centro –Oeste, estando sendo implantados em 19 estados, 264 municípios e 2.084 escolas, além daquelas escolas nas quais os municípios estão implantando a escola ativa por iniciativa e com recursos próprios. (PIZA; SENA, 2004, p. 2)

A proposta pedagógica para essas escolas multisseriadas prevê capacitação dos professores, discussão sobre metodologias a serem utilizadas com os alunos para trabalhos conjuntos, trabalhos autônomos, cantinhos de aprendizagem com acervo levantado pela

comunidade, livros didáticos específicos elaborados de forma modular, programas de educação à distância, representação estudantil e relações estreitas com a comunidade.

A dinâmica da sala de aula multisseriada do Ensino Fundamental e Médio no cotidiano escolar/hospitalar requer muita habilidade do professor desde o primeiro contato com esse aluno e seus familiares pois ele precisa conhecer quem são esses alunos, sua escolaridade, quanto tempo permanecerão internados, a relação que esses alunos têm com suas escolas de origem, os endereços e contatos das escolas de origem, dados pessoais, dentre outros aspectos que contribuem para que, em uma entrevista inicial, esse professor possa identificar o histórico escolar destes alunos, assim como visualizar a configuração de planos de trabalhos individualizados e propostas coletivas para serem traçados com os mesmos.

O trabalho com o Ensino Fundamental e Médio nesta perspectiva das escolas multisseriadas no hospital é um desafio significativo para o professor pois, ao mesmo tempo que ele precisa dar atenção para que os alunos recebam acompanhamento individual de sua escolarização para não perderem o ano letivo de suas escolas de origem, também cabe a esse professor a tarefa de agrupar os alunos de contextos escolares diversos em uma prática pedagógica coletiva na escola no hospital, construindo uma espécie de currículo “informal” que possibilite o trabalho em grupo cooperativo e a partilha de experiências. Essas tarefas são muito difíceis de serem operacionalizadas. Nas escolas dos hospitais, são necessários muitos professores para que possam atender à todas essas demandas, mas esta não é a realidade que acontece e os professores acabam resolvendo as suas tarefas da maneira a qual consideram a mais adequada para lidar com a complexidade de situações.

Na escola do hospital no Maranhão, quando fui professora hospitalar, em conjunto com meus colegas de profissão, vivenciávamos a angústia de querer atender a todas essas atribuições. Na pesquisa de campo também pude presenciar as mesmas situações com as professoras. Era como se a história se repetisse. Mas, um aspecto particular do Estado do Maranhão contribuiu muito para facilitar o trabalho de professora no hospital. No período de 1994 e 1995, que atuei com os alunos do Ensino Fundamental e Médio, o governo do Estado do Maranhão desenvolvia um programa de educação à distância para crianças que cursavam da 5^a a 8^a séries e ensino médio denominado de Telecurso de 1^o e 2^o Grau. Este programa era acompanhado de apostilas modulares e, nesses livros, tinham os horários em que as aulas eram exibidas na televisão. Assistia como professora- polivalente os programas com os alunos e posteriormente realizávamos os debates. Embora fosse uma única professora para todas as disciplinas, (como nas escolas de origem dos alunos), em muitos momentos, essa situação era complicada, mas, esse sistema de educação à distância para aquelas crianças e adolescentes

hospitalizados era interessante, pois, apesar das programações serem um pouco precárias, devido aos vídeos das aulas serem editados e produzidos em caráter ainda experimental no Maranhão, os conteúdos eram bem significativos. Em nossas aulas, discutíamos e criticávamos as abordagens utilizadas pelos vídeos produzidos. Muitas crianças e adolescentes naquela época, tiveram a garantia do acompanhamento “individual” da escolarização, realizaram suas avaliações escolares dentro do hospital e conseguiram serem aprovados em suas escolas de origem devido ao relacionamento entre os professores das suas escolas e os professores hospital, pois os mesmos conteúdos eram abordados. Em outros períodos, nos quais não recebiam o atendimento individualizados, esses alunos também participavam das atividades coletivas da escola.

Em Portugal, na cidade de Lisboa, segundo dados de Ribeiro e Cordeiro (2000), já existem programas como “TeleAula: Presente” que através de videoconferência têm possibilitado o acesso de crianças com doenças crônicas (osteogenese imperfeita⁴⁵) em situação de hospitalização há três anos com severas limitações motoras, comunicarem-se com outra escola nos Olivais. Também existe o programa “TeleAula: Espaços Virtuais de Aprendizagem” com um curso onde as crianças internadas estão em contato com outras escolas de Portugal. O objetivo é recorrer às tecnologias –TIC para permitir a interação e interatividade à distância e em tempo real entre alunos do hospital e os da outras escolas.

Como é possível verificar, nas salas de aulas multisseriadas dos hospitais, são infinitas as possibilidades de trabalho com a diversidade buscando-se sempre a integração, onde a tecnologia também tem funcionado como uma importante aliada nesse processo.

5.5.3 As crianças e adolescentes do Ensino Fundamental e Médio no hospital

Na literatura a respeito da educação nos hospitais, mais especificamente nas políticas das classes hospitalares, percebe-se a prioridade para crianças e adolescentes hospitalizados que estejam em fase de escolarização. No entanto, no documento elaborado pelo MEC (BRASIL, 2002) sobre as diretrizes para o Ensino Fundamental e Médio para as escolas nos hospitais, não estão muito claras as orientações e diretrizes para os professores conduzirem este trabalho. No que se refere aos aspectos pedagógicos a orientação proposta é:

⁴⁵ Esta é uma patologia na qual os ossos das crianças se quebram facilmente. Este aspecto é limitador das atividades das crianças, inclusive na escola.

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 da saúde ao melhor retorno e/ou continuidade dos estudos pelos educandos envolvidos. (BRASIL, 2002, p. 17)

Quanto ao papel do professor recomenda-se:

O professor que irá atuar em classe hospitalar ou no atendimento pedagógico domiciliar deverá estar capacitado para trabalhar com a diversidade humana e diferentes vivências culturais, identificando as necessidades educacionais especiais dos educandos impedidos de frequentar a escola, definindo e implantando estratégias de flexibilização e adaptação curriculares. Deverá ainda, propor os procedimentos didático pedagógicos e as práticas alternativas necessárias ao processo ensino-aprendizagem dos alunos, bem como ter disponibilidade para o trabalho em equipe e o assessoramento às escolas quanto à inclusão dos educandos que estiverem afastados do sistema educacional, seja no seu retorno, seja para o seu ingresso (BRASIL, 2002, p. 22)

Nessas afirmativas e no documento em geral, não são explicitados quem são os alunos: de onde vêm, como reagem à hospitalização e como caracteriza a diversidade desses alunos. Quanto ao professor, se propõe que seja flexível, que construa estratégias diversificadas, mas é como se ele tivesse que elaborar “fórmulas mágicas” para lidar com alunos desconhecidos, pois no próprio documento a realidade destas crianças e adolescentes é pouco retratada.

Um dos grandes desafios para os professores que têm atuado com crianças e adolescentes hospitalizados refere-se às propostas pedagógicas e a concepção de criança e adolescente em que irão se pautar para construir seus trabalhos. Algumas práticas educacionais têm se caracterizado por serem assistencialistas e adotarem uma concepção de criança e adolescente como seres merecedores de piedade e compaixão. Outras propostas apresentam-se rigidamente determinadas e não possibilitam às crianças expressarem suas emoções, dizerem o que pensam sobre o mundo e a situação que enfrentam. Nesses casos, as crianças são concebidas como mero receptores de informação. Encontrar um equilíbrio nessas ações e entender as crianças e os adolescentes hospitalizados nas suas singularidades, como seres capazes, fragilizados e também questionadores, não têm sido uma tarefa de fácil resolução.

Se a situação de internação gera muitos impactos tanto para as crianças pequenas, o mesmo acontece como os adolescentes. As crianças da faixa etária de 6 a 12 anos de idade sentem-se muito tolas quando têm que permanecer deitadas ou quando precisam ficar circunscritas a um espaço determinado que restringem seus movimentos e interações.

Também sentem muito a distância dos familiares e amigos, mas têm um poder de regeneração e de adaptação muito rápidos, o que faz com que o cotidiano, mesmo difícil, seja vivido de forma intensa. As crianças desta faixa etária na escola no hospital eram muito abertas para participarem das aulas e mostravam-se sempre muito dispostas a presenciarem o movimento das aulas, pois mesmo que em algumas situações, o corpo físico e a dor impossibilitassem uma entrega total as atividades, elas gostavam de estar no espaço da sala de aula junto com seus amigos e com a professora assistindo às aulas, mesmo estando deitadas no sofá.

No caso dos adolescentes, eles demonstravam reações diversas à hospitalização e à escola. Esses fatos ocorriam porque, no seu próprio processo de desenvolvimento estavam ocorrendo muitas transformações hormonais e psicológicas que alteravam seus modos de pensar e agir sobre o mundo. Estas alterações os deixavam inquietos quanto à suas identidades e mesmo a auto estima que às vezes ficava fragilizada.

De acordo com Cepêda (2000), ao mesmo tempo que o hospital representa para o adolescente uma ruptura com a sua vida, também lhe proporciona ajuda, o que gera sentimentos complexos e ambivalentes:

Se tomarmos em conjunto a doença e o internamento, encontramos uma constelação de fatores que se interligam e desencadeiam no adolescente inquietações e angústias, dificultando por vezes o processo normal dessa fase de desenvolvimento. Assim a culpabilidade que é frequente e normal neste período e acentua-se no decurso da doença. A dependência, passividade e limitação da atividade física que o adolescente se vê sujeito, associadas a uma eventual lteração da imagem corporal causada pela doença e à exibição do seu corpo e falta de privacidade que existem no internamento, provocam sentimentos de vergonha, um acréscimo de angústias ligadas a identidade e uma diminuição da auto-estima (CEPEDA, 2000, p. 46)

Na escola do hospital da OSID, alguns adolescentes em princípio, logo após serem internados, recusavam-se a freqüentar as aulas pois consideravam que as atividades da escola estavam voltadas para as crianças menores. No entanto, embora alguns adolescentes não fossem frequentadores assíduos, quando participavam, integravam-se no contexto, auxiliando as crianças menores e participando ativamente das discussões. Outros adolescentes, entretanto já se faziam bastante presentes e foram muito importantes neste estudo para rever as rotas da pesquisa e das filmagens, pois auxiliaram a dialogar sobre os rumos do trabalho, aspectos estes que serão analisados com maiores detalhes na descrição da *práxis* pedagógica da professora do Ensino Fundamental e Médio.

5.5.4 A professora do Ensino Fundamental e Médio

A professora do Ensino Fundamental e Médio era bem descontraída, sorridente e receptiva. Ao mesmo tempo que era organizada, tinha uma capacidade muito grande de lidar com os imprevistos e com as “desordens” do cotidiano hospitalar e da sala de aula revendo sempre seus planejamentos e readaptando-os às situações encontradas. Era bastante detalhista, estudiosa, lia muito e escrevia diariamente sobre o seu trabalho com reflexões constantes. Em suas respostas na entrevista, nota-se a preocupação que tinha em se expressar, articular bem o pensamento e refletir sobre o que fazia. Girassol gostava de ousar na sala de aula e promover ações diferenciadas no seu cotidiano com seus alunos. Em suas aulas, minhas interações foram de uma pesquisadora participante, pois ela solicitava interferências constantes em seu trabalho e sempre discutia conjuntamente suas ações, acolhendo as sugestões que fornecia. Os alunos notavam essa integração e conjuntamente ajudaram em muitos momentos a redefinir a pesquisa.

Girassol, na época da entrevista, 04/06/2003, estava com 38 anos de idade e trabalhava com educação há 22 anos, sendo que estava na Prefeitura há um ano. Havia trabalhado em várias escolas particulares da cidade de Salvador, em diferentes níveis de ensino. Está cursando Pedagogia na Rede UNEB, mas já havia cursado os primeiros anos de Pedagogia em duas faculdades particulares em Salvador. A primeira delas havia sido fechada pelo MEC por não ser credenciada e a segunda, ela relatou que não teve condições financeiras de pagar. Sendo assim, quando pode prestar o vestibular na Rede UNEB e ser aprovada, ela recomeçou o curso.

Girassol nasceu em São Gonçalo, no interior da Bahia, em uma família com seu pai lavrador e mãe professora. Ela relatou que seu pai também teve muita influência na sua opção pelo trabalho em educação. Na infância, o pai era uma pessoa leiga e construiu uma escola dentro da sua casa para as pessoas da região e seus filhos. Esta escola foi reconhecida pelo MEC como escola do MOBREAL e foi premiada no Estado da Bahia como uma escola de qualidade, melhor escola do interior. Quanto à sua itinerância, Girassol contou que seu desejo era ser enfermeira, mas a escola e a profissão de professora já rondavam sua vida desde pequena:

Bom, a questão de me tornar professora talvez não tenha sido uma escolha minha. Eh... Na verdade eu fui crescendo em um ambiente que tinha uma escola que era dentro da casa dos meus pais. Eh... Meu pai sempre foi muito sensível a essa questão de... a questão comunitária mesmo, de serviço social e aí ele formou dentro de casa uma escola e aí eu fui crescendo vendo minha

irmã mais velha alfabetizando pessoas e também fui me envolvendo logo na adolescência também com ensinamento prá essas pessoas da comunidade. Como na minha Cidade não existia um curso que pudesse fazer a noite, na verdade eu gostaria de ter feito enfermagem...e...naquela época não se podia moças estudar a noite. Então, a primeira escola polivalente da minha Cidade oferecia o curso diurno apenas de Magistério, então eu... minha mãe achava que a noite não devíamos estudar, então eu fui forçada mesmo a fazer magistério e daí continuei porque me identificava já com esse serviço e continuei no serviço de Magistério.

A sua história de vida foi perpassada por uma meningite na fase adulta, quando já era professora. Através de depoimentos de sua vida, ela me contou que quando ficou hospitalizada em um hospital público de doenças infecto-contagiosas na cidade de Salvador, cuidava das crianças que compartilhavam com ela o mesmo quarto da enfermaria e realizava ações como: ajudá-las a pentear os cabelos, a se vestir, se alimentar e estudar, pois essas crianças ficavam sozinhas no hospital, sem os familiares e as enfermeiras não realizavam esses trabalhos. Após ter recebido alta deste hospital, ela voltou para a escola onde lecionava e foi demitida em função do temor e preconceito que os profissionais da escola tinha em relação à meningite. Girassol portanto, apresentou em sua história, alguns componentes vivenciais que fazia com que ela criasse uma certa identidade com as crianças hospitalizadas. Quando interrogada se tinha alguma experiência anterior com educação e saúde, ela respondeu:

Não, eu nunca tive. A única experiência que eu tive foi no ano de 1994, quando fui portadora de meningite e fiquei internada por um período de nove dias no Hospital Couto Maia em Salvador. E no hospital Couto Maia eu fiquei muito sensibilizada com o número de crianças que estavam internadas e que ficavam ociosas no hospital e como eu trabalhava como professora, eu então... e também não me via na condição de ficar o tempo todo prostada numa cama, daí comecei a fazer algumas atividades com as crianças no hospital, brincava com elas, contava história e fazia assim... como se fosse uma professora, pra que o tempo não ficasse ocioso dentro do hospital. Então a única experiência que eu tenho é referente a um período que eu estive internada pra receber atendimento médico

O convite para dar aula no hospital, a princípio lhe pareceu temeroso, mas com o tempo, foi refletindo sobre a questão e a transformou em um desafio a ser enfrentado com muita sensibilidade e afetividade.

No que diz respeito à construção dos etnométodos, ela disse que a *práxis* pedagógica nasceu da empiria que se renovava e se refazia a cada dia e descreveu detalhadamente todos os passos. Quanto à existência de um curso de preparação para o trabalho ela informou que:

Não. Não houve nenhuma capacitação. O trabalho foi construído a partir das observações feitas dentro do hospital. Eh... nós tivemos um período de observação e nesse período de observação fomos quase...quase não... de forma bem empírica construindo a partir dos conhecimentos que a gente já... já... que a gente tinha construído e a partir das vivências que a gente tinha da escola regular, a gente foi tentando fazer uma adaptação no hospital, como que um grande experimento mesmo. Todos os dias a gente elaborava um plano de aula, um roteiro de aula, onde a gente expunha as idéias e com o retorno das crianças, a gente ia re-elaborando esse planejamento até chegar a proposta pedagógica que foi construída no contexto hospitalar.

Bom, a princípio, no período de observação, a gente verificou que no período matutino é o espaço mais adequado para desenvolver os trabalhos pedagógicos, porque, no período matutino, era observado que os médicos prestavam atendimento de enfermagem em enfermagem e eles sempre iam prestar atendimento em grande número, ou seja, em equipes. Então, no início de implantação, desde as 8 horas da manhã até as 12:00 um número variado de organizações grupais. Então, a gente se subdividia em grupos que ainda não haviam recebido atendimento médico. Depois desse período de etapas, por conta dessa forma circulante do aluno... ele estava em sala de aula e no mesmo momento, ele recebia o chamado para receber atendimento médico, então, como isso atrapalhava a rotina da sala de aula, foi necessário se fazer uma re-adaptação no horário, então... adaptamos o horário para atendimento escolar entre 9:00 e 12:00 horas da manhã, onde a gente primeiro faz uma visita aos leitos, né ? Para dar um bom dia, desejar bom dia para aqueles que já haviam recebido atendimento, pra conhecimento de novos alunos, de novos parceiros para a escola onde a gente se apresenta e faz o convite para que o aluno venha até a escola. chegando na escola a gente tem todo um roteiro, toda uma agenda, um planejamento pré-estabelecido onde a gente faz um... reconhecimento daquilo que... da atividade que a gente vai desenvolver no dia, onde o aluno é conscientizado das atividades que a gente planejou. se houver necessidade e o aluno achar que aquelas atividades desenvolvidas pelo professor não vem atender as suas necessidades, então eu faço um re-planejamento participativo com os alunos. a gente distribui as tarefas entre leitura, atividade de pesquisa, as atividades que são registradas pelos alunos e a avaliação constante do que foi trabalhado.

A professora denominava o planejamento de suas aulas como re-planejamento participativo e ela assim o realizava. Em se tratando da questão curricular, ela também explicitou com clareza o Projeto Pedagógico elaborado em conjunto com a outra professora em relação à Pedagogia de Projetos e a forma como faziam os registros, os encaminhamentos e avaliações:

Eh... Eu tenho um documento onde ele vem e... vem organizado como um portfólio, onde tem na proposta pedagógica, o currículo, o projeto pedagógico apresentado, tem uma justificativa para a apresentação do nosso projeto, que foi um projeto que surgiu também a partir das necessidades dos alunos e das suas inquietações, então, pensamos em organizar no ano de 2001 e 2002, nós trabalhamos com o projeto que também surgiu a partir das necessidades dos alunos, das suas inquietações e que retratamos a questão do corpo humano, foi o título de “Viagem Pelo Corpo Humano”, justamente porque, nas salas de aulas as crianças tinham muitas curiosidades acerca de

suas patologias, o que lhes trouxeram aqui. Porque elas tinham aquelas doenças. Então, prá responder esses questionamentos surgiu o projeto “Viagem pelo Corpo Humano” e avaliando o projeto da viagem pelo corpo humano, nós re-significamos esse projeto, tratando... nos aprofundando um pouco mais sobre as questões cidadãs, dos direitos do cidadão, pois o corpo não é só um órgão, dentro desse corpo tem um indivíduo e esse indivíduo reage sobre todas as relações que ele tem na sociedade. Então tratamos nesse ano de fazer um portfólio com os diversos direitos que éo direito de todo cidadão. Esse ano nós estamos falando dos direitos da criança e do adolescente e vinculado aos direitos da criança e do adolescente, a gente vincula todo o conteúdo que está proposto no projeto Viagem pelo Corpo Humano, e como rotina, a gente tem registrado a frequência dos alunos, um roteiro onde a gente tem as abordagens semanais, e o roteiro diário que trata daquilo que a gente vai trabalhar no dia. Além do roteiro diário a gente procura fazer uma avaliação, ou seja, é como se fosse um relatório do que foi, das ações e das representações das respostas que a criança teve frente aquilo que foi trabalhado e organizado no dia. E... assim... a título de trazer como história. É um portfólio que a gente vai seguindo mês a mês, por semana na questão do trato com os temas, então sempre há uma re-ligação, um ligação entre os temas trabalhados.

A professora era muito preocupada em construir portfólios, realizar relatórios e avaliações por escrito das atividades realizadas pelas crianças para que elas pudessem levar para suas casas e escolas de origem. Essas questões burocráticas eram necessárias no trabalho, porém ainda são muito pouco executadas pelos professores hospitalares.

A professora também descreveu a forma com a qual desenvolvia o currículo em termos de conteúdos, diversidade de crianças e aspectos filosóficos - educacionais:

O currículo funciona de forma bem flexibilizada. Como nós não temos uma organização formal como na escola regular, que atende a crianças em unidades bem determinadas com períodos pré-fixados, com avaliações, com testes, como a gente não trabalha com esse tipo de currículo bem determinado, a gente tem uma abrangência de conteúdos e esses conteúdos são bem flexíveis onde a gente pode dar um trato...eh...interdisciplinar enfocando todas as disciplinas onde a criança, naquela hora, ela se envolva nas discussões que são propostas no momento, e que a gente tem um desfecho para aqueles encaminhamentos naquele dia. Não que no outro dia não tenha um segmento deste mesmo, da mesma proposta, mas o currículo é muito bem flexibilizado, porque a gente entende que dentro do hospital a gente atende uma clientela que tem uma circum... dentro do hospital temos uma clientela que não tem uma permanência fixa. Existem pacientes que tem a permanência apenas de um dia, pacientes que permanecem horas e pacientes que tem um tempo prolongado entre 7 e 15 ... e meses dentro do hospital. Então, a importância desse currículo flexibilizado, ele visa a atender a todas as crianças que passam nesse ambiente escolar. Não só aqueles que têm uma permanência muito longa, mas existem também aqueles que tem permanência de dias ou de horas, então eles se envolvem nas atividades e as atividades elas são propostas para atender aquele momento específico, que não tenha uma extensão muito prolongada e que as respostas venham depois, mas que a gente busque tanto a pesquisar quanto a resolver esses questionamentos em um mesmo dia de aula.

Nota-se que a professora usava a terceira pessoa do singular para definir o seu trabalho e percebia as ações integradas sem dissociar Educação Infantil do Ensino Fundamental e Médio. Em relação ao currículo, no depoimento anterior, a professora descreveu que a escola não possuía uma organização formal, entretanto, ela citou os Parâmetros Curriculares Nacionais, os mesmos utilizados pelas escolas regulares, para compor o seu trabalho, demonstrando, portanto, que não existia dicotomia escola formal x informal, mas uma mescla dessas modalidades de ensino:

Nós priorizamos atividades que são exigidas do currículo formal, ou seja, pela proposta que hoje a gente tem como referência, os Parâmetros Curriculares Nacionais e os RCNs, porque a gente trabalha com dois segmentos: com a classe de educação infantil e da educação fundamental que se abrange até o ensino médio. Então, as propostas no nosso planejamento, estão baseadas na questão interdisciplinares entre as disciplinas história e geografia, na disciplina de matemática onde também a gente dá uma questão interdisciplinar prá todas as outras áreas e atividades, a gente faz também atividades escritas, montagem de maquetes, atividades interativas onde possuam maior participação do alunos, onde ele não fique muito sentado... e como o tempo de aula é um tempo precioso, porque a gente tem três horas aula, a gente procura manter uma diversidade grande de estratégias também prá não...por conta da situação de doença em que a criança se encontra, a gente tenta fazer uma variedade de atividades para que eles não se sintam muito cansados e nem um tanto quando exigidos por conta desta flexibilidade do currículo.

A professora Girassol também possuía uma característica particular de possibilitar aos alunos diferentes tipos de movimento, adequando-os aos ritmos e condição física dos alunos. Quanto as áreas de atuação do professor no hospital, a professora não respondeu em termos práticos ou operacionais, mas em relação ao campo dos conceitos, atitudes e afetos que estas áreas abrangiam:

As áreas de atuação são todas as áreas, né ? Desde o campo conceitual, atitudinal e também o o campo de atuação afetiva. eh... não acho que deva ter restrição de campo de atuação porque a gente precisa olhar mesmo com mais sensibilidade a questão das atitudes, porque quando as pessoas estão fragilizadas, elas apenas percebem a si mesmas e é lógico que se percebam desta forma, mas a gente deve ter como campo de atuação bem mais abrangente em todas as questões, principalmente nas questões valorativas de desenvolver valores, aqueles que as crianças pensam que perderam, mas na verdade, eles estão lá, continuam lá e que a gente nunca deva priorizar uma coisa em detrimento de outra. todas as....os campos devem ser valorizados dentro do hospital

Sua concepção das crianças hospitalizadas é de que eram crianças iguais as outras crianças. A professora chamou a atenção para o fato de que uma criança saudável também merece cuidados especiais:

Bom, eu não acho que DEVA ter nenhuma diferença porque a gente trata com SERES HUMANOS e onde quer que elas estejam elas devem ter o atendimento igual. Porque, quando você lida com pessoas, você precisa amá-las, respeitá-las, você precisa aceitá-las, independente da sua condição de saúde ou não. Porque, mesmo aquele que se apresenta de forma saudável, ela precisa também de uma atenção. Talvez ele tenha algum problema que não esteja mostrando pela condição física, mas ele pode ter algum problema de condição psicológica e ele necessita de mesma atenção daquele que está recebendo atendimento médico no trato com o seu corpo físico. No hospital, de forma assim um tanto quanto diferenciada a gente tem que ter um olhar um tanto mais sensível porque aquele aluno está um tanto mais fragilizado, denota uma atenção mesmo especial, não que outros não tenham, não necessitem de atenção especial, mas aquele aluno precisa re-constituir a sua afetividade, que ele está privado de uma série de coisas, então a gente precisa ter um tanto mais de atenção, um tanto mais de despojamento para trabalhar com esse aluno.

Quanto à complexidade do ambiente hospitalar, ela o percebia como diferente e de difícil adaptação, mas não como espaço de impossibilidade da prática pedagógica. Quando interrogada sobre as dificuldades do trabalho respondeu:

As dificuldades são inúmeras. Se eu fosse dizer aqui, todas, talvez a gente acabasse desistindo. Mas eu acho que não é pela dificuldade que a gente deve desistir de nenhum trabalho, pois as dificuldades elas são propulsoras, elas nos impulsionam mesmo prá que a gente vá desvendando, desvelando os segredos daquilo que a gente se propõe a fazer. Eu vejo assim, com muita dificuldade, eu ainda tenho muitas dificuldades, talvez a maior delas seja que é desvendar o segredo da formação profissional. Eu tenho me proposto muito a estudar, a ler novos textos, porque a princípio houve muita dificuldade porque eu percebia a classe hospitalar da mesma maneira que eu percebia a escola formal, mas mesmo que elas são atividades que se inter-relacionem elas tem as suas especificidades. Uma das maiores dificuldades que eu vejo em um ambiente hospitalar é essa questão mesmo da interdisciplinaridade na equipe multidisciplinar, que sentisse fazendo um trabalho conjunto com todos os profissionais porque eu percebo o professor como parte do professor, parte do terapeuta, parte do médico, parte do psicólogo. O paciente é um ser único e quando os profissionais percebem isso, que um profissional complementa o trabalho do outro, isso talvez cresça muito mais e assim, não só a questão do respeito, mas que a ciência perceber que se é possível fazer isso, dentro do hospital ou dentro de qualquer instância que se tenha um trabalho ou atendimento pedagógico. E a grande importância da escola no hospital, para o atendimento de crianças e adolescentes, enquanto internados, essas crianças ficam mesmo de forma ociosa no espaço hospitalar e o atendimento escolar vem garantir mesmo, não só a formação de conteúdos conceituais e procedimentais, mas vem mudar mesmo a atitude do aluno e quando ele se reporta para o professor e diz: “Ai que ótimo, professor, que você está aqui” traz ... é uma grande resposta para o trabalho pedagógico. Não só para o pedagógico, mas para o profissional que lida todos os dias e cada olhar do paciente, quando ele abre

um sorriso, esse é o maior ganho, porque quando você está sozinho, você fala com as paredes, mas quando você vê alguém que é, que se mostra ser parceiro, a gente se abre e é uma grande confiança quando os alunos se colocam pra gente, para o professor. E eles dizem assim: “Que bom.”. Mesmo que ele não faça nenhuma atividade escolar, que não escreva, que não pinte, mas o companheirismo de dizer: “Poxa, professor, que bom, que ótimo que você teve uma conversa comigo, um olhar diferente e que pode contribuir pra que eu me alegrasse.”

Nota-se que ela buscava ler e estudar para preencher as possíveis “brechas” de sua formação e via na escola no hospital não um espaço para preencher o tempo da criança, mas para re-significar valores e atitudes dessas crianças para com a vida.

Quando foi interrogada sobre um fato que lhe chamou a atenção no hospital, ficou emocionada ao relatar o caso de uma aluna. Chorou, pediu para cortar a gravação. Depois se recompôs e voltou a descrever o ocorrido:

Girassol olhou para a câmera e disse: – Não grava ainda. (Parei e voltei a gravação) Tiveram vários episódios que mexeram muito comigo. Mas eu posso citar um dos episódios ao qual eu não tive solução...eh...que foi um episódio onde uma aluna, ela foi...Marcela...e que...ela foi...vítima de queimadura, não me recordo agora qual foi o episódio que... recordo. Recordo-me. No episódio de Marcela, ela estava sozinha com o irmão de dois anos e onde ela preparava o banho do seu irmãozinho. E quando ela foi pegar a panela pra... no interior chama-se destempero de água, quando ela foi destemperar a água pra dar banho no irmãozinho, o fogão era um fogão de uma boca só, então a panela entornou e Marcela teve queimaduras de terceiro grau. A Marcela foi assim uma aluna curiosa porque ela quase que não se envolvia nos trabalhos escolares, mas ela... era como se ela tivesse um IMÃ, alguma coisa que nos puxasse mesmo para se fazer uma grande amizade. E o que me chamava mais a atenção em Marcela, é que todos os dias ela fazia curativos, ou melhor, dia sim e dias não, sempre de segunda, quartas e sextas. E no horário de fazer o curativo dela, a Marcela apresentava uma série de sintomas, mesmo que ela não tivesse dor, ela simulava a dor, simulava desmaios para que tivesse a atenção do professor. E ela era uma das alunas que menos participava das atividades escolares. Ela tinha nove anos de idade e ficou internada em um período de seis a sete meses aqui... foi logo quando implantamos o projeto aqui no hospital. E quando chegava, quando ia chegando o finalzinho de seu tratamento, onde Marcela já apresentava um grau de melhora bem avançado... eh... houve um incidente com a cirurgia plástica de Marcela. Na cirurgia a perna dela voltou a encolher e Marcela teve que passar de novo por novas cirurgias para que pudesse fazer a extensão de novo da perna... E ela tinha assim uma... (Girassol se emociona, chora e pede para parar. Cortei e voltei.) que ela estabeleceu um vínculo mesmo afetivo e sempre que ela recebia atendimento, ela sempre solicitava muito a presença tanto minha como da outra professora, pra que lhe transmitisse mesmo segurança. Tanto para receber medicamentos, quanto para ser enviada para o Centro Cirúrgico e foi uma das pacientes que mais deu trabalho para receber alta. Não só pelo que atraía dentro do hospital quanto aos presentes e as lembranças que ela recebia de todas as pessoas que tinham um trato bem amoroso com Marcela. Mas pela afetividade, pelo vínculo que ela estabeleceu com os professores. Pronto ?

A professora relatou que a criança não se envolvia nos trabalhos escolares, no entanto, como a afetividade das professoras era tão intensa que promovia fortes vínculos, a criança pedia às professoras que a acompanhasse nos curativos, o que demonstrava que o papel do professor no hospital não está restrito somente à sala de aula.

Em relação às sugestões para o trabalho, a professora referiu uma solidão na realização de sua *práxis* e defendeu um olhar mais compromissado dos órgãos públicos em relação a educação em nosso país:

Bom, eu percebo que a Classe Hospitalar deveria ter uma assistência das Secretarias, tanto Educacional, quanto da Secretaria de Saúde, porque o trabalho que se faz dentro da escola tem muito relevância mesmo pra educação e... a gente constrói mesmo um trabalho solitário. As pessoas não se envolvem muito com o que é feito dentro, na escola do hospital, como se o currículo não tivesse muita importância e as abordagens que são realizadas dentro da escola também fossem irrelevantes para a educação da criança. Mas a gente tem percebido o quanto de importância tem trazido a escola no hospital, nas respostas que os pais nos trazem, né? O quanto eles respeitam esse espaço que tem mesmo grande importância na sociedade. E escola tem grande importância na sociedade porque os cidadãos são formados dentro da escola. São mediatizados por outras atividades sociais, mas dentro da escola é que se liberta mesmo, é que se busca mesmo a questão do conhecimento e ... acho que é isso mesmo, precisa ter mesmo um olhar mais sensível dos órgãos competentes que lidam com a educação e que lidam com a saúde pra que possam enriquecer o espaço e dar sugestão porque os professores acertam e erram, mas a gente só pode consertar os erros se outras pessoas estiverem olhando aquilo que está sendo feito dentro da escola. Porque nenhuma prática se basta, precisa que outras pessoas estejam olhando avaliando e a gente só consegue acertar nos erros quando a gente parte pra avaliar mesmo. O diagnóstico a gente faz todos os dias, mas pra consertar os erros só mesmo a avaliação é que norteia esse trabalho. Obrigada.

Girassol percebia o seu trabalho como uma *práxis* transformadora:

Bom, eu conceituo o meu trabalho como de grande importância na questão pedagógica e no campo educacional porque ao longo da história, o professor, a gente... tem vários conceitos para a questão do professor, para a questão histórica da educação e eu vejo meu trabalho como de grande importância para se...para que nasça, né ? aquele respeito pela profissão onde a gente trata com pessoas todo dia e a responsabilidade do trabalho educativo, de fato não é só do professor, ele é um trabalho que vem apresentar o trabalho que é feito na família, o trabalho que deve ser feito pela sociedade e que as responsabilidades ficaram sempre sobre os ombros da escola, sobre os ombros do professor. Sendo que a prática no hospital, ou em qualquer lugar, ela deve ser uma prática que venha transformar os indivíduos para que eles é... que eles percebam no seu entorno todas as coisas que podem MUDAR o seu PROGRESSO, que PODEM lhe trazer progresso, que podem mudar e transformar a sua vida, então o professor no hospital, ou em qualquer contexto, ele deve ser olhado, percebido, como um agente de transformação.

A professora Girassol, mesmo não tendo formação universitária, possuía uma prática pedagógica que impressionava pela capacidade de articulação dos saberes, das pessoas, suas emoções e dos conhecimentos. O fato de estar cursando Pedagogia a fazia buscar novas referências. Parecia se sentir incompleta e buscava sempre mais informações para aprimorar o seu trabalho. Ela tinha muita experiência de trabalho com crianças e adolescentes o que lhe permitia também uma abertura para propostas novas o que fazia o cotidiano de suas aulas muito agradável para todos. Possuía muita sensibilidade, um olhar apurado e escuta sensível em relação às crianças. Em muitos momentos, expressava se colocar no lugar daquelas crianças e discutia muitos aspectos sobre a condição de hospitalização, bem como de suas vidas.

5.5.5 O ambiente da sala de aula do Ensino Fundamental e Médio no hospital

A sala de aula do Ensino Fundamental e Médio no hospital possuía quatro mesas grandes e várias cadeiras ao redor, que permitia aos alunos ficarem em grupo para a realização dos trabalhos. Esta sala localizava-se no 2º andar do hospital e tinha dois sofás encostados na parede, lousa, televisão e vídeo. Os armários, que guardavam os pertences das mães, também ficavam nessa sala o que às vezes atrapalhava um pouco as aulas quando as mães tinham que pegar seus objetos. O armário que guardava o material pedagógico das professoras da Educação Infantil e do Ensino Fundamental e Médio, assim como dos alunos, ficava no corredor da enfermaria no 2º andar. As professoras não possuíam uma sala específica de reuniões e para guardar os materiais pedagógicos, mas bastava que chegassem no corredor das enfermarias e se aproximassem dos armários que as crianças ficavam observando-as, reunindo-se em volta das mesmas para ajudá-las a levarem os materiais para sala.

As reuniões e planejamentos do dia várias vezes aconteceram em volta desse armário, pois era lá que as crianças pediam livros, brinquedos e as interações das aulas também eram ali construídas, naquele corredor, em frente daquele armário. Muito embora as professoras tivessem seus planos de ação, as crianças, em alguns momentos, faziam com que, em frente ao armário, alguns planos fossem repensados.

A sala de aula do 2º andar era composta por muitos cartazes elaborados pelas crianças e pela professora que expressavam diferentes produções: escrita, de matemática e artes plásticas. Durante o tempo de observação da pesquisa de campo, fui verificando que os

espaços internos da sala de aula começaram a ficar insuficientes para a exposição dos trabalhos e a professora foi solicitando aos alunos para irem ampliando esses espaços e afixando seus trabalhos nos corredores das enfermarias. Os alunos assim o fizeram e o hospital não se opôs.

Escolano (2001) analisa o espaço escolar como um constructo cultural que expressa e reflete além da materialidade vários discursos. Para ele, o espaço é um mediador cultural em relação aos esquemas cognitivos e motores das crianças, um elemento significativo do currículo que expressa experiência e aprendizagem. Sendo assim, a arquitetura escolar é uma forma silenciosa de ensino e ao mesmo tempo que abriga a liturgia acadêmica, é dotada também de significados que transmitem uma importante qualidade de estímulos, conteúdos, valores e organizações disciplinares.

Escolano cita Foucault (2001, p. 27) quanto ao ordenamento da vida acadêmica através da arquitetura panóptica e taylorista do espaço escolar, sendo a escola um continente que gera poder disciplinador:

A “espacialização” disciplinar é parte integrante da arquitetura escolar e se observa na separação das salas de aulas (graus, sexos, características dos alunos) como na disposição regular das carteiras (com corredores), coisas que facilitam além da rotina das tarefas, a economia do tempo. Essa “espacialização” organiza minuciosamente os movimentos e os gestos e faz com que a escola seja um continente de poder.

No caso da sala de aula do hospital, principalmente do Ensino Fundamental e Médio, essa forma de constituição disciplinadora do espaço não existia. As mesas grandes, aliadas as ações da professora, oportunizavam sempre interações coletivas entre os alunos, das mais variadas idades e escolaridade. Em várias aulas, os trabalhos eram realizados em círculo, em outros momentos, as mesas eram unidas formando ora grandes, ora pequenos grupos. A disposição do mobiliário era constantemente modificada.

A professora também disponibilizava livros infantis, gibis, revistas e um baú de brinquedos que sempre ficava na sala para ser utilizado pelos alunos fora do período da aula e nos finais de semana. Ela também discutia a necessidade do cuidado, da responsabilidade frente aos materiais como propriedade pública, assim como do seu compartilhamento:

Neste dia, a professora começou a aula perguntando às crianças: Por que não usaram o baú ontem? Você não apresentou para os meninos os jogos não, Mich? Menina: Os menino não táva aqui. Girassol: Foi? Os meninos não vieram não fazê companhia? Ah, mas quando a pró não vir, vocês sabem que podem utilizar os brinquedos, pegá o baú, pedi a mamãe prá assessorar vocês, auxiliar na hora de utilizar os jogos. Tá certo? Prá não ficar sem brinquedos. E os brinquedos que a pró deixou na mão de vocês durante o

final de semana? Não se reuniram não, uns com os outros prá brincá? Então a gente vai aprendê hoje como é que a gente se reúne prá brinca e dividi um pouquinho. Então vamos lá.

Outro aspecto interessante também observado nesta sala de aula foi a presença de um relógio. Para Escolano (2001) o relógio incorporado na escola é um organizador da vida da comunidade e da infância, pois:

Ele marca as horas de entrada na escola e de saída dela, os tempos de recreio e todos os momentos da vida da instituição. A ordem temporal se une, assim, à do espaço para regular a organização acadêmica e para pautar as coordenadas básicas das primeiras aprendizagens. (ESCOLANO, 2001, p. 44)

Na escola no hospital, o relógio não possui a mesma função que na escola, pois as aulas não têm essa característica disciplinadora da entrada e saída dos alunos e dos momentos do recreio. A ordem temporal da escola no hospital é um pouco diferente da instituição escolar. Entretanto, embora o relógio não possua essa função controladora, é um objeto muito significativo quando as crianças estão esperando o momento da cirurgia, quando esperam um amigo voltar do centro cirúrgico e quando esperam o médico para receberem alta. Nesses momentos, as crianças “medem” os segundos do relógio que assume uma característica significativa na sala de aula. Na sala de aula da professora Girassol, essas situações ocorriam e esses eram elementos “silenciosos” do currículo e do ambiente escolar – hospitalar que perpassavam a vida daquelas crianças. Às professoras, era necessário compreender essas situações e seus significados.

Borba (2004, p. 47), ao analisar a questão do tempo nas situações educativas, discute o aspecto emocional que o mesmo representa na vida dos estudantes. O tempo é perpassado por histórias pessoais e pela afetividade:

O tempo na vida de um estudante, traz, cria, no seu bojo, histórias: uma mais trágicas, outras crônicas, tediosas, maravilhosas, etc... Histórias vividas e a esse tempo (a esse vivido) chamamos “temporalidade”. O tempo, enquanto temporalidade, não é pura abstração física, tonalidade neutra. Ele é uma duração (tem início, meio e fim) e nesse durar há histórias, há uma historicidade. A historicidade define-se pelo vivo e pelo vivido e no vivido temos nossos afetos, nossas emoções, nosso inconsciente.

No caso da escola no hospital, o tempo do relógio é o da temporalidade e o movimento de seus ponteiros trazem as marcas do cenário e dos acontecimentos.

5.5.6 A rotina da professora

A professora Girassol gostava de modificar as atividades realizadas com os alunos. Diversificava materiais, trazia revistas de sua casa, letras de música, artigos de jornais, textos mimeografados e xerografados com atividades adaptadas para diferentes idades. Realizava igualmente trabalhos manuais, artes plásticas, teatro, música e no final da pesquisa, realizou a produção de um vídeo com os alunos. Ela também executava muitas brincadeiras e possuía um planejamento escrito para cada aula que era anotado em seu caderno, porém, se no início ou no curso da mesma, os alunos tivessem interesse por outra temática, ela replanejava as atividades.

A presença e o envolvimento das mães e os acompanhantes dos alunos era expressiva nessas aulas e a professora solicitava bastante essa participação. Como as crianças já eram maiores, muitas vezes, algumas pareciam ficar envergonhadas com o auxílio dos pais e manifestavam interesse em realizar suas atividades de forma autônoma. Mas também tinham aqueles alunos que os pais eram analfabetos e que às vezes, os filhos bem pequenos, auxiliavam os pais que participavam das atividades na escola do hospital. Em muitos momentos, aquela sala de aula parecia também uma espécie de “sociedade secreta” das crianças e dos adolescentes que demonstravam interesse em ficar interagindo sem a presença dos pais. Eles pareciam gostar de um espaço onde pudessem brincar entre eles, relaxar e falar sobre o que pensavam do mundo de forma natural.

Assim como na Educação Infantil, a aula não começava na sala, mas sim nos corredores e nas enfermarias quando a professora chegava e se dirigia até os leitos. As crianças mostravam-se bastante motivadas para participar e muitas vezes presenciei algumas delas aguardando ansiosas a chegada da professora. Quando Girassol chegava, as crianças corriam para abraçá-la e beijá-la e queriam saber as atividades que iriam realizar. A professora se dirigia à sala e fazia uma sondagem inicial das crianças que já haviam participado das aulas. Em relação aos alunos novos, ela conversava e fazia a ficha de admissão entrevistando os pais e/ou acompanhantes perguntando a respeito dos dados pessoais e da escolaridade. Em alguns momentos, ela ficava sobrecarregada para entrevistá-los, principalmente quando chegavam muitos alunos novos ao mesmo tempo. Ela criou uma estratégia de distribuição das fichas para os pais e os próprios alunos solicitando que eles mesmos preenchessem os dados. Também explicava as dúvidas que aparecessem.

Girassol elaborava estratégias diversificadas para unir os alunos. Seguiu o Planejamento Pedagógico da Pedagogia de Projetos da proposta pedagógica que ela e a professora Violeta haviam elaborado para a escola no hospital. No ano de 2002 trabalhou a temática “Viagem pelo Corpo Humano “ e no ano de 2003, o tema foi “Corporeidade e Valores Humanos”. Após as aulas, Girassol preenchia uma ficha de metacognição individual dos alunos, onde ela, ou o aluno que soubesse escrever, preenchia o que ele não sabia e queria saber sobre o tema trabalhado. Ela também fazia relatórios de participação dos alunos para que levassem às suas escolas de origem após receberem alta hospitalar. A professora preenchia esses documentos à mão, no final de cada aula, pois não tinha computador, o que demandava longos períodos após o término das aulas para preencher essas questões burocráticas, todavia importantes para aqueles alunos.

Girassol também promovia muito em suas aulas a escuta sensível dos alunos através dos temas que selecionava e das conversas que realizava.

Ceccim (1997) discute o fato que na saúde as condutas são consideradas bem sucedidas quando as pessoas que estão doentes podem falar e serem ouvidas. Para Ceccim, nos programas de educação nos hospitais faz-se necessária uma “escuta em saúde”. Essa escuta se diferencia da audição simples. É uma escuta baseada na apreensão e compreensão de sentidos:

A escuta não se limita ao campo da fala e do falado, ao contrário, busca perscrutar os mundos interpessoais que constituem nossa subjetividade para cartografar o movimento das forças de vida que engedram nossa singularidade. Uma escuta em saúde não é o mesmo que uma escuta psicanalítica que envereda pelo campo da psicopatologia, das psicoterapias ou da análise de sintomas e interpretação. Uma escuta em saúde é mais genérica, mas também específica. Numa perspectiva de atenção integral como escuta à vida, o desenvolvimento da escuta se dirige à promoção da saúde (produção de vida e de sentidos) e não só o tratamento, por isso, se volta tanto aos processos interativos de percepção e sensibilidade às condutas infantis e sintomáticas, quanto ao acompanhamento dos processos assistenciais. (CECCIM, 1997, p. 31)

Girassol possuía essa capacidade tanto de sensibilizar as crianças e os adolescentes para conversarem abertamente sobre suas angústias, sonhos e desejos, como os escutava em seus ideais sobre o universo infantil e da juventude. Na maneira como conduzia as aulas, ela dialogava os vários sentidos das falas no grupo e exercia conjuntamente diferentes mecanismos de reflexão sobre os conteúdos trabalhados.

Foram selecionadas quatro aulas que serão analisadas em sua seqüência, para que o leitor possa visualizar as estratégias utilizadas pela professora, seus etnométodos. Esse

recorte foi necessário em função da extensa quantidade de material. A qualidade das aulas era um aspecto marcante o que dificultou a seleção. Muitas aulas interessantes não foram consideradas na tese devido à quantidade de informações, entretanto, é um rico material a ser explorado para análise. As aulas que serão apresentadas mostram os desafios desta professora eram vários: unir diferentes crianças e adolescentes, discutir a multiculturalidade presente na sala de aula e conduzi-la na escola multisseriada do hospital.

5.6 DESAFIOS DO ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO: A DIVERSIDADE DOS ALUNOS

Quando se discute diversidade de alunos em educação logo vem em mente a idéia das diferenças e das desigualdades sociais e culturais. Durante muito tempo na Pedagogia, como afirma André (1999), as escolas foram “indiferentes” às diferenças, elaborando mecanismos de exclusão dos alunos que não se adaptavam ao sistema escolar. Quando as diferenças culturais e sociais começaram a ser discutidas, as dificuldades escolares ou os “fracassos” dos alunos das classes populares começaram a ser atribuídas aos próprios alunos desconsiderando as relações político, econômicas e sociais existentes.

Para André (1999) em muitas práticas pedagógicas o professor pode tratar as diferenças de modo tão acentuado que favorece os que participam das aulas e desfavorecem aqueles já desfavorecidos social e economicamente, realizando muitas vezes uma diferenciação intencional, gerando discriminações e preconceitos no interior das salas de aula. André também analisa as práticas de professores que estão procurando ativamente diversificar as tarefas de sala de aula para atender aos diferentes interesses e níveis de desenvolvimento dos alunos. Nesse sentido, um dos grandes desafios dos professores atuais na escola das diferenças é instaurar contratos didáticos e outros dispositivos que dêem sentido ao trabalho escolar, que façam da escola um local de vida, de estímulos a relações interpessoais, de trocas de conhecimento. Espaço possível que auxilie os alunos a construir uma identidade coletiva, a trabalhar cooperativamente e tomar consciências das diferenças e desigualdades.

Segundo Perrenoud (2001) um dos grandes desafios dos professores que lidam com a diversidade está na elaboração de pedagogias diferenciadas. Para ele, toda situação didática proposta ou imposta de modo uniforme a um grupo é sempre inadequada para uma parcela deles. Todavia, o trato com a diversidade não está restrito somente na uniformidade de conteúdos, pois é possível apresentar o mesmo conteúdo aos alunos que eles irão atingir os

mesmos níveis de conhecimento, mas por itinerários diversos. Nesse sentido, cabe ao professor criar situações de modo que o aluno seja confrontado constantemente com situações didáticas mais fecundas, orientados através de um currículo formado por um conjunto de experiências.

Saber lidar com a diversidade requer, além do respeito às condições culturais e existenciais das pessoas sem discriminá-las, é preciso entender os diferentes ritmos de progressão dos alunos, dos procedimentos e dos contratos pedagógicos.

Na escola do hospital, o entendimento dessas diferenças, principalmente dos ritmos diferenciados dos alunos é um dos elementos essenciais para a construção da práxis pedagógica, pois os contratos pedagógicos precisam ser pensados a partir das possibilidades que os professores conseguem visualizar em seus alunos. Isso não significa subestimar capacidades deles, mas que os professores tenham sensibilidade para compreender os diferentes ritmos e adequar as atividades aos momentos de vida daquelas pessoas.

É preciso também que o professor dedique um tempo significativo de sua aula à escuta dos alunos. A sala de aula é um grande espaço de comunicação, por isso a necessidade de fomentar esse mecanismo para entender quem é essa criança e adolescente hospitalizado, quais as condições subjetivas que estão produzindo a sua existência, como percebem o mundo e atribuem sentidos a ele. Para isso, é preciso escutá-los. Tal aspecto foi muito presente nas aulas da professora do Ensino Fundamental e Médio e serão retratados a seguir.

5.6.1 A representação do carnaval para os alunos hospitalizados

Na aula do dia 25/02/2003 a professora discutiu sobre o carnaval em Salvador. Ela uniu as mesas fazendo uma mesa grande para acomodar as crianças que ficaram sentadas ao seu redor. Porém, Mar, não quis se aproximar. Na época da pesquisa ele estava com 7 anos de idade. Sua história de vida foi marcada por uma cegueira em função de um tumor. Ele estava no hospital aguardando os resultados de seus exames para fazer uma cirurgia. Era uma criança muito humilde que cativou a todos nas enfermarias. Naquele dia, ele estava sentado ao lado de Irmã Josi, uma grande companheira das crianças e das professoras, mas ambos estavam afastados do grupo de crianças. A professora Girassol o chamou para aula e ele resistiu dizendo:

Már disse à professora: Não é prá brincá? Irmã Josi, comentou brincando sobre o que Mar havia dito. Irmã: Tá vendo? Até Mar, não quer estudar. Só

quer brincar viu? Girassol: Mas a gente só vai conversar. E quem disse que estudar a gente não pode estar brincando e estudando, Mar? A gente pode estudar brincando, não é? Mas Mar não quis sair do seu lugar e a professora não se opôs. Ele ficou onde estava e participou da aula.

Mar queria brincar na escola e que a professora não negou essa função. A Irmã brincou com a professora sobre os interesses das crianças na escola, mas a professora reiterou o espaço da escola como espaço de junção da brincadeira e do estudo.

Ela começou a aula⁴⁶ perguntando se as crianças haviam utilizado o baú que guardava os brinquedos no final de semana e a importância de compartilhar e serem responsáveis. Enquanto estava realizando esta conversa, um médico entrou silenciosamente na sala e passou uma receita para Mar que estava com Irmã Josi. Uma mãe de outra criança saiu com sua filha da sala pois estava acabando o soro. Essas entradas e saídas eram muito comuns na sala de aula e a professora, assim como os alunos, estavam acostumados com essa movimentação que não os incomodava.

Assim que começou a aula, a professora, com o ritual do dia, foi perguntando o dia e o mês e as crianças prontamente responderam. Este ritual era importante para as crianças hospitalizadas pois ficavam muito tempo confinadas e às vezes perdiam a noção do tempo. Em seguida, a professora introduziu o tema da aula:

Girassol: Todo mundo está escutando na televisão falando sobre uma festa que vai acontecer na cidade. Que festa é essa? Crianças: Carnaval. Girassol: Todo mundo aqui é da cidade de Salvador? Alguns disseram que sim. Girassol: Quem não é da cidade de Salvador? De 13 crianças, 3 não eram. Girassol: Mic. Na sua cidade tem carnaval, Mic? Tem? Eles responderam que sim. Girassol: Quem mais não é de Salvador? Paul? Na sua cidade tem carnaval? Paul: Sim. Girassol: Muito bem. Vocês sabem o que é o carnaval? O que é o carnaval? Mic: Uma festa para alegrar as pessoas. Girassol repetiu: Uma festa para alegrar as pessoas. Muito bem Mic. Quem mais diz alguma coisa sobre carnaval? Irmã Josi: O Mar diz que sabe. Girassol: Diga Mar. O que é o carnaval. Mar: Eu não sei não, mas eu vejo falá. Girassol: Diga aí então o que as pessoas falam pra você sobre carnaval? Irmã Josi e Girassol: Falam o que para você? Carnaval é o que? Irmã: O povo fazendo o que? Girassol: O que que as pessoas fazem no carnaval? Irmã soprou: Pula. Mar: Pula. Girassol: Só pula? Fica pulando assim sem nada? As crianças riram. Uma criança falou: Fica dançando. Girassol: Fica dançando sem nada? Outra criança: Pulando carnaval e cantando. Girassol: Por que? Porque tem muita música?

⁴⁶ Crianças da aula do dia 25/02/2003. Profa Girassol. Már (9 anos, 2ª série, Cefaléia – Tumor na cabeça) Mich (11 anos, Santo Amaro, 3ª série, Síndrome Infecçiosa), Paul (9 anos, 3ª série, Castro Alves, Paralisia Facial e estava internada para fazer biópsia), Dai (10 anos, SSA, 4ª série, Algia Tóxica) Ala (8 anos, 2ª série, SSA, Procedimento Cirúrgico) Ecl (9 anos, São Gabriel, Alfabetização, Síndrome Nefrótica).

Nota-se que a Irmã Josi auxiliou Mar a entrar na discussão da aula, mesmo que ele estivesse sentado distante dos amigos. Pelo fato de ser do interior, da zona rural, sua realidade e conhecimento sobre carnaval era um pouco diferente dos seus colegas mas ele participou com as contribuições que possuía. A professora continuou a discussão:

Girassol: Mas que tipo de música tem no carnaval? Valsa? (fez um gesto de valsa e dançou). Crianças: Não. Girassol: Que tipo de música tem então no carnaval? Crianças: Chiclete com banana. Timbalada. E Girassol começou a listar com os dedos. Crianças: Regge, Olodum., Forró. Girassol: Tem forró também no carnaval? Um das crianças disseram que não. Girassol: Será que tem? Tem ou não tem? Uma criança disse que tinha. Girassol lhe perguntou: Tem forró no carnaval? A criança sorriu e disse que sim. Girassol: Vamos ver depois se tem forró no carnaval. E que mais que as pessoas fazem no carnaval? Tem dança, tem música. O que mais tem no carnaval? Mic: Tem trio. Girassol: Tem Trio Elétrico. Que mais? Mic: Lá em cima tem cantor. Girassol: Lá em cima tem cantor. Fica lá, cantando. Que mais? Vou mostrar só umas gravuras prá ver se vocês pensam mais um pouquinho sobre carnaval.

A professora iniciou a aula fazendo uma discussão sobre o conceito de carnaval e dos diferentes estilos de música e dança. Ela deixou em aberto a afirmativa do aluno se tinha ou não forró no carnaval e disse que iria verificar. Inicialmente discutiu o tipo de carnaval de Salvador e depois ampliou o debate.

Para Sacristán (1995, p. 106), na perspectiva dos currículos multiculturais, é preciso levar os alunos a compreenderem, entenderem a multiculturalidade interna de toda cultura e estimular hábitos mentais e atitudes de abertura com outras culturas, além de ter capacidade para acolher a diversidade. A professora neste caso, não censurou o aluno por considerar que no carnaval contempla-se o forró. Para ilustrar sua aula, utilizou a Revista Nova Escola que possuía desenhos coloridos sobre o carnaval e dicas para construção de fantasias.

A professora mostrou a fantasia na revista e perguntou que fantasia parecia. Mic disse que parecia do Chapolim. Girassol: Quem é Chapolim? Crianças: Do Chaves. Girassol: Ih, mas aqui não é do Chapolim não. Tem aqui dizendo assim: Extra terrestre. Depois perguntou sobre mais fantasias do livro e as crianças foram acertando de bruxa, borboleta, Emília, havaiana.

Percebe-se que os alunos ensinaram à professora sobre personagens que ela desconhecia da televisão. Posteriormente, Girassol conduziu a discussão sobre a forma de participação das crianças no carnaval e as questões das desigualdades sociais começaram a emergir:

Girassol: Quem que já saiu aqui no carnaval fantasiado? Uma criança levantou a mão. Girassol: Você já brincou o carnaval, Paul? Já? Fantasiada?

Ou sem fantasia? Paul: Sem fantasia. Perguntou para outra menina: Você já brincou o carnaval? Ela balançou a cabeça e disse que não. Girassol: Nunca brincou? Por que? Voce não gosta? A menina disse: Não. Porque minha mãe não tem dinheiro. Girassol: Sua mãe não tem dinheiro? Prá que? Mic ajudou a amiga a responder: Prá comprá.. Prá pagá... Girassol: Prá comprá prá ela sai? Se diverti? Girassol: Você já brincou o Carnaval, Dai? Não? Nunca brincou? Por que Dai? Dai: Porque não tinha dinheiro. Mic: Já brincou? Brincou de que? Mic: No parque. Girassol: No parque. Diga.. para outra criança. Já brincou fantasiado ou sem fantasia? Criança: Sem fantasia. A mãe lhe corrigiu e ele disse: Ah. Foi. Foi fantasiado. Girassol: Foi fantasiado de que? Criança: De Gandhi. Girassol: De que? . De Gandhi.. Ah.. O bloco que sai nas ruas, não é isso?

Nota-se que o grupo de crianças era diverso: algumas crianças se sentiam excluídas do carnaval porque não tinham dinheiro para participar, outras já haviam participado fantasiadas e outras brincaram o carnaval sem fantasias mesmo. Após essas colocações, a professora começou a discutir a amplitude do carnaval em outras regiões e reapareceu a questão do forró, mas a professora enfatizou que forró só ocorria na época de São João. Vale lembrar,entretanto, que este aspecto tem sido re-avaliado nos carnavais de Salvador pois misturam-se vários estilos musicais. Igualmente, ao longo da discussão começaram a aparecer as representações das crianças sobre o carnaval que o concebiam como espaço de brigas e violência.

Santomé (1995, p. 163), ao analisar as culturas negadas e silenciadas no currículo, apresenta as culturas infantis e juvenis como uma dessas culturas silenciadas. Ele discute o fato que nosso adultocentrismo nos leva a ignorância sobre o mundo indiossincrático da infância e da juventude, assim como, principalmente uma visão paradisíaca deste mundo, como se as crianças não enfrentassem problemas nas realidades sociais em que vivem.

Para Santomé (1995, p. 166): “ o ensino e a aprendizagem que ocorrem nas salas de aula representam uma das maneiras de construir significados, reforçar e confrontar interesses sociais, formas de poder, de experiência que têm sempre um significado cultural e político.”

Quando a professora começou a indagar sobre as experiências dos alunos com o carnaval, começaram a surgir os diferentes significados. A concepção expressa era de que o carnaval não pertencia àquele universo infantil:

A professora perguntou: Só acontece carnaval aqui em Salvador? Que Cidade mais acontece carnaval? Diga aí em que lugar acontece carnaval e que é diferente do carnaval daqui? Mic: No interior. Girassol: No interior. Como é o carnaval no interior? Tem trio elétrico? Apontou para uma criança e pediu: Então diga aí o carnaval no interior que não tem trio elétrico. Conta aí pra gente. Ele disse: Eu não. Girassol: Não sabe? Um outra criança falou: Tem forró. Girassol: Tem forró? E forró é festa de carnaval? Todas as

crianças riram e balançaram a cabeça negativamente. Girassol: Quando é que acontece forró ? As crianças responderam: São João. Girassol pegou uma caneta e foi escrever na lousa que o forró acontecia no São João. Agora tem lugares que o tempo todo acontece forró. Mas tem festas de carnaval tem outro nome. Chama de MICARETA. Já ouviram falar? Crianças: Já. Girassol. Pois é. Têm Cidades que fazem o carnaval que chama o carnaval fora de época e escreve na lousa a palavra MICARETA. Depois ela falou que antigamente as pessoas brincavam atrás de um carro chamado fubica e começou a chamar a atenção das crianças sobre como ocorria o carnaval. Girassol disse. Mas assim. Vai pouca gente prá rua no carnaval? Crianças: Não. Vai muita. Girassol: Vai muita gente. E o que qué acontece na rua quando vai muita gente? Crianças responderam em unanimidade: Briga. Girassol: Acontece o que no carnaval? E foi na lousa escrever. Perguntou para os alunos. E briga a gente chama de que? Eles dizem: Violência. Então esse é um problema que acontece no carnaval. É a violência. E porque que as pessoas brigam tanto no carnaval? Por que será? Criança: Porque um empurra o outro aí pega prá bate.. Mic: Aí pensa que é o outro que tá empurrando. Girassol: Só por causa disto? Por causa do empurra – empurra? Não tem outro motivo não que as pessoas brigam? Mic: Porque bate na mulher dos outros. Girassol: Ah.. porque mexe na mulher dos outros.. E as mulheres como é que elas vão pra rua? Prá não mexe com o outro? Mic: Elas tão que bate. Girassol: As mulheres também batem? Mic: Bate. Elas leva os marido. Aí os marido vai dançá com outras mulher e elas não concordam, não gostam, ai bate. Girassol: Não gosta, né? E ri. Pois é..E é só por isso que eles brigam? Porque um dança com o outro? Crianças: Não. Girassol: Será que não tem um outro motivo mais sério aí não? Mic: Porque um tá dançando com o outro e o outro e pensa que é briga. Girassol: Que qué brigá e acaba na violência. Só tem isso de violência, só porque dança, só porque a mulher.. Mic: Quando um marido vem e dança com outra mulher, aí vem, empurra a mulher com o marido, aí.... Girassol: Hummm. Aí acaba gerando violência, não é?

Nota-se que na discussão sobre a violência, as crianças afirmaram que as mulheres também eram violentas e que se revoltavam com as traições. A professora tentou discutir se as mulheres participavam do carnaval somente para bater e as crianças continuaram a afirmar que o carnaval era um espaço de encontros, desencontros e também de muitas tensões. A professora começou a orientar então a discussão sobre o carnaval a partir dos problemas que os envolvia, dentre esses estavam o problema das crianças desaparecidas. As crianças demonstraram que já conheciam seus direitos e os deveres dos pais:

Girassol: Mas acontece que, além das violências, outros problemas no carnaval? Quando as crianças saem com as mães , qual é o cuidado que a gente deve ter quando sair com as mães? Uma criança respondeu: Colocar o crachá. Girassol: Colocar crachá. No crachá deve ter o que? Criança: Nome da criança, endereço, nome da mãe. Girassol: Isso. Todas as pessoas saem assim alertadas com o crachá da criança? Crianças: Não. Girassol: E o que que acontece? Crianças: Se perde. Girassol vai na lousa e escreve: Perda de criança. É perda? Crianças. Éh. E a criança acaba se perdendo logo dos pais e acontece também de não encontrar logo com o pai. De imediato. Por que? Criança: É perda ou perca? Girassol: É perda ou perca? Olhem só. É perda e também pode ser perca. Mas assim.. Perca. Não tem aquele livro que a gente

estuda gramática. Tem gramáticos que não vem nada de mais usar perca. Mas se a gente for colocar aqui perca de criança. Não fica estranho? Perca de criança. Então perca de criança ficou melhor. Porque alguém perdeu. Não é isso?

A professora utilizou o contexto para explicar, escrever e discutir o significado da palavra perca, além de orientar as crianças à cidadania, para estes saberem sobre como têm que se cuidar e dos seus direitos. Mas ela tinha dificuldades em corrigir as crianças e dizer não quando algumas informações estavam incorretas. Dando sequência à aula, ela começou a discutir sobre alimentação das pessoas no carnaval e inseriu o debate sobre alcoolismo:

Girassol: O que mais tem de problema no carnaval. As pessoas levam a sacolinha cheia de comida no carnaval? Crianças: Não. Girassol: E aí? Quando estão com fome? Compram o que? Que tipo de comida? Criança: Cerveja. Girassol: Bebem cerveja. Outra criança disse: Guaraná. Girassol: Então tem o problema aí no carnaval que é a bebida exagerada, não é? Foi no quadro e escreveu: A bebida alcoólica o que provoca na pessoa? O alco... Criança: Alcoólatra. Ela mostrou a palavra alcoólica no quadro e perguntou: Onde é que a gente vai colocar o acento aqui agora, gente? Pró tá com dúvida. Quando a gente escreve álcool. O acento é aqui (e mostrou a primeira letra). E agora no alcoólica? Tô com dúvida? Onde é que a gente coloca? Crianças dizem: No ó. Girassol: Em qual ó? Esse daqui? E colocou no primeiro o. Então vamos ler colocando o acento para experimentar? Vamos ver? E soletrou Alcoólica? Eu acho que não é não. Crianças disseram: Não. Não é não. Uma criança disse: Não é no c não? Outra criança: É no ó último. Girassol apontou e disse: É neste daqui. Crianças: Sim. Girassol: Então vamos experimentar? Me ajudem por favor, que eu não sou gramática. Eu agora estou precisando da ajuda de vocês. E soletra corretamente. Girassol: Será que é aqui mesmo? Uma criança: É. Outra: Não é no c. Girassol: No c? E a gente coloca acento nas letras..? É .. nas letras que não são vogais? Eclésia, aluna que entrou e saiu várias vezes da sala, porque estava com a barriguinha bem inchada, sentiu interesse em participar. Deitada no sofá, ao lado de sua mãe ficou falando para a professora: No a, pró. Outra criança falou no le. Girassol: No le? E Girassol falou novamente indignada: e a gente coloca acento nas letras que não são vogais? Girassol: No á.? Olhe vai ficar estranho. E leu: alcoolicá. Ficou estranho. Oxe Vamos pedir ajuda a universitária? E riu. Olhou para mim, para a câmera a disse: E aí universitária? Eu respondi: O acento é no ó que é a letra que representa o som mais forte. E soletrei. Alcoólica? Né? Girassol perguntou as crianças: Concordamos com a universitária? E as crianças disseram: Concordamos.

Observa-se que a professora utilizava de várias estratégias para envolver os alunos. Pediu a ajuda dos mesmos para acentuar as palavras no quadro, trabalhando junto com as crianças. Ela mostrava sua humildade e também indignação quando percebia que as crianças não sabiam algumas regras básicas para acentuar palavras. Quando o conflito estava instaurado, ela pediu minha ajuda para auxiliar a resolver. Mas, como fui surpreendida, confesso que não esclareci bem as regras gramaticais da acentuação. Todavia, pode-se notar

que a professora fez a minha inclusão na aula de forma bem criativa e humorada pois pediu ajuda para a “universitária”.

Girassol dialogava com as crianças. Parecia que o tempo da escola no hospital tinha uma lógica própria. Ela dedicava um bom tempo para conversar e levar os alunos a pensarem sobre regras de acentuação. Era uma lógica um pouco diferente da escola produtiva, com programa e currículo pré estabelecido e com tempo determinado para os conteúdos.

Retomando a discussão sobre carnaval, a professora começou a discutir sobre outros problemas, mas neste momento relacionados as doenças transmissíveis que podiam ser contraídas se não fossem tomados os devidos cuidados. Ela fez um alerta também para que os adolescentes fossem mais cautelosos na diversão:

Girassol: Além do problema da bebida alcoólica, existe o problema das pessoas quando se alimentam com alguma coisa estragada. Não tem isso? Comem cachorro quente, porque fica lá muito tempo no sol e aí provoca o que depois do carnaval? Uma criança disse: Dor de barriga. Girassol: A diarreia tão falada, não é? E além de diarreia, outras e outras doenças a gente pode.. Uma criança complementou: Pegá. Girassol: Pegá. Exatamente. Quais são as outras doenças que a gente pode pegá? Quais são as outras doenças que as pessoas podem contrair no carnaval? Ecl estava deitada no sofá com as mãos no rosto como se estivesse sentindo muita dor, mas queria ficar na aula. Por conta de nem se preocuparem com a saúde? Crianças: Micose; Girassol: As micoses.. Que mais? Que mais? Quando as pessoas vão muito pra rua..e ficam lá debaixo do sol. Ala disse: Meningite. Girassol Heim.. Meningite ..dor de cabeça, cansaço físico, não é? E quando elas ficam muito tempo expostas ao sol, tem o que na pele (e passou o dedo sobre sua pele). Criança: Queima. Girassol: E como é o nome? Quando a gente vai pra praia, fica muito tempo na praia e fica ardendo, Isso chama de que? Criança: Queimadura. Girassol: Queimadura. Mas que queimadura é essa que a gente chama? Criança: Insola. Girassol: In.. so.. lá e as crianças disseram são... é a insolação que queima a pele. Fora isso, a pessoa não bebe líquido, água e então fica com o corpo o que? Desi- drá.. ? Crianças: Desidratado. E além desse problema. A gente está vendo na televisão aí o tempo todo. Tem pessoas adultas que saem prá brincar o carnaval e até adolescentes também. Quem é que já está aqui na adolescência? Não tem ninguém aqui? Um menino mostra o companheiro do lado. Girassol: Só tem Alan. Então saem e acabam fazendo sexo com as pessoas que não conhecem e acabam.. Crianças: E pegam AIDS. Girassol: E acaba, contraindo AIDS. Por que que se contrai a AIDS? Ninguém responde. Girassol: Por que não usou o que? Crianças: Camisinha e ela repetiu. Girassol: Pra se fazer o sexo seguro é preciso usar camisinha. E é só pra não contrair a AIDS que não se usa camisinha? Crianças: Não. Girassol: Pra que mais? Crianças: Pra outras doenças. Girassol: Pra outras doenças sexualmente transmissíveis e para ... (fez um gesto apontando a barriga). Pra evitar o que? A gravidez.. Que as vezes o adolescente não está o que? Pre...pa? Crianças: Preparado. Girassol: Então chama-se o que? Gravidez. In- de- se- jada. Então olhe quantos problemas o carnaval pode ocasionar as pessoas. Mas mesmo assim, as pessoas não só saem para causar problemas, não é isso? Saem para que mesmo? Alan: Pra curtir. Girassol: Pra curtir.

Nota-se que somente no final das discussões dos problemas é que apareceu o significado mais conhecido do carnaval: “espaço para curtir”. Até este aquele momento da aula, a representação do carnaval estava associada somente ao espaço da violência.

Girassol então comentou sobre crianças que trabalhavam no carnaval e distribuiu folhas e lápis para as crianças fazerem um texto sobre o que haviam discutido. Ela fez o cabeçalho na lousa e, posteriormente, escreveu um texto coletivo com os alunos. Enquanto as crianças escreviam, ela foi até Már, (que havia saído da aula e retornado) e perguntou como era o carnaval na cidade dele. Nota-se que Már era uma criança muito simples e usava o termo senhora para se referir à professora:

Girassol: Tem carnaval lá na sua Cidade? Não tem não? Már: Não tem não senhora. Girassol: Não tem micareta também não? Não tem micareta lá? Már: Careta? Girassol: Micareta. Porque as Cidades que não tem carnaval fazem uma festa que se chama micareta. Que é o carnaval fora da data das Cidades grandes. Por exemplo, você já ouviu falar na Cidade do Rio de Janeiro? Irmã Josi falou para a professora: Você está conversando e ele está com coisa. Ele disse: Tia essa daí vai me dá um carro é? Girassol: Te dou. Um carro de carnaval. Você quer? Már: Quero. Girassol: Você quer um Trio Elétrico de carnaval? Quer um Trio Elétrico? Ele perguntou para a Irmã: O que é isso aí? Irmã: Um Trio Elétrico? Girassol: Um trio elétrico. Már: Se a senhora me dar? Girassol: Pois é, Eu vou construir um com você agora de tarde, você quer? Már: Quero. Girassol: Então a gente vai fazer um trio elétrico bem bacana.

Már não conseguia enxergar as pessoas, mas conseguiu enxergar a complexidade do hospital e de seus profissionais. Embora a professora estivesse conversando com ele sobre carnaval, ele estava querendo um carrinho. Com essa sua narrativa ele expressava o mundo “secreto” e silencioso que ronda o espaço hospitalar. Embora os profissionais sejam proibidos de presentear os enfermos, para não serem estabelecidas desigualdades, é sabido que as crianças hospitalizadas, pela afetividade que possuem, acabam conquistando esses profissionais e são muito presenteadas. A professora não se intimidou, prometeu presentear Már com um carro de carnaval, portanto, o inseriu na temática da aula e falou que iriam construir juntos o presente, demonstrando que a escola era também o espaço da brincadeira que Már solicitou no início da aula.

Depois a professora foi para a lousa e escreveu um texto falando que o carnaval acontecia nas ruas e foi perguntando às crianças em que bairros a festa acontecia em Salvador e as crianças foram escrevendo. Posteriormente, uma criança leu o texto coletivo que fizeram.

A professora perguntou aos alunos o que mais queriam discutir sobre carnaval e as crianças não responderam. Eu interfeiri perguntando sobre qual era o tema do carnaval aquele ano e ela disse que era sobre a história das baianas.

Girassol: Ah. Sim .. O tema de carnaval esse ano fala sobre a história das baianas. E aí teve um concurso. Três pessoas. Eu também estava com este material prá trazer pra aqui, mas acabei esquecendo.. Uma criança disse: Ah.. Sim.. Por que as meninas não faz.. de vesti, faz a fantasia de baiana aí a gente faz concurso de cada uma? Girassol: Exato. A gente pode fazer isso amanhã, nas próprias latinhas. A gente pode criar essas fantasias de baiana. As meninas criarem e a gente fazer o concurso porque também o concurso do tema deste ano foi assim.

Observa-se que as crianças mostravam-se ativas, fazendo propostas de festas para as aulas. Os alunos se sentiam à vontade para se expor, criar, transformar a aula, o cenário, o espaço e construir o currículo em conjunto com a professora.

Depois as crianças começaram a fazer outra atividade de colagem e pintura. Ecle, que estava abatida e no início da aula deitada no sofá, nesse momento já estava junto com os amigos, recortando com o soro na mão e construindo seu trabalho sobre carnaval. Quando eles estavam fazendo as atividades de artes plásticas, a professora começou a conversar novamente:

Girassol disse: Mic gosta de carnaval? Mic falou algo baixinho em seu ouvido. Girassol disse. Comprar o que? Um tracado? O que é isso? Eu não sei o que é? Mic: Você nunca tocou um tracado? Girassol: Eu não.. O que é um tracado? Mic: Que toca Girassol: Ah.. Um teclado. Ah.. Que toca.. Você vai ser músico? Que beleza e ele sorriu.

Observa-se que a escola era um espaço de redefinição de conceitos. Da palavra tracado, chegou-se ao teclado e todos compreenderam. Depois Girassol perguntou a Mai, voluntária da OSID que participava sempre das aulas, como era o carnaval antigamente e ela fez um depoimento muito interessante dizendo sobre os carnavais realizados nos clubes, no seu tempo. As aulas portanto, eram construídas entre várias conversas, com pessoas de locais e tempos bem diferenciados.

5.6.2 As desigualdades sociais e o abandono de crianças

No dia 24/03/2003 a aula começou com as crianças sentadas em torno de uma mesa grande e a professora trabalhou com os alunos as desigualdades sociais. O tema da aula era sobre crianças abandonadas⁴⁷. Inicialmente, eles discutiram a condição de moradia das pessoas menos privilegiadas:

⁴⁷ Crianças da aula do dia 24/03/2003. Professora Girassol. Ali (12 anos, 6ª série, SSA, Anemia Falciforme), Luc (7 anos, não estudava, Salvador, Síndrome Nefrótica descompensada), Jam (13 anos, 5ª série, SSA, Síndrome

Girassol começou a aula dizendo: Como é que se faz? Como é que se constrói uma favela? Vocês já viram uma favela? Já? Alguém aqui já viu uma favela? Bre balançou a cabeça em gesto afirmativo. Girassol perguntou para um adolescente que estava próximo a ela e ele, todo envergonhado, com as mãos no rosto respondeu: De bloco, de tábua. Girassol: Que mais? Bre que havia feito o gesto: Tem umas que é de pau. Girassol: Tem umas que é de pau.. E um lugar onde tem casa bacana. Como é que são essas casas? Crianças: Grande. De bloco.. São pintadinhas? Bre: São. Girassol: São bonitas. Mas qual é a diferença das famílias que vivem nessa casa bonita de bloco e a diferença da família que vive em uma casa mais simples? Feita de tábua, feita de bloco assim... como chamam de.. reboco. Reboco, não é reboco? Que as pessoas falam? Não é reboco? Como é que são feitas? Bre: E aquela outra que eu te falei, mas esqueci naquele dia .. Girassol: Hum.. Tem os edifícios, prédios, não é Bre? Bre: É. Girassol: Tem pessoas que moram em edifícios. E a diferença está aonde? No.. e faz um gesto de dinheiro com as mãos. As crianças respondem: No dinheiro. No poder que elas têm. Por isso que Ali falou que existem umas pessoas que colocam seus filhos em uma escola pública e outras que colocam os filhos na escola particular. Quem coloca os filhos na escola particular? Ali: Os rico. Girassol: Os ricos. Por que? Ali: Porque eles têm dinheiro. Girassol: Hum.. E por que as pessoas mais humildes, mais simples colocam os filhos na escola pública? Bre: Porque não tem dinheiro. Girassol: E com relação a alimentação, Bre? O que você acha que deve acontecer nessas duas famílias? Brenda pensou bastante e não respondeu. Girassol: Como é a alimentação da pessoa mais simples? Ali: Pouca. Girassol: Pouca, não come muito. E a outra? Ali: Come muito. Girassol: Come muito? O que você acha Jam? Jam: Não, mais.. nem sempre.. quem não tem dinheiro não significa que não pode botar na escola particular. Por exemplo: Eu, Bre, ele, qualquer um aqui da gente, poderia ter .. estar na escola particular . Girassol: E é assim mesmo que a gente deve pensar. Não é só pela condição de ser simples. Ou de morar em uma casa bem simples que a gente pode estar ou na escola pública ou na particular. Depende de que? Vai depender do que? Jam já começou ali. Vai depender do que Jam? Jam: Do dinheiro. Girassol: Do dinheiro. Da condição econômica. Do poder que a mamãe e o papai têm. Por isso que as famílias, que a gente vai vendo assim.

A professora sempre discutia as diferenças de classe e as questões de poder. Nas programações de suas aulas, esses temas eram constantes.

Santomé (1995, p. 173) refere-se aos currículos que tratam as questões sociais de forma isoladas como currículos *turísticos* pois, nesses casos, essas relações são tratadas ou de forma trivial, onde são abordadas somente os costumes e folclore das classes populares; ou são apresentadas como *souvenir*, que enfatizam o caráter exótico das culturas diferentes; ou são desconectados do tema da sala de aula; ou apresentam visões estereotipadas deformando a

Infeciosa), Bre (9 anos, 2ª série, SSA, diminuição da força muscular), Pam (5 anos, alfabetização, SSA, broncopneumonia), Jos Luc (12 anos, 4ª série, SSA, Síndrome Infeciosa), Ale (10 anos, 1ª série, São Francisco do Conde, Abscesso na coxa) Marc (6 anos, 1ª série, SSA, Síndrome Infeciosa)

história dessas populações. Neste sentido, Salomé considera que os currículos *turísticos* reproduzem a marginalização e negam a existência de outras culturas.

O currículo construído pela professora Girassol procurava favorecer análises e processos de reflexão sobre as desigualdades para que os alunos tivessem uma atuação crítica, responsável, democrática e solidária na sociedade.

Nas discussões que realizava, a professora buscava se aproximar-se da linguagem das crianças. Todavia, nem sempre as afirmativas que fazia eram incorporadas pelos alunos, mas ela permitia que fossem criados espaços de confrontação das idéias.

Nesta aula, foi possível observar que Jam contestou a professora sobre a discussão da escola pública e particular. Como adolescente e com pensamento e opiniões próprias, Jam levantou a discussão da relatividade de alguns conceitos mostrando que eles já começam a incorporar e dizer as idéias das políticas afirmativas, que todo mundo tem direitos. Embora a professora e os alunos não tenham discutido a necessidade da melhoria e do direito à escola pública, a professora acolheu a diferença e continuou o diálogo mostrando que o currículo era um local de territórios contestados.

Dando seqüência ao debate, a professora iniciou a discussão da igualdade e diferença. Girassol escolhia bem os conteúdos didáticos. Levou uma música de Chico Buarque de Hollanda para discutir a questão racial. A professora era afro descendente, casada com um afro descendente. Ambos tinham um filho. Em sua itinerância profissional, cometeu que sofreu muitas discriminações. Como uma profissional engajada na luta pelos direitos sociais, levava essa discussão para os alunos:

Girassol: Será que as famílias são iguais por conta do dinheiro? Crianças: Não. Girassol: Não não são iguais. São iguais por conta da raça? Ali: Não. Girassol: O que é raça? Bre já falou, a cor da pele ou a cor do seu.. Ale pede para sair. Girassol diz: Vai neguinho(em tom afetivo). Antes de sair, ele se virou para a câmera e disse: Pera aí que eu volto. Girassol: E Chico Buarque naquela música disse que o pai era de um lugar e a mãe era de outro, e a avó era de outro e o tataravô era de outro, não é? Essa era a condição de formação do grupo da raça, não é? E faz um gesto mostrando a sua pele. Pois é. E aí você falou que as famílias são diferentes por causa da cor da pele. Ou seja: da raça branca ou da raça negra. Mas isso tem a ver? Bre balançou a cabeça em gesto de não. Girassol: Tem Jam? Jam: Não. Girassol: Então diga aí porque é que não tem a ver? Jam ficou envergonhada e disse: Sei lá. Girassol: Fale? Não sabe não? Importa se a gente casar com alguém.. Eu sou negra e caso com uma pessoa branca. Importa isso? Bre diz afirmativamente bem forte: Não. Girassol: Não importa, né? A diferença que a gente vai verificar é que um é diferente do outro, mas a gente pode respeitar a raça e a etnia daquela pessoa. Não pode? Crianças balançaram a cabeça afirmativamente. Girassol: E a condição também. Tanto econômica ou do lugar onde ela mora. Que existem ou bairros mais simples pras pessoas que o que? Que são pobres ou que ganham pouco? Jam: Ganham

pouco. Girassol: Ganham pouco. Porque essa relação de pobre ou de riqueza depende do olhar que a gente tem, não é? Bre: É. Girassol: Que olhar é esse que a gente vai ter com relação a pobreza, riqueza e essas diferenças? Bre pensou e não conseguiu responder. Girassol: Que relação é esta Bre? A riqueza está só no poder econômico? Crianças balançaram a cabeça que não. Girassol: Onde no que eu posso vestir, no que eu posso comer, no que eu posso calçar? Está no que mais? Está aonde mais essa diferença? Se eu sou humilde, ganho 200 reais de salário. Aí eu vou fazer o que? Vou querer comprar o que o branco (a maioria eram negros na sala), pode compra, o que o rico pode comprar? Bren disse que não. Girassol: O que que eu vou poder comprar com os meus 200 reais? Jamile fala: Economizá. Girassol: Economizá. E além de economizá eu vou fazer o que? E na hora da alimentação, vou comprar como? Tem que dar para alimentação, para o gás, para água, para luz. Eu vou fazer como com o meu dinheiro, com o meu salário? Bre fez cara de interrogação de não saber o que fazer. Ali: Pesquisar. Girassol: Pesquisar. O que? Ali: Os preços. Girassol: Os preços do que? Jam: Dos alimentos. Girassol: Dos alimentos. E aí consumi. Leva pra casa aquilo que eu posso? Que eu posso o que? Que eu posso usar. Que eu posso consumir. Então a gente vai ver assim. Já vimos esses problemas. Que as famílias são diferentes. A gente é que verifica onde é que está a diferença das famílias. Chegou um aluno e começou a puxar uma cadeira para sentar. Girassol cedeu a cadeira que estava sentada e passou para outro assunto.

A professora também discutia com os alunos a questão da riqueza e da pobreza, assim como da necessidade de se valorizar o ser humano, independente de sua condição social. Apresentava a condição precária do professor e suas dificuldades e se remetia às pessoas mais privilegiadas como “o branco”. Naquele dia na sala de aula tinham de 13 crianças, sendo que 12 eram afro-descendentes. Posteriormente, Girassol iniciou as discussões sobre adoção:

Girassol: Vamos analisar uma coisa que sempre acontece e que a gente está vendo nas ruas. Ela começou a discutir o caso das crianças que vivem abandonadas e disse: Você que está chegando agora, Lu. O que é que você entende por abandono? Lu: As pessoas que abandona a gente. Girassol: Quem abandona a gente? Uma criança disse: A mãe e Lu: Os pais. Girassol: Os pais. Mas não existe outro tipo de abandono não, sem ser dos pais? E como é que o pai e a mãe abandona a gente? Ale: Que nem passou na novela. Girassol: Então diga aí como é que foi na novela? Al: O pai abandonou o filho. Pego o filho, levou pa um lugar lá. Boto o filho, saiu no carro e se picou. Girassol: E se mandou, não foi? Acontece isso, gente? De verdade? Passou na novela, mas acontece de verdade? Uma criança: Acontece. Girassol: Acontece e como é que? Você já viu algum caso Luquinhas? Ficou tímido e não respondeu. Ela disse: Fala. Deu um tempo para ele falar, como ele não disse ela falou: Luqu disse que acontece. Eu também acho que acontece. Vocês nunca viram acontecer isso não? Nunca viram? Ale: Eu já falei, não foi? Girassol: Você viu na novela, não é não? Mas e na vida, que a gente vive mesmo de verdade. Bre: A mãe deixou o filho no hospital. Diz que vai e não volta e faz um gesto com as mãos como se fosse embora. Girassol: E aí abandona, deixa. Que mais? Que tipo de abandono mais? Uma mãe que está na sala também se posicionou: Teve um caso aqui no hospital, que a mãe deixou aqui. Ale: Que nem a mãe que

deixou o filho abandonado aí. Girassol e as crianças o corrigiram, sorrindo: Abandonado. Girassol: Pois é. Não só acontece na novela. Acontece também na vida real. E que casos mais acontecem? No carnaval, vocês ouviram na televisão dizer assim que no carnaval existiram crianças que foram para o Juizado de Menor porque estavam sozinhas na rua? Já ouviram? Bre: É porque as mães leva, aí eles solta das mão. Aí.. (e fez um gesto na mão como se eles se perdessem). Nesse momento entrou uma enfermeira e sua ajudante na sala. Elas começaram a discutir sobre algo a respeito dos armários das mães. Girassol continuou dando a aula, mas as crianças se disperçaram um pouco.

Nessa passagem da aula, foi possível perceber que o abandono de crianças era uma temática que estava muito próxima daquelas crianças, pois era uma situação que elas haviam vivenciado na enfermaria. O abandono de crianças no hospital não é um fato raro no Brasil. Existem múltiplas razões e condições de vida que levam os pais a deixarem seus filhos no hospital. Alguns acreditam que seus filhos terão uma qualidade melhor de vida nesta instituição. As crianças na escola do hospital, mostraram que estavam sensibilizados com esta situação, com a dor do outro e com a condição de vida de seus parceiros de enfermaria.

Santomé (1995, p. 163) discute a importância dos professores trabalharem no currículo a identidade nacional com os alunos. Identidade esta nascida da solidariedade, do respeito e da valorização das diferenças. Para ele, a aceitação da própria identidade é uma das condições para se saber valorizar os demais. A identidade nacional se caracterizaria através do amor ao outro e a todas aquelas pessoas que compõem o seu país das diferentes classes sociais, com valores e culturas próprias.

A professora levava para o interior da sala de aula a questão dos direitos infantis. Naquele dia, fez menção ao Estatuto da Criança e do Adolescente. Embora tenha citado o termo Juizado de Menor e não Juizado da Infância e Juventude como é utilizado atualmente, entretanto, ela propiciava essas discussões com os alunos.

Para Santomé (1995, p. 164), o silenciamento da discussão das infâncias desprivilegiadas: “ [...] leva a que durante o período de escolarização obrigatória não exista uma clara intencionalidade em estudar como conteúdos escolares as condições e os modos de vida da infância pobre, das crianças do mundo rural e litorâneo, etc..[.].

Esta não era a postura da professora Girassol que buscava sempre preparar os alunos para lidar com os problemas da vida para sobreviver às dificuldades, informando-lhes e discutindo com eles o mundo real que os cerca. Como é possível verificar, neste momento da aula, ela iniciou o debate sobre as crianças de rua e sobre as questões éticas e morais da violência dos pais contra os filhos:

Girassol começou a discutir sobre as crianças em situação de risco que vivem nas ruas, mesmo que as mães não abandonem. As crianças hospitalizadas explicaram que essa situação ocorria pois elas fugiam de suas casas. Girassol perguntou: Quais são os problemas que os meninos fogem de casa? Porque as mães batem? E é justo a mãe bater ou não é? É certo ou é errado? Jam: Tem umas coisas que.. tem que batê. Mas nem sempre. Girassol: Nem sempre tem que batê. Que regra é essa que nem sempre que a mãe não precisava bater no filho e bateu? Neste momento, ocorreu uma interrupção na aula. Uma profissional de saúde chegou na porta da sala de aula, chamou bem alto uma criança para ir até a enfermaria. A criança se levantou e saiu. Marq ficou contagiado e também saiu da sala. Girassol continuou a discussão falando que, às vezes, a mãe está repleta de problemas e acaba descontando no filho, prejudicando a ele e a ela também. Girassol: Vocês já viram muitas crianças? Bre a interrompeu: Se queimá. A mãe queima o filho aí vai pro Juizado de Menor. Girassol: Isso chama de maus tratos. Depois ela explicou que quando a mãe deixa de alimentar, imprime a força física e abandona, estas questões também são conhecidas por maus tratos.

A aluna Bre, já conhecia a dura realidade da vida de alguns pais que violentam seus filhos, queimando-os. Talvez ela tenha presenciado alguns de seus companheiros de enfermaria que já passaram por esta situação. Nota-se que ela também já sabia que essas crianças eram levadas para o Juizado de “Menor”.

Neste outro momento da aula, foi possível verificar que as crianças também conheciam como viviam as crianças moradores de rua de nosso país:

Girassol discutiu então quais eram os motivos que levavam as crianças a estarem nas ruas. Girassol: Será que ela vive bem na rua? Bre disse taxativamente: Não. Girassol: Por que que não vive bem. Bre: Porque passa fome. Girassol: Que problema mais ela pode enfrentar na rua? Bre: Pode ser assassinada, ficar sem roupa. Ali: Ser estuprada. Girassol: Exatamente. Tanto faz o menino quanto a menina também.

Santomé (1995, p. 171) afirma que uma educação libertadora exige: “ que se leve a sério os pontos fortes, experiências, estratégias e valores dos membros dos grupos oprimidos. Implica também ajudá-los a analisar e compreender as estruturas sociais que os oprimem para elaborar estratégias e linhas de atuação com probabilidades de êxito”.

Após realizarem essas discussões sobre a condição das crianças em nosso país, a professora solicitou aos alunos para listarem e desenharem dois problemas das crianças que moravam na rua.

O ritual da professora de localizar as crianças no tempo e escrever cabeçalho também foi cumprido. Ela foi até a lousa e começou a escrever. Porém, como tinham crianças que conheciam outras letras que não a cursiva, ela escreveu no quadro o cabecalho de duas maneiras. Nota-se também que as crianças pediam esses rituais:

Girassol: Ai eu vou fazer o cabeçalho ali. Porque toda tarefa a gente vai colocar um cabeçalho. O dia de hoje, que data é hoje. O nome da escola, pra quem está participando pela primeira vez. O nome da nossa escola, qual é? Crianças: Escola no hospital. Ale falou que não ia fazer com aquela letra e ela falou que iria ajudá-lo. Ela fez dois cabeçalhos. Um com letra cursiva e outro com letra de forma para Ale e Marq. Mar disse: O meu é o de baixo. Ale perguntou: E a data, pró? Vou colocar.

Posteriormente a esta atividade, a professora propôs às crianças que escolhessem a opção de trabalho. Mostrou a diversidade da classe multisseriada e negociou com a turma uma melhor solução para o grupo:

Ela propôs aos alunos se iriam trabalhar juntos ou em duplas e as crianças preferiram duplas. Girassol: Aqui nós temos: Ali que está na 6^a não é Ali? Bre está na? Terceira? Bre respondeu: 2^a série. Lu também está na 5? Lu disse Quarta. E os meninos que estão na primeira. O Ale está na primeira. O restante está na primeira. Vocês acham melhor a gente fazer coletivamente ou em dupla? O que voces acham melhor? Bre: Em dupla. Depois ela dividiu o quadro em duas partes. Na primeira parte eles teriam que retratar os problemas em casa e na outra, os problemas na rua.

As crianças no hospital eram muito caprichosas e às vezes gastavam muito tempo apagando as atividades que faziam. Também se auto censuravam muitas vezes dizendo que seus trabalhos não estavam corretos. A borracha era muito solicitada na escola do hospital e, como tinham poucas, às vezes era geradora de muitos conflitos. A professora pedia que os alunos construíssem seus trabalhos, valorizando-os: “Girassol: Por que apagou tudo Luqu? Não precisava não. Estava tudo legal.”

Nesta aula, as crianças estavam desenhando quando Jam se aproximou e falou algo baixinho no ouvido da professora:

Jam falou algo para a professora. Girassol disse: Tá de dodói a perna, é? Jam: É. Girassol : Você quer levar para registrar lá na enfermaria? Jam: Quero. Girassol: Agora seria bom, Jam. Se desse para você aguardar só para gente terminar a aula. Jam: Tá bom. Vai e senta na cadeira. Girassol disse: Aí a gente podia fazer o seguinte. A Jam ser a escriba dos problemas da lista de problemas, não é Jam? Jam: Como assim? Girassol: Você prefere desenhar ou escrever? Jam: Escrever. Aí a gente pode dizer assim. Todo mundo colaborar com você. Aí a gente diz uma série de problemas e você faz a listagem. Aí você serve de escriba.

Jam, inicialmente não entendeu o que era escriba, mas a professora estava procurando um meio para que ela continuasse na sala de aula. Jam gostou da idéia, permaneceu na sala e colaborou. Depois das crianças terem finalizado suas atividades, a professora pediu que cada criança mostrasse o seu desenho e comentasse o que havia feito,

valorizando portanto, a autoria dos trabalhos. Os desenhos das crianças refletiam a trágica realidade dos meninos de rua:

Girassol pediu para Ali mostrar seu desenho para todos. Ele levantou e mostrou todo sorridente. Girassol: O que você desenhou aí no primeiro quadro? Ali: Aqui? Girassol. Sim. Ali: A mãe batendo no filho. E aqui é um homem dando um murro na cabeça do menino. Girassol: Violentando a criança? Ali: E aqui é um homem queimando um menino. Aqui um menino que foi atropelado e aqui é o homem matando o menino. É menino usando drogas. Girassol: Esses problemas existem na rua? Ele balançou a cabeça afirmativamente. Girassol: E só existe por que? Porque ele está sem a proteção da sua família, do seu pai, da sua mãe..

E assim, sucessivamente as crianças foram apresentando seus trabalhos, Luc desenhou um homem envolvido com tráfico de drogas, outro batendo em um bebê, Ale denunciou que seu pai batia nos filhos com vara de goiaba, e foram apresentados vários outros desenhos e situações. (Anexos BB,CC,DD,EE,FF,GG).

No final da aula, a professora fez uma avaliação do trabalho. Inicialmente, Ale se recusou a falar da aula e disse à professora que gostava de sonhar. Aparentemente, sua narrativa não estava contextualizada com o sentido da aula:

Girassol perguntou aos alunos: Vocês já tinham refletido, pensado sobre essas coisas, Ale? Ale: Não. Girassol: Não, né? Mas você vê a importância da gente pensa sobre essas coisas? Ale: Vejo. Olha, eu vou manda Deus me bota prá.. me bota.. Girassol: Prá bota o que? Ale: Pra sonhá. Girassol: Você sonhá? Mas sonho é muito bom a gente ter sonhos. Ale: É mesmo? Girassol: Com certeza. A gente sempre vive sonhando pra melhorar as situações. Ale: Quando eu tô sonhando eu fico com a minha cara na minha cama. Fico com a minha cara colada. Colada assim óh, pra não tirar. (deitou a cabeça na mesa e mostrou como fazia). Girassol riu e falou: Porque o sonho é tão bom que a gente não quer de jeito nenhum deixar esse sonho ir embora.

A professora não prolongou a discussão a respeito dos sonhos de Ale e insistiu na avaliação da aula pelas crianças. Ali, outro alunos, disseram que não gostaram de discutir sobre a situação das crianças de rua:

No término da aula, Girassol foi perguntando para cada aluno individualmente o que achou da aula. Uma avaliação. Perguntou: Heim Ali. É bom pensar sobre esses assuntos? Ali: No que? (ele estava concentrado em seu desenho). Girassol: Sobre estas questões das crianças que estão abandonadas, nos problemas que as crianças podem vivenciar em casa? Ele balançou a cabeça que não. Girassol: É bom ou não é? Porque não é bom a gente pensar nesses problemas? Ali: É ruim. Girassol: É ruim porque? Traz que sentimento prá gente? Quais os sentimentos que a gente tem quando a gente pensa nesses assuntos? Ali: De tristeza. Girassol: Mas a gente pode fazer alguma coisa prá mudar? Ali: Não. Girassol: Pode ou não pode? É possível a gente mudar essa situação das crianças que estão em situação..na rua? No meio das drogas, na violência.. É possível? Ali: Eu acho que não. Girassol: Que não por que? Ali: Não sei.. Girassol: Então a gente vai deixar

a aula de hoje todo mundo pensando em uma soluçãozinha para mudar essa situação. Pode ser? Ale se aproximou da professora e disse: Pode ser. O pró como é que pede a Deus prá gente sonhar? Girassol: Pedindo. Do mesmo jeito que a gente pede uma bicicleta, que a gente pede comida, pede água, pede pão, a gente pede a Deus do mesmo jeito pra gente sonha, não é? Ale: É. Girassol: Então a gente vai deixar a aula de hoje com essa formiguinha na cabeça de pensar que maneira, quais são as maneiras de solucionar quais são os problemas das crianças que vivem em situação de rua. Certo? Crianças: Certo.

Nesta aula, foi possível perceber que a escola era um espaço de contradições. Ao mesmo tempo em que Ali aparentava não ter esperança de futuro, não gostando de discutir a condição das crianças em situação de risco de nosso país, Ale solicitava à professora como deveria fazer para pedir a Deus para poder sonhar, ou seja, de certa forma, Ale estava solicitando à professora, como podia ter esperança, como podia sonhar com um mundo melhor. É preciso destacar que Ali tinha Anemia Falciforme. Talvez ele fosse consciente das implicações da sua patologia o que fazia com que ele não desejasse discutir problemas difíceis na vida de crianças. A professora não se conformou que Ali não tivesse expectativas de mudança e deixou um recado para que refletissem sobre esta situação.

Santomé enfatiza a necessidade das instituições escolares serem entendidas não apenas como lugares onde ocorre a reconstrução de conhecimentos, mas onde se reflete criticamente as implicações políticas desses conhecimentos:

A educação obrigatória tem que recuperar uma de suas razões de ser: a de ser um espaço onde as novas gerações se capacitem para adquirir criticamente o legado cultural da sociedade. As salas de aula não podem continuar sendo um lugar para a memorização das informações descontextualizadas. É preciso que o alunado possa compreender bem quais são as diferentes concepções do mundo que se ocultam sob cada uma delas e os principais problemas da sociedade que pertencem. Uma pedagogia antimarginalização precisa levar em consideração as dimensões éticas dos conhecimentos e das relações sociais. É preciso que as instituições escolares sejam lugares onde se aprenda, mediante a prática cotidiana, a analisar como e por que as discriminações surgem, que significado devem ter as diferenças coletivas e, é claro, individuais. É necessário que todo o vocabulário político que faz parte da evolução democrática de uma sociedade, ou seja, palavras como poder, justiça, desigualdade, luta, direitos não se converta num vocabulário academicista, referido a contextos históricos e espaciais distantes, longe da vida cotidiana de nossa comunidade. Em resumo, é preciso chegar a níveis maiores de reflexão em torno dos pressupostos, das normas e dos procedimentos que subjazem às diferentes práticas e conteúdos escolares. (SANTOMÉ, 1995. P. 176-177).

Embora a professora procurasse levar os alunos a analisarem criticamente a sociedade em que vivem, Ali argumentava que, para ele, era triste falar sobre abandono de crianças. Há de se pensar no respeito às individualidades de cada criança.

5.6.3 O sonho da paz e da superação dos medos

Na aula do dia 29/11/2002, a professora iniciou seu trabalho orientando uma criança individualmente em seu dever com o livro didático de matemática de sua escola de origem. As outras crianças aguardavam a professora orientar esta aluna e, enquanto isso, solicitaram que pudessem desvendar os segredos da filmagem. Eu emprestei a câmera e fui orientando em relação às questões técnicas, mas as crianças queriam mesmo era filmar, não se importando em como deveriam fazer.

Na parede estavam colados vários trabalhos das crianças e um cartaz com letras recortadas em cores diferentes que dizia: “Que saibamos fazer frutificar os dons que recebemos e não apenas conservá-los “.

Após terminar a orientação individual com a criança, a professora reuniu os alunos em grupo e mostrou dois livros solicitando que escolhessem a história a ser contada naquele dia: ”A centopéia que sonhava “ ou “ O bichinho do não”. As crianças, que estavam sentadas em um círculo, optaram pela história do “Bichinho do não”. A história retratava a vida de uma criança que se recusava a aceitar o que os pais lhe ofereciam.

A professora começou a falar se alguém conhecia a história e mexer em alguns fantoches que estavam em cima da mesa. Depois distribuiu os fantoches para as crianças contarem a história e orientou para que mostrassem os personagens na hora em que fossem citados na história. Girassol começou a contar a história e as crianças levantavam os fantoches na sequência determinada. Como algumas crianças já conheciam essa história, ajudaram a professora a contá-la.

Quando a professora contava a história, entrou uma mãe carregando nos braços um adolescente, Fáb⁴⁸ com Paralisia Cerebral, com sérios comprometimentos físicos e cognitivos. Ele não conseguia andar e também não falava. Entendia algumas instruções e se comunicava pelo olhar. A mãe o levava para todas as aulas e as outras crianças os aceitavam bem, ajudando a mãe a se ajeitar em uma cadeira com Fab no colo. Nas aulas, ambos, ficavam ali sentados, assistindo o movimento da professora e dos alunos. A mãe expressava suas opiniões quando achava necessário.

⁴⁸ Após terminar a pesquisa, soube que Fab havia falecido.

Quando a professora terminou de contar a história⁴⁹, percebi que as crianças haviam participado de uma forma passiva na atividade. Apesar de levantarem os fantoches no momento em que a professora se referia aos personagens, eles ficavam limitados a reproduzir o que a professora falava. Sugeri à professora que solicitasse às crianças a re-apresentarem essa mesma história com os fantoches em outra aula, porém construída pelas próprias crianças. E ela aceitou prontamente a proposta.

Após alguns dias, dia 02/12/2002, retornei ao hospital e a professora trabalhou duas histórias para as crianças. Na primeira parte da aula, antes do lanche, ela contou a história da “Árvore de Beto” que descrevia a história de um menino que queria ter uma árvore de Natal e os amigos o ajudaram. Na segunda parte, a professora retomou a história do Bichinho do Não, mas desta vez, a história foi contada pelas crianças.

Enquanto a professora contava a história da Árvore do Beto, uma faxineira limpava a mesa, mas mesmo assim as crianças não se dispersavam e ouviam atentamente o texto, observando as ilustrações. Uma criança foi chamada para ir até a enfermaria. Ela saiu naturalmente e a professora continuou a aula de forma tranquila. Após terminar de contar a história, perguntou se as crianças haviam gostado e depois pediu que contassem o que haviam entendido e as crianças obedeceram. Posteriormente, a professora começou a fornecer instruções para os alunos desenharem a árvore de Natal dos seus sonhos no papel e foram surgindo vários diálogos. Uma criança disse que a árvore dos seus sonhos não caberia em um papel:

Girassol falou: A gente vai fazer igualzinho a Beto. A gente vai, todo mundo agora, receber uma folha de papel e a gente vai colocar nessa folha de papel, a árvore que a gente sonha para este Natal. Uma criança disse: Não vai dar no papel. Girassol: Não vai dar no papel? Mas então você vai fazer assim: o projeto da árvore que você sonha. O que que você quer colocar na sua árvore neste Natal Criança. Pode desenhá? Girassol: Pode desenhá, escrever e quem sabe neste Natal a gente pode idealizar este sonho, esta árvore que a gente tanto quer, tanto deseja. Não vai ser legal? Porque tudo que a gente faz na vida, a gente faz um projeto, não é? Quando a gente pede uma bicicleta par mãe ela diz: Olhe eu não tenho dinheiro, mas aí eu vou guardando. A mamãe vai economizando prá poder comprar uma bicicleta, não é assim? Crianças riram. Depois ela discutiu quem podia comprar a árvore grande, quem não podia e como podiam inventar uma árvore.

⁴⁹ Crianças da aula do dia 29/11/2002. Professora Girassol. Fab (17 anos, não estudava, SSA, Paralisia Cerebral), Ala (8 anos, 2ª série, Governador Mangabeira, Cirurgia de Adenóide e Amigdalite), Rob (8 anos, 1ª série, SSA, Cirurgia de Adenóide), Cle (11 anos, 3ª série, Senhor do Bonfim, Tumor na cabeça), Jos (11 anos, 1ª série, Candeias, Bactéria no coração), Pat (10 anos, 4ª série, Ituberá, Síndrome Infecciosa), Lua (12 anos, 5ª série, Miguel Calmon, Endocardite Bacteriana), Lui Ric (11 anos, 2ª série, SSA, Síndrome Nefrótica), Ed (9 anos, 2ª série, SSA, Osteomielite), Dou (10 anos, 4ª série, SSA, Procedimento Cirúrgico de Hérnia), Jos (14

A idéia da história era mostrar as possibilidades das crianças inventarem suas próprias árvores, sem a necessidade de cortá-las. Também discutiu-se o desapego às questões materiais. Enquanto as crianças desenhavam suas árvores, uma enfermeira entrou silenciosamente na sala e trocou o soro de uma criança. As outras a observaram, mas depois continuaram a escrever. Enquanto as crianças escreviam e desenhavam, a professora foi entrevistando uma mãe, preenchendo a ficha de admissão da criança.

Pat, uma criança que estava na enfermaria, chegou na sala com uma luva de borracha nas mãos cheia de água. As luvas eram re-aproveitadas como compressa de água quente para as crianças que sentiam dor. No hospital, alguns objetos específicos, assumiam diferentes significados. Patrícia estava com dores e dificuldades de escrever com aquela mão, por isso usava a compressa, mas mesmo assim tentou desenhar, porém não ficou satisfeita com o resultado de seu trabalho:

Pat disse que não gostava de sua árvore.. Girassol: Sua produção está ótima. Está com vergonha do que? Cada um tem a sua árvore. E as árvores são diferentes. Que bom que a natureza tem diversas espécies de árvores. Tem árvore de todo jeito. Então a árvore de Natal também não pode ser .. sem.. Tem árvore do jeito que a gente quisé... Não se preocupem com a estética da árvore. Porque toda árvore é bela. Não importa o tamanho que ela tenha. A cor dos galhos, a maneira..

A professora estimulava a produção do trabalho e também valorizava a diversidade dos desenhos, não se centrando somente no aspecto estético. Mas, mesmo assim, as crianças não se convenciam e apagavam várias vezes seus trabalhos. Depois de terminada a atividade, Girassol pediu para as crianças sentarem em uma rodinha, para apresentarem suas produções:

Girassol: Vocês escolhem aí por onde é que vai começar. As meninas maiores apontaram: De lá.. de lá... (para o lado onde os meninos estavam sentados). Os meninos, por sua vez, apontaram para as meninas. Girassol: Então vamos resolver. Como ninguém começar, a gente vai fazer assim. Vamos fazer Papai do Céu? Se cair, vai começar, tá bom? Papai do céu, mandou dizer, quem vai começar é você e apontou para Ala que se surpreendeu: Eu?? E todos riram. Ala começou a contar de novo e reinventou a contagem apontando para os demais: Mas como eu sou teimoso eu bato neste daqui e apontou para uma meninas. Todos riram novamente e as meninas não aceitaram. Levantaram das cadeiras rindo em dedo em riste para ele dizendo: Não vale. É ele. É ele.. Girassol: Vamô embora Ala? Você vai mostrar prá todo mundo o que você fez e vai indicar aí na sua árvore, o que que você pensou. Que idéia você pensou para sua árvore. Olha a árvore de Ala. Palmas para a árvore dele. E todos bateram palmas. Girassol: Aí...Você vai dizer quais são os desejos que você colocou nesta árvore que é só sua. E ela pediu para que as crianças fizessem silêncio. Luu..Psiuu.

Agora o respeito para escutar o colega. Ala: Minha paz neste natal é que todas as pessoas tenham uma árvore de natal. Girassol: Muito bem. Girassol: Ouviram qual foi a mensagem dele? Qual foi? Que a paz frutifique neste natal. Ou seja, no coração de todo mundo. Então o maior desejo da árvore de natal de Ala qual é? Diga Pat? Qual é o desejo da árvore dele? Pat envergonhada, levantou a blusa para perto da boca, se escondendo e disse: PAZ.

A professora constantemente elaborava alternativas lúdicas, neste caso, de escolha para quem iria apresentar o trabalho. Nota-se também que as crianças queriam paz no Natal. Posteriormente, Ada se levantou e foi pregar seu cartaz fora da sala, no corredor da enfermaria onde estavam sendo afixados os trabalhos, pois na sala de aula já não tinha mais espaço. Girassol deu sequência à exposição dos trabalhos:

Girassol: Continua aqui de Mar. Vai Mars Ele levantou bem alto o seu desenho para mostrar aos outros. Lui o imitou também. Girassol disse: Palmas para a árvore de Marq e todos bateram palmas. Girassol: Agora leia o que foi que você desejou. Lui disse: Não, não eu não escrevi nada....(ele se atrapalhou pensando que era a vez dele, mas era a vez do seu companheiro do lado e a professora pediu silêncio). Girassol : Psiu Lui. Marc: Falo? Diga Marq. Mar: Feliz Ano Novo e Natal para quem não tem a roupa para se vestir. Para que.. então temos que ajudar essas pessoas. Feliz Ano Novo. Girassol: Muito bem, aí. As crianças bateram palma sem ela pedir. Girassol: Ele pensou em quem neste Natal? Qual é o desejo dele? Uma criança disse: Ajudar as pessoas.. Girassol: Que pessoas são essas? Crianças: Que não tem roupa .. Girassol: : Que não tem roupa, nem casa. Então desejo que essas pessoas tenham um Natal melhor. Marq, mancando e sorridente foi colocar seu desenho no corredor da enfermaria. Girassol: Muito bem. Chega, Lu, no seu que agora é sua vez. Lui: Não vou fala nada não, pró Não escrevi nada não. Girassol: Sim.. mas. Lui: Vou botá uma folha e pronto. Girassol: Não, você desejou alguma coisa. Você deseja alguma coisa pro Natal. Lui: Não desejo nada não. Girassol: Mostre sua árvore prá todo mundo vê: Lui: Eu não. Girassol: Por que Lu? Luis: Eu não. Girassol: Sua árvore.. Uma mãe que estava assistindo a aula também tentou lhe incentivar: Oxe, não vai mostra não é? Lui olhou para a mãe e sorriu. Girassol: Sua árvore. O que é que eu disse pra você, que nem todo mundo tem a árvore igualzinha, não é? Então, cada um deseja a sua árvore. Ela foi devagarinho até o desenho de Lui e o levantou mostrando para os outros alunos da sala. Lui inicialmente ficou envergonhado. Girassol: Olha a árvore de Lu, gente. Vamos bater palmas para a árvore dele? Todos bateram palma e Lui sorriu com uma feição de feliCidade. Agora diga o que você deseja para este Natal. Lui: Nada. Girassol: Não deseja nada? Lui: Não. Girassol: Nadinha de nada? Lui: Nadinha de nada. Então vamos acreditar que Lu não deseja nada neste Natal. Mas ele vai colar a tarefinha lá junto com todo mundo. Vai colocar a sua lá fora. Lui. Eu não. Girassol: Rápido. Lui: Ele riu. Girassol: Que aí a força dos nossos desejos vai fazer você pensar em seus desejos. Ele levantou com seriedade e responsabilidade dizendo: Ôh, pró. Da próxima vez eu faço mais. Foi e colou sorridente seu trabalho na parede do corredor. Girassol perguntou: E quem é a vez agora? Todo mundo apontou para Pat e ela disse: Eu não to aqui não, tia.

A perspectiva sensibilizadora realizada nas ações da professora levava os alunos a pensarem criticamente sobre a sociedade. A solicitação de Mar para que as crianças menos privilegiadas tivessem roupa para vestir refletia o trabalho da professora de buscar discutir as questões sociais. Marc mostrou-se comprometido com a realidade social.

No caso de Lui, como ele não sabia escrever, esta questão o intimidava diante dos amigos. Como a sala de aula possuía crianças de idades e níveis de escolarização diferenciados, a professora procurava contornar essa situação valorizando a especificidade de cada criança, trabalhando as diferenças, os problemas (na medida em que apareciam), e realizando a valorização da auto estima dos alunos. As crianças aplaudiram o trabalho do amigo, mesmo ele não tendo executado a tarefa por completo. A professora insistiu que Lui, mesmo não tendo realizado o texto escrito, falasse sobre sua produção. Inicialmente, ele se recusou. Com o tempo, ele se “rendeu” às solicitações da professora e disse que da próxima vez, iria trabalhar mais.

Conforme descreve Santomé (1995, p. 165): “No interior das salas de aula é muito raro que o professorado e os alunos e alunas cheguem a refletir e investigar questões relacionadas com a vida e a cultura de etnias e grupos mais próximos e conflitivos”.

Nesta sala de aula, as diferenças de classe sempre eram lembradas e problematizadas. As crianças mostravam-se preocupadas com a violência da vida moderna e pediam paz, demonstrando que esses meninos queriam uma vida melhor.

Posteriormente a esta atividade, as crianças foram lanchar. Nesta sala, o drama da Dieta Zero para aqueles alunos que não podiam comer pois estavam no pré-cirúrgico também estava presente:

Girassol: Vocês agora podem lanchar e depois quando retornar a gente pode brincar. Uma mãe avisou à professora que Ada não podia lanchar. Girassol: Ah. Não? E passou a mão em sua cabeça. Girassol: Eu vou deixar brinquedo para vocês que não podem lanchar, tá certo? Mas vocês sabem por que não pode lanchar: Não sabe Ada? Ada: Eu sei. Girassol: Por que que fica de DIETA ZERO? Pat: De quem que é esse lanche que está aqui em cima? Girassol: Não sei. Não é seu não, Pat? Pat: Tem esse negocinho aqui ó. E pegou um papel em cima da mesa que indicava o nome da criança que receberia o lanche. Ada mostrou sua mão dizendo brincando, como se tivesse pegado o papel: É meu. Nesse momento, apareceu outra criança e eles falaram: É dele ali. Girassol: Heim Joci? Você sabe porque não pode comer nadinha quando vai fazer cirurgia? Joci estava desatenta. A mãe foi até ela e pediu para prestar atenção na professora que lhe repetiu a pergunta. Girassol: É Joci. Você não é Joci? Então, Joci porque não pode comer? Josi.. Falou bem baixinho: Por que fica assim.. Se.. se morre.. A menina do lado disse: Porque senão.. não pode.. não pode dar anestesia. Girassol. Éh. Exatamente. Porque quando vocês tomam anestesia o organismo tem reações então não pode estar com alimentos no estômago e com água na bexiga, certo? Por isso que tem que ficar com fome. E se fizer isso escondidinho da

mamãe, não adianta. Porque o médico quando chegá lá, ele vai descobrir. Aí não adianta. Aí como vocês são assim. Compreensivos e sabem que esse procedimento é prá melhora da saúde, aí.. nem se importam, né? É lógico que a gente sente falta de alimentação

A professora orientou as crianças sobre os motivos que não podiam se alimentar e elas demonstraram que já entendiam estas questões. A concepção daquelas crianças hospitalizadas era que elas também eram agentes de seu tratamento e capazes de colaborar.

Após alguns minutos, as crianças terminaram de lanchar e reuniram-se em círculo. Naquele dia, eu havia levado uns fantoches⁵⁰ e a professora utilizou na aula para as crianças apresentarem a história do “Bichinho do Não”. Mas, desta vez, conforme sugestão que fiz à professora, foram as crianças que re-inventaram a história:

Lui deu um boneco à professora que representava o médico e Girassol disse: Mas doutor... O senhor não vai participar aí doutor? Marq, você quer ser o doutor, Marq? Ele aceitou prontamente. Então Marq... e lhe deu o boneco. Ele sorriu e começou a mexer com o mesmo. Uma criança falou: O tia. Botá ele do lado de cá (porque ele estava sentado próximo a professora) Girassol: É melhor aí prá vocês? Crianças. Éh. Girassol: Vamos prá lá Marq e começou a arrastar a cadeira levando-o até as outras crianças, dizendo: Fica lá, doutor. (como se fosse para que ele ir entrando no personagem.) Girassol iniciou: Então vamos apresentar a história do bichinho do não. Elaborada pelos autores: Lui, Lai, Pat, Josi e Ed. Jos, a criança mais velha deu o sinal para iniciar: Vai.

A professora fez um sinal e as crianças começaram a contar a história re-inventada por elas. Nesta história, os personagens eram: Lai, o filho Raf que comeu o bicho do não; Josi o pai; Pat era a mãe, Marq, o médico e Lui, o motorista que levava as pessoas ao dentista, montadas no boi:

Lai iniciou a história dizendo: Mamãe, mamãe. Comi o bichinho do não. Pat: Mais é? Vou falar prá seu pai. Pat: Marido, marido. O Raf comeu uma coisa. Jos: Agora eu vou buscar o boi. Vou lá no doutô, no dentista. Levantou e foi até Lui. Pat disse: Vai lá. Lui falou para ela: Coloca seu bichinho prá lá ó.. Mas as meninas não aceitaram e falaram para ele: Vai, leva o boi. Ele aceitou e a família caminhou até Marq. (os bonecos que representavam a família foram em cima do boi). Josi: Doutor, doutor. Um filho meu mexeu com o bichinho do não e a bicha ficô prendendo o dente dele. Marq: Eita. Tem que trazer ele pra arrancá o dente, senão o dente dele vai apodecê. Todos riram. Pat, a mãe de Raf disse: Mas primeiro me dá um tranquilizante. Marq: Não. Girassol disse: Fala com a mulher, fala com a mulher, disse para Josi e a mãe respondeu: Nós foi. Girassol: Ah..... Depois. Josi voltou de novo a dirigir-se ao boi, colocou seu fantoche em cima dele e foi até sua mulher, rindo e dizendo. Josi: Mulher, mulher. O doutor disse que quer falar mais o menino prá arranca o dente, senão o dente dele vai apodece. Pat: Então vamos buscar ele agora. Foram até o boneco do menino e disseram:

⁵⁰ Os bonecos eram compostos de 1 Rapunzel, que fez o personagem da mãe, 1 boneco que fez o personagem principal de Rafael, (fantoche de uma criança doente) 1 boneco como o pai, 1 bumba meu boi que as crianças introduziram na história como o transporte da família e 1 fantoche que era o dentista.

Raf você vai ter que arranca o dente. Lai disse: Eu não quero ir. Pat falou de modo determinado e afirmativo: Você vai. Raf se recusou. Ela entrelaçou os braços no fantoche e disse: Você vai, mas vai.. Ele ficou dizendo: Eu não vou e ela você vai, vai.. (de forma um pouco autoritária e ao mesmo tempo sorrindo) Pat: Ô douto, traga o tranquilizante. Aplica injeção nele. Marq se levantou, foi até o fantoche de Raf e disse: Plim. (como se estivesse aplicando uma injeção). Todos riram muito. Pat disse: Desmaiou.. Pat falou para Josi: Leva no boi, leva no boi. Lui se levantou e todos colocaram os fantoches sobrepostos no boi. Todos foram ao dentista e sorrindo Pat disse: Acabô.

O componente lúdico da aula foi a sua diretriz. Percebe-se que a professora valorizava a autoria das crianças na produção da história e procurava várias estratégias para as crianças aprenderem brincando, negociando a própria construção da história e da brincadeira. Às vezes a professora trocava os nomes dos alunos, mas como na sala de aula a presença das crianças é cíclica, essas atitudes são normais nesse contexto. Após as crianças terminarem essa atividade, a professora fez um gancho com a história e começou a perguntar às crianças sobre seus medos:

Girassol perguntou: E agora Raf, o que é que você está sentindo? Lai (que representava o menino Raf da história): Dor de dente. Girassol: Ainda? Josi: Não, passou? Tratou o dente já. Lai: Éh. Pat cochichou no ouvido da amiga e disse: Ai como dói. Girassol: O. coitadinho.. de Raf. Você ainda está com medo, Raf? Lai respondeu. Não tá mais não. Girassol: Não tá mais não? Lai: Não. Girassol: Graças a Deus. E vocês estão com medo? Crianças: Não, né? Girassol: Você tem medo Josi? Josi: Eu tenho. Girassol: De que? Lai: Eu tenho medo de arrancá dente. Girassol: Você tem medo de arrancá dente? Marq: Eu não. Eu arranco meu dente sozinho. Girassol: Você tem medo de alguma coisa Mar? Marq: Eu não. Eu tenho medo desses negócio que vai na veia. Eu tenho medo. Pat: Eu tenho medo. De cobra e de cachorro. E Lui tem medo de alguma coisa? Lu: Eu não. Girassol: Não tem medo de nada? Lui: Não. Só de Benzetacil . Girassol: Só de BENZETACIL? Marcos sorriu e disse: Não, eu não tenho medo não. Lia: Eu tenho medo só de tomar injeção. Girassol: E você tem medo Pat? Tem né? E qual foi o maior sentimento de Raf? Crianças: Medo. Girassol: O medo. E ter medo é normal? Meninos disseram: Não e as meninas contradizendo disseram ao mesmo tempo: Sim. Girassol: E... Ter medo é extremamente normal? Só as crianças sentem medo? Crianças: Não. Girassol: Os adultos também sentem? Pat: Sente. Minha tia mesmo quando vai tomá Benzetacil. Girassol: E ela aí fica como? Pat: Com medo.

Os medos revelados foram dos procedimentos: arrancar dente, injeção, mas não das pessoas. Observei que as meninas e os meninos possuíam concepções diferenciadas sobre o medo. A professora continuou conversando sobre este universo do medo nas crianças:

Girassol: Tem gente que tem medo de barata. Vocês têm medo de barata? Pat levantou o braço bem alto em gesto afirmativo e disse: Eu não. Se uma barata aparece na minha frente eu faço assim ó.. (Bateu forte com o pé no chão) e mato ela. Lui: Eu também. Girassol: Tem gente que tem.. Altura.

Vocês têm medo de altura? Crianças: Eu tenho. Girassol: E Pavor. Pavor de elevador. Vocês têm? De ladrão vocês tem medo? A mesma menina que levantou o dedinho da barata, levantou o dedo novamente e várias outras crianças disseram juntas: Euuuuu.... Girassol: Você têm medo Lui, de ladrão? Lui: Tenho. Se ele aparece eu fico... Girassol: Ahhhh. E como é que você disse que você não tinha medo de nada e agora já tem de ladrão? Lui: é pró ele.. (inaudível).. e ele também tem revólver. Girassol: E ele também tem revólver não é? Mas assim.. é bom a gente sabê.. Lui e Marq começaram a conversar e rir em voz alto. Girassol chamou a atenção: Ó.. Lu, é bom a gente sabê dos medos que a gente tem.. Ai eu tenho medo disso.. Medo daquilo. Medo de barata. Medo de médico. Não é o médico que faz medo. Que mete medo. São os procedimentos que lá no médico a gente já fica pensando injeção... não é? Lui: Eu não tenho medo não. Pat: Sabe tia, é a gente mesmo que faz o medo. Girassol: Por que? Como é que a gente faz o medo? Pat: Fazendo. Porque a gente... a gente.. fica pensando que .. por exemplo: se eu passar na beira de um cachorro valentão, aí a gente pensa que ele vai morde a gente. Girassol: Então.. é verdade. A gente faz, a gente produz o medo. Criança: Por exemplo, a gente quando vai toma injeção. A gente fica com medo. Quando vê parece que já passou. Girassol riu e disse: Éh. E e tão rápido, não é? Lai: Eu também tive medo de toma injeção. Girassol: Diga Marq (que há tempos estava com a mão levantada pedindo para falar) Marq: Hoje mesmo eu tirei sangue e nem chorei. Eu não fiquei com medo não. Senão ficar com medo, perde a veia. Girassol: Se ficar com medo, perde a veia. Pois é. Mas é bom a gente saber dos medos. Olhou para a menina que estava ao seu lado e pediu para falar. Girassol: Diga. Menina: Eu não tenho medo de injeção não porque eu já tomei várias vezes, já estou acostumada de.. de.. tirá sangue.. Girassol: Hum.. Hum.. Josi: Eu não tenho medo de tirá sangue. Pat: Eu também não tenho medo de injeção, de pegá veia.. De injeção. Lia: Agora a Lua tem medo de tirá sangue. Girassol: ÉH. Mas quem tem medo, não é feio a gente dizer que tem medo de alguma coisa não. É até bom a gente saber que tem os medos. Sabe por que? Porque a gente vai poder aprender lidar melhor com esse medo. Por exemplo: da injeção. Que aqui no hospital quase ninguém corre de tomá a furadinha, não é? Mas assim.. de quando tive esse medão. Diz assim: Enfermeira.. Conversar com ela e dizer assim: Enfermeira, agora eu to com medo terrível de tomá essa injeção. Dá prá você passeá, vê outro paciente aí, depois que passá o teu medo eu vou me acalmar e aí você pode voltar. Porque tem gente que chora bastante e que grita, e que precisa de um monte de gente pra segurar, não é Pat: Uai.. Uai.. me segura? E ri.. Lai apontou para Marq e disse: Ele já não chora não prá fazer o curativo nas pernas .. Pat: Eu nunca precisei de ninguém pra me segurar. Girassol: Porque você controla o seu medo. Lai: E nem eu. Girassol: Ah.. mas você já sabe controlar. Mas tem gente que ainda não aprendeu. E a gente que já aprendeu a controlar os nossos medinhos de pode ajudar aquelas pessoas que ainda não sabem controla os medos. Chegou uma mãe e falou algo no ouvido de Girassol que interrompeu a discussão. Depois a professora voltou a aula e disse: Então a gente vai fazer assim agora óh gente. Vamos espantar o medo? Girassol falou: Medinho, medão, vá saindo de montão.. E as crianças repetiram esse frase em alto e bom tom, todos sorrindo.

A professora levou os alunos a refletirem sobre seus sentimentos, emoções e valores. Na narrativa de Pat, ela disse que “nós mesmos é que elaboramos nossos medos”. Nesta situação e conversa “aparentemente informal”, as crianças falaram tranquilas e livres de

seus medos, angústias e compartilharam seus sentimentos de valentia e também suas fraquezas. Uma criança ensinou à outra como se comportar no hospital para sofrer menos, para não ficar com medo e não perder a veia. Girassol realizou a escuta sensível incentivando as crianças a falarem e escutarem seus companheiros. Também orientou como lidar com os medos e incentivou as crianças a negociarem sobre seus cuidados com os profissionais de saúde a fim de que solicitassem que eles prestassem mais atenção para suas emoções e medos. As crianças, ao falarem sobre suas dores, mostravam como lidavam com as diferentes situações que enfrentavam na vida. Girassol sempre trabalhava a diversidade na sala de aula. Nesta aula, mostrou que cada criança enfrentava seus medos a seu modo, sendo que algumas conseguiam controlar mais as emoções e outros estavam em processo de aprendizagem.

A professora realizava um currículo instituinte, através de suas ações concretas com os indivíduos que expressavam diferentes visões de mundo. Ela fazia a intercristica, conforme argumenta Macedo (2000, p. 96), que significa a possibilidade de viver a tensão e realizar o acolhimento interpretativo das falas dos alunos, exercendo um compromisso ético e político, sempre. Ela produzia o currículo na dialogia e polifonia das vozes sendo que a reflexividade fazia parte da vivência formativa. No diálogo, que possuía como base a intersubjetividade, ela usava mecanismos para que todos pudessem se expressar, compreender a fala do outro e se constituir com essas falas.

5.6.4 A conquista da liberdade através da leitura

Na aula do dia 25/03/2003⁵¹, a professora leu um texto de Gilberto Dimenstein sobre a condição de crianças em situação de risco no Brasil, discutiu sobre adoção e realizou a escrita de um texto com os alunos. A sua intenção era trabalhar também com a área de matemática, mas não foi possível, o que a fez re-planejar sua aula.

Girassol começou a aula escrevendo na lousa a lista que agendou para a discussão do dia. As crianças estavam sentadas todas juntas em torno de uma mesa grande. A agenda constava de: 1) Discussão sobre o tema adoção, 2) Listagem das palavras levantadas na aula 3) Desafio matemático e 4) Avaliação. Girassol explicou a agenda e falou que iriam trabalhar com o Tangram e perguntou se as crianças o conheciam. Algumas disseram que sim. Girassol mostrou o Tangram e a produção na parede de alunos que já haviam participado desta aula

⁵¹ Esta foi a única aula que a Coordenadora da Regional da Educação da Cidade Baixa assistiu durante o período em que realizei a pesquisa.

anteriormente. Posteriormente, ela iniciou a chamada dos alunos, muito parecida com a da professora da Educação Infantil, uma vez que pois muitos alunos já haviam recebido alta e não estavam mais presentes⁵²:

Girassol: Vamos verificar quem veio hoje. Por que todos os dias é assim. Porque as vezes têm alguns que já foram e outros que permanecem. Enquanto isso ela foi buscar seu livro de anotações e começou a fazer a “chamada”. Girassol falou: Luc está presente, Ale não veio, mas ela disse: Ainda não, mas ele está aqui ainda. Vald já foi embora. Já recebeu alta. Luc. (levantou a mão para dizer que estava presente). Paul (presente). Ida (levantou a mão para dizer que estava presente). Rob ainda está aqui: Está mas não veio. Não veio hoje a aula. Ana (levantou a mão para dizer que estava presente), Wag. Também não veio hoje. Ali disse: Ele disse que daqui a pouco vem, pró. Girassol: Hum.. hum.. legal.. Ali (levantou a mão para dizer que estava presente), Pam (levantou a mão para dizer que estava presente), assim como Jam e Marqu. Girassol: Humm.. e todos riram. Quem faltou a pró chamar? Gil, não é Gil? Hoje é a primeira vez que Gil vem a aula. Gil já está aqui há um bom tempo, não é não Paul? Mas hoje é a primeira vez que Gil vem a aula. E eu fiquei bastante feliz, viu Gil? Porque você está aqui hoje. Está certo? Pró gente trabalhar junto. Uma mãe disse à professora: Ale também faltou. Girassol: Foi é. Eu nem chamei Ale, porque eu acho que ele está recebendo medicamento, não é? Então vamos trabalhar.

Nota-se que a professora tinha preocupação em acolher a quem chegava e saudá-lo na sua entrada no grupo de alunos. Logo após, ela iniciou as atividades realizadas durante a aula:

Girassol falou que a primeira atividade era ler um texto e quem não conseguia ler, iria receber ajuda do colega que estava ao lado. Girassol: Está certo? Marq disse: Eu não sei. Aí vai receber ajuda do coleguinha que está ao lado. Como é que a gente a gente faz prá ajudar quem não sabe ler o texto? Como a gente faz? Luc: Pedo ao colega. Girassol: E o colega faz como Luc? Lê baixinho, lê alto para o outro escutar? Como é que faz? Faz como? (Nesse momento, entrou um adolescente silenciosamente na aula e Girassol lhe faz um sinal positivo e disse: Jóia. Que bom. E o adolescente buscou um lugar para sentar.) Girassol continuou: Faz como? Lê alto ou lê baixinho? Crianças: Lê alto. Girassol: Lê alto. Auxilia quem não sabe ler, mostrando que está lendo. Então aquele que não está lendo vai compreender o que vai sendo dito pelo outro, não é? Então a gente vai assim. Vamos sentar sempre um que não sabe junto do que sabe. Tá certo? Porque um dia, o que não sabe vai aprender a ler. E aprender a ler a gente faz assim: ouvindo o outro, olhando o que o outro está fazendo e aí a gente vai aprendendo, certo? Então quem sabe ler, vai sentar junto de quem não sabe. Aqui já tem

⁵² Crianças da aula do dia 25/03/2003. Professora Girassol. Marc (6 anos, 1ª série, SSA, Síndrome Infecçiosa), Jos Luc (12 anos, 4ª série, SSA, Síndrome Infecçiosa), Luc (7 anos, não estudava, Salvador, Síndrome Nefrótica descompensada), Ale (10 anos, 1ª série, São Francisco do Conde, Abcesso na coxa), Ali (12 anos, 6ª série, SSA, Anemia Falciforme) Jam (13 anos, 5ª série, SSA, Síndrome Infecçiosa), Pal (9 anos, Camaçari, 3ª série, Síndrome Infecçiosa), Gil (10 anos, 2ª série, SSA, suspeita de maus tratos) Wag (14 anos, 4ª série. SSA, cardiopatia), Pam (5 anos, alfabetização, SSA, broncopneumonia).

Jam e Marq...E ela pediu para, enquanto Jam fosse lendo, Marq fosse acompanhando no texto. Depois ela pediu para as outras crianças se ajeitarem na mesa. Algumas trocam de lugar para auxiliar o outro

No começo da aula Marq demonstrou se sentir mal por não saber ler e não saber ajudar os amigos. A professora solicitou que Jam, a adolescente que estava sentada a seu lado, o ajudasse. Interessante observar a dúvida instaurada por Marq que não sabia ler: Como então iria acompanhar sua colega? Mas Jam foi muito criativa e re-elaborou a solicitação que a professora lhe fez. Ela ajudou Marq utilizando-se de seu dedo na condução do texto. Ela lia o texto e pedia para ele ir repetindo as palavras e assim foi feito. Esta cena de solidariedade foi muito bonita. A professora forneceu a instrução e as crianças a complementaram da melhor forma. Em um processo similar, a criança que estava sentado ao lado, Pam, também foi ajudando da mesma maneira o companheiro e as ações foram sendo “contagiadas” pois quem sabia ler ajudava a quem ainda não sabia.

Jam teve que sair pois foi chamada para enfermaria, mas Luc, que estava ao lado de Marq não abandonou seu amigo e começou a orientá-lo. Marq se sentiu valorizado e começou a tentar executar a tarefa sozinho. Mesmo que Marq não soubesse ler, ele começou perceber que existia uma correlação da fala com o texto escrito e mostrou intenção que desejava realizar a leitura sozinho. Quando eles terminaram de ler, em conjunto, Marq todo feliz disse à professora: “Pró. Acabei?”. Mas perguntou ao amigo: “Acabei?” Depois batucou um pouquinho na mesa, apontou para a lousa e disse: “Agora eu quero copiar aquilo no quadro.”

O que foi possível perceber é que Marq se sentiu verdadeiramente incluído na atividade, da maneira como a professora conduziu a aula. A valorização da auto estima de Marq pela solidariedade entre os amigos fez com que ele, mesmo sem saber ao certo se havia terminado a tarefa, demonstrasse motivação para outra atividade: escrever outras palavras. Era como se ele tivesse quebrado o medo e a barreira da dificuldade de ler. Esse episódio mostrou que a socialização da criança na escola representou para Marq a garantia da capacidade de lidar com o outro. Esta garantia da criança conseguir se socializar certamente lhe possibilitou naquele momento e para a sua vida, uma qualidade de interação necessária à própria existência humana. Muito mais que aprender a realizar as atividades escritas, Marq se sentiu incluído na dinâmica social da sala de aula. Esta questão assumiu uma forte representação para ele.

A professora realizava muitas atividades coletivas. No grupo, quando valorizava a partilha, valorizava o “lado bom” de cada um e as individualidades, ao mesmo tempo que se

dissolviam, também formavam um todo, eram conservadas e continuavam presentes. No entanto, não existia uma relação de quem sabia mais que os outros, com uma super posição de indivíduos e saberes de uns sobre os outros, mas cada aluno contribuía com a sua parte para ajudar o companheiro na aula. Era uma escola multisseriada. Uma “mistura”. O fato de Girassol ter começado a dar aula desde menina “na roça”, como dizia, fez com que ela aprendesse a lidar com a diversidade de situações que aparecia.

Silva (1995. p. 194), ao estudar a influência produtiva da construção de um currículo crítico na vida das pessoas, destaca que: “ [...] é importante ver o currículo não apenas como sendo constituído de “fazer coisas”, mas também vê-lo como fazendo “coisas” às pessoas”.

Nesse sentido, a formação da professora ocorria através de vários elementos, principalmente dos múltiplos alunos que ela já havia trabalhado em sua vida. Sua forma de conduzir e construir o currículo com os alunos, também influenciou às pessoas com quem trabalhava, como foi possível observar neste caso de Marq.

Terminada a tarefa da leitura em dupla, a professora informou que iriam realizar a leitura coletiva do texto:

Girassol: Com a leitura coletiva a gente vai discutindo junto o que for aparecendo no texto. A mesma coisa. Enquanto a pró, quem sabe ler, acompanha com os olhos, onde a pró está, e quem não sabe vai acompanhando com o dedinho. Marq logo disse todo contente: Eu já li. Girassol: Já leu? Jóia? E fez um gesto de jóia com o dedo para ele, dizendo:. Então agora a gente vai ler de outro jeito, certo? A gente vai ler entendendo, ouvindo histórias de hoje em dia.

Marq se sentiu aceito e foi o primeiro a se manifestar que já havia lido. Girassol então, começou a discutir o título do texto e do seu autor com os alunos, explicou porque havia escolhido o texto de Gilberto Dimenstein, que ele era jornalista e foi conversando a respeito do texto:

Girassol perguntou aos alunos quando foi que Gilberto Dimenstein escreveu o texto. Foi agora? Neste momento? Marq ficou um pouco tenso e começou a roer as unhas (ele queria participar da aula e responder as perguntas da professora) Luc, que estava ao lado de Marq disse que foi em 1994. Girassol perguntou: Como é que você sabe que ele escreveu esse texto em 1994? Luc. Aqui. Girassol diz: Aqui onde? Aqui onde? Marq fez uma carinha de tensão. Olhou para o amigo, olhou para a professora e começou a roer as unhas. Lui mostrou no texto e disse: No texto. Girassol: No texto. Que bom. Quando Girassol afirmou que a resposta de Luc estava correta, Marq ficou bastante aliviado. Parou de roer as unhas, relaxou o corpo e foi procurar no texto onde esta escrito. Girassol disse: Mas que lugar é esse do texto Paul que diz o ano que Gilberto Dimenstein escreveu? Paul mostrou seu texto e disse: Aqui em baixo. Girassol: Ah... Aqui em baixo.. Porque não está em

cima, na parte de cima da folha? Marq foi olhar lá na parte de cima da folha. Depois olhou para o texto do amigo. Girassol o observava e disse: Marq, olha aí aonde é que está. Embaixo da folha. Luc o ajudou a procurar apontando onde estava e Marq olhou prontamente, sentindo que participava da aula. Girassol disse: Isso e apontou para o texto dele dizendo: 1994. Marq continuou lendo todo feliz o texto, a sua maneira.

Como foi possível verificar, o currículo também era um lugar de tensões, pois Marq começou a roer as unhas quando não soube responder o que a professora pediu. No entanto, Girassol percebeu a tensão de Marq e novamente o incluiu na aula. Ele ficou motivado de poder participar e pertencer ao grupo. Dando sequência a aula, a professora começou a ler em voz alta o texto de Gilberto Dimenstein:

Girassol: Em todas as cidades do mundo existem crianças que vivem nas ruas. Depois ela perguntou aos alunos: É verdade isso? Crianças responderam: É. Girassol: Por que que é verdade, Wag? Wag falou algo inaudível. Girassol não entende e disse: Oi.. Como é que você vê que é verdade mesmo? Ele tá dizendo. Como é que a gente se verifica que é verdade ou não? Wag: É assim mesmo. A gente vê Girassol: Vê aonde? Em que situação você vê nas ruas? Wag: É.. Nas calçadas. Girassol: Hum... As pessoas geralmente dormindo nas calçadas. Gilberto Dimenstein fala que existem crianças do mundo inteiro na miséria. Girassol saiu perguntando às crianças o que era o mundo inteiro e quase ninguém respondia. Ela disse: Lu já falou que para ele o mundo inteiro é o Brasil. Pam, você sabe o que é o mundo inteiro? Ela estava sentada no colo da mãe e as duas disseram que não. Girassol perguntou a Wag: É a Terra toda? Girassol: A terra toda? Luc disse: É uma Bola. Girassol: O mundo inteiro é uma bola. Então ali, ÓH e mostrou Mai. Mai está ali. A Mai (voluntária) está já colando prá gente o que é o mundo inteiro pra gente compreender. O que é que Gilberto Dimenstein quis nos dizer que em todas as cidades do mundo existem crianças vivendo na rua? Não é só na cidade onde a gente mora, mas no mundo inteiro Marq tossiu e Girassol disse :O meu Deus. Girassol pegou um Globo e foi mostrar aos alunos. Girassol disse: o gente. Tá assim preso porque é assim mesmo. Esse aqui é meu filho que já quebrou todo com a curiosidade de olhá. Tá vendo essas partes azuis? Isso aqui representa realmente o mundo inteiro que é o que, Wag? Wag: É o Planeta. Girassol: Planeta. Que Planeta é esse? Crianças: O Planeta Terra. E aqui pintadinho. Cheio de cores diferenciadas vermelho, rosa, amarelo são os países do mundo inteiro e dentro desses países tem o que? Crianças: As Cidades. E em cada pedacinho desse existem crianças que vivem nas ruas, Não é só no país da gente. O país da gente é esse aqui amarelinho ó. E depois cada um pode pegar essa bola, olhar direitinho e falar: Onde é que está o Brasil? E depois vai olhando outros países que tem aqui nesse globo. Que chama Globo terrestre. :

Ela havia levado um globo de sua casa e, nesta aula, planejada para discussão sobre direitos humanos, ela associou os conteúdos com Geografia, foi informando de modo interdisciplinar a realidade de outros países. Girassol continuou lendo o texto que dizia sobre algumas crianças que moram nas ruas, que eram abandonadas pelas famílias e outras já

havia nascido nas ruas, devido ao fato terem sido filhos de jovens que cresceram também nas ruas. Discuti o fato deste problema estar se tornando mais grave em função da pobreza e ao desemprego que afeta inúmeras famílias. Posteriormente ela fez uma discussão com os alunos sobre os motivos que levavam as crianças a saírem de suas casas:

Ela perguntou: Além do desemprego? Quem mais foge de casa? Ele falou aí de um problema bem grave. Girassol: É o que? Criança: A pobreza. Nesta hora entrou um menino na sala e se dirigiu até a professora dizendo: E eu, pró? Onde eu vou sentar? Ela lhe deu um abraço e um beijo e disse: Pode sentar aqui, mostrando uma cadeira livre. Mai o ajudou a sentar. Girassol: Por que acontece a pobreza gente? É porque todas as pessoas têm a mesmas oportunidades de trabalhar em um lugar? De ter um salário decente? De ter uma casa legal? Todo mundo tem essa mesma oportunidade? Crianças: Não. Girassol: Por que que não tem Ale, essa oportunidade? Ale: Por causa do desemprego. Girassol: O que que acontece para ter tanto desemprego? Será que as pessoas não querem mesmo trabalhar? Luc: Por que o emprego está difícil, Girassol: Por que o emprego hoje em dia está difícil. E por que se tornou tão difícil arrumar um emprego? Ale: Porque o dólar subiu, aí complicou pra gente. Girassol: O dólar subiu. E vocês sabem o que é o dólar. Apontou para Jos Luc e perguntou: O que é o dólar? Diga aí? Jos Luc: Sorriu e disse que não sabia. Ale: Eu sei, professora. Girassol: Diga o que é o dólar. Pra gente.. pra os meninos poderem entender o que é isso. Ale: É a moeda dos Estados Unidos. Girassol: É a a moeda dos Estados Unidos. Ai, aí a gente pode ver (e foi buscar o globo). Estados Unidos é o nosso país? É o país que a gente mora? Estados Unidos é um outro país. Esse país vermelhinho, oh.. e mostrou.. Então, a moeda, o dinheiro que é usado lá nos Estados Unidos chama o que? E as crianças disseram: Dólar. Girassol: Como é que será que a gente escreve a palavra dólar? Começa com o que? E as crianças foram dizendo corretamente as letras e ela foi escrevendo na lousa. Depois ela perguntou qual era a nossa moeda e eles disseram que era o real.

As crianças tinham muito a dizer sobre a crise em nosso país e já sabiam que o “dólar” era um dos responsáveis pelas crises. Girassol buscava localizar as crianças sobre o nosso país, onde estamos, quem somos, nossa moeda e a moeda de outros países e suas implicações. Ela partia do tema gerador, fundamentada em Paulo Freire, discutia o conhecimento global, voltava para o particular e em um movimento constante de agregação e de desagregação dos conteúdos, unia as partes e o todo, em um exercício criativo da complexidade.

Um menino olhou para professora e disse: “Ó pró. Depois ela vai passar pra gente vê ali?” Apontou para a televisão e olhou para mim. Girassol disse: “Depois, quando ela terminar ela passa pra gente, viu ?”

As crianças estavam acostumadas a se verem no vídeo após as aulas. Durante as aulas, portanto, já solicitavam essas ações. Girassol respondeu à criança e continuou lendo o texto, dizendo:

Todo dia passeando a gente vê meninos pelas ruas. Alguns não fazem nada. Outros estão lavando ou cuidando dos carros. Dos carros de quem: Deles mesmo? Crianças: Não. Dos Barão. Girassol: Dos Barões.. das pessoas. Que pessoas são essas? Crianças riram: Os barão. Girassol: Dos barões? Dos ricos? Quem só pode comprar carro é rico? Só quem pode? Criança: Não. Girassol: Então diga porque nem todos podem comprar carros ou quem pode comprar carro. Luc: Porque tem pobre que trabalha e junta e compra. Girassol: é tem pessoas que economizam dinheiro e acabam comprando seu carro. Eles só lavam carro dos barões? Crianças: Não. Girassol: Não. O carro das pessoas. Sejam elas barões ou não.

As crianças compreendiam as desigualdades sociais e a professora procurava desmistificar valores. Em seguida, a professora desenvolveu algumas atividades com auxílio de folhas mimeografadas que foram distribuídas para as crianças. A primeira atividade era para circular no texto as palavras começadas com a letra c. Marq logo realizou a tarefa mas foi preciso a professora auxiliá-lo:

Girassol falou: Isso Marq. Ele riscou o c que estava no meio da palavra e ela o corrigiu. É para riscar o c que começa a palavra. ÓH, vai passando o dedo aqui linha por linha. E ele seguiu a instrução direitinho. Outra criança maior teve o mesmo problema e Girassol foi ajudar. Marq disse: Aqui ó tem. Girassol: Cade? Isso Marq e bateu palmas. Depois ele mostrou várias outras vezes que achou outras palavras iniciadas por c. Marq começou então a ajudar o amigo do lado.

O exercício que a professora distribuiu era uma atividade muito simples, mas representou um grande incentivo e com a atenção e o carinho dispensados pelo cuidado especial fez que Marq se sentisse motivado para participar da aula. Em vários momentos foi possível observar a conduta da professora chamando a atenção do grupo para acolher Marq e foi possível observar como se multiplicaram os laços de solidariedade. Aprender a ler, para Marq, foi um grande exercício de liberdade, sobretudo porque esboçava e revelou a sua capacidade de compreensão da lição. Marq também fazia suas adaptações, seus etnométodos. Ele imitava corporalmente os modelos adaptativos dos amigos na nova escola, ajustando seu corpo igual ao dos amigos quando escreviam. Era como se estivesse realizando uma espécie de diálogo corporal. Nesse movimento, Marq aos poucos foi mostrando sua capacidade de ser aluno na própria postura corporal se adequando na cadeira, como seus amigos. Quando a professora lia, ele prestava atenção na leitura do livro e depois no momento da leitura, imitava seus amigos, como se estivesse lendo.

Este episódio me fez lembrar um depoimento do presidente Luís Inácio Lula da Silva sobre seu pai e o desejo que possuía de ler: “Meu pai era analfabeto. Ele era analfabeto, mas tinha uma coisa engraçada. Todo o dia ele comprava a *Tribuna de Santos*. Ele

atravessava a “barca” lendo os jornais. Ele não sabia fazer um “o” com o copo, mas ele atravessava “lendo” jornais. “Lula (*apud* Paraná, 1996, p. 56).

Nesta aula, observei que Marq foi se percebendo como um aluno, uma criança capaz, que estava tendo o seu direito à educação garantido, direito de ser escolarizado. Direito esse que o incentivava a querer mais, a ter liberdade de poder ler para poder compreender melhor o mundo a que pertence, descobrindo o seu desejo pela leitura.

Girassol possuía muito interesse em manter viva a “chama da escola” para aqueles alunos hospitalizados, como se fosse uma vela que não poderia apagar. Os conteúdos do currículo estavam muito voltados para a discussão de direitos e deveres. Em muitos momentos, observando aquelas aulas, me perguntava se em uma escola regular aquelas crianças teriam a oportunidade de refletirem sobre os problemas que eram apresentados na escola no hospital.

Apple (1999, p.39), ao analisar algumas perguntas que considera fundamentais que deveríamos fazer sobre o processo de escolarização, levantou os seguintes questionamentos: “ Que tipo de conhecimento vale mais? “ e “O conhecimento de quem vale mais?” Nesse sentido, ele discute que os conteúdos escolares não se tratam “apenas” de questões educacionais, mas de questões ideológicas e políticas.

Nas salas de aula da professora Girassol, ela conseguia trazer o mundo externo ao hospital para dentro da sala de aula e também levar as crianças a refletirem internamente as questões que ali vivenciavam na busca de levá-los extrapolar os muros da instituição. Ela demonstrava que não existe um único modelo de professor hospitalar, mas que é preciso entender a realidade dos alunos, selecionando os conteúdos de forma criteriosa e oportunizando a vez e a voz para os alunos. Para Canen (2001), os discursos e as práticas educacionais ainda tratam as minorias de forma diferenciada:

Vivemos em uma sociedade multicultural, construída de uma pluralidade de identidades raciais, culturais, de gênero, de religião, de classes sociais, de padrões linguísticos e outros marcadores identitários, com desigual acesso a bens materiais e desigualmente representados em nossos discursos e práticas educacionais. (CANEN, 2001, p. 48)

Girassol procurava discutir na sala de aula a multiculturalidade existente em nosso país, as marcas das discriminações e as desigualdade de acesso aos bens materiais pelas pessoas das classes populares.

Para Macedo (2000), o multiculturalismo tem sido um recurso importante para se compreender a natureza relacional da vida em sociedade:

A partir do *ethos* multicultural, olhares novos vêm sendo lançados sobre questões que se referem a processos sócio – culturais, como a construção de referências de identidades, o significado das vivências culturais, os diversos modos de ser e agir que os diversos grupos constroem no interior da escola e as múltiplas relações e ressignificações que os sujeitos estabelecem no contato com o mundo. (MACEDO, 2000, p. 85).

Silva (2001, p. 85), ao estudar o multiculturalismo considera que atualmente “tornou-se lugar comum destacar a diversidade das formas culturais do mundo contemporâneo”. Para ele, a mídia tem sido um instrumento que, ao mesmo tempo que enfoca a diversidade cultural, também procura homogeneizar comportamentos. Nesse sentido, não se pode desprezar as relações de poder que estão presentes na convivência de diferentes culturas raciais, étnicas e nacionais no mesmo espaço.

Silva analisa o fato de que, até pouco tempo atrás, existia uma tendência do “multiculturalismo liberal” ou “humanista” no qual algumas sociedades analisavam a cultura como uma sendo transcendente da outra. Nessas concepções, as diferenças culturais seriam apenas manifestações culturais superficiais que dependeriam de condições ambientais e históricas que tornariam algumas sociedades mais “criativas” que outras. Os grupos culturais se igualariam por sua comum humanidade. Ele critica essa postura afirmando que: “É em nome dessa humanidade comum que esse tipo de multiculturalismo apela para o respeito, a tolerância e a convivência pacífica entre as diferentes culturas. Deve-se tolerar e respeitar as diferenças porque sob a aparente diferença há uma mesma humanidade.”(SILVA, 2001, p. 86). Dessa forma, a noção de tolerância do outro, implica que uma cultura se considere superior à outra e não respeite as suas especificidades.

As perspectivas críticas e mais políticas do multiculturalismo, consideram que as diferenças culturais não podem ser concebidas separadamente das relações de poder. Dessa maneira, é preciso desafiar estruturas desiguais de poder que constroem as diferenças e hierarquizam padrões culturais. Nesta tese, o multiculturalismo crítico direcionou as análises por considerar que, discutir as desigualdades sociais e questioná-las, é um meio de se compreender melhor a sociedade e encontrar recursos para romper com essas desigualdades. Nesse processo, é preciso reconhecer a identidade cultural de cada grupo e as diferenças culturais valorizando os potenciais educativos e as contradições de cada uma delas.

A professora Girassol realizava esses movimentos em suas aulas. Ela auxiliava os alunos a re-significar suas existências e suas histórias valorizando suas identidades e os diferentes modos de vida das crianças que participavam da escola. Na construção do currículo ficava atenta quanto as discussões da estrutura da sociedade, das diferentes culturas, das

relações de poder, da ideologia e controle social. Também dialogava a favor dos oprimidos identificando formas de potencial libertadores e de resistências das pessoas na sociedade. Quanto à lógica da sala de aula, era baseada em processos instituintes e imprevisíveis que se refaziam em segundos no cotidiano. As regras eram sempre negociadas, e crianças também tinham liberdade de entrar e sair a qualquer momento, de não participar da aula, de chegar quando quisessem, e a todo momento, nessas entradas e saídas, a professora procurava incluí-los.

Girassol, embora não tenha relatado na entrevista, conduzia seus alunos através de método de Paulo Freire levando-os a um processo de observação do mundo, de reflexão e re-adoração que permitia instrumentalizá-los para a transformação. A base de sua práxis pedagógica era a dialogicidade do ato educativo, assumindo uma atitude dialógica humilde e sempre apoiada no tripé educador – educando - objeto do conhecimento. As etapas de suas aulas consistiam em uma investigação temática. Ela propunha o tema da aula ou o construía coletivamente com os alunos e posteriormente o problematizava, escutando sempre o que os alunos tinham a dizer sobre suas culturas e concepções de mundo.

Para Moreira e Silva (1999, p. 26) a educação não é transmissora de cultura, mas é parte integrante e ativa de um processo de produção e criação de sentidos e significados nos sujeitos. A cultura e o cultural não estão naquilo que se transmite mas naquilo que se faz com o que se transmite:

Na tradição crítica, a cultura não é vista como um conjunto inerte e estático de valores e conhecimentos a serem transmitidos de forma não problemática a uma geração, nem ela existe de forma unitária e homogênea. Em vez disso, o currículo e a educação estão profundamente envolvidos em uma política cultural o que significa dizer que são tanto campos de produção de cultura como de campos contestados. (Moreira e Silva, 1999, p. 26)

O currículo, nesse sentido, é tanto um campo de contestação como de transgressão, o que acontecia nas aulas da professora Girassol. A sala de aula era um espaço de resistência a dor, de positividade, ação, convivência coletiva, resgate do lúdico, da cidadania, espaço de trocas de conhecimentos entre a professora, os alunos e seus pais. As crianças ensinavam umas a outras não somente as questões escolares, mas como enfrentar os dramas das enfermarias. Era um espaço da saúde, da vida.

A professora, ao mesmo tempo que era uma mediadora das discussões, era quem também cuidava dos alunos e os ajudava a “transgredir” algumas regras no hospital. De certa forma, a instituição hospitalar, ao contratar o professor, abriu brechas e autorizou esses movimentos, desde que não se tornassem invasivos.

Foi possível verificar que nas aulas da professora Girassol a preocupação em auxiliar as crianças não era somente na recuperação de suas “fraturas físicas”, mas das fraturas da aprendizagem e das relações com os alunos.

Freire (1996) considerava que alguns saberes são necessários à prática dos educadores, dentre estes, assumirem-se também sujeitos da produção do saber e que se convençam que ensinar não é transmitir conhecimentos, mas criar possibilidades para sua construção ou produção. Ele afirmava que:

Se, na experiência de minha formação, que deve ser permanente, começo por aceitar que o formador é o sujeito em relação a quem me considero o objeto, que ele é o sujeito que me forma e eu, o objeto por ele formado, me considero como um paciente que recebe os conhecimentos – conteúdos – acumulados pelo sujeito que sabe e que a mim são transferidos. Nesta forma de compreender e de viver o processo formador, eu, objeto agora, terei a possibilidade, amanhã, de me tornar o falso sujeito da “formação” do futuro objeto do meu ato formador. É preciso, pelo contrário, desde os começos do processo, vá ficando cada vez mais claro que, embora diferentes entre si, quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É neste sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. (FREIRE, 1996, P. 23)

Nas salas de aula da professora Girassol, a vontade de ensinar e aprender, de se formar e se “re- formar” com os alunos, demonstrava intensa paixão pelo trabalho realizado e com a possibilidade de sua contribuição para humanizar as comunidades.

6 APRENDER E ENSINAR: ALUNOS QUE SE TORNARAM AGENTES NO CONTEXTO MULTICULTURAL DA ESCOLA NO HOSPITAL

6.1 O ENCERRAMENTO DO TRABALHO

A cada leitura de um trabalho, texto, livro, uma tese, um artigo, sempre são encontradas palavras para corrigir, reformar, retocar. Concluir um trabalho não significa acabar, mas terminar uma etapa que um dia se desejou alcançar. Portanto, essa obra não está chegando ao fim pois, muitas interpretações irão surgir. A escola no hospital também continua acontecendo, as professoras e as crianças estão criando, elaborando outras formas de ensinar e aprender. Esta tese reflete uma parte da história das professoras e dos alunos na qual busquei mostrar como é possível produzir conhecimentos na escola no hospital.

No Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce encontrei crianças vivenciando tanto momentos de dor, reclusão, como momentos de socialização, prazer e movimentação. O encontro com as professoras no hospital, com processos identitários e com o ideário de levar a escola para este local, possibilitou enxergar a escola como meio de integração entre a educação e o tratamento para aliviar um pouco os sofrimentos.

Nas escolas nos hospitais que conheci, quando observava as aulas nas diferentes enfermarias, refletia: O que se espera de crianças em enfermaria? Uma grande calma? Nessas escolas tinha calma, mas também muita agitação. Tinha folia e também muita organização. Tinha vida e emoção. Nessas escolas, não tinha problema de lugar. Podia se estudar, deitado, sentado e do jeito que estivesse melhor acomodado. Muitas crianças permaneciam a maior parte do tempo deitadas, mas tinham muito movimento. Movimentavam almas, sentimentos e movimentaram meu coração.

As crianças da Bahia, mostraram uma característica particular. Elas não queriam somente atuar como atores e atrizes no cotidiano. Mostraram que queriam estreiar, brilhar e também dirigir, construir e opinar. Mesmo sem saber, inspiradas em seu conterrâneo e cineasta Glauber Rocha, as crianças “incendiaram” as enfermarias com um “fogo” de uma tocha que não pode acabar: a educação como propulsora da transformação. Com muita ação, “uma câmera na mão e muitas idéias na cabeça”, as crianças e a professora, transformaram aquele cenário, tornando a escola no hospital um encontro saudável entre professores, alunos, seus familiares e os profissionais da instituição. Naquele cotidiano, quer seja na sala de aula, quer seja na enfermaria, não se chorava, nem se lamentava, mas se reinventava a vida, a cada dia, com muita emoção e sabedoria.

6.2 CÂMERA E AÇÃO: O VÍDEO E A TRANSFORMAÇÃO NA ESCOLA DO HOSPITAL

No dia 16/05/2003⁵³ cheguei para assistir a aula da professora Girassol. As crianças e suas mães estavam sentadas nas cadeiras na sala de aula confeccionando uns crachás com seus nomes. A professora elaborou essa estratégia para identificar as crianças novas que chegavam. Com isso, ela também estava me ajudando na pesquisa para identificação dos alunos.

Girassol começou a aula perguntando às crianças quem queria ser repórter. A empolgação foi tamanha que a professora teve que realizar uma eleição para organizar quem iria filmar e entrevistar. Todos queriam dirigir as cenas e aparecer na televisão. Serem os artistas e protagonistas juvenis.

Essa situação me fez lembrar um estudo de Sodré (1999) no qual analisou as relações de poder e dos indivíduos com televisão. Há muitos anos no Brasil Sodré estuda as implicações psicossociais do desenvolvimento das imagens, as formas de relações sociais, a influência do processo capitalista na percepção e relacionamento humano, assim como os jogos de poder, que estão por trás dos fenômenos da indústria cultural e do narcisismo de massa. Em 1999, ele apresentou uma pesquisa que foi realizada na favela da Rocinha no Rio de Janeiro na qual uma pesquisadora, ao entrevistar uma criança que era engraxate lhe perguntou: “*O que você gostaria de ver na televisão?*” E a criança prontamente lhe respondeu: “*Eu*”.

O fato da criança querer se ver na televisão, para Sodré, simbolizava que ela estava querendo se assumir como um indivíduo concreto e não somente como um telespectador infanto-juvenil interessado em uma programação voltada para a infância. Aquela criança expressava o desejo de ver sua imagem refletida no *moderno espelho eletrônico*, que é a televisão. A criança idealizava ver sua imagem multiplicada, em uma espécie de compensação de uma provável auto imagem negativa, assim como sonhava que

⁵³ Crianças da aula do dia 16/05/2003. Professora Girassol. Mai (10 anos, 4ª série, São Caetano –SSA, Procedimento Cirúrgico – Hérnia), Rob (10 anos, 4ª série, SSA, Procedimento Cirúrgico – Hérnia), Ali (14 anos, 5ª série, SSA, Exames), Cai (7 anos, 1ª série, SSA, Procedimento Cirúrgico – Cisto no pescoço), Web (9 anos, 3ª série, SSA, Procedimento Cirúrgico – Testículo), Alis (10 anos, 3ª série, SSA, Procedimento Cirúrgico – Hérnia), Dan (10 anos, 4ª série, SSA, Procedimento Cirúrgico Perna Esquerda) Kar (14 anos, SSA, 7ª série, Síndrome de Guillain Barre), Cla (10 anos, São Gonçalo, 2ª série, Maus Tratos) Ram (8 anos, Camaçari, 2ª série, Síndrome Nefrótica)

essa imagem pudesse vir a modificar o seu *status* social de engraxate. Para Sodré, a fascinação de ver-se, não é um fenômeno dos tempos modernos, pois a lenda mitológica de Narciso, já expressava a idéia da sedução do belo, do olhar. Narciso, ao debruçar-se sobre a própria imagem, se deixou morrer em um processo onde o olhar passou a assumir um duplo movimento: de possuir e ser possuído.

No processo de desenvolvimento tecnológico, a invenção do vidro, trouxe novas relações aos aspectos da transparência, assim como as vitrines, também ocasionaram uma nova relação social e uma certa compulsão do olhar. Com este desenvolvimento, surgiram novos processos de reprodução das informações e imagens. A televisão surgiu como um projeto de continuidade do fortalecimento do domínio visual.

Para Pacheco (1997, p. 4) a televisão reflete para a criança, um universo encantador: “A criança sempre foi apaixonada pelo fantástico, pelo mágico e pelo irreal. A televisão vem coroar esse interesse da criança proporcionando, além da história recheada de tudo que povoa o imaginário infantil, imagens coloridas em movimentos e sons.”

Como na televisão há uma valorização do simulacro e do hiper real que valoriza a imagem muito maior do que possa aparecer, nesse cenário narcisista o qual exerce todo um fascínio, como será que as crianças, dos contextos mais diversos, se vêem representadas e “espelhadas” na televisão?

Não se pode desconsiderar que as crianças, nos últimos tempos, têm sido incluídas na mídia, com bastante expressividade. Os artistas mirins, aparecem no gênero telenovela, mini séries, em programas de auditório, campanhas publicitárias e, algumas emissoras as colocam em programas educativos na televisão. No cinema, as crianças já aparecem muitas vezes como protagonistas principais. Porém, quem são essas crianças e como são retratadas?

No gêneros televisivos, as crianças que representam são esteticamente belas e saudáveis, muitas vezes até com pouco talento. As crianças afro descendentes, raramente são os protagonistas e, quando aparecem, são relegadas a serem abordadas como escravos, “*menores*”, ou crianças que vivem uma vida difícil, com pouca possibilidade de ascensão.

Nos programas televisivos onde estão as crianças indígenas, as crianças mestiças? As crianças portadoras de necessidades educativas especiais? E as crianças hospitalizadas? Como são representadas? Quando essas crianças são inseridas nas programações da televisão, geralmente são retratadas com perspectivas assistencialistas e filantrópicas para se arrecadar fundos e doações. Embora essas ações sejam necessárias, são insuficientes e acabam transmitindo, na maior parte das vezes, uma concepção de criança incapaz.

Na tese, através das interações das crianças e dos adolescentes hospitalizados com a câmera de vídeo, pude constatar que as crianças queriam aparecer na televisão e também mostrar as suas potencialidades. Não queriam ser tratadas somente como objeto de piedade e compaixão. Queriam aparecer e produzir as cenas da aula.

Dessa maneira, retomando ao movimento da aula e a produção do vídeo, naquele dia, foram necessários alguns ajustes para realização do trabalho. A criança que foi eleita para filmar era muito pequena e estava com soro. Como a câmera era grande e pesada, o cinegrafista teve que ser modificado. A criança em princípio aceitou a mudança, mas depois ficou triste, chorou e não queria mais participar da atividade, dirigindo-se para o seu leito. Fomos até a enfermaria, conversamos com ela “com jeitinho” e conseguimos inverter a situação para que ela filmasse um pouco. Ela aceitou e adorou filmar, mesmo que tenha cortado as cabeças dos entrevistados no vídeo, ela participou. Esse dia foi considerado um dia revolucionário da pesquisa.

A partir da proposta de atividade da professora, as crianças foram re-inventando ações e elaborando novas estratégias na sala de aula. A professora havia comentado comigo que a câmera estava sendo um recurso pedagógico significativo da escola no hospital e também estava auxiliando na participação dos alunos, pois eles estavam se sentindo motivados em se ver na tela da televisão e como os protagonistas dos filmes sobre suas vidas. As crianças já estavam interagindo e filmando há alguns dias de maneira informal, mas nesta aula, a professora incluiu a produção do vídeo como constitutivo do currículo.

Para dar continuidade ao trabalho, a professora fez algumas negociações quanto as regras de convivência na escola:

Girassol: As regras prá gente estar aqui dentro é respeitar a condição individual de saúde de cada um. Por exemplo: Wil saiu da sala. Prá que você saiu da sala, Wil? Wil: Prá ir no banheiro. Girassol: Era justo que ele tivesse saído da sala? Crianças: Era. Girassol: Com certeza. Por que? Kar: Porque ele estava precisando. Girassol: Exato. Mas quando não está se precisando? Criança: Não sai. Girassol: Saí toda hora, ah.. eu vou ali me distraí um pouquinho porque eu não quero fazê essa tarefa? Não, porque a escola tem horário de chegá e horário de sai. Salvo os pacientes que sentem dor, que tem que tomar medicamentos. Até medicamentos as enfermeiras dão aqui na sala de aula. Porque todo mundo entende que se a escola veio para o hospital, então o hospital também vai se adaptar a escola também vai se adaptar as regras do hospital. Então é um direito que a criança, mesmo hospitalizada, não pode ser negado. De estar na escola dentro do hospital.

Depois a professora pediu para as crianças avaliarem a aula anterior. Kar avaliou e nota-se que ela falou que gostou de filmar e considerou que sua condição de vida, de receber alta era um epifenômeno, ou seja, algo que não fazia parte do currículo da escola no hospital,

da avaliação, mas a professora a corrigiu considerando a vida das crianças constitutivo do currículo. Clau também comentou sobre a sua inclusão nas imagens:

Kar: A aula foi boa porque eu aprendi os direitos da criança, ... todo mundo apareceu na televisão, e meu médico disse que eu vou embora a próxima semana. Oh não, isso daí não faz parte, né? Girassol: Faz. Kar: Foi bom também porque eu aprendi a filmá. Ela me ensinou (e apontou para mim). Girassol: O que você não gostou e o que que você gostou da aula? Clau: Eu gostei de tudo. Girassol: De tudo? Clau: De ser filmada. Girassol: De ser filmada? Você nunca foi filmada não? Clau: Não.

O roteiro do vídeo que as crianças produziram foi proposto pela professora. As crianças acolheram bem a idéia e sugeriram que a filmagem fosse realizada na enfermaria com os pais e os outros alunos que não podiam se locomover até a sala de aula.

A temática da aula e do vídeo, estava centrada nas diferenças entre a escola antigamente e na atualidade. A professora e os alunos construíram o roteiro de perguntas para serem realizadas aos entrevistados. Nota-se que no diálogo inicial, novamente reaparece a questão da valorização que as crianças atribuíam aos rituais escolares pois, para elas, esses rituais pareciam demarcar o território de pertencimento no contexto escolar. As ações como: levantar da cadeira quando o professor entra na sala, levantar a mão para pedir a vez para falar, foram interpretados pelos alunos como algo diferente e interessante na escola. Eles associavam esses rituais a valores humanos, como o respeito e obediência aos mais velhos e ao professor, e não os concebiam como rituais de obediência passiva e atitudes conservadoras como nossas gerações. Para aquelas crianças, era algo diferente que queriam resgatar para compor os signos e simbolismo que pertenciam a uma escola respeitosa e menos violenta como a que retratam neste episódio:

Girassol: Eu falei prá vocês ontem como era a escola antigamente, não foi? Aí Nai.. Mai completou: Mai. Girassol: Mai me deu uma resposta bacana. Fala aí Mai. Mai disse: Os professores é.. é.. os alunos antes, sempre respeitavam os professores. Quando os professores chegavam na porta. Todos ficavam de pé. Só sentavam quando o professor mandava. Girassol: Aí a gente analisou que hoje não está mais assim, não é? Como é que acontece hoje? Mai: Hoje têm alunos que matam a professora, responde... Outra criança começou a complementar a fala de Mai: Tem vezes que tá respondendo quando uma professora manda fazer alguma coisa, ela.. O menino fica tudo coisa assim, sem coisá.. Fuma maconha.. Pegando revolver e matando as pessoas, os colegas.. Girassol: Mas isso então é um problema que tem na escola, né? De violência dentro da escola. Mas assim, toda escola tem história de violência? Crianças respondem em coro: Não.. Girassol: Violência deste tipo, porque.. Criança: O Dantas. O Dantas mesmo tem um bocado de gente que leva faca, armas no Dantas. Girassol: Hum.. hum.. Girassol: Mas aí já são adolescentes não é não? Criança: É adolescentes. É de dezessete anos. Girassol: E aí a escola, de certa forma, sempre foi desse jeito? Crianças: Não. Girassol: Ela tinha um outro jeito de ser, uma outra maneira de ser, né? E é isso que vai ser a atividade de hoje. A

gente vai prepará um plano de ação prá gente entrevistar algumas mães e assim .. para elas poderem FALAR AO VIVO, que nem sempre as mães podem ir na escola e falar do tempo que ela estudou, né? E nem sempre em casa elas falam o possível, não é isso? Crianças: É.. Girassol: Aí a gente vai fazer assim. Todo mundo junto, a gente vai preparar algumas perguntas bem bacanas. Vai fazer um plano de ação e a gente vai escolher um repórter.

Pode-se observar que o retrato da escola está associado à violência, ao desrespeito, às armas, à morte de professores e também à maconha. A atividade pretendia investigar se um dia a escola havia sido diferente.

Foi interessante verificar que no espaço da escola no hospital as crianças privilegiavam os aspectos positivos da escola e não os negativos como a dor, a proximidade com a morte, os remédios, os procedimentos invasivos com o corpo. Elas não reclamavam destas questões que também “violentam” os corpos.

Em relação a atividade, as crianças estavam bastante motivadas. Somente o fato da professora perguntar quem desejaria filmar foi um acontecimento que empolgou a todos. Todos brigavam por sua participação na atividade:

Mai levantou o braço rapidamente, sorrindo para ser escolhida. Girassol continuou falando: Vai escolher um pra filmar.. O que Ercília está fazendo... Crianças: Filmando.. As crianças começaram a ficar muito animadas. Quase todas levantam as mãos ao mesmo tempo dizendo: Eu.. eu.. eu.. Girassol: Vocês vão pegar a câmera, vão filmar, a gente vai convidar, a gente vai arrumar a sala toda bem bonita.. (as crianças continuaram dizendo e levantando as mãos: Eu.. eu.. eu..) pra receber.. Crianças perguntaram: Quando? Girassol: Hoje. Agora. Mas, primeiro a gente tem que se OR-GA-NI.. e as crianças complementar.. ZAR.. A mesma coisa. A pró vai dar aula, e tem que pla-ne.. e as crianças complementar.. jar.. Girassol: Fazer essa entrevista com a mãe, a gente vai ter que planejar como vai ser essa entrevista, tá certo? Neste momento entrou uma criança na sala e as outras crianças estavam todas animadas. Uma delas me disse: Filma ele, filma ele., e apontou para a criança que estava entrando.

Nesse momento, quando as crianças me pediram para filmar a criança que chegou depois na aula, elas já estavam começando a traçar o roteiro da filmagem. Eles estavam começando a ser os diretores das cenas. A professora continuou a discussão com os alunos, percebe-se a construção coletiva do trabalho, desde o início como a negociação sobre maneira de escolher os repórteres. Também ficou evidente a preocupação da aluna Mai com uma votação que fosse ética e democrática. Ela advertiu a professora sobre estas questões, bem como os alunos se preocuparam em todos serem acolhidos. Eles pareciam familiarizados com eleições:

Girassol perguntou: Vamos ver quem se candidata a repórter? Todas as crianças queriam. Girassol falou: Agora como a gente vai escolher? Mai:

Aí.. Bota o nome no quadro e aí vai perguntando de um em um quem vai votar no outro. Girassol: Sim. Muito bem. Então vamos lá. Gostei. E foi para a lousa escrever: Mai.. Quem mais se candidata aí? Quem receber mais votos é o repórter e quem receber menos votos fica prá filmar, tá certo? As crianças continuaram falando alto e ao mesmo tempo: Eu.. eu.. Uma criança disse: Web. Girassol: Você é? Web. Outra criança tentou apelar a professora dizendo: Não, eu professora, bota eu.. E outra criança disse: Caio.. Bota eu.. Girassol continuou escrevendo na lousa dizendo: Vou botá todo mundo. De repente, Mai lhe advertiu: Mas pró.. também não pode uma coisa, um votar no outro.. é como é que eu vou dizer...Um vota em Mai, como eu voto em mim mesma, não pode. Girassol: Certo. Então a gente já cria essa regra. O dono não pode votar em si mesmo. Certo Ali? Ali: Certo. Girassol: Então vamos lá. Girassol: Ali, Clau, Rob, quem mais? Que mais vai querer? Ram levantou a mão. Girassol: Você vai querer Ram? E ele balançou a cabeça que sim. Girassol escreveu: Ram. Depois disse: Então vamos agora passar pra votação. E a gente já tem como regra que não pode votar em si mesmo. Uma criança alertou a professora: Falta Ali. Girassol: Quem falta? Ali? Foi e escreveu na lousa o nome de Ali. Girassol continuou dizendo: Quando a gente faz isso, isso chama-se de DEMOCRACIA. É o direito da gente votar no outro e também de receber votos.

O fato de todas as crianças se manifestarem ativamente demonstrou uma escola da pura motivação, estimulada com sentimentos. Uma escola onde as crianças se sentiam capazes, queriam participar, agir, opinar, construir. Quando as crianças brigavam por um lugar para trabalhar, mostrava que a educação, através das ações da professora, tinha um sentido mobilizador que estava transformando o paradigma da criança doente, prostrada em uma criança agente, animada. Nota-se também nesse episódio, a solidariedade das crianças umas com as outras. As eleições foram realizadas e a professora fez a contagem geral com os alunos: Mai ficou com 2 votos, Cai com 3 votos, Clau com 2 votos e Rob com 1 voto. Cai foi escolhido como o repórter que iria filmar. Mas, como ocorreu um empate, outra votação foi realizada e Mai foi escolhida pelos amigos como a repórter que iria entrevistar. A professora retomou a atividade para estabelecerem o plano de ação:

Girassol disse: Agora já que nós escolhemos, nós vamos para o nosso plano de ação. O que é o plano de ação? Cai apontou para a câmera e disse: O filme (E deu risada. As crianças estavam animadas para assumir a câmera nas mãos, para partir para a ação). Girassol: É organizar o que? Mai: A ação. Girassol: E essa ação. Qual vai ser a nossa ação? Mai: Filmar e fazer entrevista com as mães. Girassol: Isso. E prá gente fazer a entrevista a gente precisa fazer o que? Crianças: A ação. Girassol: E organizar o que? Clau: A sala.. Mai: A sala e... se organizar também. Girassol: E quando a gente faz entrevista, a gente vai organizar o que? Rob se levantou e pediu à professora: O pró, pera aí que eu vou buscar uma coisa e saiu. Girassol: Sim, quando a gente entrevistar alguém faz o que? Mai: Algumas perguntas. Girassol: Ah. A gente tem que organizar as perguntas, porque senão a entrevista fica sem graça a gente não sabe o que vai perguntar.. Ali também pediu para ir ao banheiro.

As crianças, muito ansiosas em começar a filmar, definiram o plano de ação como sinônimo da própria ação. Percebe-se também que alguns alunos, educadamente, pediam à professora para sair da sala de aula e, creio que, certamente foram contar aos amigos da enfermaria o que iria acontecer.

A professora começou a escrever na lousa como iriam proceder: 1) organização das perguntas, 2) reunião das pessoas para entrevistar mães e acompanhantes⁵⁴. Depois ela perguntou aos alunos qual seria o próximo passo do roteiro e as crianças foram mostrando a forma como desejavam que a atividade ocorresse. Nota-se que à medida que surgiam problemas as crianças buscavam rapidamente soluções:

Girassol perguntou o que deveriam fazer depois daquele roteiro estabelecido Clau disse: Arrumar a sala. Girassol: Mas para entrevistar as pessoas a sala já não está arrumada? Ram: Não. É porque a gente vai prá sala das mães. Girassol: É lá que a gente vai fazer entrevista ou aqui? Crianças disseram em coro: Aqui... Mai: Vão embora fazer nos quarto, pró. É melhor. Cai: E o fio da câmara? Ram? E a tomada? A tomada vai até lá? Girassol: Se tiver tomada eu acho que é possível. Vocês acham melhor no quarto. Crianças: É melhor no quarto. Mai prontamente se levantou para ir olhar se tinha tomada nos quartos. Girassol pediu para ela ir verificar.

Nesse dia, as crianças não conseguiam ficar paradas na sala de aula, o corpo e suas expressões diziam que queriam muita ação e movimento. Em poucos minutos, Mai, Cai e Web foram verificar as tomadas e voltaram rapidamente dizendo que tinham tomadas nas enfermarias. Girassol perguntou onde seria o trabalho e todos disseram que gostariam que fosse realizado nas enfermarias. Girassol corrigiu na lousa o segundo passo, que dizia que teria que reunir as pessoas, e refez o roteiro. As crianças estavam tão animadas que pediram para sair filmando por todo o hospital.

Web perguntou: Porque não faz lá no primeiro, no segundo andar. Girassol: É isso mesmo. Cai: Não pode filmar lá dentro não, né? Girassol: Não, mas a gente pode entrevistar na enfermaria.

Em princípio a professora também achou a idéia interessante, mas depois optou pela enfermaria. Nota-se também que a professora estava preocupada com a condução do processo, com os objetivos pedagógicos e a função da atividade. Quando ela perguntou sobre o que fariam depois das filmagens, surgiram os seguintes posicionamentos:

Girassol disse: Vamos lá. Então quando a gente terminar de filmar todo mundo, que entrevistar, a gente vai retornar a sala de aula prá fazer o que? Web: Desenhá. Girassol: Assistir e escreve na lousa. Kar: Ao vídeo. Girassol: A fita. E prá que a gente vai assistir essa fita? Ali disse insistentemente: Pra gente se vê, se vê.. Mai: As mães. Girassol: Prá gente observar só a organização das mães? Prá colher as in-for-ma... E as crianças

⁵⁴ Em princípio as entrevistas eram com as mães, mas depois as crianças foram também incluídas.

complementam: ções... E Girassol re-escreveu o terceiro passo na lousa que era assistir a fita para coleta de informações.

A avaliação do trabalho para uma crianças estava associada a desenhar, como ocorre em muitas escolas ou assistir ao vídeo. Após uma atividade diferenciada nas escolas, a maioria das possibilidades de reflexão do trabalho nas escolas regulares se restringe ao desenho ou assistir o que foi feito. Todavia, percebe-se que a professora estava preocupada com a restituição e análise dos dados do trabalho de forma crítica e as crianças foram compreendendo esse significado. Quando a professora ia dar seqüência à discussão, Mai levantou de sua cadeira, foi até Girassol e falou algo baixinho para ela, que escutou e disse:

Girassol: A gente pode com certeza e falou para as crianças: Óh, a Mai está dando uma idéia. (Chegou Kar, que não estava na aula, interrompeu um pouco a discussão depois Girassol retomou). Presta atenção prá idéia de Mai. Presta atenção. Karl prá você participar também. Mai deu uma idéia que eu acho bacana. Tem pacientes que não podem vir a aula, certo? E estão lá. Que tal a gente também explicar pra eles, qual é a atividade que a gente está fazendo? E fazer perguntas também pra eles? Ram: É.. Então por isso que é melhor a gente ir prá sala. Girassol: Isso mesmo.

A atitude de Mai mostrou que ela queria socializar o trabalho com as crianças da enfermaria, expandir, multiplicar e levar a aula para as crianças que estavam deitadas, silenciadas, sem poderem participar das aulas. A professora multiplicadora também produzia alunos multiplicadores.

Retomando a atividade, a professora voltou a discutir como os alunos a organização do trabalho desde a composição do mobiliário até a organização do espaço físico da sala:

Girassol: A gente vai sentar todo mundo numa mesa só que eu acho que fica melhor, ou vocês preferem ficar assim e alguém vai anotando.. ? Mai: O pró. Ajunta as cadeiras.. as duas mesas. Girassol: As duas mesas e a gente se reúne prá.. Ram: Botá aqui ó.. e bateu com a mão na mesa onde estava. Girassol: Então vamos lá. Alguém tem que escrever as perguntas. Várias crianças disseram: Eu.. eu.. eu.. Girassol: E todos vão colaborar, viu?

A professora não determinou como os alunos realizariam a atividade. Até no posicionamento das mesas, em uma espécie de “brincadeira”, ela inseriu as escolhas para que eles tomassem decisões de forma leve, prazerosa, com atribuições de papéis para as crianças irem se sentindo responsáveis pela organização da sala e da produção do trabalho. De forma muito tranquila eles se sentiam agentes da aula. Ela pediu para que alguém fosse o escriba e novamente as crianças demonstraram um grande interesse dizendo: “Eu.. eu.. eu..”. Mas ela indicou Kar, uma adolescente que chegou depois, como meio de inserí-la na atividade. Após

esta organização da sala, iniciou a elaboração do roteiro de perguntas. Foi interessante verificar as discussões que começaram a surgir na elaboração do roteiro:

Girassol: O que vocês vão perguntar prá mamães? Pensem assim.. A escola dela.. A escola que a mamãe estudou foi atual ou foi antiga? Crianças: Antiga. Girassol: Então esse tipo de escola que a mamãe estudou já não existe mais. Então a gente vai pensar assim: Que tipo de pergunta seria melhor prá perguntar logo de cara prá mamãe? Crianças: O nome. Girassol: O nome dela? Pra ela se identificar, né? Girassol fala pra Kar: Então coloca aí e Kar escreveu. Qual o seu nome? Sim e depois? Mai: Idade. Girassol: Idade. Kar: Não, idade não. Girassol: Idade, gente? Eu também acho que não. O que que é mais importante prá gente perguntar prá ela? Será que é a idade? Primeiro como era a sua? Mai complementou: Escola. Girassol: Que aí ela já vai falar de um montão de coisas, não é? Ela vai dizer: ah. Na minha escola era assim, porque tinha isso.. Web: Onde é que ela mora? Kar pergunta algo que está inaudível e Girassol responde: Éh. Porque quem for o repórter vai se guiando na ordem das perguntas. Kar sugeriu: Como era sua escola. Girassol repetiu: Como era sua escola.

Nota-se que Kar, aluna que saiu da aula várias vezes e não participou do processo de escolha dos repórteres, queria um lugar privilegiado na atividade, mas a professora recordou como foi o procedimento de escolha e lhe negou esse papel, todavia atribuindo-lhe outro:

Girassol: Agora na hora que tiver na hora da filmagem, a gente vai ficar atento a resposta da mamãe. Kar perguntou: Sou eu que vou filmar, é? Eu quero filmar. Girassol disse: Não o eleito foi Ali (mas disse o nome das crianças errado e as outras logo a corrigiram). Crianças: Não. Mai: Não. É Cai, pró. Girassol se corrigiu: Cai, Cai. E a repórter, Mai. Kar: Colocou a mão na cabeça chateada e disse: Eu não vou não. Girassol falou para Kar: Mas você pode ir sim, quem sabe lá no meio da entrevista, você tem uma idéia genial e ajuda a gente no trabalho? Kar se re-estabeleceu e disse: Vai, pró. Girassol: Quem mais quer perguntar as mães?

No próximo trecho a curiosidade e discussão dos alunos recaiu sobre fardamento e merenda. Web comparou a farda da escola com a farda do militar:

Girassol: Será que não é legal perguntar a ela, fardamento? Será que a farda sempre foi do mesmo jeito? Mai: Não. Web: Igualzinha. Igualzinha a do militar. Girassol: A farda sempre foi essa? Web: Sempre foi essa. Girassol: Nunca mudou? Web: Nunca. Mainara: A de lá sempre muda. Ram: A farda da minha escola não muda não. Girassol: Que mais que a gente tem na escola que é bom perguntar prá mães? Kar: A merenda. Girassol: A merenda. Mai: Que tipo de alimento eles recebiam? Girassol: Isso, que tipo de alimento eles recebiam? Que eu acho que antigamente não devia ter merenda em escola não.

Ram, um outro aluno, estava preocupado com a escrita de Kar, do cuidado com o outro, com o fazer coletivo e caprichoso do trabalho. Os alunos no hospital são muito preocupados com os produtos finais de suas atividades. Ram olhava para a produção de sua

amiga e dizia insistentemente à professora: “ Olha, tá subindo a ladeira do Pelô, professora. Ei professora, essa aqui tá subindo a ladeira do Pelô.. Tá subindo..”.. Mas Girassol estava prestando atenção em outras crianças que falavam ao mesmo tempo.

Em um outro momento da aula, novamente reapareceu a preocupação dos alunos com a violência nas escolas:

Girassol: Diga aí uma pergunta prá mamãe Web? Web: Queria perguntar se naquele tempo tinha muita briga na escola? Outra criança respondeu: Não, porque senão era preso. Girassol: Então vamos perguntar se existia briga, isso quer dizer, se exista muita violência na escola. Girassol falou para Kar: Pronto? Depois se dirigiu à ela e ditou a pergunta para o roteiro: No seu tempo, existia violência na escola? Cai: Eu tenho uma pergunta, pró? Girassol: Diga meu amor. Cai: No tempo deles, os alunos respondiam as professoras? Girassol: Hum.. Boa pergunta. Legal. Foi até Kar e disse: Deu pra entender, neguinha? (falou de forma carinhosa e ditou a pergunta). No seu tempo, porque a gente sempre no tempo da mamãe e ditou: No seu tempo, os alunos respondiam às professoras? Depois se voltou a Cai e perguntou: Esse responder, quando você fala esse responder.. esse responder é como? Nas atividades ou de malcriação? Crianças falaram em coro: Malcriação. Web: Pró, eu tenho uma pergunta assim.. quando os alunos desrespeitavam.. Girassol: Desrespeitavam a professora? Girassol: É. Web: Quando os alunos desrespeitavam as professoras, se eles seriam punidos? Kar: Desrespeitavam as professoras.. Girassol complementou: No seu tempo, os alunos desrespeitavam as professoras? Web tem outra ali bem bacana. Aí a gente já na pergunta do desrespeito, a gente pergunta da punição.

A professora, ao construir coletivamente o roteiro com os alunos, produzia a troca de experiências das crianças, pois cada um dizia como era sua escola, as fardas, normas e representações diferenciadas. Em seguida, a professora sugeriu que fossem discutidas as punições que eram realizadas com os alunos:

Girassol continuou explicando. Na pergunta do desrespeito, a gente já pergunta da punição. Cai: Pró, o que é isso? Girassol tentou responder: Punição, por exemplo. Algumas crianças começam a dizer conjuntamente com a professora: Castigo.. castigo. Web foi logo explicando ao amigo: É.. se você fazer alguma coisa errada na escola, aí você ... fica no castigo assim.. Ou então você vai de domingo para a escola. Girassol riu. Mai perguntou: No domingo brincá? A de lá não é assim não. Girassol: Como é a punição na sua escola? Mai: Advertência. Girassol: E o que é advertência? Mai: Advertência é.. Tipo... Você abusa hoje, amanhã você não vai poder ir mais na escola. Vai ficar expulso da escola. Web pediu para fazer uma pergunta: É.. tipo assim.. se tinha suspensão na época delas. Girassol: Se tinha suspensão. Olhou para Kar e ditou para ela escrever: Então, pergunta aí: Qual era o tipo de punição para os maus alunos? Existia suspensão? Ram: Não. Não bota assim não. Na mesma pergunta. Mai: Aí depois, pró, botá por que? Girassol dita: é.. exista suspensão ou advertência? Porque na escola dela utiliza advertência. Advertência é a mesma coisa que chamamento. Kar pediu: Ah professora, deixa eu perguntar. Girassol: Vá fale. Fale a sua pergunta, criatura, (mas Kar não quis falar e começou a escrever sua

pergunta no papel.) Girassol leu em voz alta: Qual era o meio de... Ah.. Legal.. Ela não quer perguntar, mas tem que perguntar a ela. Eu só fiz ler.

A violência com as professoras novamente apareceu na narrativa das crianças que se mostravam bastante impressionadas e preocupadas com esta problemática. Cai expressou sua indignação quanto aos alunos de sua escola de origem que respondiam às professoras. Ele também denunciava que existiam diferentes formas de resistências dos alunos em relação às professoras. Essas expressões violentas de seus amigos na escola não agradavam as crianças hospitalizadas, que por diferentes dias, demonstraram não gostar desse tipo de conduta reafirmando e pedindo paz dentro das escolas. Na defesa do cuidado e respeito para com o professor, clamavam para que estes aspectos fossem realizados de diferentes formas: quer seja não respondendo verbalmente ao professor, levantando quando ele entrasse na sala de aula, retornando a velhos rituais, outros modos que expressava o desejo de modificações para as relações que são atualmente adotadas por alguns alunos com seus professores. Eles se sentiam co-participes do processo de educar e não queriam que seus amigos reproduzissem o círculo de violência da sociedade, principalmente para com o professor. Vale lembrar um fato notório é que as crianças hospitalizadas têm muito respeito e carinho pela figura do professor. Isso não significa afirmar que as crianças das escolas regulares não são afetuosas. Entretanto, a condição de fragilidade das crianças hospitalizadas pode levá-las a pedirem a cultura da paz e abominarem a violência pois esta não é a forma que encontram para enfrentar os seus problemas no cotidiano.

Interessante verificar que aquelas crianças, através de suas narrativas, estavam pedindo proteção às professoras.

Web: Pró, eu briguei com um menino lá na escola e ele foi expulso porque ele batia na pró. Girassol: Sério? Web balançou a cabeça afirmativamente. Cai: Ele batia como o quê. Teve um menino gordão que batia na professora. Girassol: Mas vocês nunca chegaram.. Web: Ele quebrou. Ele quebrava a cadeira de lá na escola, batia na professora. Caio disse à professora sobre outra situação: Ôh professora, um menino fez assim. (e fez um gesto com a mão batendo no peito). Bateu no peito da professora. Pá.. Web continuou sua fala: Queria batê em todo mundo, saia brigando com todo mundo.. Os outros tava lá brincando lá na escorregadeira que tem lá, ele ia só.. a gente tava lá brincando e ele mandava saí.. Eu não saía não. Eu ficava. Tinha que tomá um tapão na cara pra ele vê. Girassol: Mas vocês conversavam com ele ou brigavam mais? Web: Não, a gente deixava ele ISOLADO. Girassol: Será que essa é a melhor atitude pra gente fazer com aquele que mais briga, aquele que mais tá procurando confusão? Crianças: Não.. Ram: Chamá ele pra conversá, só se ele não quisé ouvi.. Girassol: Exato. Aí a gente toma outra atitude, né? Mas primeiro a gente tem que conversar.. porque as vezes ele está sentindo algum problema e não tem com quem dividir. Enquanto isso. Cai chamou a professora: Ó pro.. teve um menino lá na escola.. (mas

ela estava falando e não lhe deu atenção, pois estava concluindo sua fala). Girassol: E aí como ele se sente tão excluído, tão ameaçado pelo grupo, que ele acha melhor utilizar a violência, não é assim que a gente fica? Caio insistiu: Oh pró, ô pró... teve um dia lá na minha escola que eu tava fazendo uma prova e um menino jogô o apagador no meu rosto.. Girassol: Você conversou com ele? Cai: Eu não. Eu só fui falar com a diretora. Girassol: Comunicou, não foi?

A professora orientava os alunos a conversarem e discutirem com essas crianças consideradas violentas sobre suas atitudes. Nota-se também a contribuição que cada aluno trazia sobre sua escola. A sala de aula no hospital funciona como um espaço de múltiplas possibilidades de trocas de informações sobre o funcionamento de diferentes escolas. No caso da OSID, eram as mais diversas escolas da Bahia que eram revividas através das vozes das crianças.

Logo após essa discussão, as crianças pegaram a câmera e começaram a filmar. Tentei fornecer algumas instruções técnicas de uso, como enquadramentos, o *zoom*, ligar, desligar, mas elas não estavam muito interessadas nessas informações, mas em começar a filmar. Então, assim foi feito. Uma criança segurou a câmera e a foi levando pelos corredores das enfermarias. As outras crianças e a professora saíram acompanhando em cortejo. Mai ao entrevistar a primeira mãe⁵⁵, já percebeu que as respostas seriam inesperadas, diferentemente do que haviam pensado.

Mai: Qual o seu nome? Mãe: Maria. Mai: Quando você era criança a sua escola era como? Maria: Quando eu era criança, não existia.. Nem tinha escola.. Mai repetiu a pergunta a mãe. Mãe: Bom, logo que eu era pequena não tinha escola onde eu morava. Eu fui para a escola eu já tinha com 10 anos. Era uma escola simples, com um bancos, somente. Mai: Como era o fardamento escolar? Mãe: Não tinha. Era roupa mesmo. Mai: Que tipo de alimento era oferecido para os alunos? Mãe: Também não tinha alimentação. Não tinha merenda não. Mai: No seu tempo os alunos desrespeitavam as professoras? Mãe: Não. Respeitavam muito. Mai: Qual era a punição para os maus alunos? Existia suspensão os advertência? Mãe: Não. Era conversar com os pais e em casa, os pais dentro de casa se acertava. Mai: Qual era o meio de transporte utilizado pelos alunos? Mãe: Lá a gente ia de a pé. Deapé mesmo. Mai: Quais eram os materiais adotados antigamente? Maria: Bom, era cartilha, uns quadro, lousa, lápis, borracha, essas coisas. Mai: Obrigada.

Como pode-se verificar as condições descritas pela mãe denunciavam a penúria do ambiente escolar (não tinha elimentação), o atrazo no ingresso da escola (somente aos 10 anos de idade) assim como a questão da relação professor/aluno. A mãe considerava que os

⁵⁵ Foram selecionadas algumas entrevistas e trechos mais significativas.

alunos respeitavam os professores e, se desrespeitassem: “[...] em casa, os pais dentro de casa se acertava..”.

Em entrevista com outra mãe, ao perguntar sobre o comportamento dos alunos, a mãe respondeu: “Prá tudo era um caso, sentado na sala”. Quanto ao respeito aos professores, eles também desrespeitavam e a punição era: “Qualquer coisa eles.. bagunçava.. Botava prá fora da escola”.

Quando Mai interrogou sobre qual era o meio de transporte utilizado pelos alunos, a mãe respondeu: “Como assim?” Mai ficou surpresa com a pergunta e foi tentar explicar para a mãe dizendo: “Meio de transportes.. é..”. Porém, a mãe não titubeou e respondeu: “Não tem meio de transporte não. “

Esta passagem foi interessante pois as próprias crianças começavam a perceber na enfermaria as diferenças sociais e procuravam encontrar meios para trocar os conhecimentos que já haviam adquirido para as pessoas mais humildes. O contato com as famílias das crianças nas enfermarias são em si uma grande escola para elas. Mai, após esta entrevista, começou a adequar a linguagem e adaptar o vocabulário para as outras mães. É preciso considerar que aquela mãe aparentava uma expressão bem cansada, parecia mesmo que ela é que estava doente. Falava baixo, estava abatida e tensa. As crianças por sua vez, estavam muito empolgadas e nem pareciam que eram elas que estavam hospitalizadas.

A próxima mãe que foi entrevistada tinha um histórico de várias internações de seu filho no hospital. Ele tinha uma Anemia Falciforme, uma doença degenerativa, e a criança a cada dia, infelizmente, tinha regressões muito fortes. O primeiro impacto da notícia desta patologia para a mãe foi muito triste. Pude acompanhar um pouco esses momentos, do drama e da angústia vividos por aquela senhora, bem como o processo de conscientização e ambientação daquela mãe a respeito da sua vida e a de seu filho no hospital. Em princípio, a mãe se recusava a levar seu filho na escola no hospital, pois ele tinha seqüelas graves que haviam afetado suas estruturas cognitivas. Ele havia parado de escrever, falar e sua memória estava comprometida. A mãe temia levar seu filho para a escola no hospital pela possibilidade dele vir a ser ironizado perante os amigos da enfermaria. A professora foi lhe convencendo, aos poucos, sobre a importância da criança freqüentar as aulas, independente de sua condição. A mãe começou a levá-lo às aulas e, percebendo a conduta de inclusão que a professora adotava, passou a ser uma das grandes parceiras no trabalho. Na entrevista com Mai, a mãe respondeu às perguntas com muita disposição. Ela estava próxima ao leito de seu filho, dando comida em uma sonda com muita tranqüilidade:

Mai perguntou: Qual o seu nome? Ana. Mai: Quando você era criança a sua escola era como? Era simples. Mai: Como era o fardamento escolar? Não tinha antigamente. Mai: Que tipo de alimento era oferecido para os alunos? Nenhum. A gente nem tomava café Os alunos não tinham em casa (e sorriu). Mai: Como era o comportamento dos alunos? Mãe: Alguns era rebelde, outros educado, e aí ia levando... Mai: No seu tempo existia violência na escola? Mãe: Não, muita não. Pouca. Mai: Os alunos já desrespeitavam as professoras? Mãe: Sim, já desde antigamente era assim. Sempre acontece isso. Mai: Qual era a punição para os maus alunos? Mãe: Existia suspensão os advertência? Era muito bolo. Apanhava muito. Eu já apanhei muito (e sorriu) Mai: Qual era o meio de transporte utilizado pelos alunos? Mãe: A pé, ou a cavalo, ou a charrete (e sorriu). Mai: Quais eram os materiais adotados antigamente? Caderno e o lápis. Muitos iam com o caderno e o lápis e assim mesmo a pulso. Mai: Obrigada. Mãe: Dinada.

Igualmente a mãe denunciava a existência da violência mas trazia novos aspectos. Os professores batiam nos alunos e ela mesmo já havia apanhado muito. Porém, a mãe narrou sua história rindo. Essa atividade da escola propiciou também aos pais se divertirem com as aulas, podendo relembrar os momentos ruins de suas vidas, mas de maneira engraçada, ensinando às novas gerações, velhos costumes.

Posteriormente, três mães se reuniram e ofereceram seus depoimentos:

Mai: Qual o seu nome? Meu nome é Are. Mai: Quando você era criança a sua escola era como? Mãe: Minha escola era um pouco difícil, né? Tinha que.. Não tinha farda, nem merenda.. Mai: E a sua? Meu nome é Eli, sempre morei no interior, mas não era tão difícil assim não, viu? Tô achando que agora está mais difícil (e sorriu) Mai: E a sua? Meu nome é..Eti e sempre no meu tempo era mais difícil. Mais difícil do que hoje.

Após entrevistar essas mães, Mai se dirigiu a outra mãe que estava fazendo fisioterapia em sua filha Kar, que estava deitada em seu leito (a adolescente que havia participado de alguns momentos da aula). A mãe estava com uma expressão bem chateada e parecia não aprovar aquela visita das crianças na enfermaria:

Mai lhe perguntou: Qual o seu nome e como era sua escola? Mãe respondeu em tom ríspido: Meu nome é Sol. Quando eu estudava as coisa era muito difícil. Não era que nem hoje que vocês só pensa em brincá.(As crianças, eu e Girassol rimos). Era muito difícil e a gente tinha que fazer as coisas porque a professora não perdoava nada. E ela continuou fazendo exercício em sua filha.

Mai, assim como todos nós, ficamos um pouco constrangidos. Mas Mai continuou a aula, se dirigiu até as outras mães que foram solícitas para participar da atividade e deu prosseguimento ao trabalho:.

Mai: Como era o fardamento escolar? Are: Lá não tinha fardamento. A gente ia com roupa normal. Eti: Era saia justa plissada com.. Mai: Que tipo de

alimento era oferecido para os alunos? Are: No meu caso não oferecia. Eti: Não oferecia. Mãe: Biscoito.

Apesar das divergências, Mai novamente retornou até aquela mãe que em princípio estava chateada e insistiu para que participasse do trabalho. A mãe foi aceitando com mais naturalidade e se soltando aos poucos. Sol respondeu: “ Na minha era quase as coisas que vocês comem agora. Tinha merenda, biscoito,suco, essas coisas... A mãe que respondeu biscoito falou, era igual a minha, não é?”.

Mai perguntou sobre o comportamento dos alunos e aos poucos Sol foi relembrando e revelando de forma triste a sua história dolorosa com a escola, justificando portanto, a sua resistência inicial com aquela atividade prazerosa que estava sendo realizada pelas crianças naquela escola:

Mai perguntou: Como era o comportamento dos alunos? Eli: Mais ou menos. Tinha uns rebeldes.. tinha alunos calmos e tinha uns mais danadinhos. Sol: Na minha escola, o tempo que eu estudei tinha muito menino pequeno. A maior era eu e uma amiga. Quando eu chegava na escola eles dizia: Vem a professora.. Você sabe com quantos anos eu?.... No meio de um bocado de coisinha assim, igualzinho aquela ali, era tudo menor. A amiga que eu mais gostava era uma menina assim do tamanho dela (e mostrou Mai). Era a que eu mais gostava. Era que quando eu estava aperreada, ela me ensinava. Já pensou? Com 17 anos? Entrar numa turma de criança? E aí uns dizia assim: Ela é a professora?

Após esse desabafo inicial, a mãe foi parando de fazer fisioterapia na filha, sentou em uma cadeira ao lado da cama e começou a responder de forma tranqüila, envolvendo-se de forma completa com a atividade:

Mai: No seu tempo tinha violência? Sol: Existia. Mai: No seu tempo os alunos desrespeitavam as professoras? Are: De vez em quando eles desrespeitava (e riu). Eli: Se não respeitava eles tomava era bolo. Era castigo no milho. Sol: No meu tempo desrespeitava sim. Só que não era igual a hoje. Hoje está piorando muito. Mai: Qual era a punição para os maus alunos? Existia suspensão os advertência? Are: Advertência. Eli: Suspensão. Sol: Suspensão e advertência. Sempre existiam as duas, né? Porque geralmente tinha advertência e aí se continuasse era suspensão.

Outra criança assumiu o papel de repórter, mas Mai, que estava mais experiente, foi auxiliá-lo construindo uma Zona de Desenvolvimento Proximal descrita por Vygotsky (1989):

Web: Estou aqui no Hospital da Criança e estou entrevistando a mãe de Nil. Web: Qual o seu nome? Sel. Web: Quando você era criança a sua escola era como? Bonita. Web? Como assim.. é.. (e pediu ajuda para Mai que o ajudou). Mai: Tinha cadeira simples ou.. Sel: Simples.. Web: Como era o fardamento escolar? Azul. Web/Mai: Que tipo de alimento era oferecido para os alunos? Merenda de tarde. Ram deitado na cama ao lado perguntou:

Que merenda? Web: Como era o comportamento dos alunos? Mãe: Era bem. Todo mundo educado. Web: No seu tempo existia violência na escola? Mãe: Não. Web: No seu tempo os alunos desrespeitavam as professoras? Mãe: Não. Web: Qual era a punição para as.. os maus alunos? (ele gaguejou e Ram do seu lado lhe corrigiu: Os maus alunos, rapaz.) Web: Existia suspensão os advertência? Só suspensão. Ram: Vixe. Era expulso da escola por um dia. Web gaguejou novamente e Mai lhe ajudou: Qual era o meio de transporte utilizado pelos alunos? Sel: Onibus.

Outras surpresas apareciam pelo caminho e as crianças continuavam o trabalho.

Quando perguntaram à mãe de Dani, quando era criança e como era sua escola, ela respondeu: “ Eu não estudei quando criança não”. As crianças ficaram sem ação. Neste momento interferi e perguntei: “E você estudou quando adulto?” A mãe respondeu: “Estou estudando agora (e sorriu).” As crianças prosseguiram a atividade. A filha desta senhora estava bem triste na sua cama. Ela também tinha uma doença degenerativa e às vezes ficava muito quieta. Girassol pediu para as crianças a entrevistarem e Mai assim o fez: “Fale um pouco de sua escola. Dani: Minha escola é boa, eu gosto. Só.. “

Mai não se intimidou e respeitou o silêncio da amiga. Foi até outra criança, Lind, que também era uma criança bem fragilizada. A amiga começou a perguntar:

Mai: Quando você era criança, a sua escola era como? Girassol riu e falou: Ela ainda é.. Todos riram e Lind respondeu sobre sua escola: Ela é grande, com sala, banheiro, cozinha com sala prá gente brincá. Mai: Como é o comportamento dos alunos? Lind: Mau (e riu). Mai? Existe violência na escola? Lind: Tem vez que tem. Mai? Os alunos desrespeitam os professores? Lind: Na minha sala não, mas nas dos outros sim. Mai: Qual era a punição para os maus alunos? Existia suspensão os advertência? Lind: Tem. Mainara: Qual era o meio de transporte utilizado pelos alunos? Girassol: Vai como pra escola? Lind: De onibus. Mai: Quais eram os materiais adotados antigamente? Lind fez cara de dúvida. Girassol: E agora? Lápis, caderno, borracha, livros, mochila.. Mai: Obrigada.

Algumas outras mães foram entrevistadas e a filmagem teve que ser interrompida pois chegou uma criança do centro cirúrgico e era necessário respeitar o momento de descanso dela. Nos retiramos da enfermaria e fomos até a sala de aula.

Neste dia, nos acompanhando, Lind ficou mais animada. Levantou da cama e foi até a sala de aula onde ficou sentada no sofá fazendo crochê e participando da aula.

Esta aula demonstrou os saberes que compunham o cotidiano nos fazeres da professora e dos alunos. Os alunos, desde a elaboração do roteiro da aula, disseram muito sobre seus medos, sentimentos, assim como expressaram seus valores sobre o que pensam para nossa sociedade e para as escolas atualmente. As crianças queriam conhecer o funcionamento das escolas em outros tempos, revelando as suas expectativas sobre passados desconhecidos. Muitas daquelas crianças, pertencentes às camadas populares, pediam o

retorno aos velhos rituais que simbolizavam o respeito aos professores e que, para elas, é algo que está se perdendo. Em princípio estranhei essa atitude das crianças. Estariam solicitando um resgate do conservadorismo? Todavia, com o tempo, fui procurando compreender qual o sentido que aquelas crianças atribuíam àqueles rituais? Será que pensavam sobre qual será a representação de escola que contarão para seus filhos?

Sem descontextualizar o momento político que vivenciamos os rituais na década de 70 como: cantar o hino nacional, hastear bandeira na escola, levantar para o professor quando entrava na sala de aula, podemos recordar como esses rituais foram autoritariamente implantados. Não propondo um retorno a esses rituais, mas as crianças problematizaram com suas reflexões esses procedimentos, que muitas vezes são ironizados pela elite de nosso país, podem também representar o sentimento de pertencimento à nossa sociedade, à nossa escola, a um nacionalismo. Excluindo o sentido negativo desta palavra sendo sobretudo no sentimento de nação que demarca território e valores de um povo, com suas tradições, costumes e cultura. As atividades da escola no hospital estavam permitindo àquelas crianças refletirem sobre o universo escolar que freqüentavam. Os olhares da escola e as discussões realizadas, mostravam a análise que elas faziam dos problemas buscando encontrar além de soluções, contribuir para que, ao retornarem as suas escolas de origem, levassem essas discussões. Muitas vezes olhamos com os nossos sentimentos e impressões esse universo infanto-juvenil, mas é importante ouvir o que essa geração tem a nos dizer.

Girassol trabalhou muito a escuta do aluno e instigou a dizerem o que pensavam sobre o mundo. Muitas vezes as escolas propõem currículos fechados, com tempos determinados para serem cumpridos e não escutam o que essa geração tem a dizer, o que muitas vezes pode ser diferente do que imaginamos. As crianças pediam um resgate das tradições. Creio ser possível essa transformação. Penso que caberia uma pergunta: Por que não reinventá-las nesses novos tempos de forma democrática, respeitando a pluralidade de idéias e opiniões?

A aula mostrou como a tecnologia possibilitou intermediar novas ações no ambiente e creio ter sido este um dos momentos especiais da escola no hospital. O fato das crianças e seus familiares poderem se ver na televisão do hospital, fez com que eles se sentissem incluídos na dinâmica social e televisiva. Mas, se em princípio, havia um contentamento com esta situação, com o tempo, as crianças não queriam somente ver suas imagens refletidas no espelho da TV, esse aspecto já não lhes era mais suficiente. Assim como o mito de Narciso, as crianças inicialmente sentiram-se seduzidas por verem suas imagens no “espelho” da televisão, mas elas não queriam ser devoradas por esse espelho e

foram inventando outros movimentos. Elas continuavam reivindicando a retratação de suas imagens, mas também solicitaram levar esses espelhos para seus amigos e familiares que estavam nas enfermarias.

As crianças também não queriam somente serem observadas e se observarem na televisão, mas queriam realizar a inversão de papéis. Elas passaram de observados para observadores e assim, contemplaram também seus amigos nos espelhos da televisão. Esse movimento das imagens possibilitou àquelas crianças sentirem-se pessoas capazes, quebrando paradigmas que essas crianças são passivas, que esperam pacientemente a cura. As crianças queriam agir, não somente sendo usuários do serviço de saúde e educação, mas participando, construindo e transformando o cotidiano hospitalar.

Aprender nesta aula como escutar melhor os alunos e perceber como determinadas ações provocadas pelo currículo os mobilizaram e transformaram

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os movimentos em prol dos Direitos da Criança e do Adolescente, em nosso país, vem buscando cada vez mais encontrar estratégias para proteger, tratar e educar esses jovens cidadãos a fim de que, diante das desigualdades sociais, eles possam compreender seus direitos e reivindicá-los com intuito de terem acesso a uma vida com equidade social e dignidade.

Nesta tese, foi possível compreender como os encontros entre professores e alunos no hospital estão inseridos na preocupação do cuidado para com essas crianças e adolescentes e não se constituem em meros encontros ocasionais, para se “preencher o tempo ocioso” desses alunos hospitalizados, mas possuem múltiplos significados na vida das pessoas que usufruem essas experiências.

As instituições hospitalares que já contam com professores no seu cotidiano têm procurado romper com o paradigma da criança e do adolescente enfermo- incapaz, que espera pacientemente a sua cura, procurando elaborar um conceito de criança hospitalizada como uma pessoa ativa, capaz, em desenvolvimento e transformação.

Seduzida pela prática pedagógica dos professoras nos hospitais, esta pesquisa procurou refletir sobre o papel desses professores na construção dos múltiplos sentidos no universo escolar - hospitalar através da descrição da realidade do “Projeto Vida e Saúde”, no Hospital da Crianças das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), no período de 2002 a 2003. O problema central deste estudo esteve voltado para a compreensão de como se organizava a *práxis* educativa das professoras no cenário hospitalar e quais as ações geradas a partir dessas *práxis*.

A etnopesquisa foi a inspiração metodológica adotada para traduzir esse cenário e suas nuances. As análises apresentadas buscaram abarcar os fenômenos estudados nos seus aspectos relacionais. As informações etnográficas contidas nesta tese são passíveis de muitas leituras e interpretações e entende-se que vários outros sentidos podem surgir, pois uma obra textual é sempre revisitada e re - interpretada a cada novo olhar.

Nos processos descritivos deste estudo, busquei concomitantemente explicar, interpretar e compreender criticamente a construção de conhecimentos. Ao configurar a escola no hospital, procurei descrever os acontecimentos educativos com detalhamento, na tentativa de esclarecer as complexas relações que a cercam e oferecer contribuições para os futuros professores que almejam se enveredar por este trabalho.

A abordagem multirreferencial possibilitou o diálogo com diferentes estudiosos das mais diversas áreas, assim como a união da literatura produzida no campo da educação, da psicologia hospitalar e educacional, da etnopesquisa e da medicina.

Nas primeiras observações desta pesquisa estava convencida que somente a presença das professoras no hospital garantiria o direito à educação, à brincadeira, a uma qualidade melhor de internação, ao conhecimento das múltiplas capacidades das crianças e dos adolescentes enfermos. Porém, vivenciando o cotidiano escolar - hospitalar, com o tempo, fui conhecendo sua dinâmica, os atores e atrizes sociais, o cenário estudado e, em cada dia de observação, em cada aluno, em cada gesto das professoras, fui percebendo que as práticas pedagógicas se organizavam diferentemente e que possuíam várias repercussões nos alunos. Este aspecto me fez ver o cenário não tão linear quanto o imaginava. Assim, como afirmou Fontes (2003, p. 157), em sua pesquisa realizada em uma escola na instituição hospitalar: “O trabalho pedagógico em hospital não possui uma única forma de acontecer”.

Pela observação e análise das diferentes vozes dos atores sociais envolvidos procurei trazer um pouco da vida da escola no hospital, das dificuldades e possibilidades existentes que caracterizam a política de sentido de cada sala de aula, desvelando o modo como as professoras enfrentavam os desafios que lhes eram apresentados.

Os princípios da etnopesquisa auxiliaram significativamente na análise crítica dos fenômenos observados. Não posso negar que a característica inicial desta tese foi um encantamento com o trabalho realizado na pesquisa de campo. Porém, aos poucos, creio que esse encantamento foi cedendo lugar a reflexões sobre os impactos das ações realizadas pelas professoras nos alunos, as quais precisavam de um olhar atento e uma escuta sensível.

Ao mesmo tempo em que foi muito prazeroso ser recebida carinhosamente pelas professoras e seus alunos, poder acompanhar de perto suas aulas, os eventos e acontecimentos nas salas de aula e no hospital, compartilhar juntas momentos de alegria, tristeza, vitórias, conquistas, erros, acertos, tentativas diversas de transformar o cotidiano do hospital em um ambiente mais acolhedor, (do modo como cada professora o concebia); também foi muito difícil analisar com criticidade suas ações, dadas as aproximações e implicações que foram construídas ao longo do processo da pesquisa, pois nossas interações nos tornavam muito implicadas umas com as outras. Todavia, foi necessário, em um certo período deste trabalho, o afastamento do campo de estudo para que pudesse atribuir melhor os sentidos sobre os fenômenos que observava. Tomando como referência as afirmativas de Barbier (2002) sobre a conduta do pesquisador no processo de investigação, faço igualmente minha afirmação: “ não se pode escamotear as questões que cercam a problemática do estudo.”

Algumas restituições da pesquisa foram realizadas ao longo do trabalho pois procurei socializar os dados e as impressões que construía do objeto de pesquisa. No entanto, este retorno não foi simples de ser realizado devido aos diferentes interesses ideológicos que cercavam o projeto de educação no hospital. Nesse sentido, a pesquisa foi compreendendo as relações de poder existentes e possibilitou perceber que não é suficiente levar os professores ao hospital, isso não garante a qualidade das relações humanas a serem estabelecidas e do ensino. Todavia, a presença das professoras já simboliza um primeiro passo para construção de significados educacionais nesse contexto.

O trabalho das professoras na OSID, assim como de outros profissionais que estão atuando com educação nos hospitais, é um desafio constante. Como as implicações deste tipo de trabalho ainda são pouco conhecidas e pelo fato de existirem poucos cursos de Pedagogia no Brasil que estão preparando profissionais para atuarem nesta área, é como se uma casa estivesse sendo construída, sem os princípios científicos da arquitetura e engenharia, mas com muita sensibilidade e princípios intuitivos.

No princípio do trabalho, acreditava que os tijolos estavam sendo sobrepostos da maneira como os professores entendiam que eles deveriam ser encaixados e, as crianças e os adolescentes hospitalizadas, por sua vez, mostravam como e onde esses tijolos precisavam ser melhor assentados. Com o tempo, fui percebendo que não eram somente as crianças e adolescentes que participavam das aulas, mas também os pais e acompanhantes que também ajudavam na construção desta grande “casa”: do projeto pedagógico da escola no hospital. Também foi possível compreender que nem sempre eram os professores que apontavam ou direcionavam o lugar que os alunos iriam colocar os tijolos. Muitas vezes, os alunos se sentiam autônomos e capazes para negociar com os professores o projeto desta “casa”, da educação que queriam, assim também como muitas vezes, as crianças se recusam a colocar os tijolos onde o professor indicava. Entretanto, o desejo de todos era construir coletivamente esta casa, o projeto pedagógico, e sobretudo, que as pessoas pudessem se sentir bem ao freqüentar este espaço. E, diga-se de passagem, que a “casa”, as ações desenvolvidas no projeto eram de passagem mesmo. Era preciso ter um lugar onde as crianças, os adolescentes hospitalizados, seus pais e acompanhantes pudessem se abrigar por um período, discutir seus problemas, apreender novas informações, assim como rapidamente também pudessem retornar às suas casas e escolas de origem.

No projeto pedagógico, nesta grande “casa”, já existiam algumas partes construídas (os etnométodos das professoras) com muito esforço, empenho, força de vontade e poucos recursos. Como o projeto pedagógico e a construção desta “casa” não tinham prazo

para terminar e sempre existirá a necessidade de manutenções e reformas, eles estão sendo construídos aos poucos, buscando-se novos aprimoramentos a cada dia.

A partir da análise deste cenário, algumas categorias foram elaboradas através de olhares realizados nas transcrições dos vídeos, das entrevistas, das reuniões pedagógicas e de registros do diário de campo sobre o contexto analisado. Essas categorias se relacionavam entre si.

Na primeira categoria: *Complexidade na escola no hospital*, procurei mostrar os desequilíbrios, as implicações, tensões e ajustes que a internação e o território hospitalar geravam para as crianças, os adolescentes, seus pais e para as professoras. O “choque” inicial da entrada no ambiente hospitalar e as dificuldades de adaptação no contexto, foram narrados por todos, o que demonstrava que todos eles se sentiam estranhos no ambiente. Era como se o hospital não fosse o território nem da criança, nem do adolescente, dos seus familiares e do professor. Eles viviam subjetivamente esses espaços de maneiras individuais, mas o sentimento coletivo de estranhamento era predominante.

No caso específico das professoras, de acordo com seus depoimentos, ao mesmo tempo que elas narravam que tinham dificuldades para se sentirem incluídas na dinâmica hospitalar, elas também descreviam que precisavam construir referências para sedimentar o seus trabalhos. Isto implicava em trabalharem para serem aceitas e fazer com que as crianças e adolescentes também se sentissem adaptados e incluídos naquele ambiente que era lhes era alheio. **Portanto, a escola no hospital representava um movimento de inclusão tanto das professoras como dos alunos.** Com o tempo de convivência no hospital, essas impressões, para aqueles atores e atrizes sociais, foram assumindo outras características quando as professoras, as crianças, os adolescentes e os profissionais da instituição começaram a estabelecer parcerias e se integraram uns aos outros, elaborando modos específicos de sobrevivência naquele ambiente.

Os espaços da sala de aula eram espaços onde a complexidade e as ambigüidades se faziam presentes. A escola assumia múltiplos papéis que eram opostos e se complementavam dialeticamente. Ao mesmo tempo em que se promovia transgressão as normas hospitalares, também se promovia adaptações. Para algumas crianças, a escola representava um espaço de liberdade, para outras, de confinamento. Era também percebida como espaço de encontros, desencontros, conflitos, resolução de problemas, socialização, estabelecimento de vínculos, amizades e construção de conhecimentos e cidadania. Não existia a dicotomia educação regular e educação especial e elementos da educação formal e informal eram mesclados na práxis pedagógica das professoras. A escola não possuía uma

lógica da produção com horários rigidamente determinados, disciplina, frequência, avaliação, mas acontecia com sua lógica própria.

Em relação a segunda categoria: *Os etnométodos das práticas pedagógicas das professoras*, o que foi possível verificar é que as histórias de vida das professoras possuíam itinerários distintos que influenciavam nas características pessoais e na formação profissional das mesmas. A professora da Educação Infantil era filha de pai médico, cresceu em Salvador e estudou em escolas particulares. Possuía poucos anos de experiência no magistério e na Educação Infantil. A professora do Ensino Médio e Fundamental, nasceu na roça (como assim denominava), filha de pai lavrador, estudou em escolas públicas e particulares. Possuía larga experiência na educação em diferentes níveis de ensino, mas somente conseguiu cursar Pedagogia aos 38 anos de idade. Nas entrevistas, ambas relataram que os pais realizavam serviços sociais às pessoas menos privilegiadas e que estes aspectos influenciaram na personalidade e no trabalho com as crianças e adolescentes hospitalizados. Entretanto, embora as professoras fossem preocupadas com as questões sociais dos alunos e que tivessem construído um Projeto Pedagógico comum para o currículo da escola no hospital com objetivos de contemplar uma práxis pedagógica comprometida com a realidade dos mesmos, com as desigualdades e discussão dos direitos humanos, essas ações eram predominante nas aulas da professora do Ensino Fundamental e Médio. A professora tinha um interesse muito grande em possibilitar a seus alunos a reflexão e a possibilidade de uma condição melhor para suas vidas. Sua *práxis* pedagógica era política e compromissada com as causas sociais. Ela era bastante sensibilizada com essas questões e procurava realizar debates com os alunos sobre as desigualdades e as implicações na vida daquelas crianças.

Este aspecto demonstrava que os etnométodos utilizados pelas professoras na organização, preparação, seleção dos conteúdos e realização das aulas eram diferenciados e individualizados. Esta pluralidade de ações precisa ser respeitada, no entanto, o fato de existir um projeto comum de educação, exigia discussões coletivas e acompanhamentos constantes para sua realização. Nesse sentido, dentre os indicativos que esta pesquisa sugere para os outros projetos de educação nos hospitais está o compromisso, por parte das instituições que empregam esses profissionais, não somente de implantação desses projetos, mas de uma aproximação maior e participação em conjunto com as professoras a fim de que esses projetos não se transformem em práticas descompromissadas e assistencialistas. Essa proximidade certamente possibilitará que as professoras sejam ouvidas, respeitadas e valorizadas em suas ações.

As professoras demonstravam prazer em realizar esta profissão de educar no hospital e tinham muito carinho por seus alunos, condição necessária e imprescindível para quem deseja realizar esse trabalho. Os alunos, em sua maioria, também demonstravam interesse em participar das aulas.

Na Educação Infantil, o modelo de alfabetização tradicional de ensino predominou na *práxis* pedagógica da professora, muito embora, no final da pesquisa, ela estivesse procurando incluir mais o lúdico em sua sala de aula, mas, em muitos momentos, realizava práticas mecânicas e repetitivas. Para as crianças que permaneciam muito tempo no hospital e que participavam das suas aulas, essas estratégias traziam características de pertencimento ao grupo, entretanto, para as crianças iniciantes na enfermaria e na escola, a exclusão se apresentava em comportamentos resistentes que questionavam as ações da professora. No entanto, cabe insistir que as crianças persistiam em se manter no espaço da sala de aula como se quisessem “averiguar” o que aqueles encontros poderiam lhes proporcionar. O que se verificava é que a maioria das crianças da Educação Infantil, muitas vezes, mesmo sem se conseguir entender e realizar o que estava sendo proposto pela professora, pareciam se sentir mais completas em poder estar podendo participar de uma escola no hospital. Apesar da metodologia utilizada pela professora muitas vezes não estar apropriada para aquele contexto, sendo necessárias revisões e orientações no seu trabalho e olhares mais atentos às adaptações das crianças no hospital, estas questões não representavam a globalidade da escola, sendo apenas um dos seus elementos. As relações carinhosas entre as crianças e a professora, a oportunidade de estar com amigos de idades e situações próximas, a convivência em um espaço com mobiliário adaptado, brinquedos, materiais e rituais escolares significava para aquelas crianças a possibilidade da valorização do mundo infantil, de um universo que sentiam necessidade de resgatar na sua internação, assim como também representava a continuidade de uma vida similar às crianças não hospitalizadas. Entretanto, é preciso reafirmar a idéia de que a presença do professor é uma das possibilidades para a criança construir significados educacionais neste contexto e poder re-encontrar com elementos da infância, mas são também necessárias avaliações constantes e críticas deste trabalho para se buscar aperfeiçoar e aprimorar tanto a proposta pedagógica, o espaço e as relações existentes.

A professora do Ensino Fundamental e Médio possuía muita flexibilidade, capacidade de lidar com os imprevistos e com as diferentes circunstâncias que o cotidiano lhe apresentava de forma muito criativa. Transportava alguns modelos do Ensino Fundamental e Médio das escolas regulares, fazia adaptações, revisava seu planejamento (quando não

correspondia aos interesses dos alunos) e refletia muito sobre a condução do seu trabalho. Baseava-se na perspectiva sócio interacionista e multicultural politicamente implicada para construir a sua *práxis* pedagógica. As atividades estavam voltadas para os trabalhos em grupo onde os alunos auxiliavam uns aos outros, trocavam informações e escolhiam o que desejavam trabalhar. A professora conversava muito com os alunos procurando escutá-los quanto as angústias que viviam no cotidiano e trazia temas sobre direitos infantis para serem debatidos. A sala de aula era percebida tanto para os alunos, como para seus pais, enquanto um espaço de trocas de conhecimentos e informações onde foram criadas fortes redes de solidariedade. Aquele espaço, também foi demarcado como o espaço do universo infantil e juvenil no hospital e os alunos tinham direito: a vez, a voz, a recreação, também aos embates, conflitos e entendimentos. Os alunos discutiram sobre suas dores e seus medos infantis, sorrindo. O brincar se manifestava de diferentes formas, assim também como o entristecer. Os alunos e a professora, ao mesmo tempo em que se uniam para chorar a morte de um amigo, também se uniam para torcer para aquele outro companheiro que havia feito cirurgia e pelas conquistas do trabalho pedagógico prazeroso que realizavam em conjunto. Naquela sala de aula, havia espaço para muitos acontecimentos, até mesmo para os comentários de “bastidores” das enfermarias que eram geradores de temáticas as mais diversas para as situações de ensino. As crianças e adolescentes demonstravam suas preocupações com a violência, a continuidade das vidas humanas, da educação e com um mundo mais harmonioso e pacífico. A professora auxiliava na gestão do saber através da preocupação com o outro e da proposta de participação de todos em projetos coletivos.

A terceira categoria: *Aprender e ensinar: alunos que se tornaram agentes no contexto multicultural da escola no hospital*, mostrou o impacto que o currículo multicultural realizado pela professora do Ensino Fundamental e Médio provocou nos alunos ao ponto de modificarem o curso da pesquisa e das aulas. De atores observados, passaram a ser os observadores, diretores e protagonistas das cenas. A aula descrita mostrou que as crianças e os adolescentes se sentiam autônomos para proporem transformações na escola e que reivindicaram um espaço de produtores do processo educativo e não apenas sujeitos observados.

A introdução da escola no hospital provocou mudanças no cenário hospitalar que afetaram as interações entre as crianças entre si e seus pais, os quais passaram a participar das aulas, sentirem-se agentes do processo de desenvolvimento e educação. Nas narrativas apresentadas, procurou-se apresentar as mudanças significativas na forma dos alunos e seus pais verem o mundo após participarem das aulas no hospital.

A relação intercultural gerada das relações educativas predominava entre as pessoas e os diferentes grupos na escola no hospital quando interagiam e confrontavam suas diferenças.

De acordo com Fleuri (2001, p. 67), as relações sociais estão se tornando cada vez mais transnacionais e, nesse processo, surge a necessidade de consolidar a defesa das identidades e da pertença étnica. Quando se esclarecem como se dão os processos de identidade pessoal e coletiva, os grupos se abrem e constroem relações de reciprocidade com os outros que possibilitam um movimento cidadão no qual esses grupos se articulam sob a forma de redes e parcerias e a complementariedade se constrói a partir do respeito às diferenças. Nesse sentido, quando se desenvolve a interação e reciprocidade de diferentes grupos como fator de crescimento cultural e enriquecimento, qualquer relação educativa provoca aprendizagens mútuas.

Este processo intercultural fazia parte da escola no hospital que timidamente foi ocupando o seu espaço e sendo integrada no contexto hospitalar, tanto para as crianças, como para seus familiares e os profissionais da instituição. As modificações neste ambiente ficavam expressas quando uma professora faltava, as crianças das enfermarias ficavam extremamente ansiosas e desanimadas por não poderem assistir as aulas. Os pais dos alunos também reclamavam a ausência do professor, bem como os profissionais da instituição, pois diziam que não concebiam mais o espaço hospitalar sem a presença do professor.

Em relação às questões educacionais que cercavam o cotidiano, foi possível evidenciar que não é fácil planejar o currículo da escola no hospital sem saber quem vai encontrar, sem saber qual a condição física e psicológica dos alunos e a diversidade a ser trabalhada. O professor também precisa saber conquistar seu espaço neste novo território de atuação. Algumas perspectivas foram apontadas através do trabalho das professoras como necessidade de uma atenção maior à escuta dos problemas dos alunos, assim como buscar “falar a língua das pessoas” com quem se trabalha, procurando conhecer, discutir e trocar conhecimentos e saberes. Como afirmava Freire (1996, p.113) sobre a relação com os alunos: “...é escutando que aprendemos a falar com eles. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que em certas condições, precise de falar a ele.”

A escuta sensível aliada à comunicação respeitosa não somente com os alunos e seus familiares, mas também com os profissionais da instituição, entendendo seus universos, é o que possibilita uma melhor adaptação desses professores neste espaço, sua inserção na

equipe multidisciplinar através de negociações constantes é a garantia de seu trabalho, pois são essas pessoas que os avaliarão e garantirão a sua permanência nesta instituição.

A proposta de educação baseada no multiculturalismo se mostrou apropriada para o contexto escolar hospitalar pela proximidade que possibilitava com os alunos, seus familiares e por ser uma prática que está voltada para o desafio de construir uma sociedade que denuncie os preconceitos, as discriminações, que seja plural e busque uma humanidade pautada na solidariedade.

As contradições e desafios vão estar sempre presentes no cotidiano de qualquer profissional que envereda para a educação. Nesta pesquisa, os desafios das professoras estiveram centrados em algumas questões como: adaptação no hospital, capacidade de lidar em um ambiente não estritamente escolar, de propor suas ações em um contexto onde existia uma pluralidade de situações, culturas e alunos, dificuldades de clareza sobre os referenciais teóricos apropriados para auxiliar na construção da práxis pedagógica e as construções de currículos em situações imprevistas, foram os desafios encontrados. Em relação aos alunos, procurei demonstrar o significado das interações com as professoras neste ambiente hospitalar e a contribuição que ofereciam para que as crianças e adolescentes hospitalizados conseguissem se reconstituir emocional, físico e cognitivamente através das atividades escolares.

A história dos professores no hospital é uma história que está sendo construída não somente de forma romântica, mas também com percalços. O que se buscou com este trabalho é que a escola cada vez mais seja incorporada não somente em espaços separados no hospital, representando, de certa forma, espaços de “fuga” das crianças diante da dura realidade que têm que enfrentar. Embora no projeto analisado, a escola estava começando a exercer sua influência nas enfermarias, ela ainda acontecia em um espaço segregado. É preciso que a escola no hospital verdadeiramente se mescle com os ambientes das enfermarias, se integre, para que as crianças e adolescentes hospitalizados sintam-se acolhidos em todas as suas necessidades, nos seus vários espaços.

Para exemplificar como os espaços educativos e recreativos veem assumindo novas perspectivas no ambiente hospitalar, trago este depoimento de uma criança inglesa que, quando foi ao hospital no seu país, através de sua narrativa, mostrou a importância das ações que vem sendo realizadas nos últimos tempos em relação as diversas possibilidades interacionais presentes nas instituições hospitalares: “ Eu fui para o hospital brincar e enquanto estava lá, eu encontrei o médico”. Barry (2004, p. 1). Nesta fala, podemos perceber como o hospital primeiramente representou o espaço da brincadeira e depois do tratamento,

existindo portanto, a inversão de funções. Esperamos que as crianças brasileiras que estão atualmente hospitalizadas ou que necessitarão desses serviços (e que não sejam muitas), possam também internalizar essas funções do hospital e possam não somente invertê-las, mas saber integrá-las. Esperamos que o Estado e a sociedade civil possam criar condições para que o hospital se torne o lugar da brincadeira e do estudo, assim como é do tratamento. Que essas entidades possibilitem o atendimento biopsicosocial para proporcionar a esses cidadãos, cuidado integral.

Creio que nos cursos de Pedagogia deveria ser pleiteada a discussão curricular sobre Pedagogia Social para que o profissional possa lidar e entender a diversidade humana em quaisquer circunstâncias. Em relação às teorias da educação é preciso que comecem a se ater e focar essa nova ordem emergente das práticas educacionais que vem se constituindo em contextos diversificados. Quanto à realidade da escola no hospital, o conhecimento das suas características possibilita tanto para os professores, como às crianças e adolescentes hospitalizados, compreenderem que neste espaço, as situações mais corriqueiras são objetos de aprendizagem em si.

8 REFERÊNCIAS

- AMARAL, Luis R. Por trás dos acidentes infantis. São Paulo. **Revista Viver**, Ed Segmento, 2002, p. 36-37
- AMARAL, Daniela P; SILVA, Maria.T.P. **Formação e prática pedagógica em classes hospitalares: respeitando a cidadania de crianças e jovens enfermos**. Disponível em [<http://www.malhatlantica.pt/ecae-cm/daniela.htm>]. Acesso em: 20 de agosto de 2003
- AMORIM, Ivani C. Atendimento psicopedagógico em enfermaria pediátrica. In: **Psicopedagogia**. Revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia, São Paulo, 2004, Vol. 64, p. 72-83
- ANDRÉ, Marli. A pedagogia das diferenças. In: ANDRÉ, Marli.(org). **A pedagogia das diferenças na sala de aula**. Campinas, SP: Papirus, 1999, p. 11- 26
 _____, **A etnografia da prática escolar**. Campinas: São Paulo, Papirus, 8ª edição, 2002.
- ANGERAMI-CAMON, Valdemar, (org). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996
 _____, (org). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira, 1995
 _____, (org). **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo, Pioneira, 3 ed. 1998
- APPLE, Michel. Repensando ideologia e currículo. In: Moreira, Antonio F; SILVA, Tomás T. (org). **Currículo, cultura e sociedade**. Trad: Maria Aparecida Batista, 3ª edição, São Paulo: Cortez, 1999, p. 39-58
- ARAÚJO, Tereza C. C. F. A; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O papel da escola junto aos sobreviventes de Câncer na infância, **Revista Dois Pontos**, nº 7, vol.4, março/julho 1998, p. 18-20
- AQUINO, Julio G. O professor, o aluno, a diferença e a hospitalização. In: **Atendimento Escolar Hospitalar**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2000, p. 25-28
- ARROYO, Miguel G. O significado da infância. In: **Criança**. Revista do Professor de Educação Infantil. Brasília: MEC, 1995, n 28, p. 17-21
- AZEVEDO, Maria Rita Z. **Papel e importância do lúdico para profissionais de saúde: Análise de jogos e brincadeiras em contexto hospitalar**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 1999, 330 f.
- BARBOSA, Maria C.S. Atendimento pedagógico as crianças em idade escolar internados no HCPA. Porto Alegre: **Prospectiva**,1991, n 20, p. 36-37,
- BARBIER, Renê. **A pesquisa - ação**. Trad. Lucie Didio. Brasília: Plano Editora, 2002.
 _____, **A pesquisa – ação na instituição educativa**. Trad. Estela dos Santos e Maria Wanda Maul de Andrade. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1977

BARROS, Célia S.G.. **Pontos de Psicologia do Desenvolvimento**. São Paulo: Ática, 1993

BARROS, Alessandra S. A integração do deficiente físico em escolas regulares: relato de experiência. In: **Temas sobre Desenvolvimento**. São Paulo: Ed. Memnon, Vol 8, número 46, setembro-outubro, 1999, p. 20-27

_____, A prática pedagógica em uma enfermagem pediátrica. **Revista Brasileira de Educação**. Set/Out/Nov 1999, n 12, p. 84-92

BARRY, Patrick. A child recollection of hospital. Disponível em [<http://www.nahps.org.uk/Childrecollection.htm>]. Acesso em 17 de junho de 2004

BAUMEL, Roseli. Formação de professores: Algumas reflexões. In: BAUMEL, Roseli, RIBEIRO, Maria Luísa (org) **Educação Especial: Do querer ao fazer**. Ed. Avercamp, 2003, p. 27-39

BEZERRA, Ana Cristina G. Pedagogia de Projetos: Possibilidades transformadoras para a escola. Salvador. **Noésis**, FACED, PPGE, NEPEC, n 3, jan/dez 2002, p. 93-10

BOFF, Leonardo. **A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana**. Petrópolis: Rio de Janeiro: Vozes, 1997

BOGDAN, Roberto C. ; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução a teoria e aos métodos**. Trad, Maria João Alvarez, Sara B. dos Santos e Telmo M. Baptista. Portugal: Porto Editora, 1994.

BORBA, Sérgio C. Aspectos do conceito de multirreferencialidade nas ciências e nos espaços de formação. In: BARBOSA, J. (org) **Reflexões em torno de uma abordagem multirreferencial**. São Carlos: Ed UFSCAR, 1998, p. 35-55

_____, A linguagem do tempo nas situações educativas. In: **Educação e Linguagem**. Programa de Pós Graduação em Educação: Universidade Metodista de São Paulo:UMESP, 1998, p. 45-54

BRASIL, **Política Nacional de Educação Especial**. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria da Educação Especial. Brasília, DF, 1994

_____, **Referenciais Curriculares do Ensino Fundamental**. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília. DF, 1998

_____, **Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Infantil**. Ministério da Educação e Cultura, Secretaria de Educação Fundamental. Brasília, DF, 1998 - 3 Volumes

_____, **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Especial**. Conselho Nacional de Educação. Brasília, Disponível em [<http://www.mec.gov.br/cne/ftp/minuta/minuta1.doc>.] Acesso em 03 de março de 2001

_____, **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei n 8.069/1999. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. CONANDA. Ministério da Justiça/Secretaria de Estado de Direitos Humanos/Departamento da Criança e do Adolescente, edição de 2002

_____, **Classe Hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria da Educação Especial. Brasília, DF, 2002

_____, **Estratégias e orientações pedagógicas para a educação de crianças com necessidades educacionais especiais**. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria da Educação Especial. Brasília, DF, 2002 – 9 volumes

BOWLBY, John. **Cuidados Maternos e Saúde Mental**. Trad. Vera Lúcia de Souza e Irene Rizzini. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

BUENO, José Geraldo Silveira. Práticas institucionais de exclusão social da pessoa deficiente. In: **Educação Especial em Debate**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997, p. 37-53.

BORGES, Márcia A . **Criação e implantação de um serviço pedagógico ambulatorial para portadores de doenças crônicas do sangue: um relato de experiência**. Dissertação. (Mestrado) Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas, 1993, 193 f.

CANEN, Ana. Cultura e multiculturalismo em projetos educacionais. In: **Revista da Educação**, PUC Campinas, n 10, junho 2001, p. 40 – 46,

CARVALHO, Rosita E. **A nova LDB e a Educação Especial**. Rio de Janeiro: WVA, 1997, p.142

_____, TELLES, Maria de Fátima C. Políticas Públicas e Classe Hospitalar. In: **Atendimento Escolar Hospitalar**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2000, p. 19-24.

CARVALHO, Ana Maria; BERALDO, Katharina E. A ; Interação criança-criança: Ressurgimento de uma área de pesquisa e suas perspectivas. **Cadernos de Pesquisa**: São Paulo, novembro 1999, n. 71, p. 55-61,

CARITÁ, Estágio Supervisionado em escolas indígenas. **XI Anais do Endipe. Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino**: Igualdade e Diversidade na Educação, Maio/2002, Goiania

CAVALCANTE, Regina T. Professores com necessidades especiais. Maringá, Paraná: **Teoria e Prática da Educação**, UEM, Vol 1, Set. 1998, p. 45 – 64, .

CECCIM, Ricardo B. CARVALHO, Paulo R.A.; **Criança Hospitalizada: Atenção Integral como escuta à vida**, Porto Alegre: Editora da Universidade, UFRGS,1997

_____, CARVALHO, Paulo R. A .; Comentando os direitos da criança e do adolescente hospitalizado. In: CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. A .; **Criança Hospitalizada: Atenção Integral como escuta à vida**, Porto Alegre: Editora da Universidade, UFRGS, 1997, p.185- 191,

_____, Classe Hospitalar: buscando padrões referenciais de atendimento pedagógico - educacional à criança e ao adolescente hospitalizado. In: **Integração**. MEC/SEE, ano 9, n 21, 1999, p. 31-38.

_____, A escuta pedagógica no ambiente hospitalar. In: **Atendimento Escolar Hospitalar**. Rio de Janeiro, Ed. UERJ, 2000, p.15-18

CEPEDA, Teresa. Internamento do adolescente. In: SANTOS, Leonor (org). **Humanização dos Serviços de Atendimento à criança. Actas do Encontro Refletir as práticas para melhorar o desempenho**. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, 2000, pg. 45-56

CORDEIRO, Maria Eulália; RIBEIRO, Ana Paula. Do hospital à escola. In: SANTOS, Leonor (org). **Humanização dos Serviços de Atendimento à criança. Actas do Encontro Refletir as práticas para melhorar o desempenho**. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, 2000, pg. 49 -56

COULON, Alan **Etnometodologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 1987

CUNHA, Octávio. Evolução histórica da pediatria. In: SANTOS, Leonor et al. **Actas do Encontro: Refletir sobre as práticas para melhorar o desempenho**. Instituto de Apoio à Criança, Lisboa, 2000, p. 15-20

DANTAS, Heloísa. **A infância da razão: uma introdução à psicologia da inteligência de Henri Wallon**. São Paulo: Manole Dois, 1990

ESCOLANO, Augustin. Arquitetura como programa. Espaço - escola e currículo. In: FRAGO, Antonio V.; ESCOLANO, Augustin. **Currículo, espaço e subjetividade: a arquitetura como programa**. Trad. Alfredo Veiga Neto. 2ª edição. Rio de Janeiro: DP&A, 2001, p. 19- 57

FARIA, Ana Lucia G; Palhares, Marina S. (orgs) **Educação Infantil pós LDB: rumos e desafios**. Campinas: São Paulo: Autores Associados –FE/UNICAMP, São Carlos –ED da UFSCAR. Florianópolis, SC: Editora da UFSC, 1999 (Coleção polêmicas do nosso tempo, 62)

FERRAZ, E.R. Requisitos mínimos para a organização da sala de recuperação pós- anestésico e a assistência de enfermagem nela prestada. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, 14(2); p. 123-131, 1980.

FLEURI, Reinaldo Matias. Multiculturalismo e interculturalismo nos processos educacionais. In: LINHARES, Célia F. **Ensinar e aprender: sujeitos, saberes e pesquisa**. Rio de Janeiro: D&A, 2001, 2ª edição, p. 67-82

FLORES, Currículo e Cultura Camponesa. **XI Anais do Endipe. Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino**. Igualdade e Diversidade na Educação, Maio/2002, Goiânia

FONSECA, Eneida S. **Atendimento pedagógico – educacional para crianças e jovens hospitalizados: Realidade Nacional**. Brasília, MEC/INEP, 1999

_____, Kit brinquedos e brincadeiras no atendimento pedagógico educacional hospitalar. **Boletim da Academia Paulista de Psicologia**. São Paulo, 1999 a, V.2, p. 15-16

_____, CECCIN, Ricardo. Atendimento Pedagógico- Educacional: Promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada. In: **Revista Temas em Desenvolvimento**. São Paulo: Mennon, Vol 7, jan/fev/1999 b, n 42, p. 24 – 36,

_____, Classe Hospitalar: Ação Sistemática na atenção às necessidades pedagógico educacionais de crianças e adolescentes hospitalizados. In: **Revista Temas em Desenvolvimento**. São Paulo: Mennon, maio/jun/1999 c, Vol 7, n 44, p. 32 – 37,

_____, Atendimento pedagógico - educacional de bebês especiais no ambiente hospitalar. In: **Revista Temas em Desenvolvimento**. São Paulo: Mennon, março/abril/2000, Vol 9, n 49, p. 9-15,

_____, **Atendimento escolar hospitalar: a criança doente também estuda e aprende**. Rio de Janeiro, Ed. UERJ, 2001

FONTES, Rejane. **A escuta pedagógica a criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2003, 207 p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2000

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996, 2ª edição

FREITAS, Maria T. **Vygotsky e Bakhtin: psicologia e educação: um intertexto**. São Paulo: Ed: Ática, 1996

FREITAS, Joseania M. **A história da biblioteca infantil Monteiro Lobato: entrelaçamento de personagens e instituição**. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001, 288 p.

GADOTTI, Moacir. **Pedagogia da Práxis**. São Paulo: Cortez, 1998

GALVÃO, Isabel. A questão do movimento no cotidiano de uma pré escola. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo ago, 1996, n 98, p. 37-49,

GONZÁLES – SIMANCAS, José Luis, POLAINO – LORENTE, Aquilino. **Pedagogia Hospitalaria: Actividad educativa em ambientes clínicos**. Narcea: S. A . Ediciones, Madrid, 1990.

GOUVEIA, Osvaldo; WALDOMIRO, Junior; AVENDAÑO, Marcela (org) **Sementes de Amor: A sabedoria de Irmã Dulce em 85 pensamentos**. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2002

HOUSSNE, Willian Saad. Armazenamento de materiais. In: **Cadernos de Ética em Pesquisa**. Publicação da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Ano VI, Número 12, Outubro de 2003, p. 3 – 4.

IDE, Sahda Marta. Modalidades Educativas: Uma escola para todos. In: **Temas sobre desenvolvimento**. São Paulo: Memnon, vol. 8, número 43, março-abril, 1999, p.20-28

IMBERT, Francis. **A questão da ética no campo educativo**. Trad. Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 2001.

JACOB, C.M.A; OSELKA, G.W.; PASTORINO, A. PETLIK, (et.al) Programa Mãe Participante: Relato de Experiência em Enfermaria Geral. **Jornal de Pediatria**. São Paulo: Vol. 65, nº 5, pg. 165-168, 1989.

KISHIMOTO, Tizuko M. **A pré –escola em São Paulo (1877-1940)**. São Paulo: Loyola, 1988

KOSINSKI, Regina T. Educação em enfermarias pediátricas. São Paulo, **Ciência Hoje**, Vol.23, n 133, 1997, p. 74-75

KUHLMANN JR, Moysés. **Infância e Educação Infantil: Uma abordagem histórica**. Porto Alegre: Mediação, 1998

LANJONQUIÈRE, Leandro. **Infância e ilusão (psico)pedagógica: escritos de psicanálise e educação**. 2ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999

LEITÃO, Marisa Sá. **O psicólogo e o hospital**. Porto Alegre: Sagra: DC Luzzato,1993,

LIBÂNEO, José Carlos. *Pedagogia e Modernidade: Presente e futuro na escola*. In: GHIRALDELLI Jr, Paulo. **Infância, escola e modernidade**. São Paulo: Cortez, 1997, p. 127-176

_____, **Pedagogia, pedagogos, para quê?** São Paulo: Cortez, 1999

LIMA, Isabel Maria S. **O Direito à saúde: Garantia de um Direito Humano para Crianças e Adolescentes**. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva –ISC. Universidade Federal da Bahia, 2002, 371 f.

LOBO, Miriam.N. FISCHER, R.M.F; et al. Implicações éticas provenientes da utilização de crianças como sujeitos de pesquisa. Mesa Redonda. In. **Cadernos de Pesquisa**, Fundação Carlos Chagas, Dez, 1979, N 31, pg. 17-48

_____, M. F., Corina B; de O .; GONÇALVES, Geisha. A atuação da CONEP. In. **Cadernos de ética em pesquisa**. Publicação da CONEP – Comissão Nacional de ética em pesquisa. Ano VI, Número 12, Out. 2003, p. 5-11

LUCKESI, Cipriano C. Educação, ludicidade e prevenção das neuroses futuras. In: LUCKESI, C.C. (org) **Ludopedagogia: ensaios 1**. Salvador: UFBA/FACED, vil 1, 2000, p.9-41

LUZ, André S. (et. all) O funcionário como educador numa escola estadual de Salvador. In: MARTINS, João Batista (org). **Psicologia e Educação: Tecendo caminhos**. São Carlos: Rima Ed. São Carlos, 2002, p.61-77

MACEDO, Roberto S. **Prontidão, compensação e pré - escola. Prática e crítica**. Dissertação. (Mestrado). Faculdade de Educação. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1988, 447 p.

_____, **A etnopesquisa crítica e multirreferencial nas ciências humanas e na educação**. Salvador: EDUFBA, 2000

_____, Conversas com Hermes e Atená: ética do debate, atos de currículo e intercristica. In: **NOËSIS**. Salvador, UFBA/FACED/PPGE/NEPEC, 2000, p. 95-196, vol.1, n.1

_____, **Chrysalis, currículo e complexidade. A perspectiva crítico multirreferencial e o currículo contemporâneo**. Salvador: EDUFBA, 2002

MC LAREN, Peter. **Rituais na escola: em direção a uma economia política de símbolos e gestos na educação**. Trad. Juracy C. Marques e Angela Biaggio. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991

MARCÍLIO, Maria Luísa **História social da criança abandonada**. São Paulo: Hucitec, 1998

MARTINS, Dyrce Maria Rocha. et al. Assistência de Enfermagem a crianças hospitalizadas quando enfrentam situações desagradáveis. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, ago 1979.

MARTINS, João B. Multirreferencialidade e educação. In: BARBOSA, Joaquim. (org) **Reflexões em torno da abordagem multirreferencial**. São Carlos: EDUFSCar, 1998

MASETTI, Morgana. **Soluções de Palhaços: Transformações na realidade hospitalar**. São Paulo: Palas Athena, 1998.

MATOS, Elizete M. **O desafio ao professor universitário na formação do pedagogo para atuação na educação hospitalar**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 1998

_____, E. M.; MUGGIATI, M. **Pedagogia Hospitalar**. Curitiba: Champagnat, 2001

MEDINA, J. P.S; GONÇALVES, A . Saúde coletiva/atividade física: uma abordagem exploratória. In: GONÇALVES, A e colaboradores. **Saúde coletiva e urgência em Educação Física**. Campinas: SP: Papyrus, 1997, p.149-153

MITTLER, Peter Inclusão escolar é transformação na sociedade. Minas Gerais. **Presença Pedagógica**. V. 5, n 30., nv/dez 1999, p. 5 –15

MOREIRA, Antonio F; SILVA, Tomás T. (org). Sociologia e Teoria Crítica do Currículo: Uma introdução. In: MOREIRA, A F; SILVA, T, T. **Currículo, cultura e sociedade**. Traduções: Maria Aparecida Batista. 3ª edição, São Paulo: Cortez, 1999, p. 7-35

MORIN, Edgar. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios/Edgar Morin**. Trad. Edgar de Assis Carvalho, São Paulo: Cortez, 2002

_____, **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Trad. Catarina Eleonora e Jeane Sawaya. 2ª edição. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2000

_____, **O método: a natureza da natureza**. Trad. Ilana Heineberg. Porto Alegre: Sulina, 2002

_____, CIURANA, E. R; MOTTA, R. D. **Educar na era planetária: O pensamento complexo de aprendizagem pelo erro e incerteza humana**. Trad. Sandra Trabucco Valuenza, São Paulo: Cortez, Brasília: UNESCO, 2003

MOTA, C. H. Princípio 7. In: SANTOS, L; JORGE, A; ANTUNES, I. **Carta da Criança Hospitalizada: Comentários**. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, Caderno 1, Novembro, 2000, p. 59-60

MOTA, Diomar. Há uma didática para cursos oferecidos aos idosos? **Anais do XI Endipe. Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino**. Igualdade e Diversidade na Educação, Maio/2002, Goiânia

MUYLAERT, Marília A . **Corpoafecto: o psicólogo no hospital geral**. São Paulo: Escuta, 2ª ed, 2000

NASCIMENTO, Cláudia T. A psicopedagogia no contexto hospitalar: quando, como, por quê? In: **Psicopedagogia**. Revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia, São Paulo n 64, 2004, p.48-56

NUNES, Nadir Neves. O ingresso na pré- escola: uma leitura psicogenética. In: OLIVEIRA, Zilma de M. R. (org) **A criança e seu desenvolvimento: perspectivas para se discutir a Educação Infantil**. São Paulo: Cortez, 1995

NÓVOA, António. **Formação de professores e trabalho pedagógico**. Portugal, EDUCA, 2002

OBRAS SOCIAIS DE IRMÃ DULCE. **Home page do hospital**. Salvador, 01 de maio de 2004. Disponível em <http://www.irmadulce.org.br>. Acesso em: 01 maio 2004

OLIVEIRA, M.E. Princípio 7. In: SANTOS, L; JORGE, A; ANTUNES, I. **Carta da Criança Hospitalizada: Comentários**. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, Caderno 1, Novembro, 2000, p. 61-63

OLIVEIRA, Zilma de Moraes Ramos, **Jogos de papéis: uma perspectiva para análise do desenvolvimento humano**. Tese (Doutorado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1988

_____, **Educação Infantil: Fundamentos e métodos**. São Paulo: Cortez, 2002.

OLIVEIRA-FORMOSINHO, Júlia. O desenvolvimento profissional das educadoras de infância: entre os saberes e os afetos, entre a sala e o mundo. In: OLIVEIRA-FORMOSINHO, Júlia; KISHIMOTO, Tizuko M. (org) **Formação em contexto: Uma estratégia de integração**. São Paulo: Pioneira, Thomson Learning, 2002, pg. 41-88

PACHECO, Elza D. **Televisão, criança e imaginário: contribuições para a integração escola – universidade na sociedade**. São Paulo: LAPIC/CCA/ECA/ USP, 1997.

PARANÁ, Denise. **Lula: o filho do Brasil**. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 1ª reimpressão, 2003

PASSARELLI, Gaetano. **Irmã Dulce: O Anjo Bom da Bahia** Trad. Regina Cony. Rio de Janeiro: Record, 2003

PATTO, Maria Helena. **Introdução à Psicologia**. São Paulo: T.A Queiroz, 1983

PAULA, Ercília Maria Angeli T. “Comida, diversão e arte?”: **O coletivo infantil em situação de alimentação na creche**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação. Universidade de São Paulo, 1994, 152 f.

_____, **O trabalho do professor no hospital**. Monografia de final de treinamento do Hospital Sarah das Doenças do Aparelho Locomotor, São Luís, Maranhão, 1994 (mimeo)

_____, GIL, J. D. Pedagogia Hospitalar. Ponta Grossa: **Revista Olhar do Professor**, Departamento de Métodos e Técnicas de Ensino, UEPG, 1999, p. 135-148

_____, GIL, J. D. O significado da prática pedagógica no contexto hospitalar. Ponta Grossa: **Revista Olhar do Professor**, Departamento de Métodos e Técnicas de Ensino, UEPG, 2001, p. 103-114

_____, GIL, J. MARCON, A . Brinquedotecas em Hospitais: Uma conquista nova para novos tempos. **Revista Temas sobre Desenvolvimento**. São Paulo: Ed. Memnon, Volume 11, número 62, maio-junho, 2002, p. 23-32

_____, Crianças e Professores em Hospitais: Aprendizes Especiais na Diversidade dos Contextos Hospitalares. **XI Anais do Endipe. Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino**. Igualdade e Diversidade na Educação, Maio/2002, Goiania

_____, Ai que medo de injeção. In: SILVA, Márcia B. (org) **Medos, medinhos, medonhos**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2004, p.123-145

PEDROSA, Maria Isabel. **Interação criança - criança: Um lugar de construção do Sujeito**. Tese (Doutorado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1989

PERRENOT, Philippe. **A pedagogia na escola das diferenças: fragmentos da sociologia do fracasso**. Trad. Cláudia Schilling. Porto Alegre: Artemed Editora, 2001

PIAGET, Jean. **A psicologia da criança**. Trad. Octávio Mendes Cajado, 9ª edição, São Paulo: DIFEL, 1986

PIZA, Fernando F; SENA, Lilian B. **Escola Ativa**. Disponível em [<http://www.tvebrasil.com.br/salto/boletins2001/cms/cmstxt3.htm>]. Capturado em 11 de agosto de 2004.

PLACCO, Vera M. N. S. Prefácio. In: TAVARES, José (org). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001

PONTES, Maria Rita. **Irmã Dulce dos Pobres**. Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil, 15ª edição, 1990, 190 p

RANÑA, Wagner. Aspectos psicossociais da assistência à criança hospitalizada. São Paulo: **Revista Pediatria**, 1988, 10, p. 59 – 66

RIBEIRO, Maria José. **O atendimento à criança hospitalizada: um estudo sobre serviço recreativo-educacional em enfermaria pediátrica**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas, 1993, 151 f.

RIBEIRO, Ana Paula; CORDEIRO, Maria Eulália. Do hospital à escola. In: SANTOS, Leonor et. al. **Acta do Encontro: Refletir sobre as práticas para melhorar o desempenho**. Instituto de Apoio à Criança, Lisboa, 2000, p. 49-56

ROSENBERG –REINER, Sylvie. O papel das associações para crianças hospitalizadas na França e na Europa. In: LEITGEL –GILLE, Marluce (org). **Boi da Cara Preta: Crianças no Hospital**. Trad. Helena Ramos. Salvador: EDUFBA: Ágalma, 2003, p. 16-45

SACRISTÁN. J Gimeno. Currículo e Diversidade Cultural. In: SILVA, Tomás T; MOREIRA, Antonio Flávio. (orgs) **Territórios contestados: O currículo e os novos mapas políticos culturais**. Petrópolis: Rio de Janeiro: Vozes, 1995, p. 82-113. 4ª edição

SALVADOR, **Escola Arte e Alegria**. Secretaria da Educação Municipal, 1999

SAMPAIO, Sonia M.R. **O corpo no cotidiano escolar (ou a miséria da pedagogia)**. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1997, 161 f.

SANTOMÉ, Jurjo Torres. As culturas negadas e silenciadas no currículo. In: SILVA, Tomas Tadeu (org). **Alienígenas na sala de aula: Uma introdução aos estudos culturais em educação**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1995, p. 159- 177

SANTOS, Patrícia Lessa. Associação Obras Sociais Irmã Dulce: Cooperação e compromisso em contrapartida às vulnerabilidades sociais. In: SOARES, Geraldo Ramos (org) **Tabuleiro de Talentos: 12 jovens cientistas desvendam a Bahia**. Salvador: ASEB, 2000, p.171 – 189

SERPA, Felipe. **Rascunho Digital: Diálogos com Felipe Serpa**. Salvador: EDUFBA, 2004

SILVA, Tomás Tadeu. Currículo e identidade social: Territórios Contestados. In: SILVA, Tomas Tadeu (org). **Alienígenas na sala de aula: Uma introdução aos estudos culturais em educação**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1995, p. 190-207

_____, **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001

SODRÉ, Muniz. **A máquina de Narciso: Televisão, indivíduo e poder no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1990.

SOUZA, Solange Jobim. Linguagem, consciência e ideologia: conversas com Bakhtin e Vygotsky. In: OLIVEIRA, Zilma de M. R.(org) **A criança e o seu desenvolvimento**. São Paulo, Cortez, 1995, p.11-31

SOUZA, Mayumi M. Utilizando a linguagem cinematográfica para compreender o cotidiano escolar. In: ALVES, N. GARCIA, R.L (orgs). **A invenção da escola a cada dia**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000, p.35-47

TAAM, Regina **Assistência pedagógica à criança hospitalizada**. 2000. 216.f. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense, Niterói

THERRIEN, Jacques O saber do trabalho docente e a formação do professor. In: MACIEE, L.S.B.; (Org) **Reflexões sobre formação de professores**. Campinas, SP: Papirus. 2002, p. 103-113

TORRES, Wilma da Costa. A criança terminal: vivência do luto antecipado. Rio de Janeiro. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Vol. 42, n 1, 1990, p. 31-36,

VASQUEZ, Adolfo. **A filosofia da práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977

VYGOTSKY, Lev. S. **A formação social da mente**. Trad. de José Cipolla Netto, São Paulo: Martins Fontes, 1988

_____, Lev. S. **Pensamento e Linguagem**. Trad. de Jefferson Luiz Camargo, São Paulo: Martins Fontes, 1989

VOTRE, Sebastião J.; FIGUEIREDO, Carlos. Etnometodologia e Educação Física. Disponível em <http://www.geocities.com/Athens/Styx/9231/etnometodologia.html>. Acesso em 10 de fevereiro de 2003

WALLON, Henri. **As origens do pensamento na criança**. Trad. de Doris Sanches Pinheiro. São Paulo: Manole, 1989

_____, Henri. **As origens do caráter na criança**. Trad. Heloisa Dantas de Souza Pinto. São Paulo: Nova Alexandria, 1995

WUO, Ana Elvira. **O clow visitador no tratamento de crianças hospitalizadas**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999, p.207.

YUNES, Maria Angela M; SZYMANSKI, Heloísa. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, José (org). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001, p. 13-42

9 REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- ADAMS, Patch. **O amor é contagioso**. Trad. Fabiana Colasanti. Rio de Janeiro: Sextante, 1998.
- ALVES, Nilda (org). **Espaços e imagens na escola**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- ANGELO, Margareth. Visitas restritas a crianças hospitalizadas: uma barreira para a interação mãe - filho. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, 17 (3): 229-234, 1983.
- AMORIM, Cloves Amíssis. A utilização e principais concepções do brinquedo em instituições na Cidade de Curitiba. **Revista Psicologia Argumento**, Curitiba. Ano XIII, Nº XVII, p. 61-71, Novembro 1995.
- BORBA, Sérgio C. **Espaços de Formação**. Maceio: Edições Catavento, 2000.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Rio de Janeiro: Vozes, 1999
- BORTOLETTO–DUNKER, Ana Cristina; LORDELO, Eulina. Um novo bebê: Interpretações sobre Competências. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, 1993, Ano 13, p. 10-15
- CALIL, L.C. Psicoterapia com bom senso: um descuido na formação médica. **Rev. Brasileira de Medicina**. Brasília, Vol 48, nº10, p. 663-665, out. 1991.
- CAMPOS, Maria Malta. A mulher, a criança e seus direitos. São Paulo, **Cadernos de Pesquisa**, março 1999, n 106, p 117-127
- CARVALHO, Ana Maria; LORDELO, Eulina da Rocha. Comportamento de cuidado entre Crianças. Brasília: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 1989, V. 5, n.1, p. 1 – 135
- CASTIEL, Luis D. **O buraco do avestruz: A singularidade do adoecer humano**. São Paulo. Campinas, Papirus, 1994
- CHAVES, E.C.; IDE, C.A.C. Singularidade dos sujeitos na vivência de papéis sociais envolvidos na hospitalização. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, V. 29, nº2, p.173-179,1995.
- CARNEIRO, Moaci. **A escola sem paredes**. São Paulo. Ed. Escrituras, 2002
- CUNHA, Manuela C. et al. Implicações éticas provenientes da utilização de crianças como sujeito de pesquisa. In: **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, n 31, p. 17-33, dez 1999.
- DIAS, Fátima R. T. S. A teoria de Emília Ferreiro: implicações pedagógicas e distorções no uso desse conhecimento. In: **Revista Criança**. São Paulo, Vol 26, p. 17-22, 1994
- DUARTE, É; MÜLLER, A. M.;BRUNO, S.M.A.; DUARTE, A.L.S.A utilização do brinquedo na sala de recuperação: um recurso a mais para assistência de enfermagem à criança. **Rev. Bras. Enf. Brasília**, v.40, nº1, p.74-81, Jan/ Fev/ Mar/1987.

DUARTE, Ana Lúcia Saldanha; MÜLLER, Ana Maria; DUARTE, Érica Mallmann; BRUNO, Sônia Maria. A utilização do brinquedo na sala de recuperação. **Rev. Aletheia**, Canoas- RS, n1, jan/jun. 1995, p. 46-54.

FRACASSO, L.C.; **Proposta para desenvolver o lúdico dentro da cultura das crianças da enfermaria do Hospital Infantil do Aparelho Locomotor Carlos Macieira - São Luís, como meio de estimulá-las à reabilitação.** Monografia de final de treinamento para o exercício da função de Professor de Educação-Física. São Luís, Março de 1996, (mimeo).

FAZENDA, Ivani C. A Diversidade cultural no currículo de formação de professores: uma dimensão interdisciplinar. In: ROSA, D.E.G. SOUZA, V.C. **Políticas organizativas e curriculares, educação inclusiva e formação de professores.** Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p. 206-212

FREIRE, Jurandir. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Graal, 2ª edição, 1983

FONTANA, Roseli A. Cação. **Mediação pedagógica na sala de aula.** 3ª Edição. Campinas: São Paulo, Autores Associados, 2000

FONSECA, Eneida S. **Atendimento escolar no ambiente hospitalar.** São Paulo: Mennon, 2003

FUNGHETTO, S.S; FREITAS, S.N; OLIVEIRA, V.F. Classe hospitalar: Uma vivência através do lúdico. In: **Pátio**, Ano 3, n 10. Agosto/Outubro, 1999, 45-47

GROHS, Géder Evandro Motta. Hospitalização de crianças. **Revista Psiquiátrica do RGS**, ano VI, n- 3, p. 173- 177, set/ dez 1984.

GOULART, Aurea M.P ; MORAES, Silvia P.G.; O brincar como ação mediadora no trabalho desenvolvido com crianças hospitalizadas. Piracicaba, São Paulo, **Revista UNIMEP**, 2000, p. 240 –246

GOHN, Maria da Glória. **Educação não formal e cultura política.** São Paulo, Cortez, 1999

GRACIANI, Maria S. S. **Pedagogia Social de Rua.** São Paulo: Cortez, 1997

GUARESCHI, A.P.D.F.; MARTINS, L.M.M.; Relacionamento multiprofissional X criança X acompanhante: desafio para a equipe. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.31, n.3, p. 423-436, dez 1997

GUERRA, Leila. Uma visão dinâmica do trabalho em equipe. **Temas em Desenvolvimento.** São Paulo: Mennom, 1997, Vol 6, n 31, p. 41-44

KRAMER, Sonia. Autoria e autorização: questões éticas na pesquisa com crianças. In. **Cadernos de Pesquisa.** São Paulo, n 116, jul. 2002

LAMBERT, Eduardo. **A terapia do riso: a cura pela alegria.** São Paulo: Ed. Pensamento, 1999

LENZI, T. Recreação para criança em enfermaria pediátrica. In: FRIEDMANN, A.(org) **O direito de brincar: a brinquedoteca.** São Paulo, Ed Scritta, ABRINQ, 1992, p.137-145.

- LÖHR, Suzane Schimidlin. Manejo psicológico da criança com câncer. **Psicologia Argumento**, Curitiba, ano XIII, número XVI, p. 23-30, Abril 1995.
- LIMA, D.R. História da medicina. **Rev. Bras. de Medicina**. Brasília, Vol.52, n11, p.1304-1306, 1995.
- LIMA, M.W.de S. A recuperação da Cidade para as crianças. In: **Arquitetura e educação**. São Paulo, Studio Nobel, p.182-202, 1995.
- LINDQUIST, I. Brincar no hospital. In: FRIEDMANN, A.(org) **O direito de brincar: a brinquedoteca**. São Paulo, Ed Scritta, ABRINQ , p.125-133, 1992.
- LUBISCO, Nídia M.L; VIEIRA, Sônia. **Manual de Estilo Acadêmico: Monografias, Dissertações e Teses**. 2ª ed. Salvador: EDUFBA, 2003
- MACHADO, Evelcy. **Pedagogia e a Pedagogia Social: Educação Não formal**. Disponível em [<http://www.boaula.com.br/oilanda/producao/mestradoeducacao>]. Acesso em 08 de abril de 2004
- MACHADO, Cristina Gomes. **Multiculturalismo: muito além da riqueza e da diferença**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002
- MARANHÃO, Damaris Gomes. O cuidado como elo entre a saúde e a educação. **Cadernos de Pesquisa**, dezembro 2000, n 111, p. 115-133
- MARCONDES, Eduardo. **Pediatria Básica**. São Paulo, Ed. Sarvier, 1986.
- MARTINS, A.F. Arte - Educação no ambiente hospitalar: relato de uma proposta; **Rev. Temas sobre Desenvolvimento**, São Paulo, v.4, nº22, p. 9-14, Jan/Fev 1995.
- MELLO, Adolpho M. **Psicossomáticas e pediatria: novas possibilidades de relacionamentos pediatra-paciente-família**. Marília: Ed. UNIMAR, 1993
- McLAREN, Peter. **Multiculturalismo Revolucionário: Pedagogia do dissenso para o novo milênio**. Trad. Márcia Moraes e Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- MORAES, Esther; CORREA, Marina Silvestre; GABRIEL, Silvia Maria; CASTILHO, Valéria. Estudantes de enfermagem assistem crianças doentes utilizando “Entrevista com Brincadeira”. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, 13(1), p. 29-39, 1979.
- NEVES, Marisa; FRANCESCA, Sandra; TUNES, Elizabeth. A escrita vista como um processo evolutivo. In: **Revista Criança**. São Paulo, Vol 26, p. 9-13, 1994
- ORLANDI, O. **Teoria e prática do amor à criança: Introdução à pediatria social no Brasil**. Rio de Janeiro, Zahar, 1985.

OLIVEIRA, Helena. Ouvindo a criança sobre a enfermidade e a hospitalização. In **Criança hospitalizada: atenção integral com escuta à vida**, Ed. Universidade, UFRGS, p. 42-55, 1997.

PINHEIRO, Mírian Calíope Dantas Pinheiro; LOPES, Gertrudes Teixeira. A influência do brinquedo na humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**, v. 46, n.2, 117 - 131, abr./jun. 1993.

PINTO JUNIOR, Antonio A. O trabalho com vítimas de violência sexual doméstica: Promovendo a Resiliência. In: **Temas em Desenvolvimento**. São Paulo, Ed. Memnon, Vol. 10, n 55, 2001, p.40 - 46

QUADRA, Antonio. A relação médico - paciente: o ovo da serpente. In: Revista Quadrimestral de Educação. **Educação e Sociedade**. São Paulo: CEDES, Cortez, Setembro 1980, p. 105-111

REMEN, Rachel Naomi. **O paciente como ser humano**. Trad. Denise Bolanho. São Paulo: Summus, 1993

RIBEIRO, C. Sentindo o valor das aprendizagens significativas para a aprendizagem: relato de duas situações vividas com crianças hospitalizadas. **Rev. Esc.Enf.USP**, São Paulo. Vol 17, n 3, p. 179-203, 1983.

RIBEIRO, Circéa Amalia. O efeito da utilização do brinquedo terapêutico, pela enfermeira pediatra, sobre o comportamento de crianças recém - hospitalizadas. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.25, n.1, p. 41- 60, abr. 1991.

RIVOREDO, Carlos R.S.F; **Cuidar e tratar de criança: breve história de uma prática**, Taubaté - SP, Ed. Cabral,1995.

RUSHKOFF, Douglas. **Um jogo chamado futuro: como a cultura dos garotos pode nos ensinar a sobreviver na era do caos**. Trad. Paulo Cezar Castanheira. Rio de Janeiro: Revan, março de 1999

SANTANA, Judith S. S. **Saúde – doença no cotidiano de meninos e meninas de rua: ampliando o agir da enfermagem**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998, 281 f.

SAWAIA, B.B.Análise psicossocial do processo saúde-doença. **Rev.Esc. Enf.USP**. São Paulo, V. 28, n 1,p.105-110, 1994.

SCHARAMM, Fermin R. **A terceira margem da saúde: Ética natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber – fazer sanitário**. Brasília: Ed. da UNB, 1996

SILVA, Patrícia Helena e KISHIMOTO, Tizuko; Brinquedoteca no Hospital. In **Anais do III Simósio de Pesquisa da FEUSP**. São Paulo, 1997, pg. 73-89.

SILVA, Aracy (org). **Crianças indígenas: Ensaio Antropológicos**. São Paulo: Global, 2002

SILVA, Vania Loureiro. Construindo possibilidades entre o hospital e a escola. In: **Atendimento Escolar Hospitalar**. Rio de Janeiro, Ed. UERJ, 2000, p.43- 45

SILVA, Rafaela. **Entrei por uma porta e saí por outra: refletindo saúde/doença nas asas da imaginação infantil.** Florianópolis, Bernúncia, 2001

SIROTA, R. Emergência de uma sociologia da infância: evolução do objeto e do olhar. In: **Cadernos de Pesquisa**, março/2001, n 1112, p. 7-31

TAAM, Regina. **Pelas trilhas da emoção: a educação no espaço da saúde.** (no prelo)

TELAROLLI JR. , R. Medicina Preventiva e Saúde Pública. In: KUPSTAS, M. (org) **Saúde em debate.** São Paulo: Moderna, 1997, p. 35-53

TRINDADE, Azoilda (org). **Multiculturalismo e umas faces da escola.** Rio de Janeiro, DP&A, 1999

VASCONCELLOS, Vera M.R. ; VALSINER, Jann. **Perspectiva co-construtivista na psicologia e na educação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

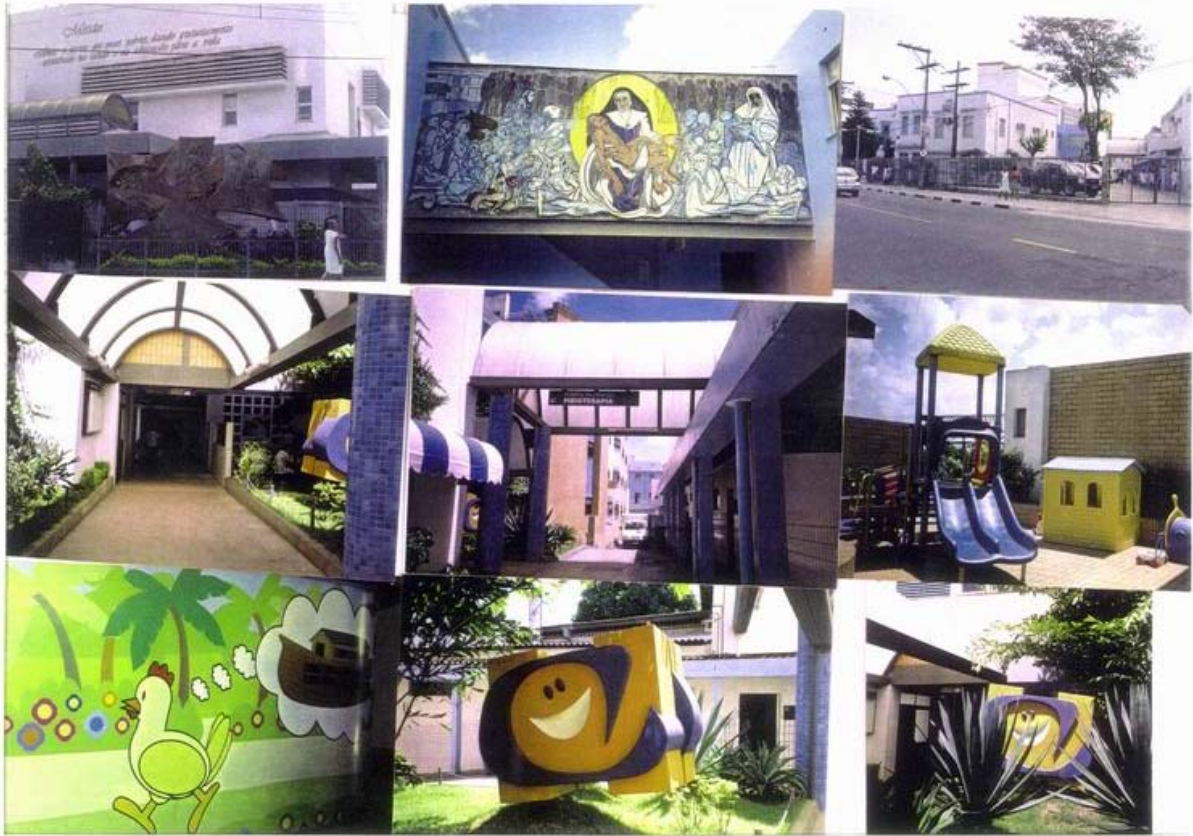
VERÍSSIMO, Maria de La Ó Ramalto. A experiência de hospitalização explicada pela própria criança. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.25, n.2, p - 153 -168, ago 1991.

VIEGAS, D. Faltam brinquedotecas em nossos hospitais infantis. **Sinopse de Pediatria**, V.4, p. 87-89.1995

ZANNON, Célia M.L. Costa. Desafios à psicologia na instituição de saúde: Interdisciplinariedade e inserção social na assistência à criança hospitalizada. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 1993, Ano 13, p. 16-22

_____. C.M.L.C. A importância da hospitalização conjunta: da prescrição ao ponto de vista da família. **Rev. Bras. Pediatria Moderna**, Vol.XXX, n 7, p. 1126-1136, 1994.

HOSPITAL DA CRIANÇA DAS OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE, SALVADOR BAHIA



Cenas da minha itinerância em Hospitais do Maranhão, Paraná e Bahia



RETRATOS DA ESCOLA NO HOSPITAL DA CRIANÇA DA OSID



LISTA DOS ANEXOS

- ANEXO A** Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado
- ANEXO B** Carta de recusa da pesquisa pelo Hospital São Rafael
- ANEXOS C, D e E** Cartas de Aprovação da Pesquisa pela Secretaria Municipal da Educação, Hospital da Criança e Comitê de Ética do Hospital Santo Antônio
- ANEXOS F, G e H** Cartas convite
- ANEXOS I e J** Relatórios das observações do trabalho das professoras
- ANEXO K** Certificado de Direitos Autorais do Vídeo “Fome de Viver e Aprender”
- ANEXO L** Carta de denúncia ao Comitê de Ética do Hospital Santo Antônio
- ANEXOS M e N** Ficha de admissão dos alunos na escola no hospital e ficha de metacognição
- ANEXO O** Roteiros das entrevistas às professoras e idealizadoras
- ANEXOS P e Q** Consentimento Informado para responsáveis das crianças ou adolescentes hospitalizados e para os profissionais
- ANEXO R** Ficha de dados pessoais dos alunos
- ANEXOS S, T, U, V e X** *Folders* de eventos
- ANEXOS Z e AA** Poesia de Rut e transcrição
- ANEXOS BB, CC, DD, EE, FF e GG** Desenhos de aluno do ensino fundamental sobre problemas em casa e na rua, aula do dia 24/03/2003
- ANEXOS GG, HH e II** Textos trabalhados pela professora do Ensino Fundamental e Médio

